XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

"El Ciudadano y la Seguridad: ejes de la Calidad".

Organizan:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

libro de **ponencias** y **comunicaciones**

www.calidadasistencial.es

Edita: Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Organiza: Sociedad Española de Calidad Asistencial
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

Patrocina: MSD

Diseño: AVA Soluciones Tecnológicas

Dep. Legal: C 3159-2010

ISBN: 978-84-693-6822-0

índice

COMITÉS 7
PRESENTACIÓN 13
PROGRAMA 17
CONFERENCIA INAUGURAL 29
PONENCIAS 33
MEJORES EXPERIENCIAS 93
COMUNICACIONES ORALES 197
COMUNICACIONES PÓSTER 385
PÓSTERS 515
ÍNDICE DE AUTORES 761

XUNTA DE GALICIA
DELEGACIÓN TERRITORIAL
DA CORUÑA
Xefatura Territorial da Consellería de Sanidade

r./ Gregorio Hernández, 2-4
15011 A CORUÑA
Tel. 981 15 58 00
Fax 981 15 58 01 / 65

XACOBEO 2010 Galicia

Nº de expediente: SA301A 2010/

Vista a solicitude co rexistro de entrada neste departamento territorial nº 2010/8202 de data 29/06/2010, e formulada por MERCEDES CARRERAS VIÑAS, na que se solicita o recoñecemento de interese sanitario para XXVIII CONGRESO NACIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL-I CONGRESO GALLEGO GALEGO, organizado por SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISENCIAL

RESULTANDO: Que o informe do Servizo de Xestión emítese en sentido favorable ao solicitado.

CONSIDERANDO: Que este Departamento Territorial de Sanidade da Coruña é competente para coñecer e decidir sobre a cuestión proposta de conformidade co disposto no artigo 2º da Orde do 7 de maio de 1992, pola que se regula o recoñecemento de interese sanitario para actos de carácter científico, e o Decreto 310/2009, do 28 de maio, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade.

Vistos os preceptos legais citados e demais de xeral aplicación:

RESOLVO:

1º.- Outorgar o recoñecemento de interese sanitario a XXVIII CONGRESO NACIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL-I CONGRESO, organizado por SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISENCIAL, que se vai celebrar en PALACIO DE CONGRESOS E EXPOSICIONS DE GALICIA, RUA MIGUELFERRO CAVEIRO SN -SANTIAGO DE COMPOSTELA, dende o 19/10/2010 ata o 22/10/2010.

2º.- Ordear a súa inclusión no rexistro de actos, reunións, cursos, congresos e xornadas do Servizo de Xestión.

O dito recoñecemento, segundo o disposto no artigo 6º da orde citada, implica a obriga para o comité organizador ou, en todo caso, os órganos de dirección da asociación ou entidade organizadora do acto, de remitir a este departamento territorial, no prazo de dous meses a partir da data do remate do acto, as conclusións ou acordos adoptados.

Contra esta resolución poderá interpoñer RECURSO DE ALZADA ante a Sra. Conselleira de Sanidade no prazo de **1 mes**, contado a partir do día seguinte á súa notificación, de conformidade co estipulado nos arts. 114 e 115 da Lei 30/92, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, modificada pola Lei 4/99 do 13 de xaneiro,

A CORUÑA, 20 de xullo de 2010
A xefa territorial

XUNTA DE GALICIA · DELEGACIÓN TERRITORIAL DA CONSELLERÍA DE SANIDADE · CORUÑA

Emma Rego Valcarce

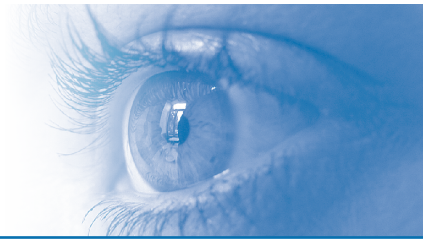
comités

XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

comités



comité de honor

Presidente da Xunta de Galicia.
Alberto Núñez Feijóo

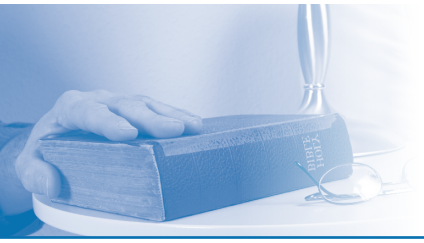
Ministra de Sanidad y Política Social.
Trinidad Jiménez García-Herrera

Conselleira de Sanidade.
Pilar Farjas Abadía

Xerente do Servizo Galego de Saúde.
Rocío Mosquera Álvarez

Presidente do Consello Autonómico de Colexios Médicos.
Luis Campos Vilariño

Presidente do Consello Galego de Enfermaría.
Sergio Quintairos Domínguez



comité científico

Presidente

Manel Santiñá Vila

Secretaria

Mª Dolores Martín Rodríguez

Vocal intercomités

Mª Antonia Muñoz Mella

Vocales

Jesús Aranaz Andrés
Pilar Astier Peña
José Ignacio Barrasa Villar
Berta Candia Bouso
Jesús Caramés Bouzán
Genís Carrasco Gómez
Marisa Dotor Gracia
Ángel Facio Villanueva
Juan Fernández Martín
Juan Jesús Gestal Otero
Rosa González Gutiérrez-Solana
Vicente Herranz González
Susana Lorenzo Martínez
Luisa Lores Aguin
Rafael Lledó Rodríguez
José Manuel Martín Vázquez
José Joaquín Mira Solves
Dolors Montserrat Capella
José Antonio Ortigueira Espinosa
Fernando Palacio Lapuente
Félix Rubial Bernárdez
Elena Seral Muñío
Antoni Trilla García



comité organizador

Presidenta

Mercedes Carreras Viñas

Secretaria

María José Menor Rodríguez

Tesorero

Alberto Colina Alonso

Defensor del congresista

Begoña García Cepeda

Vocales

Luis Arantón Areosa
Ramón Ares Rico
Rafael Cabadas Avión
Begoña Domínguez Arias
Adelina Fernández García
Uxía Ferrer Ozores
M. Belén Fiuza Barreiro
Berta García Fraguela
Mª Jesús Garrido Filgueiras
Rodrigo Gómez Ruíz
Rafael Gomis Cebrián
Clara González Formoso
Emilio Ignacio García
Mar Lale Candal
Josefina Monteagudo Romero
Purificación Morado Quiñoa
Laura Moure Fernández
Beatriz Pais Iglesias
Pedro Parra Hidalgo
Ángeles Pérez Vázquez
Vicente Pérez Vázquez
Pablo Permuy Villanueva
Mª Olga Roca Bergantiños
Mónica Rodríguez Castaño
David Rodríguez Lorenzo
Bárbara Rodríguez Pérez
Beatriz Senra Gómez
Antonio Torres Olivera
Elvira Touriño Míguez
Antonio Vázquez Pérez



junta directiva SECA

Presidente
Pedro Parra Hidalgo

Secretario
Emilio Ignacio García

Tesorero
Alberto Colina Alonso

Vocales SECA
José M. Martín Vázquez
Fernando Palacio Lapuente
José J. Mira Solves
Pilar Astier Peñar

Vocal SADECA
Marisa Dotor Gracia

Vocal SOMUCA
Rafael Gomis Cebrián

Vocal SCLM
Juan Fernández Martín

Vocal ACCA
Elena Seral Muñío

Vocal SCQA
Manel Santiñá Vila

Vocal SACA
José Ignacio Barrasa Villar

Vocal PASCAL
Vicente Herranz González

Vocal AMCA
Dolors Montserrat Capella

Vocal SOGALCA
Mercedes Carreras Viñas



junta directiva de SOGALCA

Presidenta

Mercedes Carreras Viñas

Vicepresidente

Fermín Domínguez Hervella

Secretaria

Mª Antonia Muñoz Mella

Tesorero

Ángel Pablo Permuy Villanueva

Vocales

Rosa González Gutiérrez-Solana
Enrique Díaz López
Vicente Bello Bello
Luís Arantón Areosa
Ángel Facio Villanueva
Virginia Eibe Mandiá
Rodrigo Gómez Ruíz
Olga Roca Bergantiños
Gloria Chas Gamero
Luísa Lores Aguin
Mª Ángeles Pérez Vázquez
David Rodríguez Lorenzo
Clara González Formoso
Bernardino Alonso Fernández

presentación

Queridos amigos/as,

Nos alegra enormemente daros la bienvenida a Santiago de Compostela, ya que celebramos aquí por primera vez nuestro Congreso en un año muy especial para la ciudad. Todo ello hace bueno el eslogan: "**AHORA ES CUANDO, GALICIA ES DONDE**".

La celebración de este congreso contribuirá definitivamente a mejorar la calidad de los servicios sanitarios y podremos constatar todos los avances que se han producido en el panorama nacional y también en la comunidad gallega. Queremos compartir con todos vosotros nuestros progresos en este momento tan especial para Santiago de Compostela.

Galicia se encuentra en una fase de modernización y cambio, y con un gran repunte en los temas relacionados con la calidad y seguridad de su sistema sanitario. Ponemos en nuestro punto de mira al paciente y al ciudadano y esto se plasma en la mejora de la estructura de los servicios sanitarios, en sus procesos y en sus resultados. Esta vocación de cambio la vais a poder constatar en el transcurso de estos días.

Este mismo afán de modernidad, es también el objetivo principal del congreso de SECA, centrado fundamentalmente en mejorar los servicios sanitarios, teniendo en cuenta los recursos de que disponemos, pero sin dejar de lado la innovación y la mejora continua. Todo ello unido a vuestras aportaciones científicas y vuestra participación en las mesas de debate, harán que este encuentro sea fructífero y enriquecedor.

El trabajo del comité científico ha hecho que las expectativas se hayan superado con creces, prueba de ello el altísimo número de trabajos recibidos, lo que da muestra del gran interés que ha despertado este XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y I Congreso de la Sociedade Galega de Calidade Asistencial, entre los profesionales sanitarios de nuestro país. Éste ha sido uno de los motores que nos ha motivado a trabajar con tanta ilusión, y que ha impulsado al comité organizador a elaborar también un programa que no os dejará indiferentes, y que esperamos recordéis siempre.

Santiago de Compostela, Ciudad Patrimonio de la Humanidad, porque ha mantenido y conservado como ninguna su herencia del pasado, está experimentando profundos cambios y construyendo su proyecto de futuro y os va a mostrar ambas facetas, con la finalidad de que os sintáis como en casa. El camino y otros rincones que aun tenéis por descubrir, también os entusiasmarán.

¡Disfrutad, todo lo hemos hecho pensando en vosotros!

Gracias de todo corazón por vuestra participación.

Mercedes Carreras Viña
Presidente del Comité Organizador

Pedro Parra Hidalgo
Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Manel Santiñá Vila
Presidente del Comité Científico

programa



XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

programa

Martes, día 19 de octubre	Horas	9:00 a 19:00 hs	16:00 a 19:00 hs	19:00 hs	Ubicación
	TALLERES	"CÓMO ESCRIBIR UN ARTÍCULO CIENTÍFICO"			SALA 4
		"CÓMO MEDIR SEGURIDAD E INSEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA"			SALA 7
		"GESTIÓN DEL DOLOR EN EL SISTEMA SANITARIO"			SALA 8
		"SENECA: 100 INDICADORES DE RIESGO EN LA ASISTENCIA EN LOS HOSPITALES"			SALA 10
		"APLICACIÓN DE LA NORMA UNE 179003:2010. SERVICIOS SANITARIOS. GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"			SALA 11
		"SEGURIDAD CLÍNICA EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS"			SALA 12
		"CONTROVERSIAS EN TORNO AL USO DE INDICADORES EN EL ÁMBITO DE LA GESTIÓN CLÍNICA"			SALA 17
		Comité Científico			SALA 5
		Comité Organizador			SALA 6
		JUNTA DIRECTIVA SECA			SALA 13
		Sala de Prensa		Reunión Editores	SALA 15
		Sala Medios Audiovisuales			SALA 16
		Sala Ciber			SALA 20 (Planta Baja)
		Sala de Ponentes			SALA 21 (Planta Baja)
		Sala de Autoridades			SALA 22 (Planta Baja)

Miércoles, día 20 de octubre

08:30 a 09:30 hs	09.30 a 11:00 hs	11:00 hs	11:30 a 12:30 hs		12:30 a 14:00 hs		15:30 a 17:00 hs	17:00 a 18:30 hs	18:30 hs	Ubicación
	Sesión 2: **Sesión Plenaria 1** "Liderazgo en Calidad y en Gestión Clínica"	Inauguración Oficial	Sesión 3: Conferencia Inaugural	**Comunicaciones Orales**	Sesión 4: Seguridad	**Comunicaciones Orales**	Sesión 14: Seguridad	Sesión 24: **Sesión Plenaria 2** "Mesa Mejores Experiencias en Liderazgo en Calidad y en Gestión Clínica"		**SALA 1** Santiago
					Sesión 5: Procesos		Sesión 15: Procesos			**SALA 2** Compostela
					Sesión 6: Seguridad		Sesión 16: Seguridad			**SALA 3** Obradoiro
					Sesión 7: Ciudadano		Sesión 17: Ciudadano			**SALA 4**
					Sesión 8: Liderazgo		Sesión 18: Sistemas			**SALA 7**
					Sesión 9: Sistemas		Sesión 19: Inv-Form			**SALA 8**
					Sesión 10: Seguridad		Sesión 20: Procesos			**SALA 10**
				Comunicaciones Póster	Sesión 11: Inv-Form	**Comunicaciones Póster**	Sesión 21: Seguridad			**SALA 11**
					Sesión 12: Sistemas		Sesión 22: Ciudadano			**SALA 12**
					Sesión 13: Procesos		Sesión 23: Liderazgo			**SALA 19**
					Presentación del libro Calidad Terapéutica (SANOFI-AVENTIS)				Asamblea SECA	**SALA 17**
Sesión 1: Revisores Revista Calidad Asistencial										**SALA 18**
Comité Científico										**SALA 5**
Comité Organizador										**SALA 6**
Sala de Prensa										**SALA 15**
Sala Medios Audiovisuales										**SALA 16**
Sala Ciber										**SALA 20** (Planta Baja)
Sala de Ponentes										**SALA 21** (Planta Baja)
Sala de Autoridades										**SALA 22** (Planta Baja)

Jueves, día 21 de octubre

08:30 a 09:30 hs	09.30 a 11:00 hs		11:00 a 12:30 hs	12:30 a 14:00 hs		15:30 a 17:00 hs	17:00 a 18:30 hs	18:30 hs	Ubicación
	Sesión 28: **Sesión Plenaria 3** "El Papel del Ciudadano en la Seguridad de la Atención Sanitaria"	**Comunicaciones Orales**	Sesión 29: Seguridad	Sesión 39: **Sesión Plenaria 4** " Mesa Mejores Experiencias sobre el Papel del Ciudadano en la Seguridad de la Atención Sanitaria"	**Comunicaciones Orales**	Sesión 40: Seguridad	Sesión 50: **Sesión Plenaria 5** " Sistemas de Gestión y Procesos Asistenciales"		**SALA 1** Santiago
			Sesión 30: Procesos			Sesión 41: Procesos			**SALA 2** Compostela
			Sesión 31: Seguridad			Sesión 42: Seguridad			**SALA 3** Obradoiro
			Sesión 32: Ciudadano			Sesión 43: RSC			**SALA 4**
			Sesión 33: Liderazgo			Sesión 44: Sistemas			**SALA 7**
			Sesión 34: Inv-Form			Sesión 45: Inv-Form			**SALA 8**
			Sesión 35: Procesos			Sesión 46: Seguridad			**SALA 10**
		Comunicaciones Póster	Sesión 36: Seguridad		**Comunicaciones Póster**	Sesión 47: Seguridad			**SALA 11**
			Sesión 37: Sistemas			Sesión 48: Ciudadano			**SALA 12**
			Sesión 38: Procesos			Sesión 49: Procesos			**SALA 19**
			Sesión Satélite Diabetes (BMS-AZ)					Asamblea SOGALCA	**SALA 17**
Sesión 25: **Desayuno con expertos** "Lideres/directivos clínicos..."									**SALA 13**
Sesión 26: **Desayuno con expertos** "Control de las infecciones quirúrgicas..."									**SALA 14**
Sesión 27: **Desayuno con expertos** "La investigación en calidad asistencial en la UE"									**SALA 18**
Comité Científico									**SALA 5**
Comité Organizador									**SALA 6**
Sala de Prensa									**SALA 15**
Sala Medios Audiovisuales									**SALA 16**
Sala Ciber									**SALA 20** (PB)
Sala de Ponentes									**SALA 21** (PB)
Sala de Autoridades									**SALA 22** (PB)

Viernes, día 22 de octubre	10:30 a 12:00 hs	12:00 a 12:30 hs	12:30 a 13:30 hs	Ubicación
	Sesión 51: **Sesión Plenaria 6** " Mesa Mejores Experiencias en Sistemas de Gestión y Procesos Asistenciales"	Sesión 52: Clownclusiones	Acto de Clausura y Entrega de Premios	**SALA 1** Santiago
	Comité Científico			**SALA 5**
	Comité Organizador			**SALA 6**
	Sala de Prensa			**SALA 15**
	Sala Medios Audiovisuales			**SALA 16**
	Sala Ciber			**SALA 20**
	Sala de Ponentes			**SALA 21**
	Sala de Autoridades			**SALA 22**

programa científico

Martes, 19 de octubre de 2010

9:00 Recepción participantes en los talleres.
9:30 Inicio de talleres, jornada de mañana.
14:30 Almuerzo de trabajo.
16:00 Inicio de talleres, jornada de tarde.
16:00 Apertura Secretaría Congreso: Entrega de documentación de Congresistas.
20:00 Cierre Secretaría.
21:00 Recepción oficial de los Congresistas. Hostal de los Reyes Católicos.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

8:00 Entrega de documentación.

8:30 **SESIÓN 1** **Desayuno con expertos** (dirigido únicamente a revisores de la Revista de Calidad Asistencial).

– Susana Lorenzo Martínez y Genís Carrasco Gómez, editores de la revista: "Revista de Calidad Asistencial".

9:30 **SESIÓN 2** **Sesión Plenaria 1:** Liderazgo en Calidad y en Gestión Clínica.

Moderadora:

– Rocío Mosquera Álvarez, Gerente del Servicio Gallego de Salud.

Ponentes:

– José Manuel Freire Campo, Jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad – Instituto de Salud Carlos III: "Liderazgo Gerencial vs Liderazgo Clínico".

– Alfonso Castro Beiras, Director del Área del Corazón del Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña: "Retos en la atención cardiovascular: necesidad de organización y liderazgo".

– Alberto Manzano Ramírez, Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Santiago de Vitoria: "El liderazgo clínico como motor de calidad en una organización de servicios sanitarios".

11:00 Inauguración oficial.

11:30 **SESIÓN 3** Conferencia inaugural:
Reformas sanitarias y calidad asistencial: una visión global.

– **Presenta:** Pilar Farjas Abadía. Conselleira de Sanidade. Xunta de Galicia.

– **Ponente:** Julio Frenk Mora, Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

12:30 **SESIONES 4-13** Comunicaciones orales y comunicaciones póster.

14:00 Almuerzo de trabajo.

15:30 **SESIONES 14-23** Comunicaciones orales y comunicaciones póster.

17:00 **SESIÓN 24** **Sesión Plenaria 2:** Mesa Mejores Experiencias en Liderazgo en Calidad y en Gestión Clínica.

Moderadora:

– María Antonia Muñoz Mella, Directora de Enfermería y Coordinadora de Calidad del Hospital POVISA.

Ponentes:

– Francisco Javier Pérez Rivas. Enfermero, Unidad de Calidad, Gerencia Atención Primaria Área 11 de Madrid: "Utilización de la metodología de enfermería en Atención Primaria: Evaluación de resultados intermedios en salud".

– Mª Carmen Martínez Ortega. Facultativa, Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Central de Asturias: "Rondas de Seguridad por la Dirección del Proyecto Bacteriemia Zero: la importancia y el peso del liderazgo".

– Alfonso Márquez Nieto. Director de Enfermería del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca: "El alta de enfermería informatizada como instrumento de continuidad de cuidados en el Área de Salud de Cuenca".

– Marcial Rey Martínez. Facultativo, Servicio de Anestesia del Hospital POVISA: "Analgesia controlada por el paciente: control de calidad y seguridad".

18:30 Asamblea de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Jueves, 21 de octubre de 2010

8:00 Entrega de documentación

8:30 - 9:30 Desayuno con expertos

– **SESIÓN 25** José Manuel Freire Campo, Jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad – Instituto de Salud Carlos III: "*Líderes/directivos clínicos: ¿profesionales o cargos de confianza?*". Moderador: Juan Fernández Martín, Presidente de la Sociedad de Calidad de Castilla – La Mancha.

– **SESIÓN 26** Miguel Caínzos Fernández, Gobernador del Colegio Americano de Cirujanos (ACS) en España: "Control de las infecciones quirúrgicas de acuerdo con los estándares norteamericanos". Moderadora: Mª Dolores Martín Rodríguez. Secretaria del Comité Científico.

– **SESIÓN 27** Enrique Terol García, Consejero de Sanidad y Consumo – Representación Permanente ante la UE "La investigación en calidad asistencial en la Unión Europea". Moderador: Pedro Parra Hidalgo, Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

9:30 **SESIÓN 28** **Sesión Plenaria 3**: El Papel del Ciudadano en la Seguridad de la Atención Sanitaria.

Moderador:

– Pedro Parra Hidalgo, Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Ponentes:

– Rosa Suñol Sala, Directora del Instituto Universitario Avedis Donabedian-UAB: "La Implicación de los pacientes en los programas de calidad y seguridad europeos (Proyectos MARQuIS y DUQuE)"

– Enrique Terol García, Consejero de Sanidad y Consumo – Representación Permanente ante la UE: "Seguridad del paciente y calidad: una perspectiva desde las instituciones europeas".

– Ana Sánchez Méndez, Responsable de Salud y Alimentación de la Organización de Consumidores y Usuarios: "El paciente como protagonista de su propia seguridad"

– Clara González Formoso, Enfermera, Gerencia de Atención Primaria de Vigo: "La experiencia de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente".

11:00 **SESIONES 29-38** Comunicaciones orales y comunicaciones póster.

11:00 **Sesión satélite:** Programas de Autocuidado en el Tratamiento del Paciente Diabético.

Patrocinan: Bristol Myers Squibb y Astra-Zéneca.

Moderador: Ángel Facio Villanueva, Subdirector General de Procesos Asistenciales. (Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud).

Ponentes:

– Assumpció González Mestre, Institut Català de la Salut Responsable del Programa Paciente Experto: "Iniciativas adoptadas en diferentes Comunidades Autónomas: Programa Paciente Experto Intitut Català de la Salut".

– Francisco Javier García Soidán, Facultativo, C.S. de Porriño (Pontevedra). Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Diabetes: "La Perspectiva del Profesional Sanitario".

– Sergi Blancafort Alias, Área de Actividades de Formación. Universidad de los Pacientes. Fundación Biblioteca Josep Laporte: "La Participación del Paciente".

12:30 **SESIÓN 39** **Sesión Plenaria 4:** Mesa Mejores Experiencias sobre el Papel del Ciudadano en la Seguridad de la Atención Sanitaria.

Moderadora:

– Teresa Antoñanzas Lombarte, Directora General de Atención al Usuario del Gobierno de Aragón.

Ponentes:

– Mª del Mar Lale Candal. Técnico de Calidad, Dirección de Recursos Económicos del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago: "La voz del paciente y la voz del profesional en la mejora de procesos: experiencia compartida".

– Rafael Lledó Rodríguez. Director General del Hospital General de Granollers: "Profesional informador y soporte a usuarios y profesionales (urgencias): análisis comparativo de 3 estudios prevalentes".

– Mª del Rosario García Juárez. Enfermera, Hospital Universitario Puerto Real: "La personalización de la atención aumenta la satisfacción del paciente con cuidados enfermeros".

– Adelia Más Castillo. Facultativa, Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia: "Identificación de oportunidades de mejora a través de la percepción de seguridad de los pacientes hospitalizados".

14:00 Almuerzo de trabajo.

15:30 **SESIONES 40-49** Comunicaciones orales y comunicaciones póster.

17:00 **SESIÓN 50** **Sesión Plenaria 5:** Sistemas de Gestión y Procesos Asistenciales.

Moderador:

– Manel Santiñá Vila, Presidente del Comité Científico.

Ponentes:

– Eduardo González Lombide, Gerente Comarca Guipúzcoa Ekialde: "La Comarca de Osakidetza a través de su sistema de gestión (2001-2010)".

– Isabel González Álvarez, Jefe del Servicio de Radiología del Hospital de San Juan de Alicante: "Procesos en Radiología: necesario y posible".

– Carme Mompó Avilés, Coordinadora de Calidad del Hospital General del Hospitalet de Llobregat (Barcelona): "Gestionando por procesos o las aventuras de Alicia en el país de las maravillas".

– Carmen Ferrer Arnedo, Gerente del Área 9 de Madrid: "El dolor crónico: un ejemplo para pensar en respuestas integrales".

18:30 Asamblea de la Sociedad Gallega de Calidad Asistencial (SOGALCA).

21:30 CENA DEL CONGRESO.

Viernes, 22 de octubre de 2010

9:00 Entrega de documentación.

10:30 **SESIÓN 51** **Sesión Plenaria 6:** Mesa Mejores Experiencias en Sistemas de Gestión y Procesos Asistenciales.

Moderador:

– Luís Arantón Areosa, Jefe del Servicio de Integración Asistencial de la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud.

Ponentes:

– Santiago Nofuentes Pérez. Director General Consorcio Sanitario Integral de Barcelona: "Lean Healthcare: Calidad sin despilfarros. La experiencia del Consorcio Sanitario Integral (CSI)".

– Isabel Urrutia Johansson. Unidad de Calidad del Hospital de Basurto: "Integración de los sistemas de calidad en el hospital de Basurto".

– Teresa Tolosana Lasheras. Enfermera, Servicio Aragonés de Salud: "Evaluación PDCA sobre el grupo de triaje sanitario para la pandemia de gripe en Aragón".

– Eva Molina Alén. Enfermera, Unidad de Calidad del Hospital Universitario de Móstoles: "Experiencia y vivencia de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario de Móstoles en las recertificaciones en Normas ISO 9001-2008".

12:00 **SESIÓN 52** Clownclusiones.

12:30 Acto de clausura y entrega de premios.

13:30 Fin del Congreso.

conferencia inaugural



XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

conferencia inaugural

Reforma de los Sistemas de Salud: Hacia una Seguridad Integral en Salud

Julio Frenk Mora*

El síndrome respiratorio agudo severo o SARS, el bioterrorismo y la influenza son en buena medida responsables de la creciente atención y recursos que ha recibido recientemente la salud global. En efecto, hoy la salud se reconoce como un elemento central de la seguridad global, el desarrollo económico sustentable, la gobernanza democrática y los derechos humanos. En términos de política exterior, la salud se ha desplazado del reino de la "política inferior" al reino de la "alta política".[1] Su importancia para la seguridad es tan obvia que en fechas recientes se acuñó el término "seguridad en salud".

No hay duda de que las inversiones en vigilancia y respuesta epidemiológicas contribuyen a controlar las amenazas que enfrentan las naciones-estados, como las pandemias y las guerras biológicas. Sin embargo, las inversiones en la protección de los individuos contra amenazas que ponen en riesgo su salud también pueden hacer del mundo un lugar más seguro. Esta idea, de hecho, yace en el corazón mismo del concepto de seguridad humana, que, de acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, incluye la seguridad económica, alimentaria, en salud, ambiental, personal, comunitaria y política.[2]

Acuñado por la Comisión Palme en 1982, el concepto de 'seguridad humana' ha evolucionado por diversas etapas hasta alcanzar su contenido integral actual. Un momento culminante de esta evolución se produjo con el trabajo de la Comisión sobre Seguridad Humana, establecida en 2001 y co-presidida por Sadako Ogata y Amartya Sen. De acuerdo con el informe de esta comisión, la seguridad humana significa:

> Proteger a las personas expuestas a amenazas y a ciertas situaciones, robusteciendo su fortaleza y aspiraciones. También significa crear sistemas que faciliten a las personas los elementos básicos de supervivencia, dignidad y medios de vida. La seguridad humana conecta diferentes tipos de libertades: libertad frente a las privaciones, libertad frente al miedo y libertad para actuar en nombre propio. A tal fin se ofrecen dos estrategias generales: *protección y realización del potencial*. La protección aísla a las personas de los peligros. Requiere un esfuerzo concertado para elaborar normas, procesos e instituciones que se ocupen sistemáticamente de las inseguridades. La potenciación permite a las personas realizar su potencial y participar plenamente en la toma de decisiones. La protección y la potenciación se refuerzan mutuamente.[3]

El concepto de 'seguridad en salud' retoma esta visión integral de la Comisión sobre Seguridad Humana al considerar tanto los riesgos que enfrentan las poblaciones como los que enfrentan los individuos. Asimismo, toma en consideración tanto las actividades que aíslan a las personas de los peligros como la generación de los medios para permitirles alcanzar todo su potencial.

* Decano de la Escuela de Salud Pública, Universidad Harvard, Boston, MA, EUA

En esta presentación se discutirá precisamente el concepto de seguridad en salud, que, en última instancia, es el objetivo de la gran mayoría de las iniciativas recientes de reforma de los sistemas de salud en el mundo.

Hasta hace poco, el concepto de seguridad en salud hacía referencia a la protección contra riesgos externos, fundamentalmente ambientales. Es necesario moverse más allá de este uso limitado del término para proponer una definición integral, que puede servir para anclar nuestros esfuerzos por mejorar el desempeño de los sistemas de salud y la salud pública global. Esta definición integral comprende tres dimensiones.

La primera dimensión puede denominarse 'seguridad epidemiológica' y está relacionada con la seguridad en salud tradicional, ya que se refiere a la protección contra riesgos específicos de enfermedad o lesión producidos por agentes biológicos o químicos.

En contraste, la segunda dimensión se relaciona con servicios personales, por lo que se ha denominado 'seguridad de la atención a la salud'. Este fue el uso que introdujo el Presidente Clinton en su iniciativa de reforma de 1993, que se denominó precisamente Ley de Seguridad en Salud. En su comparecencia frente al Congreso, el Presidente Clinton definió esta dimension de la siguiente manera: "La seguridad significa que aquellos que no cuentan con acceso a la atención a la salud habrán de tenerlo, y que aquellos que cuentan con acceso, no se les quitará jamás."

La seguridad de acceso es un elemento central de esta dimensión, pero también la seguridad relacionada con la calidad, es decir, seguridad contra el daño iatrogénico, efectividad y trato adecuado, que salvaguarda la dignidad de los pacientes.

La tercera y última dimensión es la seguridad financiera, que se refiere a la protección contra las consecuencias económicas de la enfermedad, especialmente contra el riesgo de gastos catastróficos o empobrecedores por atender las necesidades de salud. Se trata de la protección contra el riesgo de quebrar financieramente por caer enfermo.

Estas tres dimensiones de la seguridad en salud se han constituido en objetivos de diversas reformas de los sistemas de salud en el mundo. De hecho, estas tres dimensiones están contenidas en los principios que guiaron la reciente reforma del Presidente Obama al sistema de salud de Estados Unidos. Estos principios incluyen: i) proteger a la familias contra las quiebras o deudas debidas a los altos costos de la atención a la salud; ii) mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención, y iii) invertir en la prevención y el bienestar, que por supuesto guarda una relación directa con las medidas de salud pública que protegen a las poblaciones de las epidemias.

---

1 Fidler D. Health as foreign policy: between principle and power. Whitehead Journal of Diplomacy and International 2005; Summer/Fall: 179-205.

2 Human security. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Human_security. Consultado el 8 de Julio de 2010.

3 Commision on Human Security. Human security now. Protecting and empowering people. New York: UNHCR, 2003.

ponencias



XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

ponencias

Miércoles, 20 de octubre de 2010

09:30 h - 11:00 h

Sesión Plenaria 1: Liderazgo en Calidad y en Gestión Clínica.

Moderadora: *Rocío Mosquera Álvarez, Gerente del Servicio Gallego de Salud*

Liderazgo gerencial vs liderazgo clínico **37**
José Manuel Freire Campo, Jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad – Instituto de Salud Carlos III.

Retos en la atención cardiovascular: necesidad de organización y liderazgo **39**
Alfonso Castro Beiras, Director del Área del Corazón del Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

El liderazgo clínico como motor de calidad en una organización de servicios sanitarios..... **41**
Alberto Manzano Ramírez, Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Santiago de Vitoria.

Jueves, 21 de octubre de 2010

09:30 h - 11:00 h

Sesión Plenaria 3: El Papel del Ciudadano en la Seguridad de la Atención Sanitaria.

Moderador: *Pedro Parra Hidalgo, Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.*

La Implicación de los pacientes en los programas de calidad y seguridad europeos (Proyectos MARQuIS y DUQuE)..... **49**
Rosa Suñol Sala, Directora del Instituto Universitario Avedis Donabedian-UAB.

Seguridad del paciente y calidad: una perspectiva desde las instituciones europeas **51**
Enrique Terol García, Consejero de Sanidad y Consumo – Representación Permanente ante la UE.

La experiencia de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente **59**
Clara González Formoso, Enfermera, Gerencia de Atención Primaria de Vigo.

Viernes, 21 de octubre de 2010

17:00 h - 18:30 h

Sesión Plenaria 5: Sistemas de Gestión y Procesos Asistenciales.

Moderador: ***Manel Santiñá Vila, Presidente del Comité Científico***

La Comarca de Osakidetza a través de su sistema de gestión (2001-2010) **63**
Eduardo González Lombide, Gerente comarca Guipúzcoa Ekialde.

Gestión por procesos en Radiología: necesario y posible **71**
Isabel González Álvarez, Jefe del Servicio de Radiología del Hospital de San Juan de Alicante.

Gestionando por procesos o las aventuras de Alicia en el país de las maravillas **79**
Carme Mompó Avilés, Coordinadora de Calidad del Hospital General del Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

El dolor crónico: un ejemplo para pensar en respuestas integrales **87**
Carmen Ferrer Arnedo, Gerente del Área 9 de Madrid.

Liderazgo gerencial versus liderazgo clínico

José-Manuel Freire Campo, Escuela Nacional de Sanidad

RESUMEN. Para abordar el liderazgo gerencial y el liderazgo clínico en el contexto de la sanidad española es preciso sentar unas bases analíticas y conceptuales comunes que permitan una perspectiva compartida sobre el tema. Para ello, en primer trataremos sobre lo que significa liderazgo, sus estilos y determinantes generales; en segundo lugar, caracterizaremos la sanidad como "organización profesional" en la que existe una clara diferenciación entre autoridad profesional, la que otorgan los colegas de profesión, y poder organizativo, el que da la propiedad, así como las implicaciones que de ello se derivan; en tercer lugar, analizaremos algunas peculiaridades del entorno organizativo de la sanidad pública española que tienen un importante papel en configurar las características del liderazgo gerencial (gestores) y del liderazgo clínico (clínicos y responsables de unidades), así como de la combinación de ambos; en cuarto lugar, para tener una necesaria perspectiva temporal, revisamos a grandes pinceladas la relación entre gestores y clínicos en el sanitario español, especialmente en los últimos año; en quinto lugar, caracterizaremos los aspectos más relevantes de la gestión sanitaria, centrándolos en la relación entre gestores y clínicos, y en los clínicos con responsabilidades de gestión. Finalmente avanzamos algunos escenarios y condiciones deseables para contribuir al desarrollo de un buen liderazgo gestor y clínico en nuestro sistema sanitario, incluyendo la hibridación entre ambos.

En un sentido muy amplio, liderar es ir delante y tener seguidores. Decimos que existe liderazgo cuando una persona es capaz de lograr el apoyo y la participación de otras para alcanzar un objetivo común. Por ello el liderazgo es un tema central en las organizaciones y en la ciencia del *management*. Inicialmente los estudios sobre liderazgo estaban centrados en la figura del líder y las características personales que determinan su efectividad (¿los líderes nacen o se hacen?, ¿cuáles son los rasgos que los definen?). Más tarde el análisis se amplió para incluir el grupo de trabajo y al conjunto del entorno organizativo, junto con otros temas muy relacionados con el ejercicio del poder como los estilos de liderazgo, métodos para motivar al personal, para ejercer el poder, etc. Los estudios sobre liderazgo conforman un listado no pequeño de teorías que, con diferentes enfoques, tratan de explicar las circunstancias que determinan la mayor o menor efectividad de los líderes y el proceso por el que surgen las situaciones de liderazgo. Como cabría de esperar, ninguna teoría ofrece una explicación de aceptación general, pero el conjunto de las teorías permiten extraer una visión global de la complejidad que subyace en los temas del liderazgo y del ejercicio del poder en los distintos niveles de las organizaciones, perfectamente aplicable a los servicios sanitarios.

La sanidad, pero especialmente los hospitales, han sido definidos como "*organizaciones profesionales*" (Etzioni); en ellas la materia prima de trabajo es el conocimiento y los trabajadores clave son los profesionales que lo poseen. En las organizaciones profesionales el trabajo de éstos (atender a los paciente, en la medicina) es el *fin* de la organización, su objetivo; a él debe estar subordinado todo lo demás, que los *medios*. Además, en las organizaciones profesionales

coexisten *autoridad profesional* y *poder administrativo* (Weber). La autoridad profesional la da el reconocimiento por los colegas de un nivel superior de conocimiento y competencia, y conlleva la percepción de liderazgo profesional; el poder organizativo sin embargo deriva de la propiedad de la organización La naturaleza de las organizaciones profesionales hace que frecuentemente autoridad profesional y poder organizativo tiendan a coincidir en la misma persona, pero no siempre es así. La reflexión sobre este tema, está muy relacionada con el concepto de profesión, y con el *profesionalism*, y aporta una visión de gran interés para entender las relaciones entre gestores y clínicos y entre los dos tipos de liderazgo.

El marco organizativo de la sanidad pública española tiene características peculiares, no compartidas con los sistemas sanitarios públicos integrados considerados más ejemplares, como el Reino Unido, Países Nórdicos, Nueva Zelanda y otros. Los dos rasgos más diferenciales y con mayor impacto en las características de la gestión y los gestores (liderazgo gerencial) y en el papel de los responsables de unidades clínicas, así como de la relación entre ambos son: (1) la sujeción de las organizaciones sanitarias a las mismas reglas de la administración pública común, a todos los efectos prácticos importantes (personal, gestión económica, reglas de funcionamiento, etc.) y (2) la inestabilidad y desprofesionalización de los cargos directivos derivada del carácter político de todos los puestos de responsabilidad –por cierto: una tendencia que en los últimos años está afectando a los responsables de unidades clínicas... Esta dos características se potencian entre si y condicionan muy negativamente tanto la gestión del conjunto de las organizaciones sanitarias, como entorno de trabajo y las perspectivas de los responsables clínicos.

El pasado condiciona el presente; por ello, es importante conocer los antecedentes y tener una visión evolutiva de los hitos históricos en el sistema sanitario español tanto de la gestión sanitaria como de la responsabilidad de unidades clínicas (jefaturas clínicas). En esta revisión destaca la introducción de las gerencias a partir de los 80, y los cambios relacionados con la naturaleza de las jefaturas de servicios clínicos en las Comunidades Autónomas, así como la relación entre gestores y clínicos. Esta revisión permite caracterizar los aspectos más relevantes de la gestión sanitaria en SNS, tanto desde la perspectiva de gestión general como de gestión clínica, y los condicionantes del liderazgo desde ambas perspectivas. Un caso especialmente interesante es la situación en la combinación entre liderazgo clínico y liderazgo gestor, del que existen algunos ejemplos de gran interés en nuestro país.

La evolución positiva del sistema sanitario español requiere muchos y buenos líderes gestores y líderes clínicos, pero también -y muy importante-, un nuevo tipo de profesional que combine ambos liderazgos en una figura que se necesita tanto en el esquema organizativo dominante actual, como sobre todo para las nuevas formas de organizar los servicios clínicos que se se están abriendo camino tanto en España como en otros países. Para avanzar en esta dirección no existen soluciones simples, ni de efectos inmediatos. El cambio necesario implica, simplificando una realidad compleja, dos movimientos de efectos sinérgicos: de un lado, cambios culturales en la profesión médica (y otras profesiones sanitarias) y, de otro, mejorar la calidad democrática de nuestro sistema político, introduciendo los valores y esquemas organizativos del buen gobierno en la sanidad pública. Afortunadamente hay signos alentadores en ambos aspectos: por el lado de la profesión médica está calando, tanto en la organización médica colegial (ver reciente Congreso de la Profesión Médica organizado por CGCM), como en influyentes líderes profesionales, la necesidad de revitalizar el *"contrato social implícito*" de la medicina, en base a los valores del *profesionalismo* (*profesionalidad*, diría el Prof. Munuera). Por otro lado, algunas Comunidades Autónomas están trabajando en dotar a sus Servicios de Salud de un *código de buen gobierno,* que entre otras cosas implicaría*:* restablecer Patronatos o Consejos de Administración al frente de los centros, gestores profesionales estables - ajenos al partidismo político- que respondan ante ellos, transparencia y rendición de cuentas, políticas basadas en la evidencia de los que funciona, abiertas a la consulta profesional y ciudadana, etc. Estos movimientos en la dirección correcta permitirán enfocar con más garantías los retos de fondo del sistema sanitario español (efectividad, calidad, equidad, sostenibilidad y eficiencia), como las opciones organizativas para mejor responder a los mismos.

Retos en la atención cardiovascular: necesidad de organización y liderazgo

Prf. Dr. Alfonso Castro Beiras, C. Hospitalario Universitario de A Coruña. SERGAS.

Hace uno años, no muchos, hubiéramos visto el título de una ponencia con la palabra "liderazgo" con cierto desdén. Y aunque siempre hubo líderes hoy son más necesarios y reclamados. En esta exposición se tratará de ver cuáles son las razones y necesidades de este perfil de directivo clínico y cómo deben actuar para conseguir cambiar y hacer ilusionante lo necesario.

La exposición constará de tres partes. En una primera se tratará de analizar y justificar las razones de cambios en la organización de los servicios sanitarios, especialmente desde la óptica clínica, para adaptarse a los nuevos retos del conocimiento. Cambios necesarios, que deben llevar a la organización a la máxima calidad, a preservar la equidad, y a ser eficiente y sostenible.

En una segunda parte se presentarán, a modo de ejemplo, los cambios de organización de la asistencia realizados en los últimos tiempos en el área cardiovascular en nuestro país. Analizando de manera particular los realizados en la CA de Galicia y en el Hospital Universitario de A Coruña. Se hará énfasis en los aspectos de dirección y liderazgo para conducir los cambios.

Un tercer apartado será dedicado a reflexionar sobre el horizonte al que debemos dirigir nuestros esfuerzos, pues estamos en un momento en el que es necesario profundizar en cambios ya iniciados y abordar nuevos.

La organización sanitaria está siempre en movimiento y se rediseña partiendo de sí misma, con el objeto de dar en cada momento "adecuado cumplimiento de su misión". Estamos en una época de cambios condicionados por la tecnología, que afectan a la manera de prestar asistencia sanitaria, que conlleva cambios en las relaciones entre los distintos actores del sistema: médicos, enfermeras y otros profesionales de la sanidad. Estos cambios "son disruptivos, dejan obsoleto lo anterior y dan paso a un nuevo paradigma". Ante este panorama, es necesario diseñar nuevos abordajes en la formación, en el posicionamiento de los profesionales y otros métodos en la valoración de la prestación de servicios.

Para realizar este tránsito los responsables clínicos, necesitan además de conocimiento, un liderazgo que les permita ser capaces de dar un giro copernicano a nuestra manera de trabajar. Se trata de fomentar las relaciones entre disciplinas que comparten mismos objetivos, crear equipos multidisciplinares, compartir con otros profesionales sanitarios, especialmente con la enfermería. Crear un continuum asistencial que borre las barreras entre niveles asistenciales y poner realmente al paciente en el centro.

El liderazgo clínico como motor de calidad en una organización de servicios sanitarios

Dr. Alberto Manzano. Jefe S. Medicina Intensiva. Hospital Santiago. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz.

La Organización Mundial de la Salud define ***calidad de asistencia*** como el proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, teniendo en cuenta los factores del paciente y del servicio médico, logrando obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente. Se logrará calidad máxima si las personas que realizan la asistencia al enfermo tienen conocimientos y destrezas adecuadas y actualizadas (aspecto científico de la asistencia), si se dispone de los medios materiales necesarios (aspecto tecnológico de la atención), al menor costo posible (aspecto económico de la calidad) colocando al usuario como centro de toda la atención.

La Gestión comprende todas las actividades de una organización que implica el establecimiento de metas u objetivos, así como la evaluación de su desempeño y cumplimiento, además del desarrollo de una estrategia operativa que garantice la supervivencia de la misma.

Gestión Clínica (Osasuna Zainduz): forma de gestionar las unidades asistenciales basada en la codirección de clínicos y gestores, a fin de conseguir:

1.Potenciar actividades que mejoran resultados.

2.Descentralizar la organización y el funcionamiento operativo de las unidades clínicas.

3.Basar el núcleo del modelo organizativo en el flujo de información.

4.Asunción del responsable clínico de la gestión de todo el personal de su unidad.

5.Enfocar la gestión económica del centro a la producción y línea de producto.

Como profesionales, los médicos se han formado para trabajar de forma autónoma, dependiendo de su conocimiento y habilidades, respondiendo del mismo ante la "profesión" (según el mejor criterio). El trabajo del gestor le hace dependiente de los demás, es hacer que otros hagan lo que él considera que deben hacer, necesita la colaboración del equipo, respondiendo ante la organización de su trabajo. La formación del médico no incluye la dimensión organizativa de la práctica profesional ni la dimensión económica de las decisiones clínicas. Ambos comparten un objetivo: prestar al

paciente la mejor asistencia posible con los recursos disponibles. A partir de 1973 comienzan a participar los profesionales en la gestión de los recursos: desde la participación en la gestión del presupuesto, a la gestión clínica y el gobierno clínico. El proceso de incorporación de los médicos en la gestión está relacionado con la necesidad de las administraciones sanitarias de influir en la práctica médica, para control del gasto. Según Harrison y Pollit la incorporación de los médicos a la gestión tiene lugar en tres niveles:

1. Incorporación a la gestión de recursos (presupuestos de gestión).

2. Incorporación a estructuras de gestión (gestores, gestión clínica, gobierno clínico).

3. Incorporación a los procesos de auditoría y control de calidad.

"Trabajar en Gestión Clínica implica coordinar y motivar personas (profesionales sanitarios) para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas" (Vicente Ortún Rubio). La Gestión Clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos. Los valores de la Gestión Clínica (Actividad Clínica adecuada) son:

- realizada con calidad técnica óptima
- a tiempo y en tiempo correcto
- a un coste razonable
- propiciando la satisfacción del usuario

Las **Unidades de Gestión Clínica** tienen por finalidad comprometer a todos sus integrantes, sean estos profesionales médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, administrativos para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Persigue facilitar la atención integral al paciente, mejorar la seguridad y la calidad de las intervenciones, favorecer la accesibilidad y la continuidad de la atención reduciendo la fragmentación de la atención y los tiempos de transferencia entre unidades asistenciales. La gestión clínica permite descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente dentro de un marco de recursos limitado.

El contrato de Gestión Clínica es la materialización del concepto de Gestión Clínica.

Objetivos de la Gestión Clínica:

- Principal: Incrementar la eficiencia y la calidad de las prestaciones sanitarias.
- Estratégicos:
  - Implicar a los profesionales sanitarios en la gestión de recursos de la unidad en la que se integran (descentralización, autonomía y responsabilidad).
  - Impulsar una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de los procesos, la auto-evaluación y la mejora continua de los mismos (priorización, auto-evaluación).

En Gestión Clínica el papel de los Gerentes es abordar los problemas referentes a la calidad de la organización y a la planificación estratégica, con un nuevo estilo de Dirección de los centros (liderazgo de las políticas de gestión de calidad, descentralización, eficiencia de recursos), facilitador (de la autonomía de las unidades, herramientas y coordinación inter-servicios) y con autoridad (control de resultados, evaluación de la eficiencia y calidad, incentivar y reconocer).

Unidades Asistenciales con Contrato de Gestión Clínica:

- Son centros de gestión.
- Contratan con la dirección una parte de su actividad.
- Son corresponsables de la gestión de los recursos.
- Disponen de autonomía.
- Tienen clientes externos (pacientes) e internos (otras unidades o servicios).
- Tienen al paciente como centro del proceso asistencial.
- Forman parte de un centro asistencial, la solidaridad como atributo.

Condiciones para ser una Unidad de Gestión Clínica:

1. Un nuevo **liderazgo** basado en el liderazgo profesional y de gestión que sea capaz de impulsar a los miembros del equipo hacia la búsqueda de la mejora continua, incorporando las mejores evidencias científicas en cuanto a eficacia y eficiencia de las intervenciones y que promueva cambios en la organización del trabajo en beneficio del paciente dentro de un marco definido de recursos.

2. Una definición clara y precisa de **objetivos** de resultados clínicos y económicos recogidos en un contrato de gestión clínica que identifique la producción clínica y los costes a ella asociados, el grado de autonomía de gestión así como los incentivos asociados al cumplimiento del contrato de gestión clínica y de los mecanismos para asignarlos.

3. Un sistema de **información** corporativo que dé soporte y que permita una clara evaluación del grado de cumplimiento del contrato de gestión clínica suscrito entre las partes y de los elementos de la práctica clínica susceptibles de mejora.

Destacan en Gestión Clínica herramientas como: las Guías de Práctica Clínica, las Trayectorias Clínicas, la metodología de uso adecuado de Fármacos y Tecnología Sanitaria, el Análisis Coste Utilidad y Coste Efectividad, los Métodos de Consenso y el Desarrollo de Liderazgo Clínico.

El Gobierno Clínico (1998) es un modelo que incluye a médicos y enfermeras, requiere alineamiento de los profesionales con los valores de la organización: enfocado al paciente; gestión por procesos; mejora continua de la calidad. Con estos principios se consolida la correlación entre eficiencia y calidad de servicios sanitarios. El Gobierno Clínico reconoce que la promoción de las prácticas excelentes es uno de los principales motores para la eficiencia. Los elementos del Gobierno Clínico son:

- Asegurar a los profesionales la formación, habilidades y competencias.
- Asegurar procesos que garanticen la mejora de la calidad en la atención.

- Utilizar técnicas para anticiparse y prevenir problemas potenciales.
- Utilizar prácticas que permitan monitorizar y mejorar la práctica existente.
- Identificar, reconocer y rectificar prácticas inadecuadas, aprender de los errores.
- Facilitar la aplicación de buenas prácticas.

La organización de los hospitales, actualmente pivotada en torno al servicio, va evolucionando claramente hacia el proceso asistencial con un enfoque multidisciplinario imprescindible en la medicina moderna. Los Protocolos, o mejor aún las Vías Clínicas, son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada enfermedad. En ellas se define la secuencia, la duración y la responsabilidad óptima de la actividad de los profesionales sanitarios y dan una perspectiva interdisciplinaria y de continuidad e integración de los cuidados entre niveles. Se elaboran con los criterios de la «medicina basada en la evidencia» y deben servir, sobre todo, para reducir al máximo la variabilidad de la práctica clínica, al tiempo que evitan ineficiencias, identifican la responsabilidad de cada profesional, permiten una programación cuidadosa del ingreso del enfermo y facilitan la información de enfermos y familiares.

Liderazgo en Gestión Clínica: es un elemento fundamental para el funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica y el Gobierno Clínico, basado en el liderazgo profesional y de gestión que sea capaz de impulsar a los miembros del equipo hacia la búsqueda de la mejora continua. Funciones del Líder-Director de la Unidad: dirigir y organizar la Unidad; negociar con la Gerencia del Hospital el Acuerdo de Gestión Clínica; establecer, de acuerdo con la Dirección, los horarios, los turnos y la distribución de funciones de la Unidad que permitan lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos; evaluar el desempeño de todos los componentes; proponer a la Dirección contratación de bienes y servicios para la Unidad, participando en la elaboración de los informes técnicos correspondientes.

Actualmente el liderazgo se caracteriza por reducir su carga jerárquica, e incrementar habilidades relacionadas con la Inteligencia Emocional (El líder resonante: como el líder que sintoniza mejor con las personas con las que trabaja). Los líderes emocionalmente inteligentes alientan en sus subordinados un grado de bienestar que les lleva a compartir ideas (liderazgo compartido), aprender los unos de los otros, asumir decisiones grupales (liderazgo compartido). Las organizaciones más duraderas son aquellas que saben crear generaciones de líderes eficaces. Dominios de la Inteligencia Emocional:

- Conciencia de uno mismo: reconocer las propias emociones y su impacto, conocer las propias fortalezas y debilidades, confianza y seguridad en uno mismo.
- Autogestión: autocontrol emocional, transparencia-sinceridad-integridad, flexibilidad para afrontar los cambios, iniciativa, optimismo.
- Conciencia social: empatía y comprensión de los demás, conciencia de la organización, capacidad para reconocer y satisfacer las necesidades de las personas.
- Gestión de las Relaciones: capacidad de elaborar visiones convincentes y motivadoras, tácticas de persuasión, facilitar el desarrollo de los demás (feed-back), catalizar el cambio necesario, gestión de conflictos, establecer una red de relaciones, trabajo en equipo y cooperación.

Tipos de Liderazgo que se pueden aplicar según la situación:

- Visionario: esboza un objetivo común movilizador; el más positivo; cuando se necesita un cambio o se precisa una dirección clara.

- "Coaching" o instructor: establece puentes de unión entre los objetivos de las personas y las metas de la organización; es positivo para el personal; en situaciones de mejora de actividad o desarrollo del potencial.
- Afiliativo: establece un clima de relación armónica; positivo; fortalece relaciones, superar situaciones críticas o resolver problemas entre personas.
- Democrático: estimula el compromiso mediante participación; positivo; cuando es necesario un consenso o acuerdo.
- Timonel: establece objetivos estimulantes mediante el ejemplo; puede ser negativo si se aplica inadecuadamente; para conseguir que equipos competentes y motivados alcancen resultados excelentes.
- Autoritario: elimina el temor mediante una dirección clara en situaciones críticas; se suele aplicar inadecuadamente con impacto negativo; se puede aplicar con personas conflictivas y si se requiere un cambio muy rápido.

Los líderes no nacen, se hacen mediante un proceso con varias fases:

1º descubrimiento: yo ideal (quien quiero ser).

2º descubrimiento: yo real (quien soy, cuales mis fortalezas y debilidades).

3º descubrimiento: cómo desarrollar mis fortalezas y corregir mis debilidades.

4º descubrimiento: experimentar, practicar las nuevas conductas.

5º descubrimiento: desarrollar relaciones de apoyo y confianza.

Otras condiciones del Liderazgo Clínico resonante: habilidades de comunicación y empatía; el arte de la delegación; formación continua en conocimientos y habilidades; crear puentes entre los objetivos de las personas y los objetivos de la organización, que se sientan partícipes; aplicar el sentido del humor al entorno laboral, creando ambientes agradables.

«Difícil es hablar de gestión clínica si los profesionales no aceptan el paso de arte a ciencia de su actividad, si no entienden que para ello es preciso medir, contar y comparar, pasar de su evidencia a la certeza y situar esta certeza en el entorno de la equidad. Muy difícil será su puesta en práctica si los jefes de servicio no conceden el estatuto de socio a los que hoy son sus adjuntos y modifican su forma habitual de relación con ellos a partir de esta nueva instrumentación» (Francesc Moreu).

El Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santiago como Unidad de Gestión Clínica y motor de Calidad en su organización. Servicio creado en 1995 en un Hospital de nivel III de 300 camas, referencia del área (300000 h.) para Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Traumatismos Graves, Psiquiatría. Desde su creación se aplicó un modelo organizativo innovador, habiendo tenido experiencias en mejora continua mediante los siguientes modelos: Acreditación Agencia Avedis-Donabedian (1997-2000), modelo de excelencia EFQM para unidades asistenciales (2000-2004), certificación de la norma ISO 9000-2001 de Procesos Asistenciales (2004-). Primera Unidad de Cuidados Intensivos pública con Certificación de procesos bajo norma ISO.

Organización en grupos de trabajo con capacidad de planificación de objetivos estratégicos, objetivos técnicos (elaboración de Guías Clínicas), formación del personal, docencia pre y postgrado, proyectos de Investigación, planificación de las necesidades de recursos materiales, elaboración y mantenimiento de las bases de datos, elaboración de indicadores y análisis de resultados anual. Formados por Médicos y Enfermeras, con Perfiles Técnicos Médico y Enfermera. Grupos: Bioética, Cardiología, Respiratorio, Infecciosas, Neurología, RCP, Donación, Nefrología, Nutrición, Sedación, Grupo de ISO, Seguridad de Pacientes.

Actividad asistencial progresivamente creciente en tres Procesos: Actividad de la Unidad de Paciente Crítico; Unidad de Semicríticos; Sedación de Procedimientos, Consultas presedación, Donación de órganos.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Camas	9	9	9	9	9	13	13	13	13	13	13	13
Ingresos	595	567	513	496	533	515	644	637	660	629	682	737
Estancias	2820	2831	2989	3343	2957	2943	3687	3441	3266	3721	4264	4015
I Ocupac	85'0	86'2	90'7	101'8	90'0	86'4	77'7	72'5	68'83	78'42	89'6	84'62
Consultas								352	826	1428	1554	2000
Estancia m	4'74	4'99	5'4	6'8	5'6	5'7	5'7	5'4	4'93	5'92	6'3	5'47
Mortalidad	17'82	17'81	16'6	18'5	16'1	11'3	13'2	14'6	13'75	12'4	12'0	11'31
Sedaciones						250	653	1125	1390	1855	2093	2805
Donantes					13	16	15	22	11	12	7	9

El Servicio ha desplegado a nivel estratégico varios proyectos con impacto sobre la calidad asistencial de la organización:

- Desarrollo del Proceso Sedación de procedimientos, implantación de la Consulta presedación, análisis de resultados y encuestas de satisfacción a los Servicios y a los clientes externos con resultados excelentes. Ha permitido la generalización de la sedación de los procedimientos de endoscopia digestiva, la puesta en marcha de la CPRE, de la Ecoendoscopia y de la Enteroscopia (año 2004 al 2010).

- Desarrollo del Proceso de atención a paciente Neurocrítico en asociación con Neurocirugía, con mejoría de los datos asistenciales y de satisfacción de los profesionales y de pacientes (año 2008).

- Apertura de una Unidad de Semicríticos de 6 camas e inclusión en el sistema de gestión de la UMI, permitiendo reducir al mínimo el número de rechazos de ingresos o suspensión de cirugías complejas por falta de camas (año 2009).

- Creación del Grupo de Trabajo de Seguridad de pacientes: elaboración de la base de datos de notificación de eventos adversos y del grupo de mejora mediante el análisis de eventos, con la participación de médicos, enfermeras, auxiliares y personal no sanitario del servicio (año 2007). Difusión de la cultura de Seguridad de Pacientes al resto del Hospital y de la base de datos de notificación de eventos adversos (2010).

- Proyecto de colaboración con el Servicio de Anestesiología del Hospital Comarcal Alto Deba para la apertura de una Unidad de Cuidados Críticos de 6 camas y la sedación de procedimientos (2010).

- Desarrollo e implantación del Proceso de Atención Multidisciplinar al Paciente Traumatico Grave en el Hospital Santiago (Servicios de Emergencias extrahospitalarios y hospitalarios) (2010).

- Proyecto Piloto de Donantes de Organos a Corazón Parado, elegido por la ONT para incrementar la obtención de órganos para transplante, multidisciplinar, siendo líderes de la Conferencia de Consenso sobre este tema (2010).

Desde el punto de vista del personal, se ha incrementado considerablemente el nº de personas del Servicio:

- año 1995: 6 médicos, 18 enfermeras, 8 auxiliares, 1 secretaria
- año 2003: 8 médicos, 1 MIR, 30 enfermeras, 14 auxiliares, 1 celador, 1 secretaria
- año 2010: 12 médicos, 5 MIR, 40 enfermeras, 19 auxiliares, 2 celadores, 1 secretaria

Se han desarrollado 2 cursos de Counselling y gestión de conflictos para todo el personal (2003, 2010).

Bibliografía

– Dra. BEATRIZ C. THOMANN: http://www.proyectonets.org/pdftemp/z5t2kai4si34ta3kfxq4u445.pdf

– Decreto /2009, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias

– Gestión Clínica: Osasuna Zainduz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1997.

– Moreu F. Gestión clínica ¿De qué hablamos? Diario médico, 29/4/99.

– Matesanz R. Gestión Clínica ¿por qué y para qué?. Med Clin (Barc) 2001; 117: 222-6.

– AYRES PJ, WRIGTH J, DONALDSON LJ. Achieving clínical effectiveness: the new world of Clínical Governance. Clinician in Magement; 7: 106-111, 1998.

– GOLEMAN D, BOYATZIS R, MCKEE A. El líder Resonante crea más. Ed. DebosIsillo 5ª Edición, 2009.

La implicación de los pacientes en los programas de calidad y seguridad europeos (Proyectos MARQuIs y DUQuE)

Rosa Suñol, Directora General, Instituto Universitario Avedis Donabedian -UAB

Según el Instituto de Medicina (IOM), la "atención centrada en el paciente" es uno de los principales objetivos en la prestación de servicio, al igual que los objetivos relacionados con la seguridad del paciente, la efectividad, la eficiencia, la equidad y la provisión de los servicios en tiempo adecuado [1]. Por otro lado, también define la atención centrada en el paciente como "la atención que establece una colaboración entre profesionales, pacientes y sus familias (si procede) para garantizar que las decisiones respeten las necesidades y preferencias del paciente y que los pacientes tengan la educación y el apoyo que necesiten para tomar decisiones y participar en su atención". Según otras definiciones, la atención centrada en el paciente se refiere también a tener en cuenta conceptos como la interacción entre las personas, el apoyo de la familia y su entorno social, la alimentación saludable, el diseño de las instalaciones, los aspectos culturales y de ocio, la espiritualidad, las terapias naturales, y la transmisión y continuidad de la información después del alta o de la visita [2, 3].

Para entender el concepto de la implicación del paciente en los programas de calidad y seguridad europeos tenemos que ubicarlo dentro del marco de la atención centrada en el paciente y relacionarlo con los demás objetivos de la atención. Para analizar esto, debemos diferenciar los distintos niveles de la implicación de los pacientes y/o ciudadanos: en la planificación y la gestión macro, en la gestión del centro y en su propia atención. Numerosos estudios han evaluado la interacción médico-paciente en la atención sanitaria y han llevado a cabo múltiples acciones de política de salud para mejorar la atención centrada en el paciente. No obstante, la implantación de estrategias para mejorar la atención centrada en el paciente a nivel organizacional recibe una menor atención en cuanto a su investigación y práctica.

En este contexto, uno de los objetivos del estudio MARQuIS consistía en describir y evaluar las estrategias para la mejora de la atención centrada en el paciente y su asociación con el desarrollo de los sistemas de mejora de la calidad en hospitales Europeos [4]. En este estudio transversal participaron un total de 389 hospitales europeos entre los cuales 113 hospitales eran españoles (públicos y privados).

Los datos de estos hospitales españoles muestran que las políticas sobre información (confidencialidad, consentimiento informado) están disponibles en más del 80% de los hospitales y los términos sobre privacidad del paciente se cumplen en más del 90% [5]. En cuanto a la implicación del paciente, se observa una mayor variabilidad; El 66,3% de los hospitales tienen políticas que abordan la implicación del paciente en su tratamiento. El equipo directivo y el comité asistencial analizan la opinión de pacientes entre un 68 a 95% de los centros, mientras que los estudios de opinión de asociaciones de pacientes son menos frecuentes. La implicación directa del paciente en actividades de mejora

de la calidad está poco extendida: los centros que aseguran implicar a los pacientes en estas actividades (siempre, casi siempre o a veces) representan entre el 8% de los casos con puntuación más baja y el 26% en el mejor de los casos. En los temas relacionados con la información y los derechos del paciente no se observan diferencias relevantes entre los resultados de los hospitales españoles y los del resto de los países. En cambio, sí que se observan algunas diferencias en los aspectos de implicación del paciente, siendo la más significativa la implicación de pacientes o asociaciones de pacientes en actividades de gestión y mejora de la calidad, aspecto en que el resto de hospitales europeos supera con creces a los españoles, aunque éste área todavía se encuentra en general poco desarrollado.

Los resultados del proyecto MARQuIS sugieren además que las estrategias de la atención centrada en el paciente y los sistemas para la mejora de la calidad asistencial están parcialmente asociadas, sin embargo, los últimos no son suficientes para garantizar la implantación de las estrategias de la atención centrada en el paciente en toda la organización hospitalaria [6]. Diferencias entre la implantación a nivel estratégico y a nivel de departamento apuntan a otros factores facilitadores o factores externos que potencialmente influyen en la adaptación de un enfoque centrado en el paciente. El uso de herramientas prácticas para la mejora de la información, educación y fomento de la salud del paciente pueden complementar los sistemas de la mejora de la calidad asistencial existente [7].

El Proyecto DUQuE recientemente iniciado, amplía los objetivos del estudio MARQuIS y además evalúa múltiples constructos (variables subyacentes) en diferentes niveles organizacionales (tales como la implicación de los profesionales, la cultura organizacional y la presión externa). Además pretende evaluar el impacto de las estrategias de calidad e implicación del paciente a nivel de paciente a través de resultados de efectividad clínica, seguridad del paciente y percepción de los pacientes [8]. Los sistemas de calidad requieren un esfuerzo de documentación y esto desvía la atención directa al paciente. Es en este contexto dónde se valorará la efectividad y el impacto de las estrategias de calidad, y en base al análisis de estos datos se desarrollarán las estrategias de calidad que demuestren una alta correlación con los resultados a nivel del paciente.

Bibliografía

1. Institute of Medicine. 2001. "Crossing the quality chasms: a new health system for the 21st century." Washington, DC.

2. Coulter, A. 2006. "Engaging patients in their health care: how is the Uk doing relative to other countries." Oxford: Picker Institute.

3. Frampton, S. B. 2009. "Creating a patient-centered system." *Am J Nurs* 109(3):30-33

4. Suñol R, Garel P, Jacquerye A. Cross-border care and healthcare quality improvement in Europe: the MARQuIS research project. *Qual Saf Health Care*. 2009 Feb;18 Suppl 1:i3-7

5. Vallejo P, Suñol R, Escaramis G et al. [Clínical safety and patient oriented care: descriptive study of 113 Spanish hospitals and similarities in other European countries] *Rev Calid Asist*. 2009 Aug;24(4):139-48.

6. Suñol R, Vallejo P, Thompson A et al. Impact of quality strategies on hospital outputs. *Qual Saf Health Care*. 2009 Feb;18 Suppl 1:i62-8.

7. Groene O, …Suñol R et al. Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies: analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS Project). *Quality & Safety in Health Care* 2009;18;i44-i50

8. Groene O, …Suñol R et al. Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: Study protocol for the 'Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE)' project [241822]. *BMC Health Services Research* 2010, MiD: 7118259694092735

Seguridad del paciente y calidad: una perspectiva desde las instituciones europeas

Enrique Terol García, Consejero de Sanidad y Consumo

XXVIII CONGRESO SECA Sociedad Española de Calidad Asistencial | I CONGRESO SOGALCA Sociedade Galega de Calidade Asistencial
19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

La Seguridad del Paciente y la calidad en la Unión Europea.

Una prioridad para los sistemas sanitarios en la Unión Europea



Enrique Terol García

Representación Permanente ante la Unión Europea. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Representación Permanente de España ante la Unión Europea

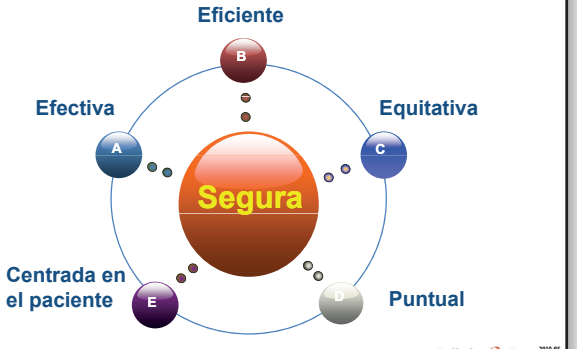
SEGURIDAD DEL PACIENTE: ¿De qué estamos hablando?

Ausencia de daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.
(AMSP/OMS. International Clasification for Patient safety. 2007, June)



Efecto Adverso
Acontecimiento que produce una lesión (daño) al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de la estancia , relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente .

Seguridad del Paciente: elemento transversal y crítico de la calidad sanitaria



Presidencia Española UE 2010

Tenemos un problema? Magnitud

- **10%** pacientes sufren algún daño derivado de la asistencia sanitaria en hospitales en la UE
  - Medicamentos
  - Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAs)
  - Cirugía y procedimientos

Sectores que se perciben como de mayor riesgo: aviación, nuclear etc, tienen una prevalencia muy inferior



1 / 1 000 000 probabilidad de daños por accidente aviación



1/ 300 probabilidad daño en asistencia sanitaria

Tenemos un problema? Magnitud

- Problema común a todos los tipos de sistemas sanitarios
- Tendencia creciente
- Potencialmente grave
- **Prevenible (50%)**
- Gran impacto económico y social

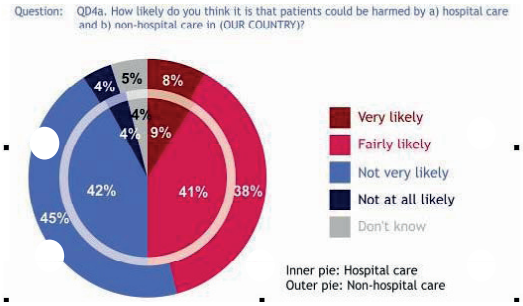


- Que preocupa a todos los implicados.
- No información comparable y valida para hacer una evaluación real del impacto de las intervenciones.

Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit 2006;20(Supl 1):41-7.

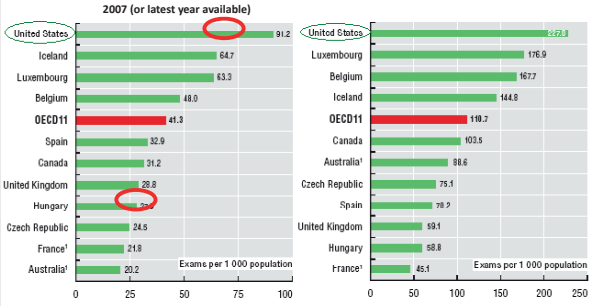
Percepción de los ciudadanos europeos

50% encuestados en la UE (Eurobarometer 2009) considera que podría sufrir daño al recibir atención hospitalaria (40 % en atención ambulatoria)



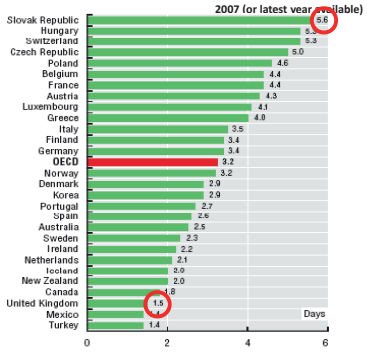
El problema de la variabilidad: procedimientos diagnósticos

En la UE, Luxemburgo tiene la mayor tasa de RMN y CT per cápita, seguido de Bélgica España, y RU.



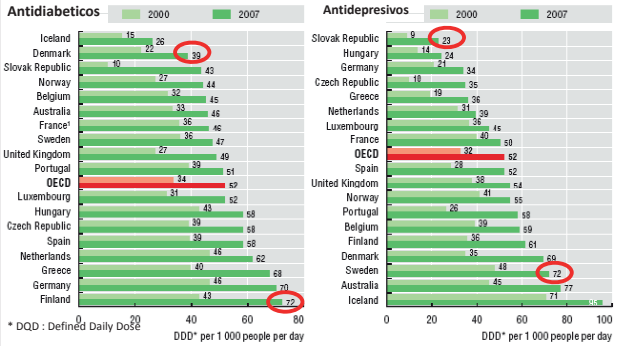
Source: OECD Health Data 2009, OECD (http://www.oecd.org/health/healthdata).

Variabilidad : estancia media en parto normal



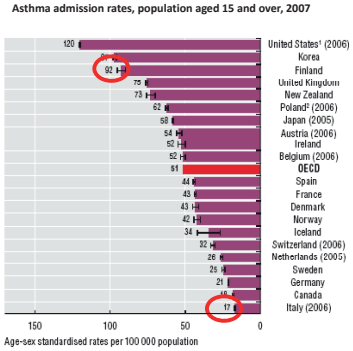
Source: OECD Health Data 2009, OECD (http://www.oecd.org/health/healthdata).

Variabilidad: Consumo medicamentos



Source: OECD Health Data 2009, OECD (http://www.oecd.org/health/healthdata).

Variabilidad: Tasas de Admisión



Tratamiento de enf. crónicas poco apropiado. Demasiados ingresos por asma…

Source: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009 (OECD).

¿Existe una política común en salud para los ciudadanos europeos?

¿Alguien se preocupa de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria en la UE?

11

Los tratados y las leyes y las instituciones europeas.

- El Tratado (los) de la Comunidad Europea
- Las Instituciones
- La legislación / competencias
- El proceso de toma de decisiones

Las reglas del juego y los actores

- Comisión



- Consejo



- Parlamento



EL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE DECISIONES EN LA UNIÓN EUROPEA.

- "procedimiento de codecisión"
- Complejo diálogo entre las tres instituciones competentes:
  - Comisión: iniciativa legislativa
  - Consejo y Parlamento: co-legislan.
- Aprobación definitiva de un acto legislativo
  - Hasta tres fases para alcanzar la conciliación
  - Duración indeterminada

14

Políticas Sanitarias en la UE

- Contradicción profunda entre

Tratado

Sanidad
competencia exclusiva EM (no regulación EU)

Mercado Común
Libertad de movimiento de personas, bienes y servicios (regulación EU)

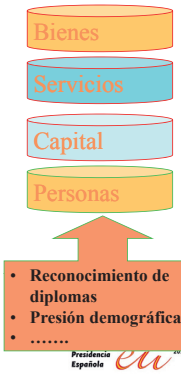
Sistemas sanitarios nacionales:
- Personas: Profesionales y pacientes
- Bienes: medicamentos y otros p. farmacéuticos
- Servicios: compañías y proveedores sanitarios

Políticas Comunitarias con impacto en la salud y los Sistemas Sanitarios

El mercado interno

Libertad de circulación personas

Es inevitable la libre circulación de
- **Médicos, profesionales sanitarios, pacientes**
- **Medicamentos, tecnologías médicas**
- **Seguros**
- **Inversiones hospitalarias**



- **Reconocimiento de diplomas**
- **Presión demográfica**
- **…….**

16

Los profesionales y los paciente de la UE

Declaración de Luxemburgo

de la Asociación de Médicos Europeos



Declaración de Londres

Pacientes por la Seguridad del Paciente (OMS)



Presidencia Española 2010.es

Marco legal Salud Publica en la UE

- Tratado Lisboa (TRATADO DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIÓN EUROPEA – TFUE)
- enmienda tratados previos sin sustituirlos (Diciembre 2009)
- Consolida de manera clara el principio de "subsidiariedad" en SP.



  - La UE respeta la responsabilidad/autonomía plena de los EM en
    - Definición políticas sanitarias;
    - Provisión servicios y su definición (cartera etc.)
    - Gestión y asignación de servicios y recursos sanitarios
- La UE tiene el papel fundamental de **COORDINADOR** mas que de **REGULADOR**

Marco Legal

- El TFUE subraya y fortalece la cooperación y coordinación de los EM.
- Promueve que los EM establezcan guías, compartan buenas practicas, establezcan sistemas de análisis y comparación (benchmarking) y evalúen. Orientado específicamente a incrementar la complementariedad de los Sistemas sanitarios de los EM en zonas fronterizas.
- Incluye como novedad compartir competencias con los EM cuando existan:
  - Aspectos comunes de seguridad en salud publica
  - Capacidad en estos casos de introducir legislación vinculante

Áreas y distribución de competencias de la UE y los EM

	Competencias exclusivas UE	COMPARTIDAS con EM	Competencias de apoyo a EM
POLITICAS GENERALES	Establecimiento directivas y acuerdos internacionales en actos legislativos de la union.	***Articulo 2 - 2*** • La UE y los EM pueden legislar y aprobar actos legales vinculantes en las áreas definidas • EM no pueden ejercitar competencias en aquellas áreas donde la UE ya las haya ejercido	***Articulo 2 – 5*** Puede realizar acciones que den soporte, ayuden en la coordinación y suplementen a los EM
SALUD PUBLICA	NINGUNA	•***Articulo 4 - 2*** • Problemas de Seguridad comunes en temas de salud publica (solo en aspectos concretados en tratado) • Las establecidas en art. 168.4	***Articulo 6 – (a)*** •La protección y mejora de la salud humana

Provisiones TFUE en Salud (I)

TITULO XIV SALUD PUBLICA

Articulo 168 (ex Articulo 152)

1. Asegurar la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana en la definición e implementación de todas las actividades y políticas de la UE

   las acción de la UE, será complementaria de las políticas nacionales, se centrara en:

   - Mejora de la salud publica y **prevención de las enfermedades físicas y mentales** (..)
   - **Promover la investigación** de las causas, la transmisión y la prevención de enfermedades
   - **Educación e Información sobre la salud**
   - **Vigilancia, alerta y lucha** contra las amenazas transfronterizas graves

Provisiones TFUE en Salud (II)

Articulo 168 (ex Articulo 152)

2. **(..) Los EM cooperaran entre si** (..) con apoyo de la Comisión cuando su acción sea necesaria en:

   (..) establecimiento de guías e indicadores
   (..) organización del intercambio de buenas practicas
   (..) preparación de los elementos necesarios para la vigilancia y monitorización periódica de temas de salud

   (..) La UE fomentara la cooperación entre EM para mejorar la complementariedad de sus servicios sanitarios transfronterizos.

Provisiones TFUE en Salud (III)

Articulo 168 (ex Articulo 152)

4. (..) de acuerdo al procedimiento legislativo ordinario –codecisión- (..) deberá contribuir a la consecución de los objetivos del art 168 a través de la adopción de medidas relacionadas con la Seguridad:

(a) medidas que establezcan estándares de **calidad y seguridad en relación a sangres, células y tejidos y órganos para trasplante**; (..)

(c) medidas que establezcan estándares de **calidad y seguridad en relación los medicamentos, productos sanitarios y dispositivos médicos.**

Competencias compartidas de naturaleza vinculante

Seguridad y Calidad de la atención sanitaria en la UE



Seguridad y Calidad de la atención sanitaria en la UE

Legislacion "Hard" Directivas, Reglamentos

- **Directivas que establecen estándares de seguridad y calidad:**
  - ✓ Sangre y componentes sanguíneos (2002)
  - ✓ Donación distribución células y tejidos (2004)
  - ✓ Donación y trasplante de órganos (junio 2010)
- **Directiva sobre la aplicación de derechos de los pacientes en atención sanitaria trasfronteriza (acuerdo político del consejo en junio 2010) (segunda lectura 2010-11)**



- **Directiva y reglamento de farmacovigilancia (acuerdo con PE en primera lectura (junio 2010)**



- **Directiva de medicamentos falsificados (en proceso de trilogo 1ª lectura en 2010)**

Seguridad y Calidad de la atención sanitaria en la UE

Normas "Soft" Recomendaciones Conclusiones ,

- **Conclusiones del Consejo de 2006 sobre valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE (calidad y seguridad elemento fundamental)**

Health Programme 2008-2013 Together for Health

- **Prioridades del segundo Programa de Acción en Salud Publica 2008-2013 y estrategia sanitaria futura de la UE**
- **Comunicación de la Comisión y Conclusiones del Consejo en Seguridad del Paciente e Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2008-2009)**

Recomendaciones del Consejo en seguridad del paciente e Infecciones asociadas a asistencia sanitaria

- Facilitar un marco europeo para la mejora de la SP
- Identificar áreas especificas de actuación y colaboración
- Las recomendaciones integran dos iniciativas desarrolladas en paralelo:
  - Recomendaciones globales sobre Seguridad del paciente
  - Recomendaciones especificas sobre IRAS en el contexto de la Estrategia en Seguridad del paciente

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm

Presidencia Española eu 2010.ES

Recomendaciones sobre seguridad del paciente

Recomendaciones Globales: acciones para los Estados Miembros:

- Impulsar y desarrollar políticas y programas nacionales y locales;
- Promover la participación e implicación de ciudadanos y pacientes;
- Desarrollar cultura positiva de seguridad del paciente, liderazgo y gobierno clínico a nivel del entorno de atención sanitaria;
- Incluir la Seguridad del paciente en la educación y formación de los profesionales sanitarios;
- Establecer mecanismos eficaces de notificación y aprendizaje;
- Desarrollar y mejorar mecanismos de compensación para pacientes afectados por sucesos adversos.

Acciones para la Unión Europea (EM + Comisión)

- Clasificar, codificar y medir en Seguridad del paciente
- Intercambiar conocimiento, experiencias y buenas practicas a nivel EU
- Promocionar y desarrollar Investigación en SP

Presidencia Española eu 2010.ES

Recomendación sobre Seguridad del paciente

Recomendaciones sobre IRAS

- Aprobar e implementar una estrategia al nivel apropiado para la prevención y control de IRAs
  - Programas de prevención y control de infección en centros de atención sanitaria.
  - Establecer o reforzar sistemas de vigilancia activa sobre infecciones asociadas a la atención sanitaria,
  - Establecer indicadores de evaluación de procesos y estructuras acordes con la mejor práctica.
  - Fomentar la educación, formación, investigación e intercambio de información en prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Recomendaciones sobre Seguridad del paciente

Implementación

- **Calendario:**
  - **Informe de progreso de los EM - Junio 2011**
  - **Informe global de la Comisión – Junio 2012**
  - **Nuevas medidas en 2012**
- **Acciones a nivel de la UE**
  - **Taxonomía e indicadores – PSQCWG (grupo expertos). Basado en trabajos OCDE indicadores calidad y OMS (C. Int SP)**
  - **Intercambio de buenas practicas - Joint Action 2011**
  - **IRAs - ECDC**

30

Recomendación sobre Seguridad del paciente

Implementación Intercambio de Buenas Practicas: Joint action

- **Preparación joint action en calidad y seguridad del paciente entre EM y Comisión**
- **Participación "stakeholders"**
- **Duración 2011-2014.**
- **Reunión preparatoria julio 2010.**
- **Convocatoria Programa Salud Publica 2011**

31

Recomendación sobre Seguridad del paciente

Implementación Infecciones Asociadas con asistencia Sanitaria

ECDC esta desarrollando tres sets de indicadores:

- **Hospitalarios**
- **A nivel regional/nacional**
- **Set especifico para evaluar la implementación y efectividad de las recomendaciones en IRAs**

32

Seguridad y Calidad de la atención sanitaria en la UE

Investigación conocimiento

Prioridades especificas y financion proyectos Seguridad del Paciente y Calidad

- 2º Programa Acción en Salud Publica – €321 millones en financiación global para 2008-13. **Objetivo 1: Mejorar la seguridad sanitaria:** Seguridad de pacientes, Evaluación de riesgos, Órganos, sustancias de origen humano y sangre
- 7º programa marco de investigación – salud (y seguridad del paciente es una línea prioritaria)
- Programa de apoyo a las Tecnologías de Información y Comunicación: (e-health) CALLIOPE:; epSOS etc..



34

Seguridad y Calidad de la atención sanitaria en la UE

Cooperación entre EM : Redes temáticas

Alianzas con "stakeholders": Profesionales, Pacientes, industria, etc

- **Grupo de trabajo de Calidad y Seguridad del Paciente** (PSWG) (2005)--
- **Iniciativa de la Comisión: "Europa para los Pacientes" (2008)**
- **EUNET PAS (2008-2010)**
- **Joint Action en Seguridad del Paciente y calidad (2011-2013)**

Seguridad y Calidad de la atención sanitaria en la UE: Grupo de trabajo en Calidad y Seguridad del paciente

2005
- ✓Creación del Alto Comité de Atención sanitaria de la COM.
- ✓Creación grupo trabajo Seguridad del paciente a propuesta de RU
  - •3-5 reuniones año)
  - •Integrado por 27 EM, COM, EFTA, Consejo Europa, OMS, OCDE, Asociaciones europeas de Médicos, enfermería, farmacéuticos, pacientes, gestores – HOPE-

2006- 7
- ✓Elaboración borrador recomendaciones SP e IRAs
- ✓Diseño de proyecto EUNETPAS y financiación Programa Salud Publica

2008-10
- ✓Ampliación temática a calidad.
- ✓Términos de referencia
- ✓Reflection Paper on Quality

2010-14
- ✓Desarrollo propuestas de taxonomía, indicadores y estándares
- ✓Apoyo en preparación e implementación Joint Action
- ✓Preparación estrategia en Calidad

Seguridad y Calidad de la atención sanitaria en la UE

EUNetPaS
European Union Network for Patient Safety

Alianzas con "stakeholders": Profesionales, Pacientes, industria, etc

- Co- financiado EM-Comisión Europea (P. Salud Publica 2008-2013
- **Objetivos:**
- Establecer una red de trabajo con los 27 estados miembros y otras organizaciones de la UE para promover la colaboración en SP
- **Orientado en cuatro áreas:**
- -Promoción de la Cultura en SP *
- -Estructurar la Formación de profesionales *
- -Implementación de sistemas de notificación y aprendizaje
- -Implementación del uso seguro de los medicamentos

Cooperación entre EM : Redes temáticas

Grupo de Salud Pública a Alto Nivel del Consejo (SLWP)

- Creado a partir de Conclusiones Consejo 2008
- Centrado en temas estratégicos en salud (programa de trabajo 2009)
- Calidad y Seguridad una prioridad principal
  - Francia: Calidad en la Atención Sanitaria (2008)
  - Republica Checa: e-Health (2009)
  - Suecia: Eficiencia de los Sistemas Sanitarios (2009)
- Se recogen las opiniones e informes específicos de la COM y de otros actores (OMS, Asoc. pacientes, académicos..)

SLWP: Presidencia de España : 28 mayo 2010

- Tema central para debate:
  Calidad y participación de los pacientes en la atención sanitaria
- Se debatió el **"Reflection paper on Quality of Care** " del grupo de trabajo de la comisión en seguridad y calidad:
  - ¿Que areas/elementos de la calidad deben/pueden ser aboradads en el marco UE ?
  - ¿Cómo asegurar la participación de los pacientes y los profesionales?
  - Encomendar a la COM la promoción de la cooperación y coordinación entre EM , la elaboración de guías e intercambio de buenas practicas (no mandato l establecimiento de normas vinculantes..
  - Se encomienda al grupo de trabajo preparar una propuesta de marco estratégico en calidad para la UE

Conclusiones

- Problemas y soluciones similares en la UE
- Alta variabilidad y ausencia de estándares y practicas comunes dentro de los sistemas.
- Estrecha base legal para medidas vinculantes y armonización (pero elemento esencial Directivas aprobadas: sangre, tejidos y órganos; Farmacovigilancia en proceso: Atención transfronteriza, med. Falsificados)
- Tema incluido en agenda UE y considerado transversal (pertenece ya a la jerga comunitaria)
- Trabajo futuro basado en métodos "soft" y cooperación (redes, guías, buenas practicas etc.)

La experiencia de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente

Clara González Formoso, enfermera de la Gerencia de Atención Primaria de Vigo.

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años, no sólo para gestores y profesionales sanitarios, sino también para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios que reciben.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad. Los daños que se pueden ocasionar y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud (OMS, Organización Pan Americana de la Salud, Departamento de Salud del Reino Unido, Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos) han desarrollado estrategias que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

Hasta hace poco, la participación de los pacientes en la mejora de la atención de la salud no se había considerado de importancia, pero el lanzamiento de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de la línea de acción **"Pacientes por la seguridad del paciente"**, ha permitido una colaboración más directa de pacientes y asociaciones con organismos de salud a nivel mundial. Hoy en día se considera que la participación de los pacientes en la prevención de efectos adversos es una condición *sine qua non* para conseguir su disminución. Cada vez existen más datos que confirman que los estilos de vida, el cumplimiento del tratamiento y el uso adecuado de medicamentos, condicionan los resultados de las intervenciones médicas.

La atención centrada en el paciente supone un cambio cultural significativo, añadiendo a la evidencia y la eficiencia, la consideración de la efectividad y la autonomía del paciente respecto a sus preferencias, como factores determinantes de la toma de decisiones. Aplicar esto significa, entre otras cosas:

– Integrar a los pacientes y a sus familias en todos los aspectos de la atención.

– Evitar demoras en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad.

– Formar a médicos y profesionales de la salud en habilidades de comunicación y en humanidades.

– Promover un modelo de atención integral que incluya el apoyo psicológico desde el inicio del proceso de enfermar.

– Favorecer una mejor coordinación entre servicios y niveles asistenciales.

– Integrar en la asistencia sanitaria los principios de la "Declaración de Barcelona", consensuada por múltiples asociaciones de pacientes.

En el año 2007 la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social puso en marcha una serie de proyectos para conocer la percepción y experiencia de pacientes y consumidores en torno a la seguridad del paciente y establecer mecanismos de participación. Inicialmente se realizó un estudio cualitativo con pacientes, familiares, representantes de asociaciones, agentes clave y líderes de opinión, que tuvo su continuación con dos talleres de trabajo en los que se gestó un documento de consenso acerca de la situación actual y posibles prioridades y líneas de trabajo en SP desde la perspectiva de los pacientes y los consumidores. A partir de ello se llevó a cabo un taller en el entorno de la Escuela de Verano de Salud Pública que ayudó a gestar la ***Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente*** de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia nº 8 del Plan de Calidad. Dentro de los objetivos de dicha estrategia, se encuentra el de "***Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en Seguridad del Paciente".*** Y precisamente una de las acciones emprendidas ha sido la creación de la ***RED CIUDADANA DE FORMADORES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (http://formación.seguridaddelpaciente.es/).***

¿QUIÉNES SOMOS?

La Red es una iniciativa de **carácter formativo**, impulsada por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, para lograr la participación activa de pacientes y ciudadanía en las políticas de seguridad del paciente

¿CUÁL ES SU OBJETIVO GENERAL?

Dotar a la ciudadanía de **recursos y herramientas** que les permita contribuir a su **seguridad** como paciente y también a la de su entorno.

¿CUÁLES SON SUS OBJETIVOS ESPECÍFICOS?

- Formar y capacitar a pacientes y ciudadanía.
- Promover su seguridad.
- Capacitar a las personas para que sepan procesar y comprender la información básica de salud necesaria para actuar en las indicaciones médicas y tomar decisiones sobre su salud **("Health Literacy").**
- Avanzar desde una cultura de culpa actual hacia una **cultura de la confianza.**

¿CUÁL ES EL MARCO EN EL QUE NOS MOVEMOS?

Las expectativas de los pacientes han cambiado: antes, el paciente quería que lo curaran y punto. Hoy, además, quiere conocer su enfermedad y los porqués de su tratamiento, que desea codeliberar y codecidir. Tanto los pacientes como sus familiares o cuidadores, necesitan y reclaman información sobre el curso de su proceso.

En las enfermedades crónicas, el paciente requiere un nivel de información que puede ser innecesario en otro tipo de enfermedades. En su atención se producen situaciones muy distintas que implican para el profesional un reto. Como dice **Ronald Epstein**, los pacientes quieren ser partícipes de su tratamiento en mucha mayor medida de lo que los profesionales sanitarios quieren creer y aconseja preguntarle al paciente "¿Quiere que sólo le informe; prefiere decidir conmigo o sólo espera enterarse de lo justo?". El reto de la cronicidad supone actuar de forma proactiva sobre los determinantes de salud que inciden en su aparición, pero también se debe subrayar, tal y como reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS), el protagonismo esencial que tiene una actitud activa del paciente en todos los procesos relacionados con las enfermedades crónicas.

Otro de los retos que tienen los nuevos programas de cuidado al paciente crónico es el desarrollo de las nuevas tecnologías y canales de consulta, y la existencia de espacios informativos que estén validados científicamente. El paciente experto es un paciente crónico, que conoce y entiende su enfermedad, que se responsabiliza de su salud y que además quiere estar bien informado. Asimismo, tiene una actitud proactiva para poder adaptarse a los cambios necesarios para tener una mejor calidad de vida, incluso implicándose en promover esta actitud a otras personas con el mismo problema de salud. En las consultas cada vez es más frecuente encontrarse pacientes formados, con un mayor acceso a la información, que exigen sus derechos a la salud como consumidores.

Que el paciente se involucre es fundamental y para lograrlo es necesario generar conocimiento.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE UN PACIENTE BIEN INFORMADO?

Las primeras experiencias con programas de pacientes expertos se llevaron a cabo en el Servicio Nacional y en la Universidad de Stanford (EEUU), donde la investigadora K. Loring lleva 20 años utilizando estos programas con enfermos de artritis, artrosis, diabetes, esclerosis múltiple, obesidad, cáncer, etc, así como con sus cuidadores o familiares. Los pacientes llevan la iniciativa de su formación y los profesionales sanitarios tienen un papel observador y orientador. Estos programas tratan de "utilizar" a pacientes crónicos que son capaces de entender su enfermedad, de responsabilizarse de su salud y que manejan correctamente las opciones terapéuticas. Estos pacientes, si además tienen dotes comunicativas y empatía, una vez formados y asesorados, son capaces de liderar grupos de pacientes de forma eficaz, ya que transmiten la información con el mismo lenguaje de los otros pacientes, desde la misma experiencia de la enfermedad y con dificultades parecidas para la realización correcta del tratamiento y para asumir el impacto físico, emocional y social de esa enfermedad.

Según la Universidad de Stanford, esta formación de pacientes implica:

- Mejora de la relación profesional sanitario-paciente.
- Aumento de la confianza en el profesional y en sí mismo.
- Incremento de la autoestima (más responsable de su salud, más partícipe y activo).
- Incorporación de hábitos de vida saludables.
- Reducción del número de depresiones.
- Mejora del cumplimiento terapéutico.
- Disminución del número de ingresos.
- Disminución del número de bajas laborales.

¿CÓMO FUNCIONA?

La formación de formadores se lleva a cabo mediante un sistema de formación en cascada. En una primera fase tuvo lugar la **formación de formadores**, abarcando aspectos como "Prevención en el ámbito de los cuidados", "Uso seguro de medicamentos", "Prevención de infecciones", etc. sin olvidar la formación en habilidades y técnicas docentes; esta formación se realiza de manera presencial y virtual. En una segunda fase se incluye la formación a la ciudadanía, habiendo impartido el primer taller en diciembre de 2009 en Santiago de Compostela.

¿CUÁLES SON LOS PRÓXIMOS PROYECTOS?

– **Extender la red** entre los pacientes, a través de las asociaciones nacionales y autonómicas, de las sociedades científicas contando como formadores las personas que han participado en los primeros talleres de la Red Ciudadana desarrollando talleres con asociaciones de pacientes, de consumidores y usuarios, para hacer avanzar la estrategia de **formación de formadores en cascada**.

– Desarrollar una estrategia de **formación continuada** en la seguridad del paciente con las personas formadoras de la Red en el ámbito de los *cuidados a pacientes dependientes*, en incrementar la seguridad de pacientes en situación de *atención en el domicilio*, *de atención sociosanitaria, en el ámbito de prácticas seguras como las úlceras por presión y la prevención de caídas.*

– Elaborar **materiales audiovisuales** que faciliten el proceso de formación y aporten más recursos a las personas formadoras.

– Activar y actualizar la **página web**, permitiendo combinar la formación presencial con la virtual y difundir la seguridad de pacientes. También se establecerá un acuerdo con la colaboración Cochrane para facilitar información de excelencia clínica para la ciudadanía.

– **Evaluar la Red** con respecto a la efectividad de la estrategia formativa, el impacto que la Red tiene sobre los formadores y en los servicios sanitarios.

– **Difundir la Red y la Seguridad del Paciente** en pacientes, asociaciones, usuarios y consumidores y ciudadanía en general.

Todo este contenido se engloba en el nuevo modelo de paciente como **agente activo**, en el que la toma de decisiones es compartida, en el que es el verdadero protagonista, con el fin de conseguir un paciente informado; y si conseguimos un **paciente informado**, conseguiremos un **paciente seguro**.

La Comarca de Osakidetza a través de su sistema de gestión (2001-2010)

Eduardo González Lombide, Gerente comarca Guipúzcoa Ekialde

La Comarca Ekialde es una organización Sanitaria de Atención Primaria, perteneciente a Osakidetza, ente público que presta la atención sanitaria en el País Vasco.

Su nacimiento se produce en 1998 como resultado de la fusión de tres Comarcas preexistentes y fruto de la reorganización del Mapa Sanitario que a lo largo de ese año se llevó a cabo en Osakidetza.

Situación Comarca Ekialde

Se encuentra situada en la Comunidad Autónoma Vasca (C.A.V.) en el Territorio Histórico de Gipuzkoa en su parte norte y se denomina Ekialde (Este) porque, en la globalidad de la C.A.V., está situada en ese punto cardinal.

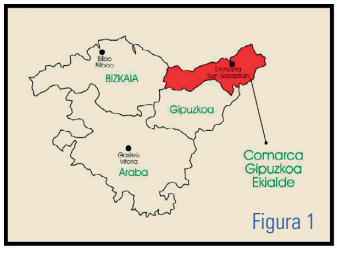


Figura 1

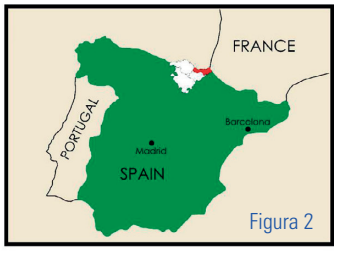


Figura 2

Mapa Comarca Ekialde

La Comarca Ekialde atiende a **461.611,** habitantes de 19 municipios, en sus **33 Centros de Salud,** agrupados en 23 Unidades de Atención Primaria (U.A.P.) y para ello cuenta con 1014 profesionales 935, de ellos, de plantilla.



Figura 3

Sistema de Gestión

A) Como Consecuencia de la llegada de la nueva Gerencia en el año 2000, 5 grupos de trabajo desarrollan una **Reflexión Estratégica** para iniciar la nueva andadura de Gestión.

B) Esta reflexión desemboca en la **Asunción del modelo EFQM,** como método de gestión, pero considerándolo como algo referencial que pudiera convivir armónicamente con nuestras señas de identidad propias.

C) Paralelamente se efectúa la identificación de aquellas actividades normalizadas y sistemáticas que venían siendo desarrolladas en la Comarca y la de otras no realizadas, cuya presencia nos pareció indispensable. Todas ellas fueron elevadas al **rango de Procesos o Subprocesos.** El resto quedaron definidas como actividades.

D) Se trataba, en definitiva, de **Adoptar la Mejora Continua** como objetivo a interiorizar en nuestro refundado sistema de gestión y tras llegar a una etapa de madurez alcanzar progresivamente el estadio de la **Innovación.**

A) Reflexión Estratégica

A lo largo del proceso del Proceso de Reflexión Estratégica se sucedieron los siguientes pasos:

1. **El diseño de una Estrategia** que, en coherencia con la de la Organización Central, pudiera ser asumida como propia.
2. **La definición de una forma de Liderazgo** que diera respuesta a las necesidades de la Organización.
3. **El desarrollo de las Personas** como valor fundamental de la Organización.
4. **El establecimiento de Alianzas** con aquellas personas y Organizaciones, de nuestro ámbito de actuación, que pudieran añadir valor a la actividad que realizaba la Comarca.

1.Diseño de la Estrategia

El diseño de la Estrategia comenzó por la **redefinición de la Misión, Visón y Valores.** Esta responsabilidad recayó en los 5 grupos de trabajo que se habían creado previamente para desarrollar el nuevo sistema.

Una vez definidas, anualmente se ha venido procediendo a su revisión y adaptación a las circunstancias de cada momento. Como consecuencia de la revisión del 2008, tras la Evaluación Europea de 2007, se realiza el **alineamiento sistemático de los atributos con nuestros indicadores clave. La medición de estos atributos,** que definen el contenido de la Misión y Visión, fue considerada indispensable para poder **asegurar su consecución.**

Además, la mencionada revisión genera una **nueva concepción en la tipificación de los indicadores de nuestro Cuadro de Mando** que pasan de ser 317 (incluyendo los 34 claves) a 77 Indicadores de proceso. Esta acción de mejora supone la desaparición de 85 indicadores, y la clasificación del resto de indicadores en indicadores de encuesta e indicadores monitorizados con sistemas de alerta (155 indicadores).

Paralelamente se produce también un **Nuevo enfoque de los procesos Clave,** basado principalmente en una mayor simplicidad, aplicabilidad y practicidad.

De esta forma los redefinimos como aquellos cuya gestión es imprescindible para llevar adelante la Estrategia de la Comarca y conseguir los resultados de salud definidos en la Misión:

- Miden los atributos de la Misión/Visión y desarrollan Líneas Estratégicas de los nuevos Planes Estratégicos **(Procesos Clave Estratégicos).**

- Gestionan indicadores que son considerados "claves" por la Organización **(Procesos Clave de Control).**

PROCESOS CLAVE ESTRATÉGICOS	**PROCESOS CLAVE DE CONTROL**
Servicio al cliente	Gestión del Medicamento
Dirección Estratégica	Hobebidean
Voz de los clientes	Gestión del Conocimiento (Formación)
Gestión Económico-Financiera	
SUBP. CLAVE ESTRATÉGICOS	**SUBP. CLAVE DE CONTROL**
Intervención Comunitaria	Gestión del AAC
Comunicación Operativa	Gestión de la Prescripción
Asistencia Sanitaria	Gestión Por Procesos
Responsabilidad Social Corporativa	Reconocimiento

Figura 4

Conceptualmente pasan a ser estructuras más dinámicas y adaptables, nuevas definiciones de procesos, de programas o de proyectos considerados claves por la Organización.

A continuación exponemos el despliegue esquematizado de la medición, por medio de algunos indicadores, de los atributos de la Misión.

"Contribuir a la mejora en los resultados de salud de los ciudadanos de la Comarca, a través de la ***prestación de servicios sanitarios seguros*** *dirigidos a* ***prevenir*** *y* ***tratar*** *la enfermedad y a* ***promocionar*** *la salud de manera* ***sostenible económica, social y medioambientalmente.***

ATRIBUTO	**INDICADORES (Nº)**
PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	De Accesibilidad (2)
	Cuantitativos y de Frecuentación (9)
SEGUROS	Declaración de sucesos adversos
PREVENIR Y PROMOCIONAR	% Cobertura de vacunación de la Gripe
	% de coordinación de continuidad de cuidados de enfermería al alta
	Tiempos medios de consultas (2)
	Eficiencia del Gasto (3)
SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA, SOCIAL Y MEDIOAMBIENTAL	Nivel de cumplimiento de Previsión de Facturación e Ingresos (2)
	% centros con remisión mensual de Hoja de Control de servicios
	ACG (3)
	Q&R de Pacientes y Personas (4)
	% Ejecución del Plan de Formación
	% Global de Satisfacción de los grupos de interés (4)
	De Medioambiente (5)

Figura 5

2.Definición del Liderazgo

Necesitábamos un liderazgo que diera respuesta a la **situación de dispersión** que padecía la Comarca. Este Liderazgo debía solventar los problemas de feed-back de comunicación, información, motivación, trabajo en equipo y participación entre los Centros y la Dirección.

Por este motivo se creó un **staff remunerado** que suponía un soporte de gestión para el J.U.A.P. y que estaba constituido por una **Supervisora de Enfermería** y por un **Responsable del Área de Atención al Cliente (A.A.C.).**

También se crearon las figuras de los **Líderes Voluntarios** que solventaban problemas de feed-back pero de áreas más concretas: **Ekogidari en la Gestión Medio Ambiental, el Babesle en Seguridad del Paciente, el Responsable de Formación y el Responsable de la Historia Clínica Informatizada (Osabide).** Las contrapartidas para su reconocimiento las realiza cada J.U.A.P. de la forma que considera más pertinente.

Ambos tipos de Líderes tienen claramente definidas sus funciones y participan en reuniones periódicas con sus responsables, mayoritariamente de la Dirección.

3.El Desarrollo de las Personas

Una vez producida la incorporación de las personas a la Organización, a través de la Oferta Pública de Empleo (O.P.E.) o por concurso de traslados, la Comarca realiza lo que denominamos **"Acogida"** por medio de los Directores y/o Responsables de los diferentes estamentos. En esta acogida se les entrega el "Manual de Acogida" y se recaban las necesidades de formación, para el desempeño de su puesto.

Asimismo cuando estas personas se incorporan al Centro, donde han obtenido plaza, el J.U.A.P., por medio del programa de **Gestión de Competencias** valora los puntos fuertes, las necesidades de formación y la formación sentida de cada una de ellas.

Ambas necesidades de formación y la formación sentida que se considere útil para desarrollar la actividad propia de la Atención Primaria, constituyen, junto con la formación ofrecida desde la Organización Central, el núcleo principal del **"Plan de Formación anual de la Comarca".** Este Plan está orientado a su aplicabilidad en el Proceso Operativo.

En otro orden de cosas la Comarca Ekialde despliega, entre todos los profesionales de la Organización, un **"Plan de Reconocimiento"** estructurado en el cual se reconoce tanto el "Buen Hacer" individual como colectivo. Para ello cuenta con una "**Matriz de Reconocimiento"** donde se describe qué es lo que se premia, quién debe hacerlo y cómo lo hace.

Además también organiza un **"Día de Reconocimiento"** concreto al año donde premia a la Mejor U.A.P., a la que más ha mejorado, a la mejor idea de innovación y/o mejora, al mejor aliado, al mejor proveedor y a los profesionales que han cumplido 25 años en Osakidetza.

4.Establecer Alianzas

Par el mejor cumplimiento de nuestra propia Misión y Visión debemos establecer relaciones múltiples con otras Organizaciones, bien del sector sanitario, público o privado, de la industria farmacéutica, bien de suministradores de servicios o materiales.

Partiendo de que, consideramos **Aliados** a todos aquellos que, en esta relación, nos **aportan valor añadido** sobre el resto del entorno, consideramos **Aliados Clave** a un grupo reducido de personas u Organizaciones sin cuya concurrencia la materialización óptima del **Proceso Operativo se vería afectada** en mayor o menor medida.

B) Referencia: modelo EFQM

Es cierto que cuando comenzamos esta andadura en el 2001 intentamos y, con la perspectiva que da el tiempo, creemos haber conseguido dotarnos de un **Corpus Estructurado** de identificaciones, definiciones, declaraciones, etc. que llenaban de contenido la referencia métodológica que constituía el modelo EFQM.

Este Corpus partía de un trabajo previo, realizado por la anterior Gerencia, en el que tras la utilización de la Matriz DAFO había conseguido identificar las acciones que compusieron aquel **1er. Plan Estratégico de la Organización en el año 1998.**

Este 1er. Plan fue la base sobre la que se construyó el Corpus que rodeó a la estructuración de nuestro Sistema de Gestión.

Se trataba, una vez asentada la estructura de trabajo, de **identificar y ordenar las actividades** que se venían realizando para desarrollar nuestra actividad sanitaria, consolidar nuestro **Mapa de Procesos,** desarrollar **nuestra Estrategia,** disponer de un **Liderazgo fuerte** y, junto con nuestros **aliados,** embarcarnos en el mundo de **la Mejora Continua** tomando como **referencia el Modelo EFQM.**

C) Identificación/Gestión de los Procesos/Indicadores

(Ver nuevo enfoque de los Procesos Clave en el punto 1. Diseño de la Estrategia).

1. Identificación

Mapa de Procesos

Aquí presentamos el **Mapa actualizado de los Procesos** tras su 5ª revisión. En él podemos ver el **Proceso operativo Servicio al Cliente,** que se realiza en los Centros de Salud, y los **procesos de apoyo** que se realizan, en la estructura Central de la Comarca. Revisión tras revisión vamos tendiendo cada vez más a la simplicidad.



Figura 6

Proceso Operativo

Este proceso explica la razón de la existencia de la Comarca Ekialde y describe aquellas actividades que, desarrolladas íntegramente en los Centros de Salud, constituyen el "leit motiv" de nuestra existencia como Organización.

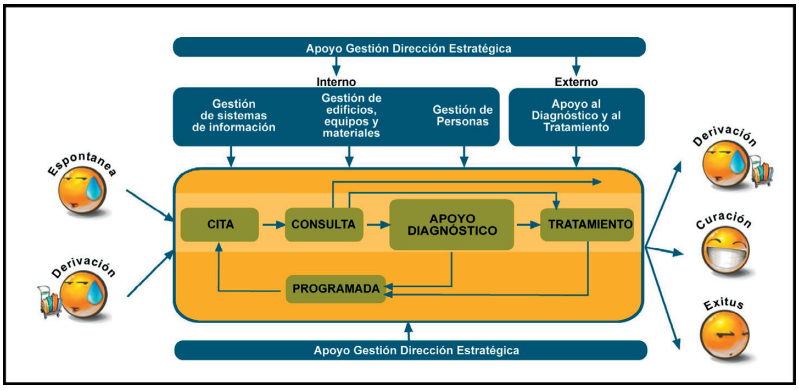


Figura 7

Procesos Clave

La identificación y enumeración de los Procesos Clave ya se ha realizado en la figura 4 en el punto 1. Diseño de la Estrategia.

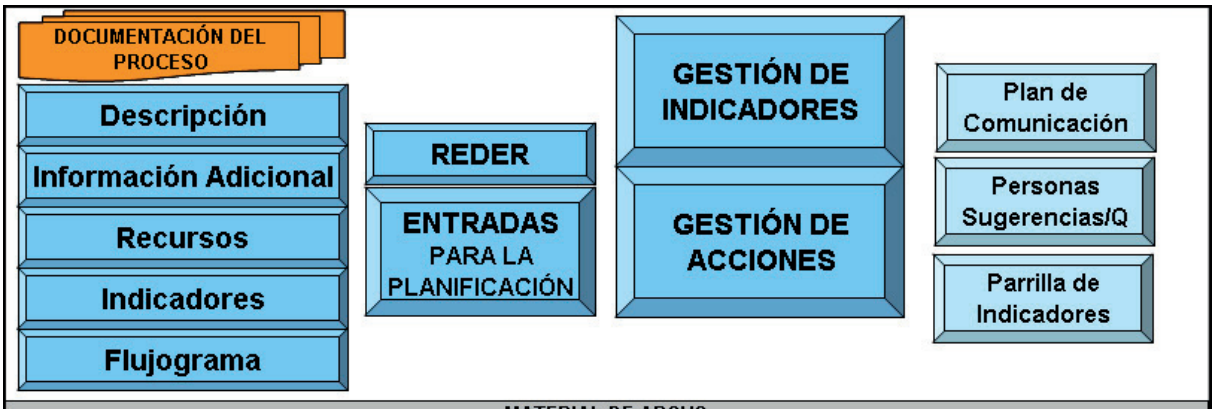
2. Gestión de los Procesos

Para realizar una buena gestión de los procesos se debe seguir una sistemática y una estructura claramente definidas. Presentamos en la figura 8 la puerta de entrada a la Gestión de cada uno de los Procesos/Subprocesos.

Entrada

En esta imagen se observa una descripción de todo el contenido del Proceso con su documentación, REDER anual, entradas de las acciones de mejora (planificación), gestión de los indicadores y de las acciones entrantes y el plan de comunicación.

Tanto las personas como las sugerencias, la parrilla de indicadores y el material de apoyo (en la parte inferior) son complementos de ayuda a la gestión.



MATERIAL DE APOYO				
LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN	*PROCESOS*	*ESTRATEGIA*	*MEJORA*	*INNOVACIÓN*
	Mapa de Procesos OCGE	Misión, Visión, Valores	Mejoras	Definición de innovación
Definición de liderazgo	Procesos / Responsables	Plan Estratégico	Visitas	Flujograma de proyectos
Listado de líderes	Metodología de Procesos	Indicadores Clave	Aprendizajes	
Registro de Comisiones	Mapa de Procesos UAP	Indicadores Clave UAP	Buru Belarri	
	Procesos Clave	Alianzas Clave		

Figura 8

Planificación

La planificación de las Acciones de Mejora anuales procede de las diferentes fuentes que se describen en la fig. 9. Este cuadro es fundamental para la gestión porque recoge las acciones que debe gestionar cada proceso/subproceso y que se describen en la figura anterior.

OBJETIVO OPERATIVO/MEJORAS DEL PERIODO			OBSERVACIONES
REDER DEL PROCESO			
ACCIONES DEL PLAN ESTRATEGICO	ACCIONES PENDIENTES OTROS AÑOS		
	ACCIONES 2010		
APRENDIZAJE			
EVALUACIÓN EFQM			
ENCUESTA CLIENTES			
ENCUESTA PERSONAS			
OTRAS FUENTES DE PERCEPCIÓN			
ÁREAS DE MEJORA CONTROLES CUATRIMESTRALES			
AUDITORÍAS	INTERNAS		
	EXTERNAS		
OTRAS ACCIONES PENDIENTES AÑOS ANTERIORES			
INNOVACIONES			

Figura 9

Seguimiento de los indicadores

El seguimiento de los indicadores se realiza según se describe en la figura 10. Se describe el indicador, su origen, el responsable, la frecuencia de medición, cuál es su objetivo, su seguimiento según la periodicidad y el resultado.

CODIGO	INDICADOR	ORIGEN	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	OBJETIVO	MEDIDA E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESULTADO	APRENDIZAJE	OBSERVACIONES
101.01	Porcentaje de centros de los que se reciben consultas sobre información de medicamentos	PROCESO		Anual																
101.03	Publicaciones periódicas sobre fármacos (según parrilla)	PROCESO		Anual																
101.04	Porcentaje de UAPs en las que se realiza como mínimo una sesión farmacoterapéutica anual	PROCESO		Anual																

Figura 10

Seguimiento de las acciones de mejora

En esta figura 11 podemos ver el seguimiento de las acciones de mejora, su origen, la descripción de la mejora, su despliegue en planes de acción concretos, el desarrollo mensual por medio de colores que identifican su estadio, el seguimiento efectuado en los controles de gestión cuatrimestrales, su cierre y las observaciones.

OBJETIVOS OPERATIVOS - MEJORAS			PLANIFICADO		COMENZADO				FINALIZADO				RETRASADO				APLAZADO				ANULADO				1er Cuestrimestre	2º Cuestrimestre	Cierre	OBSERVACIONES
ORIGEN	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	E	E	F	F	M	M	A	A	M	M	Jn	Jn	J	J	A	A	S	S	O	O	N	N	D	D				
REDER	MEJORA																													

Figura 11

3.Indicadores

Los Indicadores tras la nueva tipificación explicada en el punto 1. Diseño de la Estrategia pasan a ser clasificados como:

- **Indicadores de Proceso** (indispensables para gestionar el Proceso).
- **Indicadores Monitorizados** (Con sistemas de alerta).
- **Indicadores de Encuesta** (miden la percepción de los grupos de interés).
- **Indicadores Clave** (pertenecientes a los Procesos Clave).

De los 45 indicadores Clave 20 miden actividades de los Procesos Asistenciales.

De los 77 indicadores de Proceso 30 también miden estas actividades.

D) Mejora Continua/Innovación

La Mejora Continua, base de cualquier sistema de gestión de la Calidad, en el nuestro se plasma en la **gestión de acciones** (figura 8) que se describen en la **Planificación** (figura 9) y que se desarrollan en el **seguimiento de las acciones de mejora** (figura 11).

La gestión diaria nos lleva, nos ha llevado en nuestro caso, de un estadio de **Mejora Continua** generador de **cambios evolutivos tranquilos y dulces** (mejoras internas derivadas del propio sistema de gestión o externas a la organización y que el sistema es capaz de asumir sin grandes problemas) a otro escalón complementario y paralelo en el que la propia madurez de la organización obliga a plantear **cambios drásticos de fondo,** enérgicos, nuevos retos, **innovaciones…** procedentes de diferentes fuentes, propias y ajenas que convivan en armonía con los anteriores.

Incluso, esta nueva vía, nos ha empujado a crear nuestro propio **"Foro de Innovación"** para poder disponer de una red de personas que puedan detectar cambios cualitativos importantes que nos permitan situarnos en una nítida posición de innovación. Esta posición deberá favorecer la implementación de iniciativas novedosas dentro de la propia organización cuyo fin último sea mejorar los resultados de la Organización para obtener **sistemáticamente ventajas competitivas** respecto a los competidores del segmento.

Y para terminar, presentamos en la figura 12 una descripción resumida de los **resultados más importantes** que se han ido produciendo a lo largo de los años de utilización del Sistema de Calidad asumido por la Comarca Ekialde de Osakidetza.

1998	- Se elabora el primer Plan Estratégico (1999-2002 y se formula la Misión de la Comarca.
2000	- Se obtiene la primera Certificación ISO 9001 del Área de Atención al Cliente de la UAP de Beraun.
2001	- Se adopta el Modelo EFQM.
2003	- Se obtiene la Q de Plata de Euskalit +400 tras evaluación externa de Euskalit (EFQM).
2005	- Se depliega la Gestión Medioambiental en todas las Unidades.
2006	- Se obtiene la Certificación ISO 14001 en todas las UAP.
	- Se valida la Memoria de Sostenibilidad.
	- Se obtiene la Q de Oro de Euskalit +500 (EFQM).
2007	- Se alcanza la categoría Finalist +600 tras evaluación externa EFQM-Europa.
	- Se obtiene el premio (accesit) Europeo de Medioambiente sección País Vasco.
	- Se implanta el Programa de Promoción de la Lactancia Materna.
	- Se implanta el Programa de Seguridad del Paciente.
	- Se inicia el proyecto de Innovación.
2008	- Se obtiene el premio Avedis Donabedian a la Excelencia en Calidad en Atención Primaria.
2009	- Se obtiene la Certificación OSO 9001 en todas las UAP.
	Se realiza la Autoevaluación en Innovación.

Figura 12

Gestión por procesos en radiología: necesario y posible

Isabel González Álvarez. Jefe del S. de Radiología. H. San Juan. Alicante.

Introducción

En la década de los 80, del siglo pasado, la JCAHO impulsa, en su programa de calidad, los sistemas de monitorización, los indicadores de proceso y de resultado y el audit médico. Sin embargo, el foco sobre el proceso lo había puesto Donabedían veinte años antes cuando en un excelente artículo enfoca la evaluación de la calidad de la asistencia analizando tres componentes: la estructura, el proceso y el resultado. La gestión por procesos constituye un núcleo fundamental de los diferentes modelos de gestión de la calidad.

En el sistema sanitario diariamente los diferentes estamentos profesionales realizan táreas, actividades y deciden en un orden secuencial y lógico; se consumen recursos y se obtiene un resultado. La diferencia estriba en cómo se desarrolla el proceso y en el resultado obtenido, en definitiva hacer el trabajo bien o mal, tan fácil en la definición como difícil en la práctica diaria.

Existe una diferencia sustancial en el concepto de proceso aplicado a un Servicio clínico-quirúrgico o a uno de Radiología, la enfermedad define el proceso clínico-quirúrgico : neumonía, colelitiasis, cáncer de mama…Pero no es el caso de Radiología, que inicia su proceso con el planteamiento de una duda diagnóstica, y en función de ésta, se utiliza una u otra tecnología de manera secuencial lo que obliga en cierta manera a organizar los procesos en torno a las técnicas y en el seno de una organización por órgano-sistema. La radiología Intervencionista es la excepción, ya que se comporta como un servicio mixto médico-quirúrgico debido a su faceta terapéutica.

En el mundo de la gestión avanzamos a golpe de moda: DPO (dirección participativa por objetivos), uso adecuado de los recursos, el paciente como eje del sistema, calidad, procesos y, en la última década, seguridad. Se desarrollan en fases, en compartimentos estanco y paralelos a la actividad diaria, no llegan a impregnar el trabajo cotidiano conformando un todo, y antes de asentarse llega una nueva moda. Parece existir una barrera entre aquellos que tienen conocimientos, y dominan la teoría y muchos de los que están en primera línea de la práctica diaria y desearían aplicarlo,¿fallos de comunicación, divergencia de intereses?.

Se trata de avanzar en la gestión posible, a camino entre la real y la ideal, y para ello es necesario evitar o minimizar la divergencia de intereses , compartir valores y la misión en beneficio de los pacientes. La tárea no es fácil, pero un ejercicio responsable de la medicina exige la práctica de los principios de la bioética: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

La gestión por procesos en nuestro Servicio, certificado por la Norma ISO seis años consecutivos , y los resultados alcanzados nos permite analizar la gestión por procesos desde la heterodoxia, adecuando la herramienta a nuestra situación - un hospital en el que no se trabaja por procesos-. Hacerlo siguiendo la ortodoxia imperante nos hubiese llevado al abandono de nuestro empeño. Los árboles no deben impedir la visión del bosque.

Tópicos de la gestión por procesos sobre los que debemos reflexionar

Es imprescindible la implicación de la Dirección. En nuestra experiencia, es deseable, a veces necesaria, pero no imprescindible. Esta afirmación elimina cualquier iniciativa "fuera" de las Direcciones. La Dirección debe ser considerada como facilitadora y no como portadora de la llave de las iniciativas, sino ¿Qué hacemos con todo el talento que existe en las organizaciones?.

La organización por procesos debe extenderse a toda la organización: pasarán años y se necesitará un gran esfuerzo formativo colectivo para que esto sea una realidad, además de cambios que vayan más allá de la voluntad de los profesionales, tales como la desburocratización del sistema sanitario- burocracia necesaria en otro tiempo y un lastre en la actualidad.

Dueño/responsable del proceso (se responsabiliza de la gestión y mejora del proceso independientemente de su nivel jerárquico): la palabra dueño es poco afortunada, sería deseable hablar de responsable. La marcada jerarquía de los Servicios hace difícil que se acepte a un profesional no médico como propietario de un proceso organizativo, y los médicos son quizá los profesionales que con más dificultad se incorporan a esta forma de trabajar, como bien escribe Minzberg "… *los profesionales no suelen considerarse como parte de un equipo. Para muchos la organización es prácticamente casual, un lugar cómodo para poner en práctica sus habilidades. Son leales a su profesión y no al lugar donde la ejercen..".* Los equipos multidisciplinares con responsables de áreas no generan rechazo.

Procesos en Radiología: peculiaridades

Antes de aplicar la metodología de la gestión por procesos es necesario planificar y definir la estrategia del Servicio (fig 1). En la definición de la misión y la visión , es decir la razón de ser y la proyección de futuro del Servicio de Radiología, está la clave principal de la implantación de la gestión por procesos y el desarrollo del sistema de calidad. La definición de la misión del Servicio de Radiología de nuestro hospital sitúa al paciente en el corazón del sistema , nuestros procesos se articulan y diseñan en torno al paciente. A esta definición se incorporan como grupos de interés : los profesionales del Servicio, nuestros clientes – médicos- que plantean una duda diagnóstica, la Administración y con menor peso – dada nuestra escasa posibilidad de negociación- los proveedores. Tratar de cumplir las necesidades y alcanzar las expectativas de todos ellos es el motor de arranque de la gestión por procesos que en definitiva, no es más que una manera lógica y natural de organizar el trabajo aplicando el sentido común y el método.

Los Servicios de Radiología, fiel reflejo del sistema sanitario, son organizaciones complejas, que incorporan avances tecnológicos con gran rapidez, sujetas, a gran variabilidad en sus actuaciones y lastradas por una organización rígida, vertical, compartimentada y aislada del entorno sanitario en el que desarrolla su actividad, a su vez cada vez más dependiente del diagnóstico por la imagen para la toma de decisiones. El reto está en el paso a organizaciones transversales, que gestiónen procesos y no imágenes y que sean capaces de atravesar las diferentes barreras funcionales. En este escenario, la gestión por procesos, más que una herramienta métodológica al servicio de la organización, representa una nueva cultura organizativa en la que todos deben involucrarse.La coordinación con otros Servicios y entre niveles asistenciales adquiere especial relevancia en Radiología, situada a mitad del camino del proceso asistencial global del paciente, y constituye una pieza clave en el diagnóstico y tratamiento final de la enfermedad. El tiempo y su manejo, por tanto, adquiere una dimensión especial para el clínico y el paciente. En este sentido la tecnología es hoy un aliado

que el radiólogo no debe desaprovechar. A lo anterior se suman dos características importantes: se trabaja a demanda del clínico y se genera un producto intermedio -la imagen- para realizar un diagnóstico. Los avances tecnológicos y el mayor peso de la imagen en la sanidad de hoy nos obliga, desde hace tiempo, a buscar otras alternativas al trabajo a demanda y que pasarían por "salir" de los servicios de radiología e integrarse en A. Primaria y en las unidades clínicas manteniendo la vinculación con la tecnología y su desarrollo. Ha llegado el momento de ver más allá de las imágenes y de integrarse en el proceso asistencial del paciente, de sumar y no de restar, de añadir valor a nuestro trabajo.

Organización por procesos en Radiología

Las deficiencias organizativas en los servicios de Radiología, precisamente por las características expuestas tienen una importante repercusión en los diferentes grupos de interés. Debemos articular procesos sólidos frente a situaciones permanentes de cambio derivadas de una deficiente coordinación: apertura de nuevos servicios o centros de AP, incremento de actividad hospitalaria, contratación de personal donde prima la antigüedad frente al perfil para el puesto, irrupción de nuevas tecnologías que cambian la forma de trabajar. Todo ello pone de manifiesto el valor que la aplicación de la gestión por procesos tiene en un Servicio intermedio como Radiología para conformar una organización sólida, segura y rápida. Debemos ser conscientes de que un diagnóstico excelente pierde su valor si no llega o lo hace tardíamente al médico solicitante.

Trabajar por procesos implica no sólo conocer y aceptar el punto de vista del paciente, sino hacerle partícipe del diseño. En radiología el proceso comienza con el planteamiento de un problema diagnóstico, por parte del clínico a través de una solicitud (entrada) y finaliza con la llegada de la imagen y del diagnóstico al médico (salida). (fig 2,3).

Destinatarios del proceso: grupos de interés

Los mandos intermedios no deben confundir las expectativas personales y profesionales con las de nuestros grupos de interés. Nuestros procesos deberán estar alineados con la misión, la estrategia y los objetivos de la organización. Por lo que conocer, escuchar, observar y preguntar a todos aquellos para los que trabajamos -pacientes, médicos, Administración- y con quienes trabajamos- profesionales del Servicio - constituye un aspecto crítico de la gestión del proceso y el inicio de la planificación y desarrollo del mismo.

Para conocer la opinión de los grupos de interés hemos utilizado métodos cualitativos, entrevistas, grupos focales, observación directa y análisis de las sugerencias y reclamaciones .Esto nos ha permitido elaborar cuestionarios para pacientes, médicos de A. Primaria y A. Especializada y para todos los estamentos del Servicio de Radiología, lo que nos proporciona una valiosa información para responder a sus necesidades y expectativas.

Otra importante fuente de información son las reclamaciones y sugerencias de los pacientes. Facilitar la posibilidad de reclamar, sugerir o felicitar en la sala de espera del propio Servicio ha puesto en evidencia que aquellas entregadas en el Servicio de Atención al Paciente son la punta del iceberg (tab 1).

Nuestro principal grupo de interés son los pacientes , ellos son la razón de nuestra existencia como profesionales y son quienes mejor definen el proceso asistencial radiológico; desean: "..Comunicación e información adecuadas y comprensibles; rapidez en la cita, en la realización de la exploración y en la comunicación del resultado; seguridad, técnica idónea, diagnóstico correcto; respeto, trato amable y adecuado y posibilidad de participar en las decisiones que le afectan". Si somos capaces de dar respuesta a esto estaremos reduciendo la distancia entre los resultados que se están consiguiendo (efectividad) y los que pueden conseguirse (eficacia).

En nuestra experiencia el tiempo de espera en las diferentes fases del proceso es el principal problema, la espera genera incertidumbre, miedo y sufrimiento. En general somos poco cuidadosos con el manejo de los tiempos del paciente.

El clínico espera fiabilidad diagnóstica, precisión, rapidez en el resultado, accesibilidad a la imagen y a los profesionales, incorporación de técnicas nuevas; en definitiva, que seamos resolutivos.

Las expectativas de la Administración no son idénticas cuando hablamos de provisión y financiación pública o financiación pública y provisión privada, ambos, como proveedores de servicios , tienen como fin ofertar calidad al usuario, pero en el sistema privado la cuenta de resultados ocupa un lugar muy importante y en muchas ocasiones la prestación del servicio se realiza no tanto por las necesidades de la población como por el volumen de negocio que pueda suponer, esto hace variar algunas de las expectativas de ambos.

Los profesionales del Servicio, a pesar de no ser los destinatarios del proceso, son un grupo de interés fundamental si pretendemos diseñar y desarrollar la gestión por procesos. La organización sanitaria y, en este caso, los Servicios de Radiología son un paradigma de empresa basada en el conocimiento. Lo que realmente hoy marca la diferencia entre un Servicio y otro no son las técnicas, el PACS (sistema de archivo y comunicación de imágenes), ni el tamaño del Servicio. Lo realmente importante son las personas que trabajan en él, sus conocimientos y sus actitudes. La práctica de la radiología siempre ha girado alrededor del radiólogo y si bien es cierto que el diagnóstico constituye la esencia de nuestro trabajo, no lo es menos que hasta llegar ahí queda un largo recorrido en el que intervienen otros profesionales y que son en gran medida artífices de la calidad que perciben pacientes y médicos peticionarios y, en muchas ocasiones, de la obtención de mejores o peores resultados. No en vano son nuestros interlocutores con los pacientes, los reciben, los citan, realizan la exploración, obtienen la imagen, colaboran en determinadas exploraciones con el médico y, sin embargo, a pesar de ser imprescindibles para el buen desarrollo del proceso son más invisibles aún, si cabe, que el radiólogo. De ahí la importancia de conocer sus expectativas y sus intereses, a veces divergentes con la propia organización. Las expectativas de nuestros profesionales, de todos los estamentos, son comunes en determinados aspectos: mayor remuneración, menor presión asistencial, más información, mayor autonomía, instalaciones adecuadas e innovaciones tecnológicas.

Los grupos de interés tienen expectativas y necesidades diferentes sobre la prestación del Servicio y la Organización debe intentar cumplir una serie de requisitos para garantizar la calidad de la asistencia con unos costes adecuados, con calidad científico-técnica y la mayor satisfacción del paciente. Atender los intereses de todos ellos es una obligación moral.

Interacciones con otros Servicios

En un Servicio intermedio las interacciones con otros Servicios en la entrada y salida de nuestros procesos es una dificultad que aumenta cuando el resto del hospital no trabaja con procesos. Esta situación exige una gran flexibilidad organizativa y realizar pactos puntuales y acuerdos con diferentes Servicios del hospital para mantener bajo control el proceso en radiología. Esto no impide que un Servicio sea gestionado por procesos aisladamente, aunque lo deseable es el desarrollo integral de los procesos en toda la organización.

Gestión de la seguridad del paciente asociada a la gestión de procesos

La seguridad clínica se ha convertido en los últimos años en la "estrella" de la gestión sanitaria. Aunque este interés no es nuevo, lo cierto es que tras la publicación del informe del Institute of Medicine "To Err is Human" en 1999, los efectos adversos y sus repercusiones en la asistencia sanitaria han cobrado un gran protagonismo.

Los Servicios de Radiología, dotados de tecnología no exenta de riesgos, son el paradigma de la necesidad de establecer planes de seguridad. Aun así nuestra asignatura pendiente es la gestión del riesgo a lo largo del proceso asistencial. No hay que olvidar que las actividades ligadas a la prestación sanitaria siempre se asocian a algún tipo de riesgo.

Trabajar con procesos va unido, indefectiblemente, a la gestión de la seguridad del paciente, de ahí que en el mapa de procesos del Servicio hayamos identificado lo que denominamos procesos contingentes, que no son otros que los relacionados con los sucesos adversos y los sucesos centinela. Todos ellos tienen límites definidos, cuentan con un responsable, un equipo, documentación asociada y una sistemática de trabajo en la que se utilizan los instrumentos de la gestión de riesgos: ACR (análisis causa-raíz) y AMFE (análisis modal de fallos y efectos).

Resultados e innovación de los procesos

Alcanzados los objetivos planificados y estabilizados los procesos, debemos ser innovadores diseñando estrategias que añadan valor al proceso en Radiología. Entre las estrategias innovadoras orientadas a pacientes y profesionales –en nuestro Servicio- hemos creado un área de extracción para pacientes que deben realizar el mismo día una prueba con contraste y análisis. Además,un circuito de alta resolución para pacientes con neoplasia en el que 1266 pacientes se han beneficiado de una atención rápida y personalizada. Hemos desarrollado estrategias para facilitar las quejas, reclamaciones y felicitaciones de los pacientes. La información en la sala de espera con folletos para cada prueba, carteles explicativos sobre las exploraciones, tablón de anuncios con noticias de interés y videos explicativos es muy apreciada por los pacientes. Los profesionales del Servicio reciben mensualmente un Boletín con noticias de interés general. Esta labor de equipo orientada a nuestros grupos de interés se traduce en la valoración que todos ellos hacen del Servicio año tras año. Treinta y siete felicitaciones en 2009 y un notable en las encuestas avalan nuestra gestión y el desarrollo de una estrategia orientada, fundamentalmente, al paciente y también a profesionales y Administración. Debemos aplicar la creatividad a la gestión y para ello deberemos cambiar la manera de hacer las cosas, hacerlo mejor y conseguir que se convierta en estándar.

Conclusiones

Una buena gestión de las diferentes fases del proceso, permite alcanzar buenos resultados. Para ello es imprescindible modificar malos hábitos de trabajo muy arraigados, incorporar la ética y la gestión a pregrado y establecer un liderazgo comprometido, honesto, con capacidad de aprender, de construir confianza, tenaz y con una buena dosis de pasión, convencimiento, paciencia, constancia, coherencia y lealtad.

Nuestros conocimientos y actitudes deben responder a las necesidades y expectativas de los pacientes. Si aceptamos esta premisa, la búsqueda del camino para conseguirlo resultará más fácil, sobre todo si la discrepancia entre gestores, administración y profesionales de la salud se articula en los tres aspectos de la ética: *una ética clínica (del cuidado del paciente), una ética de la gestión y de la organización (como empresa) y una ética profesional (de las profesiones sanitarias) A. Cortina.*

Bibliografía

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966;44:166-203

González Álvarez I. Gestión por proceso en Radiología. Todo Hospital 2007; 324-333

Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel Economía, 1995.

Brook RH, Lohr KN. Efficacy, effectiveness, variations, and quality. Boundary-crossing research. Med Care. 1985 May;23 (5):710-22

Simón Pablo (ed.) Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad.1ª edición. Madrid: Editorial Triacastela, 2005

González Álvarez I. La gestión en los Servicios de Radiología. En Radiología Esencial. Tomo 2. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2010

Figura 1. Planificación estratégica

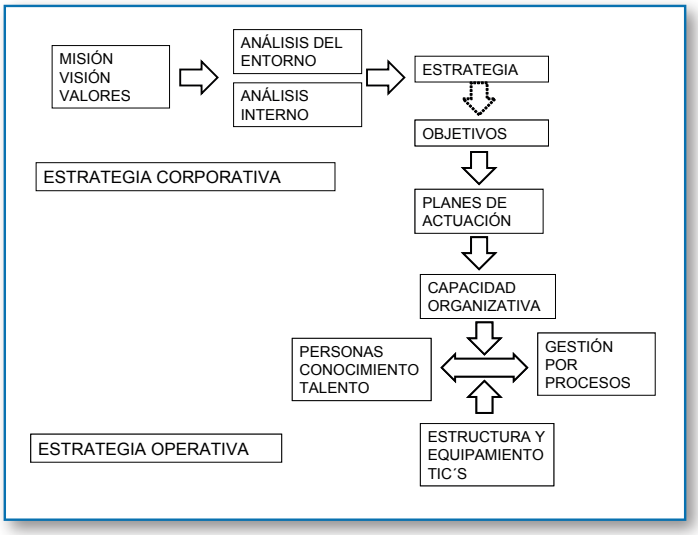


Figura 2. Mapa del proceso general

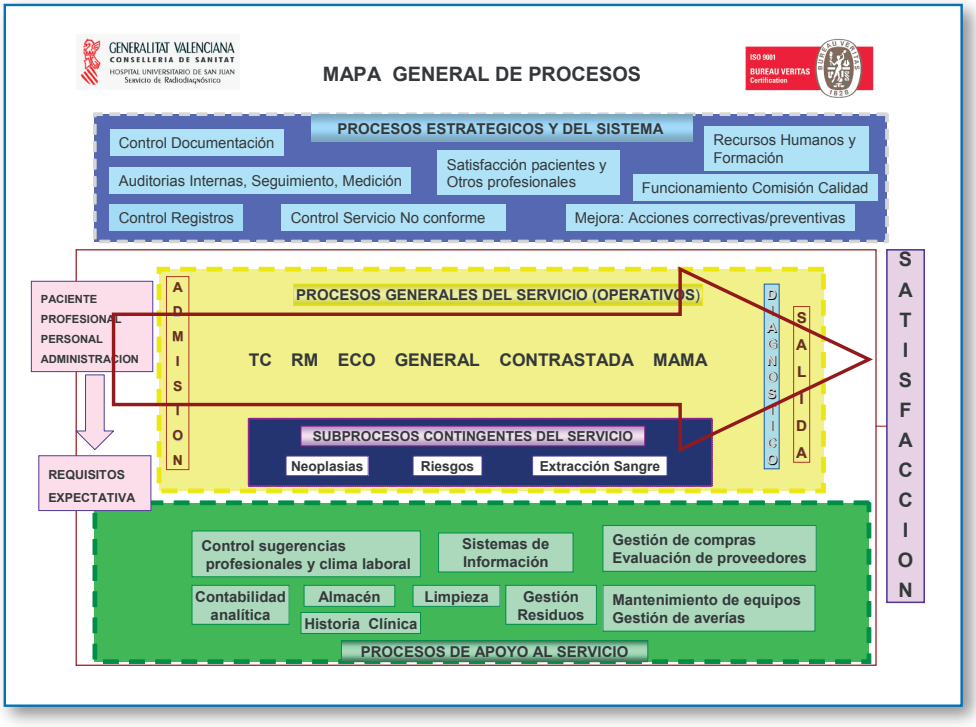


Figura 3. Mapa del Subproceso de la TC



Figura 4. Reclamaciones, sugerencias y felicitaciones (SAIP y Radiología).

RECLAMACIONES-SUGERENCIAS-FELICITACIONES ***SAIP Y Radiología***		
	SAIP **1994-2009** *(Servicio de Atención e información al paciente)*	Radiología **2003-2009**
Reclamaciones	**113**	**147**
Sugerencias	**1**	**66**
Felicitaciones	**13**	**146**
TOTAL	***127***	***359***

Gestionando por procesos o las aventuras de Alicia en el país de las maravillas

Carme Mompó i Avilés,
Coordinadora de calidad, Hospital General de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Alicia es alguien que vive un poco gracias a sus sueños, y que los aprovecha junto con una imaginación extraordinaria para superar los problemas en su vida.

Tim Burton

La conocida historia de Alicia, tan de moda durante este último año, representa uno de los cuentos infantiles más populares y, además, obra de referencia para los estudiosos de la lógica. Lewis Carroll fue el fascinante genio creador del disparate lógico y lingüístico[1].

Alicia, durante su viaje en el País de las maravillas, se convirtió en experta en aquello que, muchas veces, encontramos en el día a día de las organizaciones sanitarias: convivir con la lógica sin sentido, empatizar con los personajes que salen a su encuentro y usar la imaginación para avanzar hacia su objetivo, a base de ensayo y error.

Las organizaciones sanitarias se han construido para sostener un arte más que una ciencia, el arte de curar. Sumergirse en la aventura de introducir método y sistemática en un ámbito donde la materia prima a la que se añade valor son personas constituye un reto importante para la imaginación, un verdadero viaje al País de la Maravillas.

Durante esta ponencia pretendemos explicar parte de ese viaje, de los ensayos y errores vividos, de la imaginación desplegada y de los sueños conseguidos. Como en el caso de Alicia, cuando despertamos cada mañana seguimos viendo el camino que aún nos queda por recorrer, pero saboreamos el dulce recuerdo de las aventuras vividas.

Esta ponencia está dedicada a todos y cada uno de los profesionales de nuestro hospital, de todos los colectivos y profesiones, que cada día hacen posible un nuevo reto y un nuevo sueño. Cada uno a su manera busca la mejor forma de realizar su trabajo.

1 Carroll, L. Alicia en el país de las maravillas. A través del espejo. 11ª ed. Madrid: Càtedra; 2010; p. 9.

1. Introducción

En el año 2000 se llevó a cabo la primera autoevaluación según el Modelo EFQM en el Hospital General de l'Hospitalet (HGH). Una de las áreas de mejora más importantes detectada fue la falta de evidencia clara de una gestión sistemática de los procesos. Aunque el hospital tenía una larga tradición en grupos de mejora, dichos grupos se enfocaban a solucionar problemas puntuales y, luego, desaparecían. El seguimiento de los problemas a medio plazo era insuficiente, así como la detección de forma sistemática nuevos problemas.

A raíz de ello inició en el hospital y en el resto del Consorci Sanitari Integral[2] (CSI) la implantación de un sistema de gestión por procesos (GPP) con la ayuda de una consultora externa.

Dado que nuestro marco de referencia es el Modelo EFQM, seguiremos la lógica REDER (resultados a conseguir – enfoque – despliegue – evaluación y revisión) del propio Modelo para explicar nuestro viaje.

2. Resultados a conseguir: ¿adónde vamos?

- Señor minino: ¿Podría usted indicarme la dirección que debo tomar desde aquí?

- Eso depende –le contestó el Gato- de adónde quieras llegar.

- No me importa adónde… -empezó a decir Alicia.

- En ese caso tampoco importa la dirección que tomes –le dijo el Gato.

- …con tal de llegar a algún lado. *–acabó de decir Alicia.*

- Eso es fácil de conseguir –le dijo el Gato- ¡siempre llegarás a algún lado si caminas lo suficiente!

Como decía Séneca, no hay viento favorable para el que no sabe adónde va. Nuestro objetivo inicial era implantar un sistema de GPP para instaurar la mejora continua de forma sistemática y en todos los ámbitos de la organización.

3. Enfoque y Despliegue

Se llevó a cabo un plan de **formación** inicial dirigido al equipo directivo, mandos intermedios y equipo de implantación que incluía temas sobre la metodología de la gestión de procesos, herramientas de mejora y comunicación. Esta misma formación, que ha ido incorporando nuevos conceptos y enfoques, se imparte a los gestores y miembros de los equipos de procesos.

Se dibujó un Modelo de procesos, mediante lenguaje idef0 en tres dimensiones, a partir de información obtenida mediante entrevistas a personas clave de la organización. A causa de la dificultad de entendimiento por una gran parte de los implicados en el sistema de gestión, se dejó de utilizar el lenguaje idef0 y se traslado la información del modelo a un Mapa en dos dimensiones. Este mapa se ha ido modificando en función de nuevos conocimientos y necesidades de gestión.

2 El CSI es un ente público participado por el Servei Català de la Salut, el Institut Català de la Salut, los ayuntamientos de Sant Joan Despí y l'Hospitalet de Llobregat, el Consell Comarcal del Baix Llobregat y la Cruz Roja. Está compuesto por centros de distintos niveles asistenciales (hospitales de agudos, sociosanitario, áreas básicas de salud, residencias, rehabilitación, evaluación de la dependencia y atención social domiciliaria).

Para elaborar el **mapa** de procesos se identifican todas las actividades que se realizan en la organización, agrupando las que tienen un objetivo o misión común y manteniendo la visión transversal de la organización (que es la que tiene el cliente) en contraposición a la visión departamental de los organigramas tradicionales.

Como se puede comprobar en la bibliografía actual, existen distintos criterios para elaborar un mapa de procesos y ello condiciona el tipo de gestión que se va a realizar a partir de ese mapa.

Se pueden identificar procesos desde un punto de vista asistencial. En este caso el proceso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o el de la diabetes podrían ser procesos clave del sistema. Este es el criterio seguido, por ejemplo, por la Consejería de Salud de Andalucía.

Otra posibilidad es identificar los procesos desde el punto de vista organizativo. Según este criterio, utilizado en el País Vasco y, en general, en Cataluña, así como en nuestra organización, podrían identificarse como procesos clave los de urgencias, hospitalización, asistencia ambulatoria y asistencia quirúrgica.

Los distintos criterios son compatibles entre sí. De hecho, en nuestra opinión, sería deseable gestionar mediante una estructura matricial que integrase los Procesos Asistenciales junto con los organizativos.

A partir del mapa, se establece un plan para implantar el modelo de gestión en cada proceso (lo llamamos gestión de procesos). Ello comporta:

- Nombrar un **gestor del proceso** (normalmente un mando intermedio, por su capacidad de decisión y liderazgo). Según la complejidad del proceso se nombra también un equipo de trabajo con miembros multidisciplinarios; ello permite potenciar los distintos puntos de vista en la recogida de información y mejorar el despliegue y comunicación de acciones y resultados.

- **Describir** el proceso mediante la identificación y definición de:

  – Límite inicial y final del proceso: importantes para no dejar actividades fuera del ámbito de responsabilidad de algún proceso. Muchos de los problemas en las organizaciones surgen en las llamadas interfases, es decir, en esos "limbos" que no son responsabilidad de nadie.

  – Misión: qué se hace, para quien se hace (clientes) y para qué sirve desde el punto de vista del cliente.

  – Indicadores de gestión: permitirán evidenciar si se cumple la misión definida.

  – Relaciones del proceso con clientes y proveedores.

  – Identificación de las fases o etapas del proceso.

  – Procedimientos para realizar las distintas táreas del proceso.

- **Medir, evaluar y mejorar**: mensual o trimestralmente se miden y evalúan los resultados de los indicadores y, una vez al año, se realiza una evaluación global del proceso mediante una adaptación de la técnica DAFO. A partir de toda esta información se establecen objetivos y acciones de mejora cuyo seguimiento queda evidenciado en un informe estandarizado.

Para nosotros la gestión por procesos, a diferencia de la gestión de procesos, hace referencia al hecho de gestionar la organización mediante un esquema de procesos clave que permita alinear y desplegar la estrategia.

4. Evaluación y revisión

El proceso estratégico, *Desarrollar organización*, es el responsable, entre otras cosas, de evaluar la efectividad del enfoque y despliegue del sistema de gestión de los procesos y de la gestión por procesos. Dicha evaluación se realiza mediante:

a. Resultados de indicadores de rendimiento:

– Procesos en control (gestionados según los criterios mencionados).

– Procesos certificados mediante Norma ISO 9000: 2001.

– % de acciones de mejora realizadas.

– % procesos con acciones de mejora realizadas sobre seguridad de pacientes y sobre satisfacción de clientes.

– Puntuación EFQM de los criterios 1, 2 y 5.

– Nivel de satisfacción con la formación.

b. Análisis DAFO elaborado a partir de información obtenida mediante:

– Jornada anual de gestores de procesos.

– Análisis de resultados de los indicadores y la jornada anual en el Comité de seguimiento de la calidad, formado por los coordinadores de calidad (propietarios del proceso desarrollar organización) y el equipo directivo.

Desde el año 2003 se ha realizado anualmente una Jornada de gestores de procesos con la participación de dichos gestores, los coordinadores de calidad y los directivos el centro. En la jornada se revisan los resultados más relevantes obtenidos por los diferentes procesos en el último año, así como la adecuación de la metodología de gestión de los procesos y de gestión por procesos. Además, se aprovecha para actualizar conceptos métodológicos a los participantes y, asimismo, reconocer el buen trabajo realizado por los profesionales implicados.

Durante estos años se han llevado a cabo ciclos anuales de evaluación y mejora. A continuación se resumen los aspectos más relevantes que han perdurado.

En relación a los **puntos fuertes** del sistema, destacamos:

- Implica una forma de trabajar más sistemática y ayuda a poner orden en el proceso.
- Ayuda a dedicar tiempo a pensar sobre cómo mejorar el proceso.
- Se determinan acciones de mejora a partir de una visión global del proceso.
- Se han hecho algunas acciones que no se habrían hecho sin GPP y, además, hay un mayor número de acciones de mejora finalizadas (gracias a las revisiones semestrales).
- Permite planificar, establecer un calendario y un ritmo de trabajo para alcanzar resultados.
- Permite la participación de los profesionales en la mejora continua: mediante reuniones estructuradas o incorporando las incidencias recogidas durante el día a día.

También destacamos las siguientes **dificultades y mejoras** implantadas:

- Formación: a partir de los resultados de las encuestas de evaluación se incluyeron más ejemplos cercanos y ejercicios prácticos. Además, se ha creado un formato reducido (4h vs 16h) para no gestores (miembros de equipos de procesos, mandos intermedios u otros profesionales implicados en algún proyecto de mejora).

- Dificultades para entender algunos aspectos de la metodología: se incrementó el soporte desde coordinación de calidad.

- Dificultades de algunos gestores para asumir el papel de liderazgo de grupos de trabajo: la mayoría de propietarios han acabado siendo mandos intermedios. Ello nos permite, además, coordinar mejor dentro de la organización el papel de gestor del proceso con el de mando intermedio.

- Insuficiente seguimiento de las acciones de mejora y objetivos: necesita una participación más activa por parte de los directivos.

- Dificultades de los gestores para dar respuesta a múltiples demandas (mejorar el proceso, objetivos del centro y personales, acreditaciones, etc.): la alineación y despliegue de la estrategia del centro mediante procesos y personas (dirección participativa por objetivos) permite recoger todas las demandas (acreditación del Departamento de Salut, certificaciones ISO, autoevaluaciones EFQM, etc.) y priorizarlas.

- Sistema de información con insuficiente explotación de datos: se ha implantado el programa informático SAP y, recientemente, el módulo de explotación de datos BIW; y se han recogido las necesidades informáticas de todos los procesos para priorizar de forma centralizada.

- Insuficiente implicación de los grupos de interés: se identifican en el informe de seguimiento de las acciones de mejora para mejorar la comunicación con los mismos y su participación. La orientación al cliente interno ha mejorado con las certificaciones ISO. Ha mejorado la participación de los profesionales mediante la existencia de equipos de proceso y las evaluaciones (DAFO) participativas. Falta mejorar la difusión de lo que se hace y los resultados (resumen), sobretodo a la profesionales que han participado.

- Dificultad para evidenciar mejoras en los resultados de los procesos: inicialmente se intentó reducir el número de acciones de mejora y mejorar la definición de las mismas en el informe (más factibles).

Como respuesta a algunos de los principales retos pendientes se valoró la necesidad de dar un nuevo impulso al sistema de gestión con una mayor orientación a resultados que pudiese integrar las líneas estratégicas del CSI, entre ellas la de la seguridad del paciente.

Con este fin, a finales del 2008 se llevó a cabo una prueba piloto de la metodología *Lean Healthcare* en el área de endoscopias digestivas que supuso una reducción de más del 40% de los inventarios de algunos materiales y un incremento de un 20% de la eficiencia (número de pruebas realizadas por turno). A partir de estos resultados se decidió iniciar la implantación de la nueva metodología dentro del sistema de gestión de los procesos en todo el CSI.

La metodología *Lean Healthcare*[3] se basa en la reducción permanente del despilfarro (MUDA en japonés) entendido como toda actividad que consume recursos sin aportar valor al cliente. En sanidad se considera que aportan valor sólo aquellas actividades que ayudan a tratar al paciente, el resto son despilfarros (algunos evitables y otros no).

3 Lean significa en inglés magro, sin grasa. El concepto hace referencia a eliminar todo aquello que es superfluo y no aporta valor.

Hasta ahora se han implantado 10 proyectos enfocados a mejorar la eficiencia y la seguridad del paciente en diferentes ámbitos: altas de hospitalización, urgencias, dispensación farmacéutica, aparatos de terapia respiratoria, lavado de manos, mantenimiento de objetos críticos, entre otros. Algunos de los resultados obtenidos son el incremento del porcentaje de pacientes MAT III atendidos en urgencias antes de 30' de un 24% a un 46% (meta 70%), el incremento del porcentaje de altas antes de las 10h del 2% al 7% (meta 20%) y las altas antes de las 12h del 26% al 48% (meta 60%). Dichos proyectos aún no han finalizado y esperamos seguir mejorando los resultados hacia las metas propuestas.

Retos pendientes:

- **Integrar** mediante la implicación de los diferentes grupos de interés:
  - – directivos y mandos en la priorización y seguimiento.
  - – profesionales, comisiones y otros grupos dedicados a la mejora.
  - – comunicar resultados a los profesionales del proceso y al resto de la organización.
- **Gestión orientada a resultados** a partir de:
  - – seguimiento de resultados de indicadores, acciones y objetivos.
  - – evaluación de requerimientos y satisfacción del cliente interno (mejorar las relaciones entre procesos).
  - – ¿es posible la participación del cliente externo?.
- Dotar de **recursos:**
  - – Facilitar la explotación de datos para la gestión y la mejora.
  - – Formación continuada práctica (monográficos sobre aspectos concretos a mejorar).
  - – Posibilitar tiempo para pensar y planificar.

5. Conclusiones

Inicialmente el enfoque de nuestro sistema de GPP iba muy dirigido a la **mejora continua**. Los resultados mostraron que la metodología permitía una continuidad en las acciones de mejora (diferente de las acciones puntuales de los grupos de mejora) y, a la vez, extenderlas a toda la organización.

Aún con ello, se identificó la necesidad de incrementar el papel **gestor** del responsable de proceso a fin de tener una visión global e integradora del proceso (cumplimiento de actividad, rendimiento, mejoras…). Ello implica que en el gestor del proceso confluyan todas las demandas, informaciones, planes y objetivos que pueda haber en el hospital en relación a esa área. La alineación y el despliegue de la estrategia mediante los procesos es un factor importante en este sentido.

La implantación del sistema Lean Healthcare nos está permitiendo **evidenciar mejoras** en indicadores de eficiencia y seguridad del paciente. Creemos que este enfoque a la **eficiencia**, que no habíamos tenido en etapas anteriores, es básico en un entorno de financiación pública y, aún más, en estos momentos de restricciones presupuestarias.

Según nuestra experiencia, la GPP es una buena herramienta para **gestionar** las distintas áreas de trabajo siempre que:

- permita **integrar:** forme parte del día a día y de cabida a nuevos proyectos (Lean Healthcare, ISO, acreditaciones, etc.).
- sea **útil y práctica** para los gestores y los profesionales implicados.
- permita **alinear** y desplegar la estrategia del centro.
- nos atrevamos a **reorientar**, a seguir nuevos caminos, a probar diferentes "bocados" hasta encontrar, como en el caso de Alicia, el tamaño adecuado para cada nueva situación.

Un experto no es más que una persona que ha cometido todos los errores posibles en un campo determinado.

Niels Bohr

El dolor crónico: un ejemplo para pensar en respuestas integrales

Carmen Ferrer Arnedo. Gerente de Atención Primaria. Área 9 Madrid.

Introducción

En algunas ocasiones distintas tipologías de pacientes nos ayudan a reflexionar sobre si los servicios que prestamos intentan dar solución a las necesidades del usuario de manera real y como, con la búsqueda de respuestas ante las preguntas que nos surgen en el diseño de los caminos a seguir, estas, encuentran soluciones aplicables tanto desde el nivel de Atención Primaria o de Atención Hospitalaria. Lo interesante es que con las estrategias que ponemos en marcha aparecen los errores y con ellos, encontramos **"las lecciones aprendidas**" para mejorar.

La ponencia que traemos a esta mesa tiene que ver con las lecciones aprendidas y las hemos aprendido y pensado juntos para la mesa, el D. Serrano, Director Médico del Hospital de Fuenlabrada y yo como gerente de Atención Primaria, que además observo los procesos desde mis raíces como enfermera y fisioterapeuta. Así pues, de manera integral y multidisciplinar.

Lecciones aprendidas sobre como abordamos el dolor crónico si nos ponemos en la piel de los pacientes o los procesos degenerativos osteoarticulares si los abordamos desde el punto de vista de los profesionales, es el ejemplo que utilizaremos en esta exposición.

Lo primero es plantear que existe un marco teórico para las Organizaciones del siglo XXI que buscan ser excelentes, este marco lo determina la calidad y dentro de ello, el trabajo en procesos integrados. La gestión de los procesos orientados al cliente constituye, una de las piezas clave para el funcionamiento de una organización, con la máxima eficacia y eficiencia.

El proceso asistencial es el núcleo central del modelo de excelencia, y el nexo de unión entre profesionales y ciudadanos; y es a este nivel donde la correcta integración del conocimiento como la evidencia científica disponible por una parte, y del soporte organizativo necesario para su consecución, mediante el uso de protocolos, junto con la disponibilidad de los recursos humanos completos que deben de participar en su resolución, es lo que lleva a mejorar a nuestras organizaciones sanitarias en el encontrar el camino hacia la excelencia.

Esta claro que hay algunas condiciones previas que determinan el marco conceptual del desarrollo de esta metodología de trabajo y se deben de dar previamente cuando hacemos hoy en día los enfoques del proceso asistencial.

Estos condicionantes son:

- **El paciente y sus problemas son los que determinan el camino** por recorrer, así pues los problemas de salud no son problemas del nivel primario o del nivel hospitalario.

- **Los pacientes buscan soluciones allí donde mejor les resuelvan** su problema, y lo mejor es aquello que da valor añadido. El sistema ofrece soluciones en función de la búsqueda de la respuesta más adecuada y a un coste asumible.

- La otra premisa es que hoy **hay que abordar los problemas de una manera integral,** lo que significa algo más que criterio diagnóstico, que clasificación especifica.

- Los problemas son complejos y tiene que ver también con la percepción de los pacientes y sus familias sobre la dimensión que les afecta en términos de calidad de vida o de capacidad de autogestión, y por tanto, **los problemas requieren ser abordados mas allá de la medicina** o de un nivel asistencial.

- Por último, **los pacientes no son de los profesionales**, y el enfoque de los problemas tiene requisitos distintos en función de quien los observa.

- **Los profesionales son apoyo, ayuda especializada para los pacientes** con el límite de que los recursos son finitos y las condiciones de tipo de solución mas eficiente viene determinados por el Sistema que los gestiona, así que será el responsable de la respuesta adecuada en función de la demanda.

- **El ciudadano no puede ser quien determine el tipo de recurso más idóneo ante un problema, esto es responsabilidad de los técnicos y los gestores**.

Un ejemplo claro para reflexionar sobre proceso asistencial integrado es el de los pacientes que padecen dolor crónico con problemas degenerativos osteoarticulares, traemos a este congreso la experiencia del Área 9 de Madrid compartida entre Atención Primaria y el Hospital de Fuenlabrada, y hemos pensado que sería más enriquecedor para este foro que mostrásemos en que cosas nos equivocamos y como es preciso aprender de los errores o de nuestras limitaciones al enfocar el "cómo trabajar juntos para conseguir mejoras reales" para los servicios que prestamos a los ciudadanos, lo que se denominan las lecciones aprendidas:

Para poner en antecedentes al foro, en el año 2006, las gerencias de AP y de AE de Fuenlabrada en Madrid, acordamos dar respuesta a la necesidad de abordar de manera integral y conjunta los procesos osteoarticulares dado que se trata de un problema recurrente y un gran consumidor de recursos médicos tanto en AP como Hospitalaria. Desde entonces y de manera sistemática cada dos años hemos realizado una revisión y puesto en marcha nuevas estrategias, sin embargo todavía no funcionan como deseamos. ¿Que lecciones hemos aprendido?.

Utilizaremos elementos que aporta la gestión por procesos como guión para la reflexión:

Lo primero: **Falta de un Enfoque centrado en el usuario**. Durante estos años hemos hablado de manejo o protocolos de atención a la patología osteoarticular y no de dolor crónico, termino que hemos incorporado como marco de abordaje en 2010. La gestión por procesos centra las actuaciones en el usuario, no teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, sino las necesidades y expectativas del propio sistema, de los distintos especialistas médicos, de su lista de espera o de las dificultades para alcanzar objetivos institucionales. En nuestro caso, el problema se centró en que se derivaba mucho por parte de los médicos de familia y de una manera poco ordenada, lo que suponía, que los pacientes podían visitar varios especialistas antes de llegar a quien podía resolver su problema, por eso el hospital

pone en marcha una consulta especifica de Problemas Osteoarticulares que integra Rehabilitadores, Reumatólogos, Traumatólogos y médicos de familia para determinar criterios de derivación.

– Otro elemento: **Falta de Implicación de los profesionales en la gestión clínica**, convirtiéndolos en los motores del cambio y en los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones. Nosotros nos equivocamos al pensar en las soluciones sin preguntar a los actores.

Se constituyeron los grupos de trabajo para hablar de "integrar " pero fueron grupos desequilibrados, pesaba lo que se consideraba ciencia, de 16 personas, todos eran médicos de especializada hospitalarios excepto un médico de familia.

Además, se incorporaba un director Técnico de la Gerencia de AP representando a los médicos clínicos y a los gestores y nadie del equipo directivo de AE.

Implicamos a los profesionales de la medicina pero nos dejamos a las enfermeras y a los fisioterapeutas de ambos niveles, y por tanto en consecuencia solo se trataba de dar un enfoque de criterios de derivación o del manejo de AINE… pero no mas allá, para poder hablar de integral. Solo en el año 2010 se ha plateado la necesidad de integrar el enfoque de derivación junto con el abordaje integral y por tanto, parecía necesario buscar ampliar el enfoque con planes de cuidados enfermeros y abordajes fisioterápicos en la escuela de espalda.

– Incorporación de la metodología de la medicina basada en la Evidencia en la definición de las actividades que deben incorporarse en los procesos, pero se deja de lado los elementos de la experiencia específica del municipio de Fuenlabrada. Aunque trabajamos con la definición de los criterios diagnósticos, en el acuerdo por intentar contentar a todos, **generamos un documento que terminaba en una nueva "consulta de patología Osteoarticular" sin especificidad** ni visualización de la capacidad de resolución de Atención Primaria. Con Mucha ida, puerta pequeña y sin vuelta.

Conseguimos que los especialistas hospitalarios se comunicasen entre ellos, pero con poco eco en AP

- Una ventaja de los procesos integrados es la disminución en la medida de lo posible, de la variabilidad de la práctica clínica, al establecer indicaciones médicas o quirúrgicas en todo el proceso subsiguiente a través de vías clínicas.

Los algoritmos que definimos para el abordaje de los distintos problemas **generaban bucles alrededor de los criterios diagnósticos y la única salida era la consulta de un médico por lo que se perpetuaba la inespecificidad.**

- También en los manuales se habla de la Incorporación de un sistema de información integrado que permita evaluar las intervenciones para la mejora continua No fuimos capaces de plantearnos un sistema de información potente que nos ayudase a trabajar el rediseño. Aunque si conseguimos vernos mediante los visores clínicos.

También, este modelo, permite a las Organizaciones aproximarse a la verdadera continuidad asistencial que garantice a los ciudadanos el recurso mayor disponible para el momento concreto sea Atención Primaria como Atención Hospitalaria. **El abordaje de este problema se centro en el consumo de consultas médica pero no contemplo de manera específica salidas creativas.**

- Aunque se revisa cada 2 años, **el despliegue se ha realizado de manera escasa sin la implicación de aquellos a quienes va dirigido y sin conocer todavía las expectativas que ese proyecto resuelve del ciudadano.**

El resultado: Un grupo de trabajo, un documento y poca capacidad de resolución más allá de la puesta en marcha de una consulta centralizada de aparato locomotor en el hospital que bloquemos desde AP en un corto espacio de tiempo.

Saber que nos comunicamos poco y que tras un gran esfuerzo de intentar mejorar, lo cierto es que un enfoque a corto no nos ha dejado ver más allá.

La Coordinación debe servir no solo para derivar mejor sino fundamentalmente para entender que los problemas deben encontrar soluciones allí donde los cosas se pueden resolver y los problemas requieren ser abordados de manera integral por médicos, fisioterapeutas y enfermeras de ambos niveles y contar con los relatos de los pacientes para buscar repuestas personalizadas.

Las evidencias: Los números nos han revelado que nos estábamos equivocando:

Procesos osteoarticulares crónicos

codigo	DENOMINACIONCENTRO	POBLACION	*2007*	*2008*	*2009*
16090110	**C.S. CUZCO**	**FUENLABRADA**	17	11	8
16090210	**C.S. ALICANTE**	**FUENLABRADA**	8	19	24
16090310	**C.S. CASTILLA LA NUEVA**	**FUENLABRADA**	14	11	9
16090410	**C.S. NARANJO**	**FUENLABRADA**	3	11	9
16090510	**C.S. PANADERAS**	**FUENLABRADA**	16	36	38
16090610	**C.S. FRANCIA**	**FUENLABRADA**	20	16	12
16090710	**C.S. HUMANES**	**HUMANES**	8	9	16
16092110	**C.S. PARQUE LORANCA**	**FUENLABRADA**	4	19	8
			90	**132**	**124**

Derivaciones espec. Fuenlabrada 2007, 2008 y 2009	2007	2008	2009
Traumatología	9825	4150	3520
Reumatología	3726	3839	3631
Rehabilitacion	1745	874	2213

Diagnósticos de Enfermería Dolor Crónico (casos nuevos)

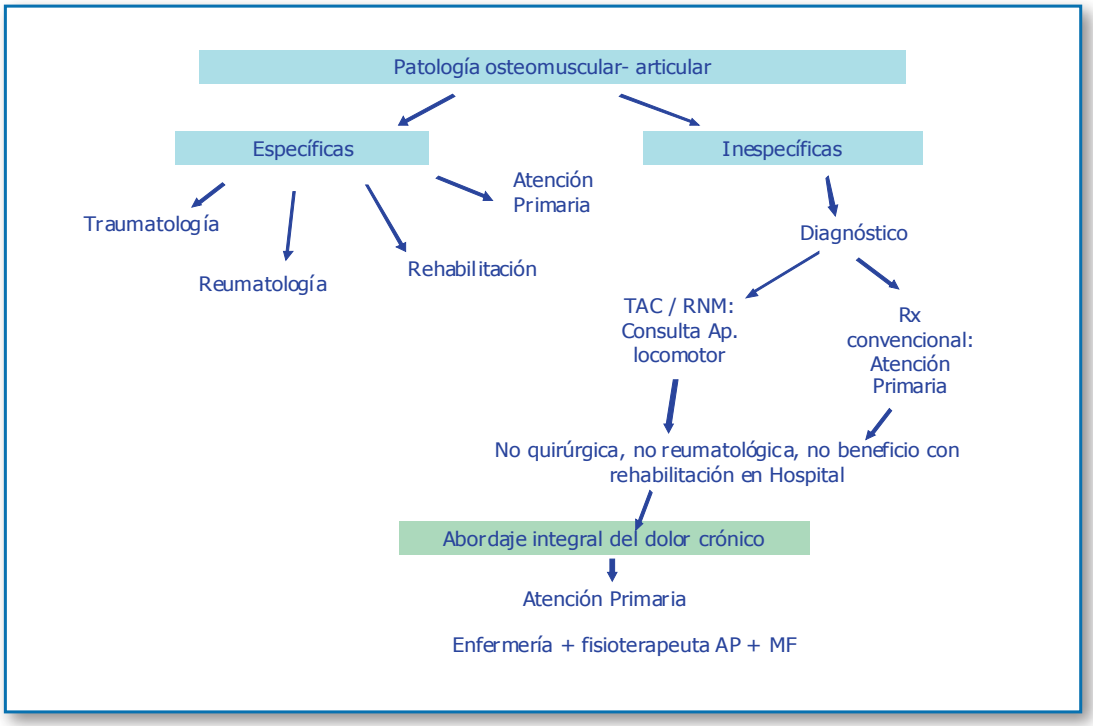
2007	*2008*	*2009*
28	49	22

Lo aprendido: En la estrategia del 2010 sabemos que quedaba pendiente el dolor crónico , dar un abordaje integral y que en su resolución pudiesen incorporarse a trabajar los enfermeros y los fisioterapeutas dado que desde un punto de vista objetivo se trate de un fenómeno complejo y especulativo en todas sus vertientes; tanto biofisiologicas, bioquímicas, psicosociales, morales y comportamentales, que deben ser correctamente entendidas desde El "qué" duele y el "por qué" duele, son condiciones indispensables para poder conseguir una correcta estrategia terapéutica.

Por tanto hemos aprendido que es preciso el rediseño del Proceso asistencial integrado que se apoyaría en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, de una manera racional, planificada y eficiente, garantizando el

tratamiento adecuado del dolor mediante la coordinación de los distintos niveles asistenciales y de los recursos disponibles, aprovechando todos los existentes para conseguir la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales.

Por tanto, nuevamente nos sentamos para trabajar en ampliados algoritmos:



Conclusiones:

- Si los pacientes no están como eje del sistema, las acciones no terminan de cumplir su potencial.

- Los problemas no son de médicos o enfermeros ni son de primaria o de especializada, son del ciudadano que busca respuesta que simplemente no damos porque no ponemos sobre la mesa todos los recursos y la potencialidad de los equipos ínterdisciplinares, eso significa también nombrar líderes de los subprocesos comprometidos capaces de ver el trabajo de los otros.

- Algunos problemas de salud nos ayudan a visualizar como las propuestas de abordajes integrados pueden permitir dar respuestas más eficaces y eficientes, cuando estas se centran en los pacientes y sus necesidades.

- También cuando se mira con ojos de aprendiz lo que en realidad hacemos y somos capaces de medir sin auto complacernos, se convierte en fuente de aprendizaje y desvela a los gestores que a veces por cultura se nombra gestión integrada de procesos pero la realidad sabemos que en mucho de lo publicado sólo se abordan estos procesos de manera parcial y sin contar con las expectativas reales de los clientes lo que nos lleva a no encontrar nuevas oportunidades para mejorar.

Por ello, mi recomendación, es preciso parase, mirar con autocrítica constructiva y ser capaces de trabajar con nuestras lecciones aprendidas.

Bibliografía:

- R. Ruiz de Adana Péreza, M.A. Rodríguez Santirsoa y P. Elipe Rebollob Nuevas estrategias de mejora de la calidad: la gestión por procesos integrados JANO 26 SEPTIEMBRE-2 OCTUBRE 2003. VOL. LXV N.º 1.48
- Protocolo de atención a la patología osteoarticular. Área 9. Madrid 2007
- Plan de mejora actuación integral de la patologia osteomuscular-articular en Atención Primaria Estrategia de implementación. Hospital de Fuenlabrada- Gerencia Atención Primaria Área 9. 2010
- Asian Development Bank, *Learning Lessons in ADB*. Phillipines, 2007
- OECD-DAC (2002) ¨Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados¨ *http://www.oecd.org/dataoecd/29/21/2754804.pdf*
- Lecciones Aprendidas del Sur - Sismo de Pisco, 15 agosto 2007. / Perú. Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI). Lima: INDECI, Soluciones Prácticas–ITDG, DFID; 2009 232 p. ISBN N° 978-612-45491-0-6

mejores experiencias



XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

mejores experiencias

Miércoles, 20 de octubre de 2010

17:00 h - 16:30 h

Sesión Plenaria 2: Mesa Mejores Experiencias en Liderazgo en Calidad y en Gestión Clínica

Moderadora: ***María Antonia Muñoz Mella, Directora de Enfermería y Coordinadora de Calidad del Hospital POVISA***

Utilización de la metodología de enfermería en Atención Primaria: Evaluación de resultados intermedios en salud **99**
Francisco Javier Pérez Rivas. Enfermero, Unidad de Calidad, Gerencia Atención Primaria Área 11 de Madrid.

Rondas de Seguridad por la Dirección del Proyecto Bacteriemia Zero: la importancia y el peso del liderazgo **105**
Mª Carmen Martínez Ortega. Facultativa, Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Central de Asturias.

El alta de enfermería informatizada como instrumento de continuidad de cuidados en el Área de Salud de Cuenca **113**
Alfonso Márquez Nieto. Director de Enfermería del Hospital Virgen de la luz de Cuenca.

Analgesia controlada por el paciente: Control de calidad y seguridad **121**
Marcial Rey Martínez. Facultativo, Servicio de Anestesia del Hospital POVISA.

Jueves, 21 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h

Sesión Plenaria 4: Mesa Mejores Experiencias sobre el Papel del Ciudadano en la Seguridad de la Atención Sanitaria

Moderadora: ***Teresa Antoñanzas Lombarte, Directora General de Atención al Usuario del Gobierno de Aragón***

La voz del paciente y la voz del profesional en la mejora de procesos: experiencia compartida **141**
Mª del Mar Lale Candal. Técnico de Calidad, Dirección de Recursos Económicos del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Profesional informador y soporte a usuarios y profesionales (urgencias): análisis comparativo de 3 estudios prevalentes **149**
Rafael Lledó Rodríguez. Director General del Hospital General de Granollers.

La personalización de la atención aumenta la satisfacción del paciente con cuidados enfermeros..... **153**
Mª del Rosario García Juárez. Enfermera, Hospital Universitario Puerto Real.

Identificación de oportunidades de mejora a través de la percepción de seguridad de los pacientes hospitalizados..... **157**
Adelia Más Castillo. Facultativa, Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

Viernes, 22 de octubre de 2010

10:30 h - 12:00 h

Sesión Plenaria 6: Mesa Mejores Experiencias en Sistemas de Gestión y Procesos Asistenciales

Moderador: ***Luís Arantón Areosa, Jefe del Servicio de Integración Asistencial de la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud.***

Lean Healthcare: Calidad sin despilfarros.
La experiencia del Consorcio Sanitario Integral (CSI) **161**
Santiago Nofuentes Pérez. Director General Consorcio Sanitario Integral de Barcelona.

Integración de los sistemas de calidad en el hospital de Basurto **167**
Isabel Urrutia Johansson. Unidad de Calidad del Hospital de Basurto.

Evaluación PDCA sobre el grupo de triaje sanitario para la pandemia de gripe en Aragón **169**
Teresa Tolosana Lasheras. Enfermera, Servicio Aragonés de Salud.

Experiencia y vivencia de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario de Móstoles en las recertificaciones en Normas ISO 9001-2008 ..... **183**
Eva Molina Alén. Enfermera, Unidad de Calidad del Hospital Universitario de Móstoles.

Utilización de la metodología de enfermería en Atención Primaria: Evaluación de resultados intermedios en salud

Pérez Rivas FJ, Magán Tapia P, Ochandorena Juanena MS, Muñoz Balsa M, Beamud Lagos M, Pastor Rodríguez-Moñino A.
Gerencia Atención Primaria Área 11 de Madrid

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras de Atención Primaria (AP) han adquirido en los últimos años una mayor responsabilidad en la provisión de servicios sanitarios, convirtiéndose en auténticos gestores de cuidados. La utilización de la metodología de Enfermería (ME) facilita esta nueva concepción integral de la atención y ayuda a clarificar la aportación enfermera a la sociedad, tanto en términos de resultados específicos de la intervención enfermera, como en un contexto mas general sobre resultados en salud de carácter interdisciplinar.

En el Área Sanitaria 11 de AP de Madrid, el cuidado de la población se considera un proceso clave y a lo largo de los últimos años se han desarrollado diversas líneas estratégicas para prestar los cuidados de enfermería con la mayor calidad posible, fomentando la utilización de la ME y monitorizando periódicamente una serie de indicadores claves para el seguimiento de todo el proceso (Tabla 1): Frecuencia de Diagnósticos enfermeros, Calidad Global (cumplimento de las etapas del proceso), Capacidad de resolución, Índice de Complejidad de cuidados, Índice Sintético de Cuidados...

Pese al esfuerzo realizado hay diversos factores que dificultan la implantación y el uso de esta metodología de trabajo, condicionando que en la actualidad haya un colectivo de enfermeras que la utilizan de manera sistemática mientras que otro grupo no la utiliza.

Tabla nº 1: Monitorización Indicadores Planes de Cuidados.

INDICADORES			2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Datos Demográficos	Edad	% de planes de cuidados realizados en > 65 años	-	-	50,0%	49,0%	48,1%	48.5%	51.4%	53.1%	48%
		% de planes de cuidados realizados en < 14 años	-	-	5,1%	8,0%	6,7%	7,2%	9,3%	7,8%	7.8%
	Sexo	% de planes de cuidados realizados en Mujeres	-	-	60,7%	58,6%	58,6%	58,3%	57.6%	58,6%	58.0%
Estructura		Nº Enfermeras que han realizado planes	271	354	392	454	547	596	618	644	663
		% de DdE realizados en el domicilio del paciente	-	21%	19.7 %	9,7%	9,0%	8,3%	7,9%	9,5%	16.5%
Proceso		Frecuencia de diagnósticos de enfermería	5129	10362	14595	20729	24184	24657	35305	55352	53525
		Calidad Global del Proceso	78.6 %	81.8 %	89.4 %	90,5%	92,2%	90,4%	91,2%	88,1%	90.5%
Resultado		Efectividad (Evolución Positiva Planes de Cuidados)		69.8 %	75.4 %	74.2%	77,4%	82,4%	79.9%	75.9%	81.5%
Indice Sintético(*)		Evolución del ICE (Indicador de Cuidados Enfermeros) Sin Valor Técnico	10.8	22.4	33.9	49	58	-	-	-	-
		Evolución del ICE (Indicador de Cuidados Enfermeros) Con Valor Técnico	-	-	-	-	-	24.9	32,1	49,5	49.1

(*) Desde el año 2006 se calcula el ICE, teniendo en cuenta el Valor Técnico asignado a cada diagnóstico

OBJETIVO(S)

GENERAL

Determinar si la población asignada a enfermeras de AP que utilizan la ME como herramienta de trabajo habitual en su práctica asistencial presenta mejores indicadores de resultados en salud que la población asignada a enfermeras que no la utilizan.

ESPECÍFICOS

- Describir si las coberturas alcanzadas en los Servicios de promoción de la salud y los de carácter preventivo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria son más elevadas en las enfermeras que utilizan metodología.

- Evaluar la efectividad de la utilización de la metodología de enfermería en el control de factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo y ejercicio) en el conjunto de la población atendida.

- Estudiar si los pacientes con patología crónica (con diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia) asignados a enfermeras que utilizan metodología de enfermería presentan mejores indicadores de control de su patología.

- Estimar si los médicos que trabajan con enfermeras que utilizan metodología obtienen mejores indicadores cuantitativos de prescripción farmacológica (Gasto/Paciente).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal, realizado en los 42 Equipos de AP del Área 11 de Madrid.

Periodo de Estudio: Desde el 1 de Enero de 2004 hasta el 1 de Enero de 2007.

Se considera específicamente este periodo, ya que durante el año 2007 se llevo a cabo un proceso extraordinario de consolidación de empleo que supuso en la práctica la sustitución de prácticamente el 50 % de la plantilla de enfermería. En este proceso se incorporaron mayoritariamente profesionales del ámbito hospitalario que han necesitado un proceso de adaptación tanto al nuevo ámbito asistencial como a la nueva metodología de trabajo.

Población de Estudio:Pacientes de los 42 centros de salud participantes, nacidos antes del 1 de enero de 1990 (> 14 años): 760512 habitantes, entre los que 44516 están diagnosticados de Diabetes Mellitus, 124871 de Hipertensión arterial y 99957 de Hipercolesterolemia.

Método de recogida de datos: La explotación de la información se ha realizado sobre la HªCª informatizada, a través de sentencias SQL.

VARIABLES DE ESTUDIO:

1.- Variables independientes:

- Del Profesional:
  - – Filiación: Edad y Sexo.
  - – Utilización de la metodología de Enfermería: ICE (Indicador de Cuidados Enfermeros):

ICE (*) = Total DdE (Diagnósticos de Enfermería) x Calidad global (Cumplimiento etapas del PE).

(*) La elaboración de este indicador se llevo a cabo por la Comisión de Cuidados del Área (grupo de expertos en metodología), teniendo en cuenta para su elaboración aquellas dimensiones consideradas relevantes en la medida del cuidado.

Se ha calculado , para cada una de las enfermeras del Área un ICE medio (media del Indicador de Cuidados Enfermeros (ICE) correspondiente a los años 2004,2005 y 2006). Las enfermeras que no utilizan la metodología de enfermería obtienen un ICE = 0.

- De la Población:
  - – Filiación: Edad y Sexo.
  - – Comorbilidad: Para estimar esta variable se calculó para cada paciente un índice de comorbilidad que tiene en cuenta los siguientes problemas de salud: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, EPOC, Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Obesidad, Consumo Excesivo de Alcohol y Consumo de Tabaco.

2.- Variables dependientes:

- Cobertura alcanzada por enfermera en los Servicios de promoción de la salud y los de carácter preventivo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

- Control Factores de Riesgo Cardiovascular (RCV): Tabaco y Ejercicio Físico regular.

- Control de Patología Crónica::Hemoglobina Glicosilada (HbA1C), Tensión Arterial Sistólica(TAS), Tensión Arterial Diastólica(TAD), Colesterol Total y LDL Colesterol.

- Prescripción Farmacológica: Gasto por paciente (€/TSI).

Análisis de los datos: Se ha realizado la comparación de variables de resultado dependientes (coberturas de cartera de servicios, control de factores de riesgo cardiovascular, control de patología crónica e indicadores cuantitativos de prescripción farmacológica) en función de la utilización de la ME (variable independiente).

Para evaluar la utilización de la ME se ha calculado un Índice Sintético de Cuidados de cada enfermera, teniendo en cuenta la frecuencia de diagnósticos de enfermería (y planes de cuidados) realizados y la calidad (cumplimiento de todas las etapas) del proceso.

RESULTADOS:

De las 217 enfermeras incluidas en el estudio, 127 utilizaban ME (ICE > 0) y 90 no la utilizaban (ICE = 0). Las enfermeras que utilizan ME presentan una edad media inferior a las que no la utilizan (45.4 vs 49.3) (p=0.001). No existen diferencias en cuanto a sexo. Tampoco se han encontrado diferencias en la edad, el sexo y la titulación (MF vs MG) de los médicos con los trabajan estas enfermeras.

La población asignada a las enfermeras que utilizan ME presenta una mayor comorbilidad que las que no la utilizan.

CARTERA DE SERVICIOS:

Las enfermeras que utilizan ME obtienen una coberturas superiores en todos los Servicios de promoción de la salud y los de carácter preventivo de la Cartera de Servicios de AP, salvo en el Servicio de Vacunación antigripal de grupos de riesgo.

Destacan especialmente las diferencias alcanzadas en algunos Servicios (Tabla 2):

- Vacunación de la rubéola: 37.5 vs 30.8.
- Atención a la mujer en el Climaterio: 40.8 vs 32.7.
- Vacunación del Tétanos: 34.6 vs 27.8.
- Atención a Pacientes Crónicos: Obesos: 47.2 vs 38.1.
- Prevención y Detección de Problemas en el Anciano: 52.7 vs 40.9.

Tabla 2: Coberturas alcanzadas en Cartera de Servicios en función de la utilización de la ME.

SERVICIO	Anticon-cepción	Rubeola	Ca Cervix	Climate-rio	Tétanos	Crónicos :Obesos	Inmovili zados	Anciano
ICE > 0	35,61	37,53	31,45	40,80	34,66	47,24	49,67	52,71
ICE = 0	28,98	30,85	24,76	32,73	27,81	38,10	42,79	40,93
p	< 0,01							

CONTROL FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

No se han encontrado diferencias ni en el porcentaje de pacientes que realiza ejercicio regularmente (51.8 vs 51.6%) ni en el porcentaje de fumadores (18,8 vs 18.7%) en ambos grupos.

CONTROL PATOLOGÍA CRÓNICA:

Los pacientes diagnosticados durante el periodo de estudio de una patología crónica (con diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia) asignados a enfermeras que utilizan ME presentan mejores indicadores de control de su patología: mayor porcentaje de pacientes con buen control de Hemoglobina Glicosilada (70,7 vs 63,6%), Tensión Arterial (52,2 vs 49,9%)y Colesterol(38 vs 33%), respectivamente. Si consideramos el total de pacientes con patologia crónica, independientemente de la fecha de diagnóstico, también se aprecian notables diferencias:

Hemoglobina Glicosilada (63.3 vs 60.0%), Tensión Arterial (53.7 vs 51.1%)y Colesterol(41.6 vs 36.1%).

En el análisis cuantitativo de variación, durante el periodo de estudio, de las cifras de Hemoglobina Glicosilada, Colesterol, TAS y TAD también se observa una mayor disminución de estos valores en los pacientes asignados a enfermeras que trabajan con metodología: HbA1C (0.38 vs 0.30), Col-Total (27,45 vs 24,15 mg/dl), TAS (8,16 vs 7,80 mg/Hg), TAD (5,31 vs 4,70 mg/Hg).

Los pacientes obesos también han tenido una mayor disminución en el IMC los asignados a enfermeras 'metodológicas': IMC (0,50 vs 0,35).

PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA:

Los médicos que trabajan con enfermeras que utilizan metodología obtienen mejores indicadores cuantitativos de prescripción farmacológica (Gasto/Paciente) en el grupo de pacientes Pensionistas (460 € Pac/año vs 480 € Pac/año). Estas diferencias no se han observado en el grupo de Pacientes Activos. Al realizar el Análisis por Grupos de Edad se observan diferencias en el grupo de de 65 a 74 años (443 € Pac/año vs 465 € Pac/año) y en el de > 75 años (550 € Pac/año vs 573 € Pac/año).

CONCLUSIONES:

La utilización de la ME parece contribuir a la mejora de la salud de la población. Se tendrían que diseñar estudios prospectivos que permitieran corroborar los resultados de este estudio.

Consideramos prioritario establecer las medidas de implementación necesarias para garantizar la extensión de la ME entre las enfermeras en AP y considerar los indicadores de prestación de cuidados, como indicadores de buena praxis profesional, incluyéndo la utilización de la ME en todas las Guías, Programas y Protocolos de aplicación en el ámbito de la AP.

PALABRAS CLAVE:

Proceso enfermero, Diagnóstico Enfermero, Atención Primaria de Salud, Efectividad, Investigación en Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

(1) SERMAS. Papel de Enfemería en Atención Primaria. Madrid: Consejería de Sanidad; 2009.

(2) Alfaro R.Aplicación del Proceso Enfermero.Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona:Masson;2003

(3) Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria. Madrid: Servicio de Programas Asistenciales Subdirección General de Atención Primaria; 2007.

(4) Pérez Rivas FJ, Ochandorena MS, Santamaría JM, García M, Solano V, Beamud M, Gil MJ. Aplicación de la metodología enfermera en Atención Primaria. Rev Calid Asist. 2006; 21(5):247-54.

(5) Morales JM. Investigación de Resultados en Enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. Index Enferm. 2004;13(44-45):37-41.

(6) Müller Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes.Int J Nurs Terminol Classif. 2009;20(1):9-15

(7) Pérez Rivas FJ, Soto I,Santamaría JM,López S,García M,Beamud M. 30000 diagnósticos de enfermería en un Área de Salud. La medida del cuidado en Atención Primaria. Rev Calid Asist. 2004; 19(Extra 1): 22.

(8) Pérez Rivas FJ, Carrera C, López MA,García M, Beamud M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en Atención Primaria. Enferm Clin.2004;14(2): 70-6.

(9) Tornvall E, Wilhelmsson S, Wahren LK.Electronic nursing documentation in primary health care.Scand J Caring Sci. 2004;18(3):310-7.

(10) Urquhart C, Currell R.Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes.Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD002099. Review.

(11) Joseph AM.The impact of nursing on patient and organizational outcomes.Nurs Econ. 2007;25(1):30-4.

(12) Lavin MA, Avant K, Craft-Rosenberg M, Herdman TH, Gebbie K. Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes.Int J Nurs Terminol Classif. 2004;15(2):39-47.

(13) Morales JM, Morilla JC, Martín FJ, Gonzalo E, Cuevas M, Bonill C ET AL. The association between nursing diagnoses, resource utilisation and patient and caregiver outcomes in a nurse-led home care service: Longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2009; 46: 189-96

(14) Muller Staub M. Quality of nursing diagnosis and patient satisfaction. A review of the literature. Pflege. 2001;14(4):230-8.

(15) Muller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review.J Adv Nurs. 2006; 56(5): 514-31.

Rondas de Seguridad por la Dirección del Proyecto Bacteriemia Zero: la importancia y el peso del liderazgo

Mª Carmen Martínez-Ortega, Belén Mier Suárez, Luis Cofiño Castañeda, Armando Blanco Vicente, Natividad Clavero Ballester, José Antonio García Fernández.

Introducción

Uno de los estudios con mayor relevancia en la reducción de las tasas de bacteriemia relacionada con el uso de catéteres venosos centrales (CVC) es el liderado por Peter Pronovost y realizado en 103 UCI del estado de Michigan que ha demostrado la posibilidad de reducir la bacteriemia relacionada con CVC prácticamente a 0. Se analizaron los datos de estas 103 UCI. La mediana de la tasa de BRC descendió de 2,7 episodios/1.000 días de CVC a 0/1.000 días de CVC tres meses tras el inicio y la media pasó de 7,7 episodios/1.000 días de CVC en el comienzo a 1,4 tras 16-18 meses ($p<0,002$).

Este proyecto se basó en estrategias multifactoriales, formativas y de aplicación de las guías de prevención, dentro de una iniciativa de seguridad estatal y se apoyó en los siguientes puntos:

- Implementación de una hoja de objetivos diaria, que pretendía mejorar la comunicación entre los clínicos de las UCI y estandarizar el manejo de los pacientes.
- Elección en cada unidad a un médico y una enfermera, como líderes encargados de diseminar la información y obtener los datos necesarios para la evaluación.
- Instauración de los cinco procedimientos que han demostrado tener un mayor impacto en la reducción de las Infecciones relacionadas con catéteres:
  - higiene de manos.
  - uso de barreras asépticas máximas durante la inserción.
  - asepsia de la piel del punto de inserción con clorhexidina al 2%.
  - evitar la vía de acceso femoral.
  - retirar todos los CVC innecesarios.

- Creación y uso de una "carro de vía central" (Central-line cart) y una lista de comprobación (Checklist) para asegurar la adherencia y cumplimiento de las prácticas de control de la infección durante la inserción.
- Medición mensual de las tasas de bacteriemias relacionadas con catéter.

En España, la estrategia liderada por Peter Pronovost 'Keystone ICU' se adapta al español con permiso de la Universidad Johns Hopkins por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Departamento de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, "Keystone ICU" es propiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins. La SEMICYUC realizó el diseño del Protocolo del Proyecto "Bacteriemia zero" en España y ha colaborado en la adaptación de los instrumentos del Proyecto mediante un contrato con la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Proyecto se prepara desde Octubre de 2008, se suman la mayor parte de las UCIs de nuestro país y tiene como periodo de estudio desde 30 de Enero 2009 hasta 30 de Junio 2010. Las fases que contempla el Proyecto Bacteriemia zero para su implantación son las siguientes:

Nivel: UCI — Responsable: líderes de enfermería y médico
1. Búsqueda de aliados: • Dirección • Servicio de medicina preventiva/control infección nosocomial • Unidad de Calidad Asistencial
2. Evaluación cultura de seguridad: cuestionario AHRQ
3. Despliegue del proyecto • Sesión informativa • Distribución de la Hoja Informativa • Pósters recordatorios
4. Formación del personal+ Control y seguimiento formación • En prevención BRC: curso on-line/ presencial • En cultura de seguridad: curso on-line/presencial • En uso de herramientas proyecto
5. Adaptación logística • Material inserción CVC unificado (carrito/bandeja) • Disponibilidad clorhexidina acuosa al 2% o alcohólica al 0.5%. • Empoderamiento enfermería para parar procedimientos
6. Implementación proyecto reducción bacteriemia • Herramientas mínimas: Lista de verificación de inserción CVC+ Ítems mínimos de objetivos diarios para el paciente • Tasas de bacteriemia mensuales: base de datos • Sesión mensual: resultados, feedback y refuerzo
7. Promoción de la cultura de la seguridad • Identificación errores/problemas por parte del personal de la UCI • Clasificación de de errores/problemas de seguridad • Análisis mediante el esquema. Aprender de los errores

Tabla 1: Fases par la implantación del Proyecto

Los puntos 1 y 7 se convertirán en claves para la continuidad del Proyecto. La necesidad de feedback y de refuerzo se identifican como aspectos críticos para el éxito del proyecto

Los componentes mínimos del Proyecto Bacteriemia zero se recogen en la siguiente figura:

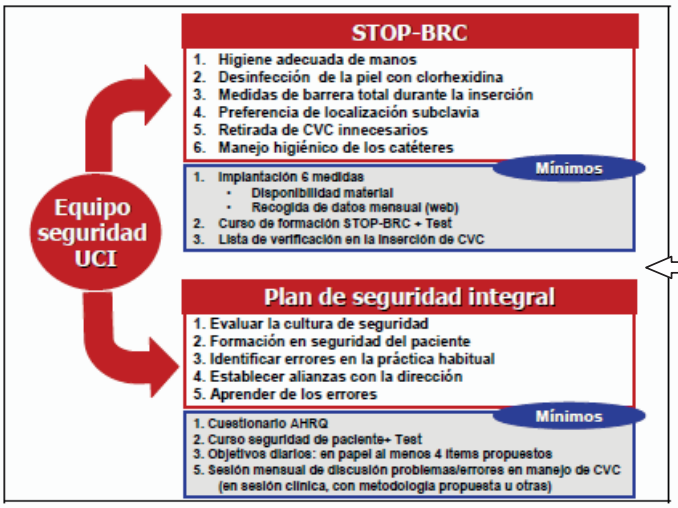


Figura 1- Resumen del proyecto Bacteriemia zero y de sus componentes mínimos

A lo largo del desarrollo del Proyecto, el Plan de Seguridad Integral ha sido el brazo débil en la mayor parte de las UCIs. En nuestras UCIs realizamos la evaluación de la cultura de seguridad inicial mediante el cuestionario AHRQ y se impartió formación; el resto de criterios son los que vienen a ser cubiertos por las Rondas de Seguridad lideradas por la Dirección: han sido motor del cambio de cultura que se detecta en las unidades por los propios profesionales

Objetivos

Uno de los componentes más ambiciosos del Proyecto Bacteriemia Zero (BZ) es aumentar la cultura de seguridad en las UCIs; las Rondas de Seguridad (RS) son una herramienta para consolidarla. Nos planteamos al analizar el desarrollo de las mismas:

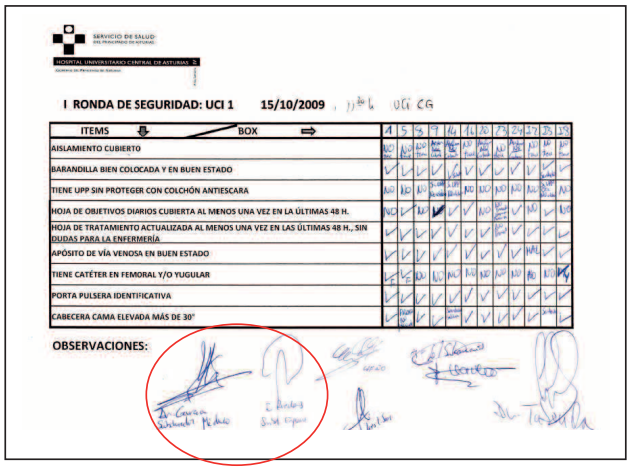
– Evaluar el compromiso de la dirección en el Proyecto.

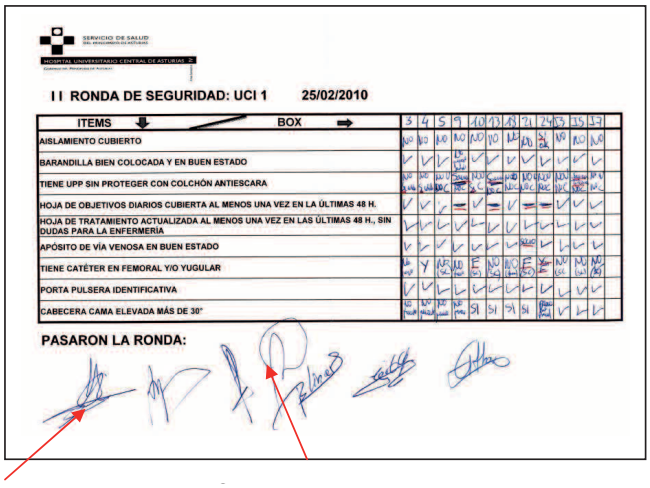
– Analizar el contenido de las RS.

– Estructurar el feed-back de información.

Material y Método

Estudio longitudinal (Junio 2009-Mayo 2010) Se estableció periodicidad y componentes para las RS (al menos 1 Dirección Médica, 1 Dirección Enfermería, Supervisor/a de Unidad y personal de la unidad con carácter rotatorio). Muestreo aleatorio de pacientes de UCI para cada ronda. Se incluyen todas las UCIs (5-61camas). Ítems a revisar: Cabecera cama elevada 30º, Apósitos vías en buen estado, Catéter femoral y/o yugular, Pulsera identificativa, Hoja de objetivos diaria cubierta, Hoja de tratamiento actualizada sin dudas para la enfermería, UPP protegidas por colchón y hoja de registro cubierta, Barandilla bien colocada y en buen estado Se elaboró una hoja ad hoc para la RS que registrara los ítems revisados para cada paciente. Se firma el resultado de la RS por los componentes de la misma:





Se difunde mediante lista de correo interno las conclusiones de las RS y se proponen mejoras en reuniones al efecto post-ronda.

Resultados

– 1ª RS por la Dirección: 15 Octubre 2009.

Participación de la Dirección: 100%. UCIs revisadas: 5 (100%).

– 2ª RS por la Dirección: 25 de Febrero 2010.

Participación de la Dirección: 100%. UCIs revisadas: 5 (100%).

Las UCIs se plantean la necesidad de realizar RS mensuales: Marzo, Abril, Mayo 2010: 5 UCIs (100%) realizan RS con participación de personal de la unidad: se levanta acta y se envían los comentarios al resto de unidades.

– 3ª RS por la Dirección: 13 Mayo 2010.

Participación de la Dirección: 100%. UCIs revisadas: 5 (100%).

Se constata una mejoría de todos los ítems y en los comentarios recogidos post-reunión el paso de la cultura del examen a la de la mejora.

Se recogen los principales resultados en la tabla 2 y en la figura 2 (a continuación):



RONDAS DE SEGURIDAD POR LA DIRECCIÓN
PROYECTO BZero
RESUMEN RESULTADOS
Octubre 2009 Mayo 2010

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RONDAS DE SEGURIDAD POR LA DIRECCIÓN

UCI I

Variable de Seguridad a revisar	Ronda 1 (15 Octubre 2009) n = 12			Ronda 2 (25 Febrero 2010) n = 12			Ronda 3 (13 Mayo 2010)		Resumen mar-abr
	no	si	%	no	si	%	no	si	%
Cabecera cama elevada 30°	0	12	100	0	12	100			100
Apósitos vías en buen estado	1	11	91,67	1	12	100			100
Catéter subclavia (no femoral y/o yugular)	3	9	75	5	7	58,33			
Pulsera identificativa	0	12	100	0	12	100			100
Hoja de objetivos diaria cubierta	6	6	50	4	8	66,67			50
Hoja de tratamiento actualizada sin dudas para la enfermería	0	12	100	0	12	100			100
UPP (protegidas por colchón y hoja de registro cubierta)	3	0	0	3	0	0			100
Barandilla bien colocada y en buen estado	0	12	100	0	12	100			
Aislamiento cubierto	4	0	0	1	0	0			

UCI II

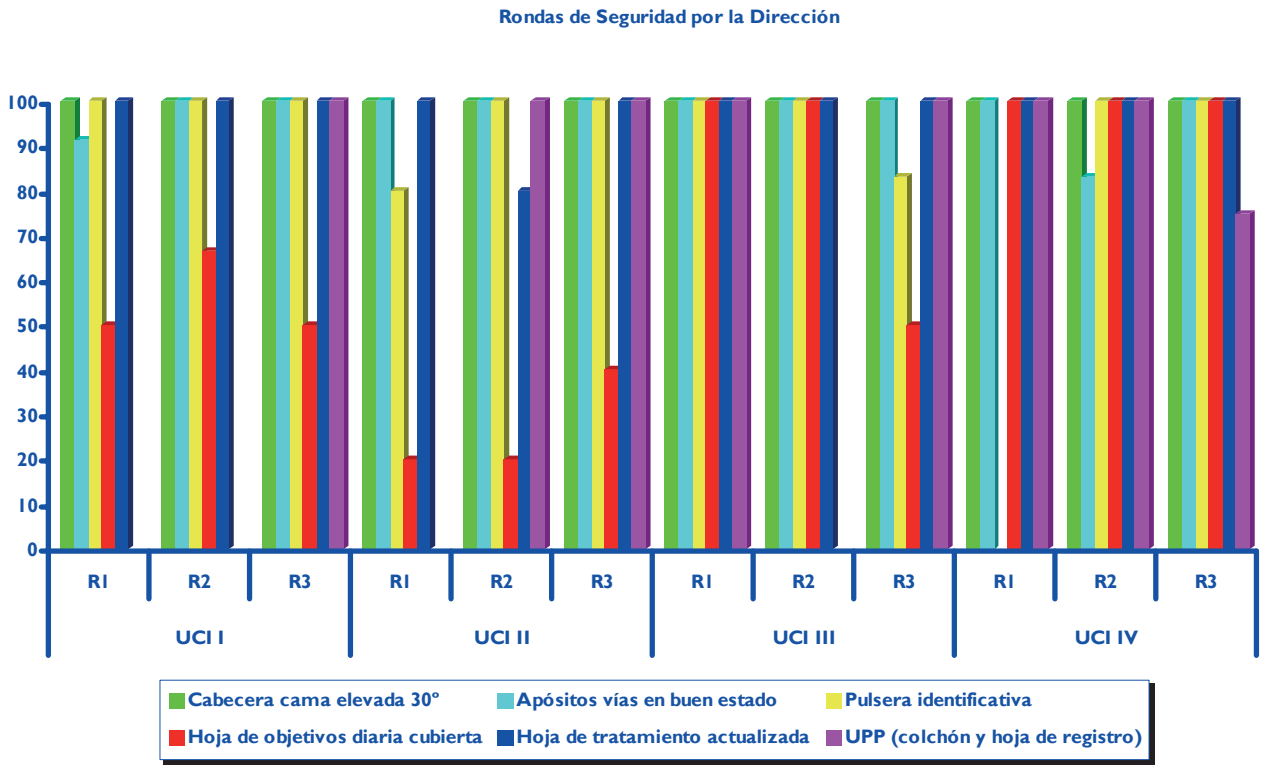
Variable de Seguridad a revisar	Ronda 1 (5 Noviembre 2009) n = 5 (30%)			Ronda 2 (25 Febrero 2010) n = 5			Ronda 3 (13 Mayo 2010) n = 5		
	no	si	%	no	si	%	no	si	%
Cabecera cama elevada 30°	0	5	100	0	5	100	0	5	100
Apósitos vías en buen estado	0	5	100	0	5	100	0	5	100
Catéter subclavia (no femoral y/o yugular)									
Pulsera identificativa	1	4	80	0	5	100	0	5	100
Hoja de objetivos diaria cubierta	4	1	20	4	1	20	3	2	40
Hoja de tratamiento actualizada sin dudas para la enfermería	0	5	100	1	4	80	0	5	100
UPP (protegidas por colchón y hoja de registro cubierta)	1	0	0	0	5	100	0	5	100
Alarmas de monitor y/o respirador correctamente activadas	0	5	100	1	4	80	0	5	100
Concordancia ritmo de prefusión anotado- ritmo real de infusión	0	5	100	0	5	100	0	5	100
Niveles de pleure-vac adecuados y tubo tórax permeable	0	5	100	0	5	100	0	5	100
Hoja de Registros de enfermería cumplimentados por turno				4	1	20	2	3	60

UCI III

Variable de Seguridad a revisar	Ronda 1 (5 Noviembre 2009) n = 6			Ronda 2 (25 Febrero 2010) n = 6			Ronda 3 (13 Mayo 2010) n = 6		
	no	si	%	no	si	%	no	si	%
Cabecera cama elevada 30°	0	6	100	0	6	100	0	6	100
Apósitos vías en buen estado	0	6	100	0	6	100	0	6	100
Catéter subclavia (no femoral y/o yugular)	0	6	100	2	4	66,67	0	6	100
Pulsera identificativa	0	6	100	0	6	100	1	5	83,33
Hoja de objetivos diaria cubierta	0	6	100	0	6	100	3	3	50
Hoja de tratamiento actualizada sin dudas para la enfermería	0	6	100	0	6	100	0	6	100
UPP (protegidas por colchón y hoja de registro cubierta)	0	6	100	1	0	0	0	6	100
Barandilla bien colocada y en buen estado	0	6	100	0	6	100	0	6	100
Aislamiento cubierto	1	0	0						

UCI IV

Variable de Seguridad a revisar	Ronda 1 (5 Noviembre 2009) n = 5			Ronda 2 (25 Febrero 2010) n = 6			Ronda 3 (13 Mayo 2010) n = 4		
	no	si	%	no	si	%	no	si	%
Cabecera cama elevada 30°	0	5	100	0	6	100	0	4	100
Apósitos vías en buen estado	0	5	100	1	5	83,33	0	4	100
Curas y cambios equipo correctos	0	5	100	0	6	100	0	4	100
Pulsera identificativa	5	0	0	0	6	100	0	4	100
Hoja de objetivos diaria cubierta	0	5	100	0	6	100	0	4	100
Hoja de tratamiento actualizada sin dudas para la enfermería	0	5	100	0	6	100	0	4	100
UPP (protegidas por colchón y hoja de registro cubierta)	0	5	100	0	6	100	1	3	75
Barandilla bien colocada y en buen estado	0	5	100	1	5	83,33	0	4	100
Límites de alarma ajustados al paciente	0	5	100	2	4	66,67	0	4	100
Sujeción eficaz de dispositivos (TET, SNG, SV, drenajes)	0	5	100	0	6	100	0	4	100



Conclusiones

Los ítems que deberían trabajarse son:

– HOJA DE OBJETIVOS DIARIOS.

– UPP protegidos por colchón anti-escara.

Sería útil revisarlos con los responsables del Proyecto y analizar causas y proponer soluciones para que estas variables puedan mejorar. Las Rondas de Seguridad pierden su finalidad si trimestre tras trimestre se constata un problema y no se aborda.

Algunos de los comentarios de los resúmenes difundidos tras las Rondas de Seguridad desde Octubre 2009 hasta Mayo 2010 reflejan que, la implicación y participación de la dirección se percibe como fundamental:

> *'...de repente, y por ejemplo, la hoja de objetivos ya no es una bobada que se le ha ocurrido a menganito o fulanito, mira tú. No lo es, cuando está el subdirector médico a pie de cama preguntando si se ha cubierto.....' 'De repente el Proyecto es algo tan gordo que hasta los jerifaltes vienen a ver cómo van las cosas...'.*

u otros en los que se constata que el objetivo último que es aumentar la cultura de Seguridad, y conseguir unos procedimientos más seguros para nuestros pacientes se está consiguiendo o en el camino adecuado para lograrlo:

> *'.....es la primera vez que nos sentamos alrededor de la misma mesa enfermería, médicos, directivos médicos y de enfermería, jefes y no jefes, para hablar de un mismo tema: la SEGURIDAD de NUESTROS pacientes; y lo hacemos en el mismo idioma, sin categorías ni clases. La terminología era común a todos'.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006;355(26):2725-32.

2. Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.

3. Bacteriemia zero, 1ª edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
(Basado en el proyecto "Keystone ICU" desarrollado por la Universidad Johns Hopkins: Pronovost el al., N Eng J Med, 2006; 2725:32).

4. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. O'Grady NP et al. MMWR Recomm Rep 2002;51(No. RR-10):1-36).

El alta de enfermería informatizada como instrumento de continuidad de cuidados en el Área de Salud de Cuenca

Begoña Fernández Valverde, Alfonso Márquez Nieto, Arminda Rodríguez Lucas Montoya, Pilar Lillo Tejeda, Rosa Calvo La Parra, Paloma Márquez Martín. Hospital Virgen de La Luz. Cuenca.

1. Introducción:

En la sociedad de la información del siglo XXI, la historia clínica electrónica (HCE) es un hecho y no está por igual implantada en todos los Servicios de Salud. En el Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) se está estableciendo progresivamente en todos sus centros hospitalarios un modelo de HCE único que engloba todas las áreas, incluida la de enfermería (MAMBRINO XXI). El problema radica en que el referido programa actualmente no está instaurado en todos los centros y en nuestro Hospital, de momento no contamos con él. Desde el año 2006 disponemos de un **informe de alta de enfermería** en formato papel basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, elaborado y aprobado por la Comisión de Planes de Cuidados e incorporado a la Historia Clínica del Paciente. Los informes de la Supervisora de Calidad y Cuidados de los años 2006, 2007 y 2008 reflejaron un bajísimo índice de registro del informe de enfermería al alta:

– 2006: 5%

– 2007: 18%

– 2008: 30%

Además, en el año 2009 la Dirección de Enfermería de Atención Primaria detectó y nos informó que los informes de alta de enfermería hospitalaria de los pacientes no llegaban a los profesionales de enfermería de los Centros de Salud. A los pacientes, al alta hospitalaria, se les proporcionaba junto con el informe de alta médica el informe del alta de enfermería y a pesar de esto el informe de alta médica llegaba al médico de A. Primaria, pero el informe de alta de enfermería no lo hacía a los enfermeros/as. Por lo tanto existía un gran vacío relacionado con la continuidad de los cuidados del paciente indispensables para el proceso de recuperación de este. El bajo índice de registro de estos informes en el hospital era el motivo principal de que los informes de alta de enfermería no llegasen a Atención Primaria y por otro lado no existía un cauce directo para facilitar la llegada de este informe a los profesionales de enfermería de los Centros de Salud.

La ausencia de vías que facilitasen la comunicación entre el personal de enfermería del Hospital y el de Atención Primaria, originaba falta de información entre los niveles asistenciales y esto era causa de múltiples problemas en los cuidados de los usuarios. El paciente que había recibido una serie de cuidados y seguido un tratamiento en el hospital, desconfiaba, en muchos momentos, de los profesionales que debían de continuar los cuidados extrahospitalarios, para evitarlo era indispensable garantizar la continuidad de estos cuidados.

Los responsables de los cuidados de los pacientes somos el personal de enfermería, por ello desde la Dirección de Enfermería nos planteamos la necesidad de elaborar un informe de alta hospitalaria que, cumpliendo la Ley Orgánica 15/999 de Protección de datos de Carácter Personal, pudiese ser consultado directamente por el personal de enfermería de Atención Primaria.

2. Objetivos:

- Cumplimiento de la Ley Orgánica 15/999 de Protección de datos de Carácter Personal.
- Facilitar la comunicación e intercambio de datos de los pacientes una vez dados de alta, entre los profesionales de enfermería de Atención Especializada y Atención Primaria del área de salud de Cuenca.
- Garantizar la continuidad de cuidados, identificando las necesidades asistenciales del paciente al alta.
- Informar y orientar al paciente y/o familiar/cuidador a controlar en su domicilio las distintas situaciones que puedan presentarse en las actividades de la vida diaría(AVD).

3. Material y método:

- Se crea un grupo de trabajo compuesto por: las Direcciones deEnfermería de ambos niveles asistenciales del Área de Salud de Cuenca, La Comisión de Planes de Cuidados y el Servicio de Informática del Hospital Virgen de La Luz.
- Se decide crear un documento informatizado, usando como plantilla el informe de alta de enfermería que se estaba utilizando en el hospital, basado en las 14 necesidades de V. Henderson, los diagnósticos de enfermería NANDA y las intervenciones NIC.
- El Servicio Informático crea la aplicación vía Web, que junto con un manual de usuario queda colgado en la intranet del Hospital y de Atención Primaria.
- Para realizar el informe cualquier enfermera de hospitalización entra en la aplicación colgada en la intranet y accede con su código LDAD nominal. Tras realizarlo imprime una copia para la Historia Clínica y otra que entrega al paciente.
- El nuevo informe es presentado a todos los profesionales del hospital y de A. Primaria, en una sesión clínica donde se realiza de forma practica un informe de alta de enfermería y posteriormente se realiza una consulta del informe desde la intranet de A. Primaria a dicho informe.
- A petición de los profesionales de A. Primaria, se realiza un manual de usuario más reducido y adaptado a las consultas que realizan y se cuelga en su intranet.
- Para consultar un alta de enfermería, cualquier enfermero de A. Primaria, desde su consulta, accede a la aplicación a través de la intranet. Con su código LDAD nominal entra en la opción consultar alta.
- El alta de enfermería de A. Hospitalaria se puede consultar por rangos de fecha, por número de Historia del Paciente y por el CIP. Inicialmente se puede visualizar el informe y posteriormente imprimir.

RECOMENDACIONES AL ALTA. UNIDAD DE ENFERMERÍA

sescam — HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ CUENCA

Nº Historia Clínica: .....
Nombre: .....
1.er Apellido: .....
2º Apellido: .....
Fecha de Nacimiento: .....
Domicilio: ..... D.P.: .....
Fecha de Ingreso: .....

CENTRO DE SALUD: .....

ENFERMERA: ..... MÉDICO: .....

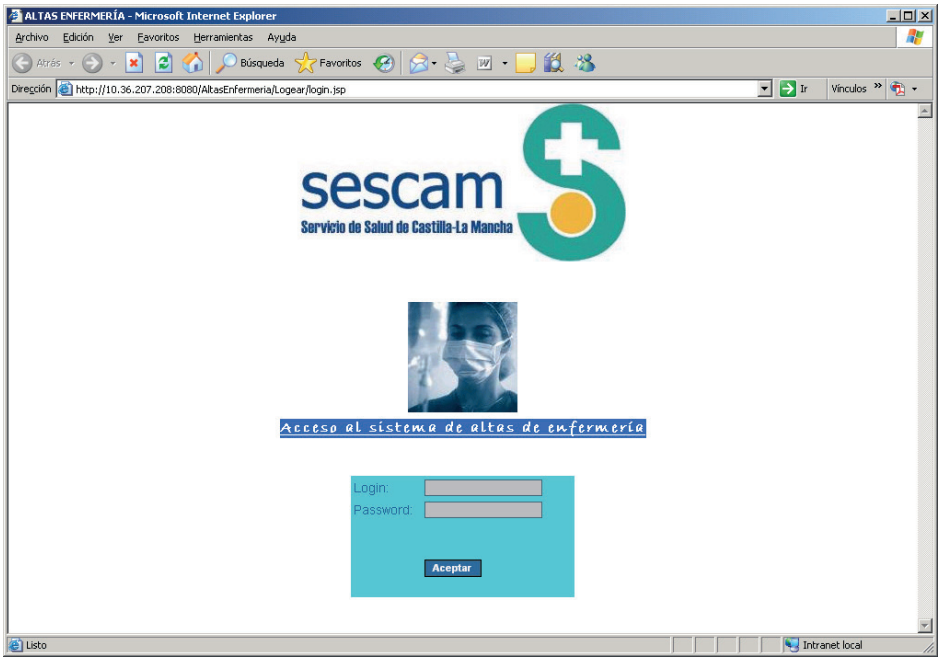
PROCESO ACTUAL: .....

VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS INGRESO/ALTA

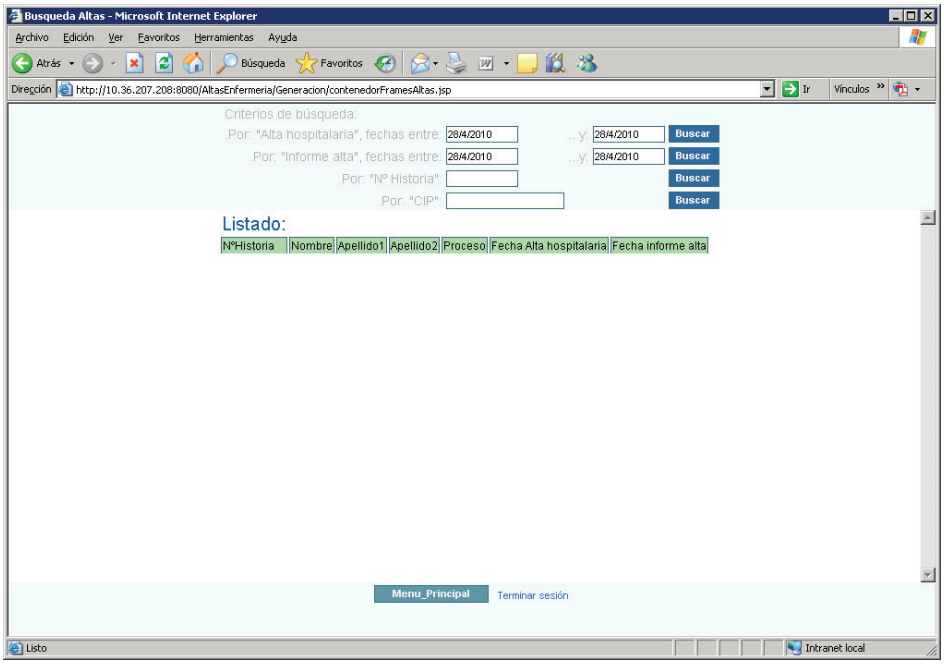
	I	A
1.- OXIGENACIÓN		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
2.- ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
3.- ELIMINACIÓN		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
4.- MOVILIZACIÓN		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
5.- REPOSO/SUEÑO		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
6.- VESTIRSE/DESNUDARSE		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
7.- TEMPERATURA		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
8.- HIGIENE/PIEL		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
9.- SEGURIDAD		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
10.- COMUNICACIÓN		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
11.- RELIGIÓN/CREENCIAS		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
12.- TRABAJAR/REALIZARSE		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
13.- ACTIVIDADES LÚDICAS		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑
14.- APRENDER		
Diagnóstico	❑	❑
Cuidados	❑	❑
.....	❑	❑

Observaciones: .....

Fecha:	Firma Enfermera:	Unidad:




Pantalla Principal - Microsoft Internet Explorer
Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda
Atrás Búsqueda Favoritos
Dirección http://10.36.207.208:8080/AltasEnfermeria/Logear/inicio.jsp
Ir Vínculos
sescam
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ
CUENCA
SISTEMA DE ALTAS DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA
OPCIONES DEL SISTEMA
Generar alta
Consultar alta
Terminar sesión
Listo
Intranet local


Busqueda Altas - Microsoft Internet Explorer
Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda
Atrás Búsqueda Favoritos
Dirección http://10.36.207.208:8080/AltasEnfermeria/Generacion/contenedorFramesAltas.jsp
Ir Vínculos
Criterios de búsqueda:
Por: "Alta hospitalaria", fechas entre: 28/4/2010 ...y 28/4/2010 Buscar
Por: "Informe alta", fechas entre: 28/4/2010 ...y 28/4/2010 Buscar
Por: "Nº Historia": Buscar
Por: "CIP": Buscar
Listado:
NºHistoria Nombre Apellido1 Apellido2 Proceso Fecha Alta hospitalaria Fecha informe alta
Menu_Principal Terminar sesión
Listo
Intranet local

4. Resultados:

- Tras diez meses de implantación del informe de alta informatizada, se ha conseguido en 2010 una media de 94,60% de cumplimentación del informe.
- Los profesionales de enfermería refieren que es un instrumento fácil de utilizar, muy intuitivo y que se realiza en no más de diez minutos.
- Desde Atención Primaria se han consultado el 90,74% de los informes (año 2010).

INFORME ALTAS DE ENFERMERÍA

DESDE 01 SEPTIEMBRE 09 HASTA 31 DICIEMBRE 09.

UNIDAD	ALTAS TOTALES (Nº)	ALTAS ENFERMERÍA (Nº)	%
1ª A:	435	365	83,90%
1ª B:	410	398	97,07%
2ª A:	638	541	84,79%
2ª B:	886	667	75,28%
3ª A:	401	401	100%
3ª B:	442	368	83,25%
4ª A:	510	510	100%
4ª B:	270	253	93,70%
5ª:	696	661	94,97%
6ª:	489	446	91,20%
7ª:	423	385	91,01%
Total	5600	4995	89,19%

INFORMES CONSULTADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

ALTAS ENFERMERÍA (Nº)	ALTAS CONSULTADAS (Nº)	ALTAS CONSULTADAS %
4995	3990	88,76%

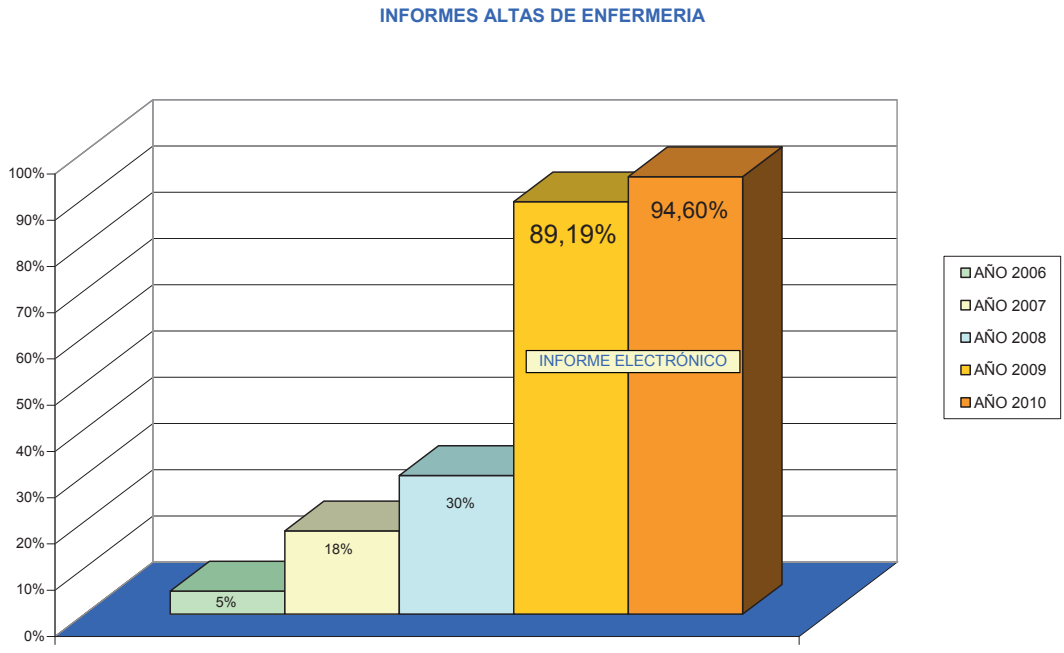
INFORME ALTAS DE ENFERMERÍA

1 DE ENERO A 31 DE JUNIO DE 2010

UNIDAD	ALTAS TOTALES (Nº)	ALTAS ENFERMERÍA (Nº)	%
1ª A:	721	700	97,08%
1ª B:	604	584	96,68%
2ª A:	926	851	91,90%
2ª B:	1251	1089	87,05%
3ª A:	630	625	99,20%
3ª B:	762	708	92,91%
4ª A:	732	732	100%
4ª B:	425	425	100%
5ª:	1042	1027	98,56%
6ª:	769	719	93,49%
7ª:	635	579	91,18%
Total	8497	8039	94,60%

INFORMES CONSULTADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

ALTAS ENFERMERÍA (Nº)	ALTAS CONSULTADAS (Nº)	ALTAS CONSULTADAS %
8039	7295	90,74%



5. Conclusiones:

- El informe de alta de enfermería informatizado es un instrumento efectivo y adecuado para coordinar y dar continuidad a los cuidados de enfermería así como para optimizar los recursos del sistema sanitario y por tanto necesario en el modelo europeo de sanidad para el siglo XXI.

- Es gratificante ver que la enfermería de nuestro hospital ha dado un salto en el registro del informe de alta, del 30% en el año 2008 con informe en formato papel al 94,60% en 2010 con el nuevo informe.

- La información de los procesos salud-enfermedad de un individuo al alta están disponibles vía Web para todos los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Cuenca, asegurando la confidencialidad de los datos. El profesional tiene acceso al informe en cualquier lugar de trabajo del área de salud.

- La consulta de los informes de alta de enfermería por los profesionales de A. Primaria ha pasado de la nulidad al 90,74%.

- Se han detectado algunos problemas y los mas significativos son los siguientes: consultorios que no tienen acceso a Internet, la consulta de los informes por los profesionales de Atención Primaria a través de la historia clínica hospitalaria no es operativa, pues es la historia del hospital y en A. Primaria, no la utilizan.

- Se están realizan ajustes para mejorar el informe.

- El grupo de trabajo realizara próximamente un estudio de investigación para evaluar con evidencia científica la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo, a través de un estudio descriptivo transversal, utilizando como muestra de estudio a los pacientes, profesionales de enfermería de las unidades hospitalarias donde se realiza el informe y los profesionales de enfermería de A. Primaria.

6. Bibliografía:

- Gordon M, Diagnóstico enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1996
- Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España, 2008
- McCloskey Dochterman JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4º ed. Madrid: Elsevier España, 2004
- Jonson M, Maas M, Morread S, Anderson M, Aquilino M, Belliner S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier España, 2004.
- Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid: Mc-Hill interamericana, 2005
- Tucker SM y Cols. Normas para el cuidado de pacientes. Procesos de Enfermería: Diagnósticos y resultados. Barcelona: Doyma, 1997.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos. Boletín Oficial del Estado, 298, 11-12-1999.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Boletín Oficial del Estado, 274,15-11-2002.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica. Madrid: Mosby/Doyma Libros S.A. ISBN: 84-8174-057-8, 1996(3ª ed)
- Benavent A, Camaño R, Cuesta a, metodología en Enfermería. Universitat de Valencia ISBN: 84-370-3937-1, Valencia 1999
- Brunner L, Suddarth D, Enfermería Práctica. ISBN: 84-7605-083-6 Ed. Marín S.A. Barcelona 1985.
- Cardenito L, et Cols, Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica, 3ª Edición. ISBN: 84-7615-621-9 Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1991
- Daras S, et ALT, Opinión de los profesionales sobre el informe de alta de Enfermería. Metas 1999; 19:22-24
- Juve Me, et ALT. , Alta de Enfermería Hospitalaria. Implantación y validación de un formato estándar. ROL Enf 1999; 22(12):873-880

Analgesia controlada por el paciente: PCA endovenosa vs PCA epidural. Control de calidad y seguridad

Cabadas R; Bernardo F; Alfaya B; Pintos A; Rodríguez M; Rey M.

1. Definición e importancia del dolor postoperatorio.

El dolor postoperatorio se define como aquel dolor de inicio reciente, que presenta unas perspectivas de duración limitada, con una causa identificable y relacionada directamente con la aparición del dolor (acto quirúrgico). Su origen puede estar en las estructuras cutáneas, somáticas profundas o viscerales, por lo que el diagnóstico y la evaluación de la intensidad del dolor, es fundamental y va a condicionar la estrategia a seguir.

Hay una serie de factores, que afectan a la magnitud del dolor postoperatorio:

- Idiosincrasia del paciente: personalidad, experiencias previas, aspectos culturales, étnicos, genéticos...
- Cirugía: posiciones, técnicas quirúrgicas, maniobras, indicaciones médicas postoperatorias...
- Anestesia: evaluación preanestésica, técnica anestésica, uso de analgesia preventiva, intraoperatoria y/o postoperatoria inmediata.
- Localización de la herida quirúrgica y movilización postoperatoria.

Existe unanimidad al reconocer los múltiples efectos perjudiciales que sobre el organismo acarrea la persistencia del dolor postoperatorio. Entre estas complicaciones cabe destacar:

- *Hipersensibilización central:* origina una perpetuación del dolor, generando que a partir de un dolor agudo controlable, el paciente finalmente presente dolor crónico de difícil tratamiento.
- *Complicaciones respiratorias:* un mal control del dolor, predispone a la formación de atelectasias y aumenta el riesgo de neumonía.Sobre todo en cirugía torácica y abdominal alta, su incidencia varía entre el 20-60%. Se

cifra en un 25% su contribución a la mortalidad postoperatoria. Además del dolor, también contribuyen a su aparición, la edad del paciente, tipo de incisión, tiempo de intervención, vendajes compresivos…

– *Complicaciones cardiovasculares:* debidas a la secreción catecolaminérgica, secundaria a la hiperactividad ocasionada por el dolor. Consisten en aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial, índice cardiaco y consumo miocárdico de oxígeno. Todo ello, con más repercusión en pacientes que presentan cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca. Los trastornos vasculares secundarios a vasoespasmo e inmovilidad por el dolor, contribuyen a empeorar la circulación periférica y favorecer la aparición de trombosis con el consiguiente riesgo de tromboembolismo.

– *Complicaciones digestivas:* son consecuencia de los reflejos segmentarios desencadenados por el influjo nociceptivo, así como de la inactividad del paciente durante el postoperatorio inmediato. Las más frecuentes, son la distensión abdominal, náuseas, vómitos e inhibición de la motilidad gastrointestinal.

– *Complicaciones metabólicas:* el dolor, contribuye a incrementar la respuesta neuroendocrina frente a la agresión quirúrgica, al inducir un estado de hiperactividad simpática e hipotalámica. Se produce una secreción exagerada de catecolaminas, hormonas hipofisarias y betaendorfinas, que a su vez se acompaña de la liberación periférica de cortisol, glucagón y aldosterona. Todo ello, da lugar a la aparición de hiperglucemia, retención hidrosalina, estimulación del sistema renina- angiotensina, oliguria…

– *Complicaciones psicológicas:* la respuesta cortical al dolor, provoca una serie de síntomas de tipo psicológico como angustia y aprensión, que con toda probabilidad tienden a facilitar el influjo nociceptivo, exacerbando de esta manera el dolor. Estas reacciones pueden desencadenar situaciones de agresividad y/o agitación en pacientes jóvenes, así como postración o desorientación témporo-espacial en los de edad avanzada.

– *Una mala analgesia perioperatoria:* disminuye la capacidad de deambular, aumentando el riesgo tromboembólico y la incidencia de edema de pulmón.

Así pues, después de todo lo expuesto, parece evidente la necesidad de tratar el dolor postoperatorio de manera eficaz a fin de:

– Evitar el sufrimiento del paciente. Es un objetivo humanitario.

– Proporcionar mayor calidad asistencial.

– Facilitar la recuperación postoperatoria.

– Prevenir la aparición de posibles complicaciones.

– Conseguir una mejor funcionalidad.

2. Analgesia controlada por el paciente (PCA).

La PCA, consiste en la autoadministración, por parte del paciente, de un fármaco analgésico, en pequeñas dosis, reguladas a intervalos fijos, siempre acorde a sus necesidades. El objetivo, es el control del dolor postoperatorio. Implica la participación activa del propio paciente, en el tratamiento de su dolor.

En la analgesia controlada por el paciente, se utilizan bombas de infusión programables, controladas electrónicamente por microprocesadores. Con este tipo de analgesia, se ajusta de manera precisa, la concetración adecuada de un fármaco, en función de las necesidades del paciente, manteniendo niveles próximos a la concentración analgésica eficaz, disminuyendo efectos indeseables.

Aunque existen mucho modelos disponibles en el mercado, toda bomba de PCA debe disponer de:

– Pantalla: muestra información de la programación y los mensajes.
– Teclado.
– Cassete estéril: parte del equipo que se conecta a la medicación y a la parte inferior de la bomba, para la dosificación de la analgesia.
– Indicador de batería.
– Memoria de datos.
– Alarmas.
– Indicadores.
– Diferentes modos de programación.
– Botón para autoadministración de analgesia, por parte del paciente.



A la hora de programar y entender el funcionamiento de este sistema es necesario tener en cuenta la siguiente nomenclatura.

– *Dosis de carga*: dosis inicial de fármaco (analgésico), para permite un control del dolor, previo al inicio de PCA, consiguiendo optimizar el tratamiento.

– *Dosis a demanda* (Bolos): es la dosis voluntaria que se puede infundir el propio paciente cuando siente dolor, pulsando el botón destinado a esa función. La dosis a demanda óptima es la que produce analgesia suficiente y no favorece la aparición de efectos secundarios.

– *Tiempo de cierre*: es el tiempo comprendido entre dos dosis a demanda efectivas. Constituye una medida de seguridad para evitar la sobredosificación y acumulación del fármaco y siempre se calcula teniendo en cuenta la semivida de distribución de éste. Es conveniente que tenga una amplitud, que permita apreciar al paciente, el efecto de la dosis autoadministrada antes de aplicarse la siguiente, pero no tan prolongado que incida en la caída de su concentración plasmática hasta niveles subterapéuticos. Por ello, es necesario evaluar al paciente diariamente, a fin de conseguir un tiempo de cierre óptimo.

– *Infusión continua de base*: su objetivo es mantener una tasa plasmática constante y por tanto una analgesia mantenida.

– *Dosis máxima*: casi todas las bombas contemplan la particularidad de fijar una dosis máxima.

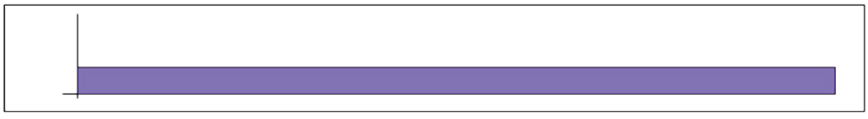
3. Modalidades de perfusión:

– *Perfusión continua*: consiste en la administración de una dosis de carga, seguida de una infusión continua horaria del analgésico elegido. Con ella se obtiene una buena analgesia, fundamentalmente, por la consecución de una estabilidad en los niveles plasmáticos del fármaco, si bien presenta una serie de inconvenientes pues necesita mayor vigilancia, hay menor variabilidad y no adaptación individual.

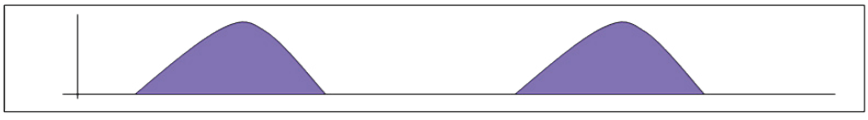
– *Bolos de PCA*: infusión de dosis del fármaco programadas en cantidad y tiempo, para que puedan ser autoadministradas por el paciente. Sus ventajas son la eficacia, adaptación a necesidades individuales y poca probabilidad de sobredosificación, pero entre sus inconvenientes destaca el nivel de compresión, entrenamiento previo y durante el sueño es menos efectiva. Es aconsejable instaurar la perfusión mediante la administración de bolos elevados en cantidad y con unos tiempos de cierre espaciados, pues de esta forma vamos a conseguir un alivio rápido del dolor con la consiguiente confianza del paciente en el método.

– *Infusión continua y bolos de PCA*: es el más usado, sobre todo por su flexibilidad y porque cubre las necesidades analgésicas que van surgiendo. Se inicia con la administración de una dosis de carga seguida de una perfusión continua del analgésico, contemplando la posibilidad de administrar dosis programadas en cantidad y tiempo por el propio paciente siempre que la analgesia de base la resulte insuficiente. Los beneficios que ofrece esta modalidad de tratamiento (mejor control durante el sueño, disminución del número de bolos y estabilidad analgésica) son mayores que las desventajas que pueda presentar (más consumo de medicación).

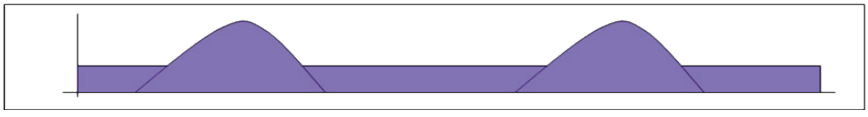
- **Tipos de administraciones:**
  - infusión continua (no PCA)



  - bolos (PCA)



  - infusión continua + bolos (combinada)



4. Precauciones con el empleo de las PCA

– *Complicaciones relacionadas con el equipo:*

1. *Cuidado de la bomba:* exponer la bomba a niveles terapéuticos de radiaciones ionizantes y a sistemas de resonancia magnética nuclear, puede dañarla.

2. *Fallo de bomba:* por regla general debidos a agotamiento de la batería y/o medicación (se refleja en pantalla) o por avería.

3. *Error del programador*: colocación inadecuada de la válvula antirreflujo, aparición de hiperpresión secundaria a la no apertura del clamp que cierra la continuidad en la vía y, sobre todo, errores en la programación por desconocimiento de la PCA.

4. *Inapropiado uso por parte del paciente*: el más frecuente es el derivado de la no compresión por parte de éste del uso de las dosis a demanda y por lo tanto no apretar el botón cuando le es necesario. Aunque en otras ocasiones, se debe a la presión del botón por familiares u otro personal, sin tener en cuenta la necesidad del paciente, sólo este debe aplicarse las dosis, siempre y cuando se trate de un paciente colaborador, consciente, orientado…

5. *Efectos secundarios de los fármacos utilizados*: debemos usar protocolos previamente establecidos y adecuados al nivel álgido y a las características del paciente.

6. *Alivio insuficiente del dolor:* puede ocurrir por muchos motivos: inadecuada dosis de carga, inapropiado uso por parte del paciente e inefectivas Prescripciones de la PCA.

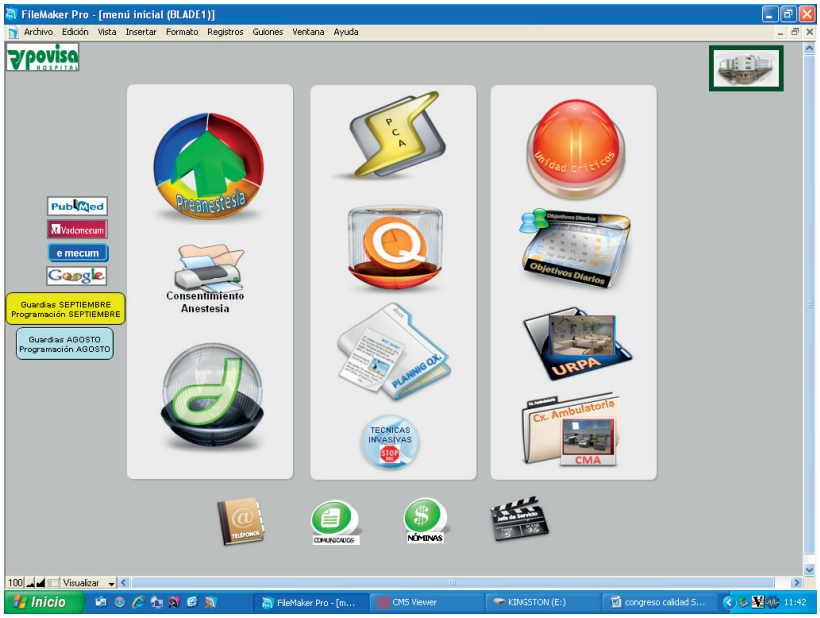
– *Complicaciones relacionadas con la seguridad del paciente,* derivadas de errores en: dosificación, identificación del paciente, vía de administración, modo de PCA, efectos secundarios no deseados, mal control analgésico, mala satisfacción del paciente... Son problemas serios, que pueden ser evitados fácilmente mediante la valoración diaria a pie de cama del paciente, por parte del médico/s responsable/s.

En el **Hospital POVISA**, los médicos del servicio de Anestesiología y la Unidad del Dolor, realizan una *visita diaria* al paciente, evaluando al mismo y registrando todos los datos en un sistema, que consta de:

– *Tablet:* ordenador portátil que permite registrar los datos del paciente a pie de cama, al mismo tiempo que se interroga, explora y evalúa al mismo, obteniendo así una base de datos, que permite valorar la evolución global del paciente y la toma de decisiones.

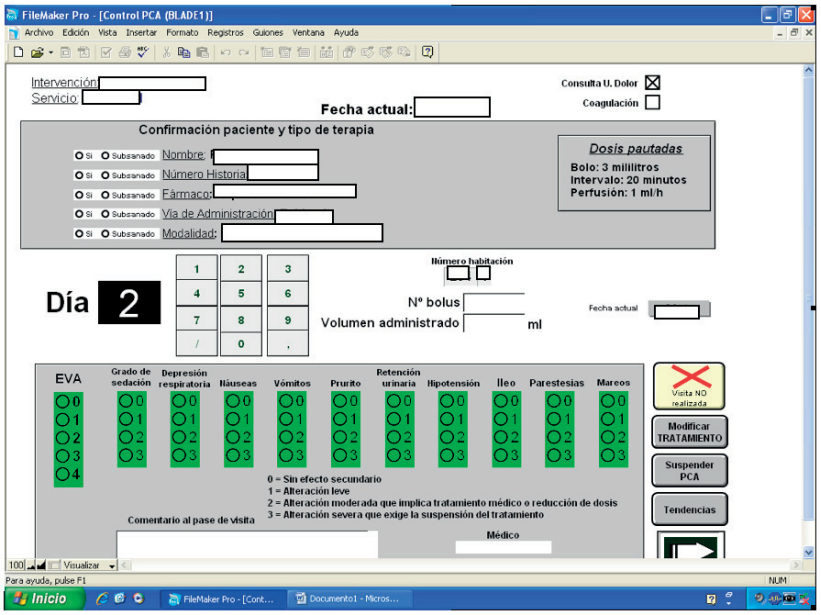
– *Software*: programa informático diseñado en el hospital POVISA, que consta de una serie de ítems a rellenar diariamente en la visita médica (*integrado en el software del bloque quirúrgico y Anestesia*).

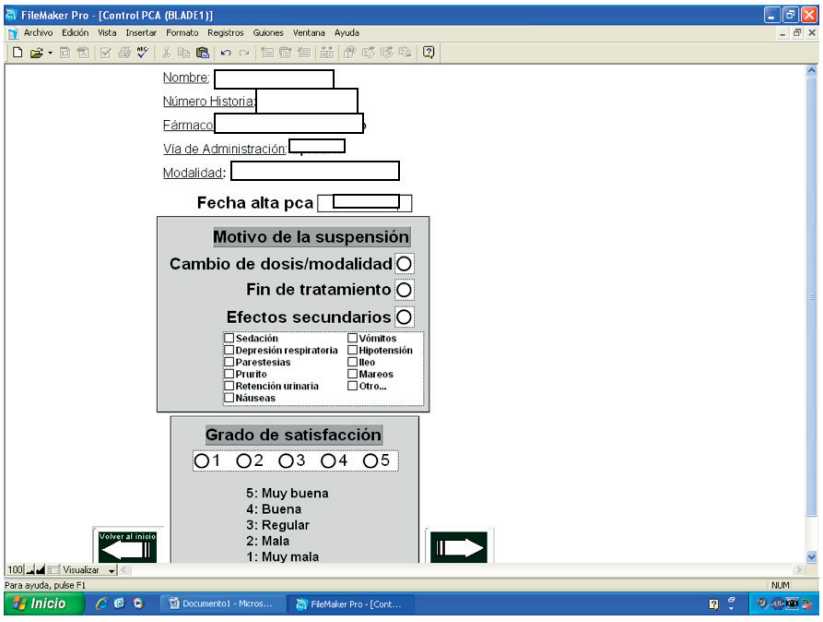
– *Seguridad:* revisión de que el paciente visitado recibe la medicación, dosis y modalidad adecuados, así como que se trata del paciente que debe recibir la pauta prescrita, evitándose errores de administración y de enfermo. Se revisa diariamente, y así queda registrado: número de historia clínica, nombre y apellidos del paciente. Edad y sexo. Fármaco elegido. Modalidad de PCA. Vía de administración. Variación, en caso de que sea necesario, de la pauta. Si hay algún error, se subsana, y se recoge.



– *Valoración del paciente:* exploración clínica, interrogatorio y estudio de: nivel analgésico, efectos secundarios frecuentes: náuseas, vómitos, hipotensión arterial, prurito, parestesias, íleo, mareo, sedación y depresión respiratoria.

– *Suspensión de la PCA:* se recoge el motivo (efectos secundarios no deseados, complicaciones, fin de tratamiento…) y la satisfacción del paciente en relación a la pauta recibida.





Gracias a este protocolo, se evitan errores graves, tales como los de la vía de administración, *no habiéndose registrado desde su uso ningún evento adverso severo*.

La importancia de este protocolo, es tal, que si se administrase por vía iv una solución epidural, podrían producirse arritmias, incluso paradas cardiorrespiratorias irreversibles a cualquier tratamiento. En el caso de administrar epidural, una solución iv, se podría dar una parada respiratoria y prurito intensos.

5. Ventajas de la PCA en dolor agudo postoperatorio:

– Disminución de las complicaciones asociadas al uso de opioides.

– Evita exacerbaciones del dolor, debidas a la actividad del paciente.

– Individualización de las necesidades analgésicas, que permite mantener niveles plasmáticos uniformes y una concentración más constante.

– Dosis totales inferiores a las empleadas en los procedimientos comunes.

– Disminución de la incidencia de efectos adversos.

– Menor ansiedad al saber el paciente que cuando tenga dolor se administrará una dosis.

– Menor dependencia de enfermería. Proporciona una rápida administración del anlgésico.

– Efectividad: el paciente controla la analgesia en función de intensidad del dolor en cada momento y la respuesta a los fármacos utilizados.

– Seguridad y fiabilidad.

– Mínima sedación.

6. Inconvenientes de la PCA en dolor agudo postoperatorio:

– Eficacia ligada al funcionamiento correcto del sistema.

– Requiere colaboración activa del paciente.

– Requiere que tanto el paciente como el personal de enfermería entiendan la técnica.

– No aplicable a todos los pacientes.

– Coste elevado (bombas y equipos necesarios).

7. Contraindicaciones de la PCA en dolor agudo postoperatorio:

No existen contraindicaciones absolutas pero no es recomendable su utilización en:

– Pacientes con edades muy avanzadas.

– Presencia de inestabilidad mental.

– Pacientes con adicción a opioides.

– Pacientes con alteraciones psicológicas importantes.

Tanto en la PCA epidural, como en la intravenosa, pueden aparecer serias complicaciones que obliguen a retirar el sistema. Se debe suspender toda PCA, ante:

– Frecuencia respiratoria menor de 10.

– Sedación profunda, desorientación y confusión mental.

– Nivel sensitivo por encima de T6, en PCA epidural.

– Tensión arterial sistólica inferior a 90 mmHg.

– Desconexión accidental del catéter epidural.

– En fiebre no filiada, mantenida durante más de 4 horas, tras la colocación de un catéter epidural, se debe retirar el mismo.

Estudios sobre PCA y comparativos.

Existen múltiples trabajos en la literatura que corroboran la eficacia de las PCA para en control del dolor postoperatorio, además de ser seguras al presentar mínimos efectos secundarios .

Incluso se utilizan para el control del dolor en cirugía pediátrica.

El grado de satisfacción de los pacientes es bueno ya que se sienten más seguros, al saber que si tienen dolor, se pueden administrar medicación sin depender de nadie.

En cirugía abdominal se suelen usar más las PCA epidurales.

Comparando los dos tipo de PCA, en múltiples trabajos se demuestra la presencia de más efectos secundarios, sobre todo de tipo digestivo, con la PCA endovenosa de morfina.

I. Objetivos.

1. *Objetivo primario*: comparar la eficacia en el control del dolor postoperatorio de los dos sistemas de PCA (epidural y endovenosa), que es evaluada por el grado de satisfacción del paciente y el grado de analgesia conseguido (analizado por la escala descriptiva simple), así como la seguridad de ambos sistemas de PCA, en relación con la aparición de efectos secundarios y complicaciones.

2. *Objetivo secundario*: Determinar la influencia de la edad y el sexo en el control del dolor.

II. Material y Métodos.

1.Tipo de estudio

– Estudio retrospectivo descriptivo de carácter transversal.

2.Muestra:

– Se seleccionaron los casos a partir de la base de datos, de la que se dispone desde la implantación del sistema informático de seguridad y reevaluación diaria de los pacientes intervenidos en el Hospital POVISA (*software del bloque quirúrgico y anestesia*) durante el periodo 1/09/2009 al 14/05/2010, a los cuales se les colocó una PCA para control del dolor postoperatorio (registro de 767 pacientes, de los que se incluyen 680 para el estudio).

Criterios de inclusión:

– Todos los pacientes intervenidos a los cuales se les colocó una PCA para el control del dolor postoperatorio de los cuales se dispone del registro completo.

Criterios de exclusión:

– Pacientes intervenidos con PCA para control del dolor postoperatorio con registro incompleto.

– Pacientes con PCA para control de dolor crónico.

3.Pacientes y método:

Se analizaron retrospectivamente todos los registros de los pacientes intervenidos quirúrgicamente a los que se les colocó un sistema de PCA para el control del dolor postoperatorio y se eliminaron a aquellos en los cuales no tenemos todos los datos del seguimiento posterior durante los días que permanecieron con el mismo.

A todos los pacientes, además de la PCA correspondiente, se le administra un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) por vía intravenosa, salvo contraindicación o alergia.

La pauta de administración a través de la PCA fue la siguiente:

– **PCA endovenosa:** bolos de 1 mg de morfina bloqueado cada 10 minutos, permitiendo un máximo de 6 bolos a la hora, sin perfusión continua.

– **PCA epidural:** perfusión de bupivacaína al 0,125% sin vasoconstrictor con fentanilo a concentración de 5mcg/ml, a un ritmo de 3-4 ml/h con bolos de 3 ml bloqueados cada 30 minutos.

Existen múltiples escalas para la evaluación del dolor, entre ellas, la Escala Analógica Visual (EVA), que se compone de un dibujo con una línea vertical u horizontal continua de 10 cm de longitud, con los extremos marcados por dos líneas

verticales donde figuran las expresiones “alivio completo” y “no alivio”. Su principal ventaja es que no contiene números o palabras descriptivas. El paciente debe indicar, sobre la línea continua, la intensidad de su dolor en relación con los extremos de la misma. Es un método simple, sólido, sensible y reproducible, resultando útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones, aunque hay entre un 7-11% de pacientes que son incapaces de completar la escala o la encuentran confusa. Debido a esa confusión, y al error en la valoración que hemos observado con el EVA, hemos decidido utilizar la escala analgésica descriptiva simple, de Loan, Morrison y Dundee, introducida en 1968, tal que el paciente describe el dolor percibido, del 0 al 4, según lo siguiente: el 0 ausencia de dolor, 1 dolor leve, 2 dolor moderado, 3 dolor severo y 4 dolor insoportable. Usando, esta valoración se observa una mejor correlación entre la percepción y descripción del dolor, por parte de los pacientes. Numerosos autores, encuentran una consistencia estadística superior, con el empleo de la escala descriptiva simple. Aunque las dos escalas, muestran un grado de correlación significativo, la escala descriptiva simple, se ha utilizado en numerosos trabajos clínicos, sobre todo en dolor postoperatorio.

El principal atractivo de la escala analgésica simple, es la sencillez, puesta de manifiesto en el elevado número de pacientes que no encuentran dificultad para entenderla.

En estos registros se han obtenido los datos demográficos de los pacientes (edad, sexo), ASA, tipo de PCA, servicio quirúrgico, área anatómica de la intervención, días de permanencia con la PCA, grado de analgesia valorado según la escala descriptiva simple de Loan, Morrison y Dundee, y clasificado en 2 subgrupos según la misma (valores comprendidos entre 0-1 : dolor inexistente o mínimo, que representaría un buen control analgésico y por tanto nuestro objetivo, y valores comprendidos entre 2-4 : dolor moderado-severo, representando un mal control).

También se ha recogido el grado de satisfacción de los pacientes, que hace referencia al confort, atención y valoración global de la técnica por parte del paciente, evaluado de la siguiente manera: 1- muy malo, 2- malo, 3- regular, 4- bueno y 5- muy bueno. Agrupando datos, se considera bueno si está comprendido entre 4-5 y malo si su valor está entre 1-3.

Otro registro analizado, es el de efectos secundarios más frecuentes, expresando su presencia o ausencia : sedación, mareos, depresión respiratoria, náuseas, vómitos, íleo, prurito, retención urinaria e hipotensión definida como tensión arterial sistólica menor de 90 mmHg y/o tensión arterial diastólica menor de 50mmHg.

El grado de analgesia así como todos los efectos secundarios se analizaron el primer día de postoperatorio y se comparan según el tipo de PCA administrada (epidural vs endovenosa). El grado de satisfacción se analizó al final el tratamiento.

Por último se analizó el grado de analgesia, según la edad y el sexo.

Todo ello, ha sido posible, gracias a la implantación de un **interface informático**, que permite al médico, valorar **a pie de cama y diariamente** al paciente, para optimizar el tratamiento analgésico y aumentar la seguridad del paciente. Diariamente, se valoran: nombre y apellidos del paciente, número de historia del mismo, vía de administración adecuada (epidural-intravenosa), fármaco adecuado a la vía, programación de la PCA, el grado de analgesia, efectos secundarios, complicaciones y grado de satisfacción del paciente, como parte fundamental de la seguridad y optimización del tratamiento en los pacientes.

4. Análisis de datos:

Con las variables indicadas se creó una base de datos Microsoft Excell (v. 2007). Posteriormente las variables se exportaron a SSPS 15.0 para el análisis estadístico.

Inicialmente se realizó una estadística descriptiva, utilizando la media, desviación estándar y rangos para las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia y porcentajes.

Las variables cualitativas se compararon con la prueba Chi cuadrado, con la aplicación del test exacto de Fisher cuando estaba indicado. Las variables cuantitativas mediante la prueba T para muestras independientes

Se consideró significativo un valor de $p<0.05$.

III. Resultados:

De los 767 pacientes registrados con PCA se excluyeron aquellos con registro incompleto o los que tenían la PCA para el control de dolor crónico no postoperatorio, por lo que finalmente se incluyeron un total de 680 pacientes intervenidos en nuestro hospital. (88,6%).

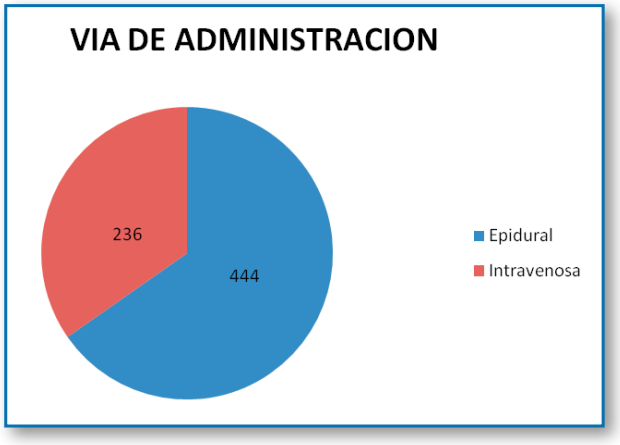
De ellos, 444 son epidurales (65,3%), 236 son endovenosas (34,7%) .

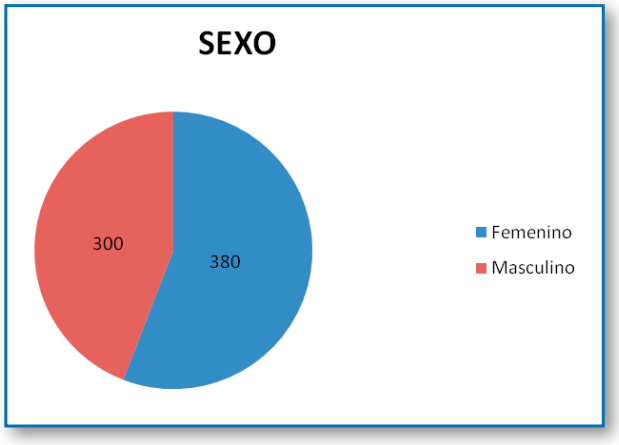
Se realizaron un total de 1496 visitas.

Se modificó la pauta analgésica en 222 pacientes (28,94% del total o 32,6% de los incluídos).

El nº de cambios de pauta fue 329 (1,48 pautas por paciente).

En cuanto a las características de los pacientes: la mayoría son ASA II (49,7%) seguidos de ASA III (28,1%). Son varones el 44,1% (tabla 3) y por edad, el grupo más numeroso es el de mayores de 30-50 años (35,4%).

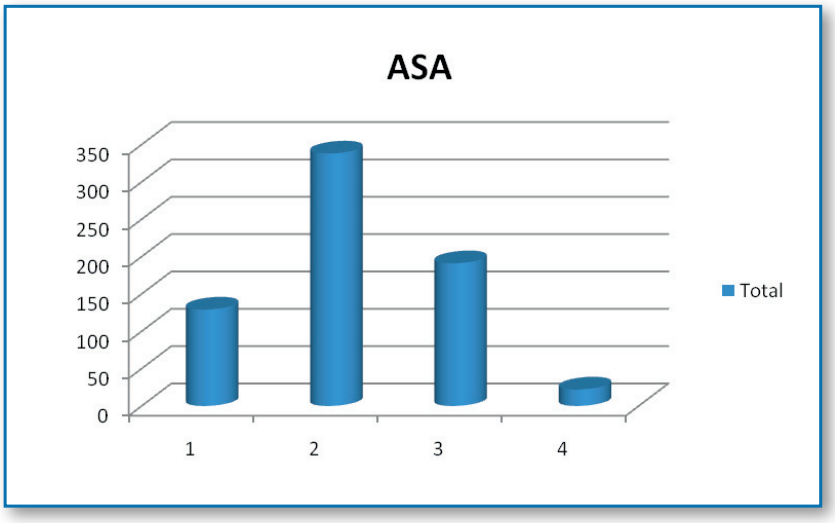




Por servicios quirúrgicos, el mayoritario es Cirugía General con 169 pacientes (24,9%), seguido de obstetricia con 141 (20,7%) y Traumatología con 124 (18,2%).

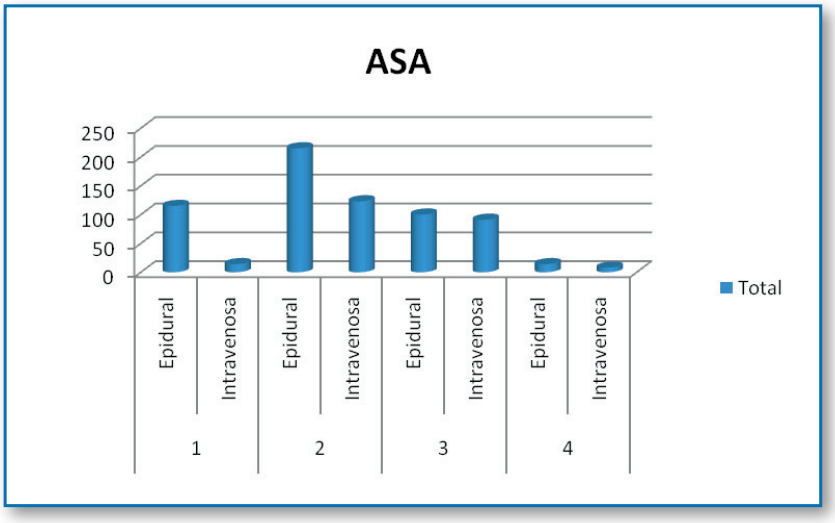
En las *PCA epidurales:* la mayoría de los pacientes también son ASA II (48,42%), seguidos de ASA I (22,5%) ; la mayoría son mujeres (63,9%) y el servicio quirúrgico mayoritario es Cirugía General (25%).

La estancia media con la PCA es de 2,09 días.



En las *PCA endovenosas:* en ellas la mayoría de los pacientes son ASA II (44%), seguidos de los ASA III (40,3%); la mayoría son varones (61%) y el servicio mayoritario también es Cirugía General (29,7%).

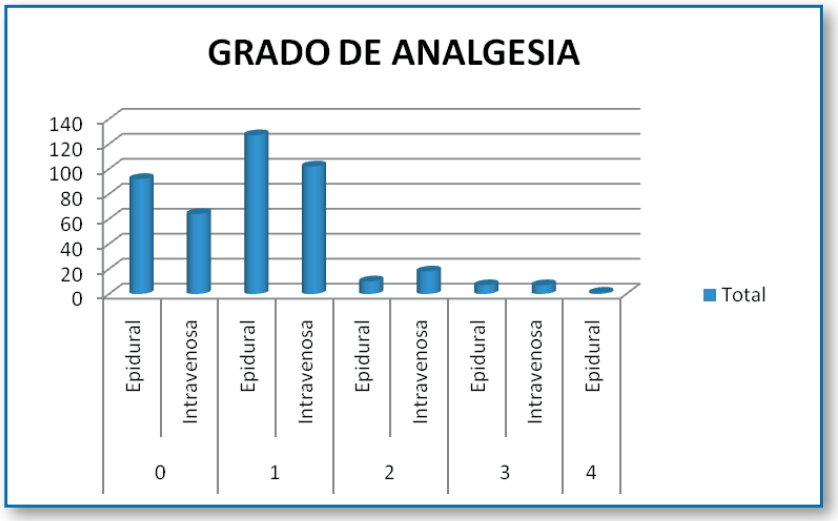
La estancia media con la PCA es de 2,69 días. (tabla 7).



Al inicio del tratamiento se objetiva una analgesia adecuada en el 66,7% de los pacientes de forma global.

Comparando la PCA endovenosa con la epidural en la muestra del total de los pacientes, se observa un *adecuado control del dolor en ambos grupos* manifestado como Grado de analgesia 0-1 (88,53% en epidurales y 83,03% en endovenosas).

En cuanto al *grado de satisfacción*: es bueno en ambos grupos (92% en epidurales y 85,1 % en endovenosas), sin existir diferencia estadísticamente significativa.





El porcentaje de efectos secundarios que obliga a suspensión es de un 5,4% final. Sí existen diferencias en cuanto a la presencia de íleo, mareos, náuseas, vómitos y sedación, siendo su presencia más frecuente en los de endovenosa, siendo además esta diferencia estadísticamente significativa.

También hay diferencias en cuanto a las parestesias, siendo significativamente mayores en el grupo de PCA epidural.

Muy bajo porcentaje de pacientes presentaron depresión respiratoria, pero no hay diferencias entre ambos grupos.

Tampoco existen diferencias en cuanto a la presencia de prurito o hipotensión.

En cuanto a la retención urinaria, la mayoría están sondados, y de los que no lo están, sólo 1 paciente en epidural y 1 en endovenosa la presentaron.

Por otra parte, cabe **destacar la seguridad del tratamiento aplicado** (epidural-intravenoso), pues la comprobación y revisión diaria, realizada con el interface informático ya explicado, es **superior al 96%** de los casos, lo que ha permitido, que **no se produjese ningún error en la administración del fármaco al paciente, ningún evento adverso derivado de un posible error en la medicación, además de permitir optimizar la analgesia del paciente y minimizar los efectos secundarios.**

IV. Discusión.

En cuanto a las características de los pacientes se ve que la mayoría son mujeres (tanto en el total de los pacientes como en el subgrupo de PCA epidural).

También la mayoría son ASA II y de 30-50 años, dado que los pacientes son intervenidos de cirugía abdominal, obstetricia y de traumatología, que son más frecuentes a esa edad y en pacientes con enfermedades coexistentes.

En nuestro hospital, la PCA más utilizada es la epidural (65,3 % de los pacientes).

Revisando la literatura, sí que en cirugía general (mayoritariamente cirugía abdominal) se colocan más PCA epidurales, sin embargo analizando todas las PCA que se colocan , la tendencia es cada vez más a favor de endovenosas, quizás porque son técnicamente más sencillas (en epidural hay que colocar correctamente el catéter, que no se salga, evitar la infección.).

En cuanto al control del dolor, se observa que es adecuado ya que la mayoría de los pacientes presentan ausencia de dolor o dolor leve (Grado de analgesia 0-1), y sólo un pequeño porcentaje de pacientes presenta dolor severo a pesar de la PCA. Concuerda con los estudios publicados en los que se demuestra la eficacia de la PCA para control del dolor.

Las causas de tener dolor a pesar de la PCA pueden ser múltiples, pero teniendo en cuenta que el día en el que se analizan los datos, es el 1º día de postoperatorio, puede ser que el paciente no comprenda el funcionamiento de la máquina, que tenga miedo a darse demasiada medicación, que la máquina no funcione o no esté programada adecuadamente.

El control del dolor postoperatorio, mediante ambas PCA, es bueno, Grado de analgesia (0-1 88,53% en epidurales y 83,03 % en endovenosas). Existe un trabajo, en el que no observaban diferencias entre ambas PCA, en cirugía abdominal, pero la muestra era sólo de 48 pacientes.

El grado de satisfacción ha sido bueno en la mayoría.

Se pueden considerar seguras ya que presentan un porcentaje muy bajo de efectos secundarios, de los cuales la mayoría son digestivos (íleo, náuseas y vómitos) y fácilmente tratables con la medicación habitual. Síntomas más temidos, como la sedación y la depresión respiratoria, son muy poco frecuentes. Múltiples trabajos lo corroboran.

En cuanto a los vómitos y las náuseas, se presentó mayor incidencia en los de PCA de morfina con diferencia estadísticamente significativa, pero se resolvieron con el tratamiento antiemético habitual (ondasentrón o metoclopramida) sin tener que suspender la PCA por ese motivo en la mayoría de los pacientes.

Otro de los efectos secundarios, es el íleo, de difícil valoración, puesto que en la mayoría de los casos puede deberse a la misma cirugía, pero observamos diferencias estadísticamente significativas a favor de la PCA de morfina .Esta elevada incidencia puede estar motivada por ser el 1º día de postoperatorio, y si fue cirugía abdominal, hubo manipulación intestinal que la puede provocar, además de la inmovilidad de todos los pacientes recién operados así como efectos residuales de los anestésicos. Sólo en un trabajo se observa un porcentaje mayor de pacientes con íleo en epidurales tras cirugía abdominal, pero la muestra es muy pequeña (sólo 48 pacientes). Hay que tener en cuenta, que la morfina puede provocar cierto grado de estreñimiento, e incluso íleo.

Uno de los efectos que más nos preocupa es la depresión respiratoria, sobre todo en los pacientes de edades más avanzadas, o que presentan patología pulmonar o neurológica importante, pero su incidencia es muy baja en ambos grupos y no se demuestran diferencias estadísticamente significativas. En ninguno de los casos se llegó a parada respiratoria,

sólo bradipnea, sin alteraciones en las saturaciones de oxígeno de los paciente, siendo leve este efecto secundario y controlable con el ajuste de dosis y la visita diaria que realizamos a los pacientes portadores de PCA.

Limitaciones del estudio.

No se puede comparar la incidencia de retención urinaria debido a que la mayoría de los pacientes , por sus patologías y por el tipo de intervención, están sondados, tanto para control de diuresis intra como postoperatoria, como para la prevención de la retención urinaria, que se prevé en este tipo de cirugía. Esto concuerda con lo encontrado en la literatura. La presencia de ileo en el postoperatorio de los pacientes, puede ser debida a la manipulación intestinal en cirugía abdominal y a la inmovilización de los pacientes.

V. Conclusiones.

– El grado de control del dolor postoperatorio es muy bueno en ambos grupos, sin existir diferencias estadísticamente significativas.

– El grado de satisfacción es bueno en la mayoría de los pacientes, sin diferencias entre PCA.

– Hay mayor número de pacientes que presentan íleo, mareos, sedación, náuseas y vómitos con la PCA de morfina.

– Las parestesias se presentan con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con PCA epidural.

– No valorable la presencia de retención urinaria porque la mayoría de los pacientes están sondados.

– El efecto secundario más frecuente son las náuseas.

– No se han encontrado diferencias significativas en la percepción del dolor, entre mujeres y hombres, ni entre mayores y menores de 65 años.

– La seguridad y calidad analgésica es conseguida gracias a la valoración diaria del paciente, apoyada en el interface informático utilizado, que permite optimizar el tratamiento analgésico.

XI. Tablas y Figuras.

Tabla 1 : Grupos por edad de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
< 30 años	58	8,5
30-50 años	241	35,7
50-65 años	186	27,4
> 65 años	195	28,7
Total	680	100,0

Tabla 2 : Servicios quirúrgicos de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
C. General	169	24,9
Digestivo	2	0,3
Ginecología	59	8,7
C. Máxilofacial	2	0,3
Neurocirugía	7	1
Obstetricia	141	20,7
Oftalmología	7	1
ORL	2	0,3
C. Plástica	16	2,4
C. Torácica	22	3,2
Traumatología	124	18,2
Urología	101	14,9
C. Vascular	28	4,1

Tabla 3 : Otras características de la muestra.

		Frecuencia	***Porcentaje***
ASA	*I*	129	19%
	II	338	49,7%
	III	191	28,1%
	IV	22	3,2%
SEXO	*Mujer*	380	55,9%
	Varón	300	44,1%
TIPO PCA	*Epidural*	444	65,3%
	Endovenosa	236	34,7%

Tabla 4 : Características de las PCA .

		PCA EPIDURAL Número (porcentaje)	PCA ENDOVENOSA Número (porcentaje)
ASA	*1*	115 (89,1%)	14 (10,9%)
	2	215 (63,6%)	123 (36,4%)
	3	100 (52,4%)	91 (47,6%)
	4	14 (63,6%)	8 (36,4%)
SERVICIO QUIRÚRGICO	C.General	111 (65,7%)	58 (34,3%)
	Digestivo	2 (100%)	*0 (0%)*
	Ginecología	46 (78%)	13 (22%)
	C.Máxilofacial	1 (50%)	1 (50%)
	Neurocirugía	1 (14,3%)	6 (85,7%)
	Obstetricia	141 (100%)	*0 (0%)*
	Oftalmología	3 (42,9%)	4 (57,1%)
	ORL	1 (50%)	1 (50%)
	C.Plástica	3 (18,7%)	13 (81,3%)
	C.Torácica	14 (63,6%)	*8 (36,4%)*
	Traumatología	38 (31,6%)	86 (69,4%)
	Urología	68 (67,3%)	33 (32,7%)
	Vascular	15 (53,6%)	13 (46,4%)
SEXO	*Femenino*	284 (74,7%)	96 (25,3%)
	Masculino	160 (53,3%)	140 (46,7%)

DÍAS media ± D. est. (rango): 2,09± 1,62 (1-20) 2,69 ± 2,21 (1-24).

Tabla 5: Comparación analgesia y satisfacción según PCA.

		PCA epidural	*PCA endovenosa*	
rado de Analgesia	*Grado de analgesia 0-1*	*219 (92%)*	*166 (86,9%)*	*P= 0,083*
	Grado de analgesia 2-4	*19 (8%)*	*25 (13,1%)*	
Satisfacción	*Buena*	*389 (92,6%)*	*199 (91,7%)*	*P=0,682*
	Mala	*31 (7,4%)*	*18 (8,3%)*	

Tabla 6 : Comparación efectos secundarios según PCA.

		PCA epidural	PCA endovenosa	
Sedación	SI	2 (0,5%)	11(4,6%)	P=0,000
	NO	442 (99,5%)	225 (95,3%)	
Depresión respiratoria	SI	0 (0%)	2 (0,8%)	P=0,120
	NO	444 (100%)	234 (99,2%)	
Náuseas	SI	34 (7,6%)	38 (16,1%)	P=0,001
	NO	410 (92,4%)	198 (83,9%)	
Vómitos	SI	14 (3%)	17 (7%)	P=0,016
	NO	430 (97%)	219 (93%)	
Prurito	SI	11 (2%)	3 (1%)	P=0,273
	NO	433 (98%)	233 (99%)	
íleo	SI	11 (2%)	16 (7%)	P=0,006
	NO	433 (98%)	220 (93%)	
Hipotensión	SI	13 (3%)	9 (4%)	P=0,534
	NO	431 (97%)	227 (96%)	
Mareos	SI	7 (1%)	12 (5%)	P=0,008
	NO	437 (99%)	224 (95%)	
Retención urinaria	SI	1 (0,2%)	1 (0,4%)	P=1,000
	NO	443 (99,8%)	235 (99,6%)	
Parestesias	SI	50 (11%)	2 (0,8%)	P=0,000
	NO	394 (89%)	234 (99,2%)	

Tabla 7 : Características de pacientes según PCA.

		Epidural		Endovenosa	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sexo	Femenino	284	63,9	40,6	34,7
	Masculino	160	36,1	59,4	46,7
ASA	I	115	25,9	14	5,9
	II	215	48,5	123	52,1
	III	100	22,5	91	38,5
	IV	14	3,1	8	3,5
Días		1,83 ± 1,16 (1-9)		2,88 ± 3,40 (1-24)	

Tabla 8: Comparación del grado de analgesia según el sexo y la edad:

	Sexo Femenino	***Sexo Masculino***	
Grado de analgesia 0-1	*159 (88,8%)*	*226 (90,4%)*	*P=0,596*
Grado de analgesia 2-4	*20 (11,2%)*	*24 (9,6%)*	

	Menor de 65 años	***Mayor de 65 años***	
Grado de analgesia 0-1	*232 (90,6%)*	*153 (88,4%)*	*P=0,464*
Grado de analgesia 2-4	*24 (9,4%)*	*20 (11,6%)*	

La voz del paciente y la voz del profesional en la mejora de procesos: experiencia compartida

Lale Candal, M. del Mar; Carreras Viñas, M.; Caramés Bouzán, J.; García Cepeda, B.; Ferrer Ozores, U.

OBJETIVOS

El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago emprendió en 2007 un proyecto consistente en incorporar la voz de los pacientes a los procesos de mejora, mediante la participación de asociaciones de pacientes en talleres organizados por el centro.

El objetivo de estos talleres es, por una parte, que los pacientes puedan expresar directamente sus necesidades y expectativas, así como los puntos fuertes del centro desde su punto de vista, pudiendo así la organización incorporar acciones de mejora dirigidas a sus necesidades concretas, y por otra parte, establecer un ámbito de encuentro entre los pacientes y los profesionales, jefes de servicios y directivos, en el que ambos colectivos pudiesen escuchar la opinión y circunstancias respectivas, fomentar la interacción entre ambos y generar relaciones de colaboración redundantes en la mejora de los procesos asistencial y de la seguridad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los talleres de pacientes se realizaron según metodología cualitativa, mediante grupos focales destinados a conocer las necesidades y áreas de mejora identificadas por las asociaciones de pacientes y a comunicarles en el 2º taller los resultados del análisis de las acciones propuestas y el estado de implantación de los objetivos de mejora planificados.

La población preseleccionada fueron las 34 asociaciones de pacientes del área de Santiago de Compostela.

El primero de los talleres fue realizado en diciembre de 2007 y asistieron 22 de las asociaciones convocadas, con un total de 44 miembros, que identificaron 88 puntos débiles, 48 puntos fuertes y 105 acciones de mejora, 43 de ellas priorizadas con 9 ó 10 puntos por las asociaciones. Posteriormente, el equipo directivo del centro efectuó el análisis de viabilidad de las acciones de mejora planteadas, para su valoración y priorización en base a 5 criterios: coste; rechazo; factibilidad; riesgo para paciente; e impacto positivo social.

Las acciones situadas en los niveles de viabilidad determinados fueron planificadas para su implantación e incluidas en el Plan de Calidad del Complejo Hospitalario.

El segundo taller, celebrado el día 17 de diciembre de 2008, tuvo como finalidad principal informar a las asociaciones de pacientes por parte de los miembros del equipo directivo y de los profesionales del Centro del resultado del análisis de viabilidad de las acciones de mejora propuestas en el primer taller y del estado de implantación de aquellas planificadas para su implantación como objetivos de mejora. Igualmente, en una segunda parte del taller se dio nuevamente la palabra a las asociaciones para que expresasen nuevas acciones de mejora desde su punto de vista.

A este segundo taller fueron convocadas por carta– invitación remitida por el Gerente del Complejo Hospitalario las 25 asociaciones participantes en el 1º taller, de las que acudieron un total de 26 personas representantes de las siguientes asociaciones:

1. Asociación de Bulimia e Anorexia (AGABAL).
2. Asociación de Enfermos de Crohn e Colitis Ulcerosa (ACCU).
3. Asociación Galega de Lupus (AGAL).
4. Asociación de Pais de Persoas con Trastorno do Espectro Autista (ASPANAES).
5. Asociación Galega de Espiña Bífida e Lesións Medulares.
6. Asociación de Persoas Xordas de Santiago de Compostela (APSSC).
7. Asociación de Celíacos de Galicia (ACEGA).
8. Asociación Fonte da Virxe de Enfermos Mentais.
9. Asociación de Síndrome de Down de Compostela (DOWN).
10. Asociación Galega de Transplantados de Ril de Santiago (TRAS-RIL-SAN).
11. Unión Galega de Epilepsia (UGADE).
12. Asociación de Artritis Reumatoide.
13. ALCER Santiago.
14. Asociación Galega para a Asistencia e Investigación de Trastornos de Personalidade (TP-Galicia).
15. Asociación Galega de Enfermos pola Doazón de Órganos (AGEDO).
16. Asociación de Parkinson Compostela (ASPAC).
17. Asociación de mulleres afectadas por cancro de mama "PUNTO E SEGUIDO".
18. ONCE- Axencia Administrativa da ONCE Santiago.

Por parte del Complejo Hospitalario, fue convocado el equipo directivo, los presidentes de las comisiones clínicas y responsables del Servicio de Atención al Paciente, así como los profesionales sanitarios del centro y de otras entidades del ámbito sanitario y social implicados en la implantación de las acciones de mejora derivadas de las aportaciones del anterior:

- Jefe de Servicio de Admisión.
- Jefe de Servicio de Psiquiatría.
- Jefe de Servicio de Pediatría.
- Jefa de Sección de Gastroenterología.
- Jefa de Sección de Neonatología.

- Servicio de Endocrinología.
- Jefe de Servicio de Digestivo.
- Coordinador de Área de Gestión Clínica de Neurociencias.
- Directora Gerente de Urgencias Sanitarias de Galicia 061.
- Director Administrativo de la Federación de Sordos FAXPG.
- Subdirectora Operativa del Complejo Hospitalario.
- Director Asistencial del Complejo Hospitalario.

La jornada fue desarrollada en las dependencias del centro e inaugurada por el Gerente del Complejo, quien dio la bienvenida a los presentes, agradeció su participación y las aportaciones realizadas en el anterior taller y presentó el Plan de Calidad del Centro, en el que se incluían los objetivos de mejora derivadas de las acciones identificadas por las asociaciones y valoradas viables por la Dirección en su análisis.

A continuación, la Subdirectora de Calidad y coordinadora del proyecto explicó el objeto de la reunión y pasó a presentar a los profesionales del Complejo Hospitalario y representantes de otras entidades del ámbito sanitario y sociosanitario encargados de exponer la situación de las actuaciones respecto de las acciones de mejora correspondientes a sus respectivas áreas de actuación.

Abrió el turno de exposición el **Gerente** del Complejo Hospitalario para informar de la situación de las acciones de carácter general.

Acciones realizadas:

- Informar y formar al personal de cocina sobre enfermedad celíaca, alimentos, manipulación almacenamiento, elaboración de menús sin gluten.
- Elaboración de protocolo para cocineros cómo tratar en cocina una dieta sin gluten, para evitar la presencia de gluten.
- 2 ediciones de curso en colaboración con la Asociación de Celíacos para cocineros y pinches.
- Realización y actualización de relación de productos sin gluten, búsqueda de proveedores homologados y compra de esos productos.
- Existencia de productos para celíacos en las cafeterías del hospital.
- Definición de un procedimiento de sujeción segura para evitar daños.
- Abierto foro participativo para pacientes. Creado espacio de intercambio con las asociaciones y que se tengan en cuenta sus sugerencias.
- Retirar coches mal aparcados en zonas reservadas a minusválidos.
- Incremento de plazas de aparcamiento.
- Información escrita en braille (ya realizados los derechos y deberes del paciente).

Pendientes:

- Mejorar la señalización del hospital (realizada en Urgencias, pendiente en hospitalización).

Pendientes para incluir en el Plan Funcional:

- Mejorar la accesibilidad para sillas de ruedas, eliminación de barreras físicas y de comunicación.
- Incremento de camas e infraestructuras para anorexia y bulimia.
- Paneles visuales para que los sordos puedan ver el nombre pues no pueden escuchar la megafonía.

Fuera del ámbito de actuación del Complejo Hospitalario:

- Ampliar periodo de validez de recetas de crónicos.

Rechazadas en el análisis de viabilidad:

- Indicativos de colores para poder localizar servicios y unidades.
- Puertas de ascensores transparentes o algún sistema para que las personas sordomudas se pueda comunicar en caso de accidente.

Vistas las acciones de mejoras generales, los restantes responsables pasaron a exponer las correspondientes a sus respectivas áreas:

Director Asistencial

Acciones realizadas o comprometidas a medio plazo:

- Mayor coordinación en la gestión de procesos.
- Coordinación con Atención Primaria.
- Reducción de tiempo de estancia en urgencias de pacientes oncológicos.
- Reducción de tiempo de lista de espera de fibromialgia.

Jefe de Servicio de Admisión

Acciones realizadas:

- Aviso por mensaje de texto de cambios de cita y cualquier otra información para personas sordas.

Jefe de Servicio de Psiquiatría

Acciones realizadas o comprometidas a medio plazo, recogidas en el plan de atención de Psiquiatría:

- Elaborar procedimiento de información sobre realización de pruebas a pacientes con discapacidad intelectual.
- Realizar talleres de información/formación sobre la atención a pacientes con discapacidad intelectual, autismo etc. y sus características para profesionales sanitarios.
- Realizar procedimientos de atención en urgencias a pacientes con trastornos de personalidad.
- Colaboración del Servicio con la Asociación de personas con trastorno del espectro autista, para mejorar la información.
- Mejorar la continuidad de la asistencia para pacientes con daño cerebral: rehabilitación, centros específicos.
- Acelerar la asignación de psiquiatra para autistas.

- Elaborar protocolo de actuación en urgencias para enfermos mentales, evitando en lo posible el tiempo en urgencias.
- Visitas a psicoterapeutas más frecuentes para pacientes con trastorno de personalidad.

Jefe de Servicio de Desórdenes Alimenticios

Acciones realizadas o comprometidas a medio plazo:

- Realizar procedimiento de información y asesoramiento a familiares sobre anorexia y bulimia.
- Realizar actividades de formación para familiares sobre anorexia y bulimia.

Pendiente:

- Incremento de un psicólogo para la atención de pacientes con anorexia.

Jefe de Servicio de Pediatría

Acciones realizadas o comprometidas a medio plazo:

- Mejorar el diagnóstico precoz de las enfermedades celíacas.
- Establecer protocolo de actuación para dar la primera noticia sobre Síndrome de Down en el momento del nacimiento.
- Intensificar las intervenciones de atención temprana en niños con discapacidad priorizando la atención psicológica.

Pendientes:

- Mejorar los servicios de atención temprana, dotación de recursos humanos para atender las necesidades bio-psicosociales.
- Poner horario de tarde en el servicio de Atención Temprana para conciliar con la vida familiar.

Coordinador del Área de Gestión Clínica de Neurociencias

Acciones realizadas y/o comprometidas a medio plazo:

- Realizar y difundir una guía de recomendaciones para tratamiento de esclerosis múltiple.
- Formar a los médicos de Atención Primaria sobre los procesos relacionados con la esclerosis múltiple.
- Mejorar la información a pacientes sobre esclerosis múltiple.
- Realizar procedimiento de información para pacientes con daño cerebral.
- Crear unidad de epilepsia y realizar campañas de formación e información tanto a pacientes como a personal sanitario sobre esta patología.
- Acciones informativas para evitar marginalidad de pacientes epilépticos.
- Fomentar la investigación sobre epilepsia.
- Potenciar tratamientos rehabilitadores para la recuperación del paciente con daño cerebral.

Jefe de Servicio de Digestivo

Acciones realizadas:

- Establecer protocolo enfermedad celíaca e información al personal sanitario.
- Mejora de la consulta de enfermería de digestivo.

Subdirectora Operativa de Atención al Paciente

Acciones realizadas:

- Respeto a la integridad de la persona, no comentarios peyorativos; desarrollo de código ético.
- Realizar procedimiento de información y comunicación a pacientes de diagnósticos graves o malas noticias.
- Realizar procedimiento específico de información a pacientes especiales (discapacitados intelectuales).
- Realizar normativa para que los pacientes con discapacidad intelectual (autistas) puedan estar acompañados por sus familiares en los Procesos Asistenciales (Consultas, Urgencias, etc.)
- Abrir un libro de agradecimientos.
- Establecer norma para reducir la espera de los pacientes con graves problemas de comportamiento en la antesala de consultas y urgencias.
- Abrir la sala de laboratorio a las 8 horas.
- Presencia de intérprete en las ambulancias y/o personal con conocimientos de lengua de signos (Realizado convenio entre 061 y Asociación de Personas Sordas para presencia de intérpretes de lengua de signos en caso necesario).

Pendientes:

- Cita especial para realizar la analítica a los trasplantados (es necesario tomar Sandimun dos horas antes de la extracción).
- Línea especial a través de mensajes para aviso a ambulancias y 061 para personas sordas.

Posteriormente, los representantes de las asociaciones que así lo desearon tuvieron un turno de palabra para exponer sus necesidades y puntos de vista acerca de las acciones tomadas, e igualmente pudieron identificar por escrito las sugerencias estimadas para la mejora de los servicios prestados en el Complejo.

En total fueron recogidas 64 sugerencias y observaciones, para su estudio por parte del equipo directivo del Complejo Hospitalario.

RESULTADOS

La participación de las asociaciones en ambos talleres resultó muy positiva y fructífera. En el primer taller participaron 22 asociaciones, que identificaron 88 puntos débiles, 48 puntos fuertes y 105 acciones de mejora. De estas, 76 acciones fueron valoradas por la Dirección con viabilidad alta y se definieron un total de 71 objetivos de mejora, incluidos en el Plan de Calidad.

En el segundo taller, la interacción directa entre los profesionales de la atención sanitaria y socio- sanitaria permitió un alto grado de entendimiento de las necesidades y condicionantes explicados por cada colectivo, resultando muy positivo y satisfactorio para las asociaciones de pacientes la información recibida acerca de las acciones de mejora a implantar y de las limitaciones estructurales, organizativas, legales, etc., que no posibilitan la puesta en práctica de otras.

En total, a fecha del 2º taller estaban realizadas o comprometidas para su desarrollo aproximadamente el 65% de las acciones, sobre un 20% estaban pendientes de desarrollo y las restantes habían sido rechazadas en el análisis de viabilidad.

CONCLUSIONES

El proyecto se ha revelado muy satisfactorio y enriquecedor para las partes implicadas, pacientes y profesionales:

- os profesionales y directivos se dirigen directamente a los pacientes e intercambian información y opiniones, conocen las necesidades y expectativas manifestadas por estos y pueden incorporar en su línea de actuación acciones de mejora consecuentes con esas necesidades.

  Se hace partícipe a los pacientes de los proyectos desarrollados y de aquellos que no se van a poder realizar, explicándoles las causas, mejorando significativamente la participación de los ciudadanos y la transparencia en la gestión del centro.

- Los pacientes expresan las necesidades que detectan en su atención y conocen los objetivos de actuación del Centro derivados de sus aportaciones, lo que incrementa su satisfacción por la mejora de servicios y por ser escuchados y tenidos en cuenta por la organización.

Se concluye que la incorporación de los pacientes a los procesos de mejora aporta un punto de vista fundamental para dirigir las actuaciones a sus necesidades directas, y el fomento de la interacción directa entre profesionales y pacientes permite a ambos colectivos conocer las necesidades y los condicionamientos que presentan sus respectivos puntos de vista, ponerse en el lugar del otro y escucharse mutuamente para la mejora conjunta de los procesos y la seguridad clínica.

Profesional informador y soporte a usuarios y profesionales (urgencias): análisis comparativo de 3 estudios prevalentes

Ruiz-Cano, Pilar; Molina-Jiménez, Alicia; Aloy-Duch, Andreu; Fusté-Ballús, Consol; Marzuelo-Fuste, Pilar; Lledó-Rodríguez, Rafael

Introducción

El servicio de urgencias hospitalario (SUH) es uno de los servicios clave de la atención hospitalaria, y ejerce un gran impacto en la propia organización y en el entorno, por distintos factores como la gravedad y la urgencia de las patologías que allí se asisten, el estrés que los profesionales sufren y, no menos importante, por las expectativas que los pacientes depositan en el mismo. Entre las necesidades manifestadas frecuentemente por los usuarios y acompañantes, destacan aquellas que se refieren sobre todo a la información y a la atención que se recibe en cuanto a las esperas, demoras y dudas que puedan surgir durante el proceso iniciado en urgencias (1,2).

El Gobierno de Castilla – La Mancha inició en 2008 en el Hospital Universitario de Guadalajara la implantación de profesionales informadores a los familiares de los pacientes atendidos en distintos servicios como urgencias, quirófanos, Unidad de Cuidados Intensivos y Consultas Externas (3). Así mismo en 2009, la Consejería de Sanidad Castilla y León (4), implantó la figura del informador de urgencias en los complejos hospitalarios de Ávila, León, Palencia y al Clínico Universitario de Valladolid. El objetivo que se perseguía con este tipo de figura era triple con la finalidad de "humanizar la atención": dar un eficiente soporte informativo a pacientes y familiares, ayudar los profesionales sanitarios evitando interrupciones innecesarias y, disminuir la tensión derivada de posibles agresiones médicas.

Otros hospitales han instaurado la figura de los informadores en los servicios de urgencias (SU) (5); así, destacamos la del Hospital Universitario Ramón y Cajal, o el punto de información del Hospital "La Mancha Centro" (6) con una adecuada dotación y distribución de diez auxiliares administrativos durante las 24 horas del día.

La misión del profesional informador de urgencias consiste, después de realizado el triaje del paciente, en informar al mismo y a sus familiares y acompañantes, del intervalo de espera que tardará en ser atendido dependiendo de su estado clínico, y de las distintas fases en que habitualmente constará su proceso asistencial. Ahora bien, un aspecto importante debería ser la elección adecuada del perfil de profesional del mismo que reúna: unos conocimientos asistenciales básicos, una cierta experiencia en áreas de información, y la capacidad para establecer una correcta comunicación con los usuarios.

Objetivos

Describir la implantación de la figura del profesional informador (PROINF) del SU, con un primer estudio para evaluar la fase de elaboración / difusión / implantación y revisión (para definir el perfil y la actividad) y en 2 estudios posteriores, a partir de las acciones de mejora aplicadas, los nuevos resultados después del rediseño destacando su impacto en el índice de reclamaciones.

Material y métodos

Nuestro hospital, de referencia en la comarca, dispone de 365 camas hospitalarias, atiende anualmente 130.700 urgencias, da 21.600 altas de hospitalización y realiza 255.000 consultas ambulatorias. Durante el segundo semestre de 2009, nuestro centro inició la implantación de la figura del profesional informador a los usuarios del SU, con el fin de mejorar el nivel de información en el SU. Durante la primera fase piloto se asignó, provisionalmente, como PROINF a una enfermera con unas actividades orientativas asignadas, y se realizó un primer estudio prospectivo de prevalencia. Posteriormente, con el rediseño del proceso y post-implantación de las acciones de mejora, se evaluaron nuevamente los resultados con 2 nuevos estudios prospectivos: uno para constatar la eficacia de los cambios rediseñado, y un último para asegurar la implantación definitiva de los mismos.

El PROINF fue escogido a partir de las siguientes cualidades técnicas, profesionales y personales: con formación sanitaria, con capacidad para saber mantenerse al margen de sus competencias, conocedor de los circuitos y normas de urgencias, respetuoso con la intimidad de los pacientes, trato agradable, buen comunicador, comprensivo y empático.

El PROINF disponía de una hoja de recogida de datos que rellenaba diariamente y en donde se reflejaba toda la actividad realizada durante cada turno de trabajo. Esa hoja, a parte de serle útil como hoja de control diario, ha permitido recoger exhaustivamente toda la actividad realizada durante los meses de funcionamiento.

Las variables recogidas en la hoja y, en definitiva, las funciones asignadas al PROINF se clasificaron en temas de información a acompañantes, pacientes, médicos u otros profesionales, y en temas de atención fundamentalmente a pacientes:

- Información a los acompañantes:
  - Informar sobre los pacientes que están dentro del servicio (ocasionalmente por teléfono) o, informar sobre posibilidades de derivación de los pacientes (a urgencias de Atención Primaria o a otros hospitales para ingresar).
- Atención e información a los pacientes:
  - Revaluar al paciente por empeoramiento o pedir asistencia a un médico.
  - Asistir al paciente (confortarlo, acondicionarlo, dar tratamientos como analgésicos u otros, recoger muestras, tomar constantes, realizar un ECG, solicitar camas de ingreso...).
  - Informar a los pacientes que están en la sala de espera sobre demoras, pruebas traslados, asistencia, momento del ingreso u otros.
- Información a los médicos.
  - Informar al médico sobre la demora al servicio de la asistencia o aspectos del paciente suministrados por los familiares.
- Atención o información a otros profesionales:
  - Buscar o interrelacionar con otros profesionales internos o externos (admisiones, trabajo social, policía, camilleros...).

Resultados

Se describe, a continuación, el análisis comparativo entre los 3 estudios después de 12 meses de implantación del PROINF en 2009 y 2010. La PROINF, realizaba su actividad durante 7 horas diarias (6 útiles) – de 14:00 a 21:00 horas – durante las tardes laborables.

El estudio 1º, realizado durante la fase piloto, tuvo una duración de 9 días en noviembre de 2009; y los estudios 2º y 3º comprendieron un período de 14 días, en enero de 2010 y mayo de 2010, respectivamente.

Se incluyeron en cada estudio, sin exclusiones, a 176, 165 y 170 pacientes que acudieron consecutivamente al SU de nuestro centro hospitalario (con un promedio similar del 64% de triaje 4 y 5 del Sistema Español de Triaje (SET).

Después de realizado el estudio 1º piloto y antes de realizar el estudio 2º, se rediseñó el proceso cambiando el intervalo de trabajo del PROINF de 13:00 a 20:00 horas (máxima afluencia), se modificó la hoja de recogida de datos y se reorientaron sus actividades. Se realizó un estudio 3º para confirmar en el tiempo los resultados del 2º estudio, con las medidas adoptadas y las actividades rediseñadas.

A continuación, se describen los resultados de los 3 estudios.

La PROINF realizó 283, 519 y 413 actividades, respectivamente (1,6 / 3,1 / 2,4 por paciente, 31 / 37 / 30 por día, y 5 / 6 / 5 por hora). Las actividades por categorías, fueron la atención informativa a los acompañantes (en general, familiares) (69% / 64% / 60%) sobre demoras y pruebas; actuación enfermera al paciente (atención médica) (23% / 19% / 24%) para realizar pruebas y reevaluaciones; atención a los médicos (2% / 2% / 4%) sobre demoras; y, la interrelación con otros profesionales (6% / 10% / 11%). Por último, querríamos destacar el número total de reclamaciones en urgencias en los mismos 3 trimestres de invierno de 2008, 2009 y 2010 fueron, respectivamente, de 78, 108 y 69, con una disminución significativa de la mismas en este último año, respecto al total ($P \leq 0,05$).

Conclusiones

La actividad del PROINF en nuestra experiencia, mayoritariamente dedicada a la información y a la actividad enfermera de soporte, ha aumentado durante el transcurso de su implantación y ha colaborado, probablemente, en la disminución de las reclamaciones del SU. Creemos interesante plantar de cara al futuro distintas cuestiones, dadas las distintas experiencias existentes hospitalarias con distintos tipos profesionales de tipo administrativo: la idoneidad y el perfil profesional de los PROINF que en nuestro caso se trataba de una enfermera, la necesidad de cubrir las horas punta durante los fines de semana, y la clara definición de las actividades a realizar.

Bibliografía

1. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Ann Emerg Med. 1996 Dec;28(6):657-65.

2. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, van Walraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. CMAJ. 2003 Nov 11;169(10):1023-8 [consultada 6 de setiembre de 2010]: Disponible en: http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/169/10/1023

3. WEB de SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. La Junta pone en marcha un equipo de informadores en el Hospital Universitario de Guadalajara. 27/10/2008 [consultada 6 de setiembre de 2010]: Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/home.do?main=/ciudadanos/noticias/30203EquipoInformadoresHospUGU.html

4. Implantación de la figura del informador en los servicios de urgencias. Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León. VII Legislatura. AÑO XXVI 13 de Noviembre de 2008 Núm. 134. Proposición No de Ley 655-I. Pág. 8775 [consultada 6 de setiembre de 2010]: Disponible en: http://2004.ccyl.es/SIRDOC/PDF/PUBLOFI/BO/CCL/7L/BOCCL7L00134A.pdf

5. Periódico informativo del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Urgencias cuenta con un servicio de traducción en 50 idiomas. Año XVI. Julio-Agosto 2009. Nº 143. [consultada 6 de setiembre de 2010]: Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DRyC143%5B1%5D%2C0.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalRamónCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220596436642&ssbinary=true

6. WEB de SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. El Punto de Información al Usuario de Urgencias del Hospital 'La Mancha Centro' registra resultados muy satisfactorios. 10-8-2008 [consultada 6 de setiembre de 2010]: Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/home.do?main=/ciudadanos/noticias/29323PuntoInfoUrg.html

La personalización de la atención aumenta la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros.

García Juárez MR, López Alonso SR, Fernández Corchero J, Guerra González S, Martín Contreras T, Mingorance Aguado MA.

La personalización del cuidado ha sido una importante estrategia del sistema sanitario público andaluz en los últimos años, que surgió como respuesta a una demanda compartida de pacientes y profesionales. Dentro del ámbito hospitalario se eligió el modelo de asignación "Enfermería Primaria" para garantizar esta personalización de los cuidados.

Adoptar este modelo de práctica supone un cambio para los profesionales de enfermería en el abordaje de los pacientes a la vez que un aumento de la responsabilidad. Cada paciente es asignado a una enfermera referente que será la responsable de la valoración y planificación de los cuidados del paciente y familia, en colaboración con el médico responsable.

El objetivo del estudio que se presenta fue conocer la asociación entre la personalización y la satisfacción con los cuidados enfermeros.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Siguiendo técnica de muestreo de conveniencia se seleccionaron cuatro hospitales andaluces de diferentes niveles y una unidad de hospitalización con organización funcional basada en la personalización en cada uno de los hospitales elegidos, dos unidades médicas y dos quirúrgicas en total. Durante doce meses consecutivos se incluyeron todos los pacientes que ingresaran en estas unidades, mayores de 18 años, con estancia superior a 5 días y en los que el motivo del alta fuera mejoría o curación. Se excluyeron los pacientes que se trasladasen a otros centros o los que provenían de otras unidades de hospitalización donde hubiesen permanecido más de 5 días. En los casos en los que el paciente presentaba un deterioro cognitivo que impedía su participación en el estudio se pidió la participación del cuidador familiar, entendiendo por este a la persona que hubiese permanecido mayor tiempo acompañando al paciente durante su ingreso. El periodo de estudio se extendió en total desde mayo de 2007 hasta noviembre de 2008.

Variables estudiadas: edad, sexo, nivel de estudios, días de estancia, nivel de autonomía (Índice de Barthel modificado por Granger et al), existencia de deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer), riesgo de úlcera por presión (Escala Braden).

V. Principal: Índice de Personalización del Cuidado (IPC), se trata de un cuestionario autoadministrado de 12 preguntas estructuradas en tres bloques: siete dirigidas al paciente, dos al médico responsable y tres sobre la existencia de registros de enfermería. Los ítems de este cuestionario corresponden a funciones descriptoras del modelo de práctica con el que trabaja la enfermera. El índice de personalización nos informa de la realización de determinadas acciones de la enfermera con el paciente o con el médico, es una información que no podemos obtener mediante otra fuente, fue diseñado a propósito de este estudio y se validó en una fase anterior sobre una muestra de 219 pacientes.

El índice de personalización era entregado al alta por una investigadora ajena al equipo de enfermería que había atendido al paciente, de esta forma se intentaba evitar influir en la respuesta del paciente.

Variable de resultado: satisfacción con los cuidados enfermeros. Para medir la satisfacción del paciente se utilizó el cuestionario LOPSS. Se trata de un cuestionario que contiene 12 ítems con escala de respuesta tipo likert donde 1 corresponde a muy satisfecho y 5 a nada satisfecho. Fue validado por La Mónica Et al (1986), y posteriormente adaptado al español por Cabrero y Richart (1992). Este cuestionario se realizaba entre el día 7 y el 14 tras el alta mediante una llamada telefónica al paciente.

A los pacientes y/o cuidadores que participaron en el estudio se les informó del objetivo del mismo y se solicitó su consentimiento por escrito. El estudio fue aprobado por los comités de ética e investigación de los hospitales participantes.

Se realizó descripción de variables mediante tabla de frecuencias (v. cualitativas) y resúmenes numéricos con medidas de tendencia central y dispersión (v. cuantitativas). Análisis de asociación mediante regresión lineal.

RESULTADOS

Las unidades y hospitales que participaron en el estudio fueron:

1. Unidad de M. Interna (1ª sección). HU Puerta del Mar (Cádiz).
2. Unidad de Neurología y Rehabilitación. HHUU Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Unidad de Neurocirugía. Hospital Torrecárdenas (Almería).
4. Unidad de Traumatología y Urología. Hospital de Riotinto (Huelva).

Se incluyeron un total de 827 pacientes, 380 de unidades médicas y 447 de unidades quirúrgicas.

Fue necesario dividir la muestra en estos dos subgrupos pues en las unidades quirúrgicas no existía la figura del médico responsable del paciente y no se podían obtener los datos que dependían de la respuesta de éste.

La edad media de los pacientes fue de 60,85+17,30 en unidades médicas y 60,41+19,43 en quirúrgicas.

El nivel de estudios de los participantes fue mayoritariamente básico (48,9% en las quirúrgicas y 49,7% en las médicas).

Días de estancia: 13,54+8,3 días en unidades médicas y 9,86+1,41 días en unidades quirúrgicas.

Respecto al nivel de autonomía al ingreso de los pacientes, la media fue de 59,09 + 35,05 (Nivel de dependencia severa/moderada) en las médicas y de 75,51 + 28,8 (dependencia moderada a escasa) en las quirúrgicas.

Puntuación media del IPC: 7,97+3,11 en unidades médicas y de 9,18+1,4 en quirúrgicas.

Se realizó un primer análisis con los datos obtenidos durante los seis primeros meses tras el cual se decidió suprimir 4 ítems del cuestionario LOPSS y analizar la asociación de la personalización con los restantes ítems de forma individual. El motivo de eliminar estos cuatro ítems era que presentaban una tasa de no respuesta mayor del 20% de los cuestionarios realizados. Los pacientes que no respondían indicaban que les resultaba muy difícil entender el significado de esas cuatro preguntas.

Los niveles de satisfacción en todos los ítems fueron altos, situándose la media de estos entre los rangos 1,92 y 2,21 en las unidades médicas y entre 1,48 y 1,96 en las quirúrgicas. El análisis de regresión mostró relación estadísticamente significativa $p<0,05$ entre la personalización y todos los ítems estudiados. Los ítems que fueron analizados interrogaban al paciente sobre su percepción de los enfermeros como profesionales cualificados y amables, que ofrecían asesoramiento útil sobre cuidados y una atención pronta.

Posteriormente se realizó análisis multivariante con las variables de control estudiadas encontrándose asociación estadísticamente significativa entre la variable autonomía para los autocuidados y la percepción de amabilidad y paciencia en la enfermera.

También se encontró asociación estadísticamente significativa entre la personalización y la afirmación del paciente de que había sentido una relación de confianza con su enfermera referente.

Podemos concluir que los pacientes están más satisfechos con los cuidados enfermeros prestados durante su ingreso cuando son asignados a una enfermera referente que personaliza la atención, se responsabiliza de los cuidados que realiza el equipo de enfermería y planifica el alta en colaboración con el médico responsable.

Identificación de oportunidades de mejora a través de la percepción de seguridad de los pacientes hospitalizados

Mas Castillo A, Parra Hidalgo P, Ramón Esparza T, Gomis Cebrián R, Calle Urra J, Nieto Martínez P

Palabras clave: Seguridad, satisfacción, sucesos adversos, calidad percibida, satisfacción

INTRODUCCIÓN

Según la OMS la seguridad del paciente se define como la "ausencia de daño, real o potencial, asociado a la atención sanitaria". Estos problemas de seguridad se pueden detectar mediante diferentes fuentes de información entre las cuales, la perspectiva del paciente, juega un papel fundamental.

El objetivo de este trabajo es exponer el resultado de la percepción del paciente sobre la seguridad durante su estancia en el hospital. Se recogen las opiniones al respecto de pacientes ingresados en los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS) desde 2002 hasta 2009 con el fin de extraer, de estas opiniones, oportunidades de mejora que ayuden a prevenir o minimizar los errores declarados en ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo.

Periodo de estudio: cuatro cortes anuales, uno por trimestre (excepto en 2002 que fue un corte anual) durante 8 años , de 2002- 2009.

Población a estudio: Muestra de pacientes de alta (>18 años) en S. Quirúrgicos, Médicos y Obstétricos en los nueve hospitales de agudos del SMS en los periodos de estudio seleccionados.

Tipo de muestreo: sistemático con arranque aleatorio, estratificado no proporcional por hospital del total de usuarios dados de alta.

Instrumento de recogida de la información: "Cuestionarios EMCA de calidad percibida en pacientes hospitalizados", con el que se realiza una valoración de diferentes dimensiones sobre calidad asistencial e incluyen, además, 17 ítems relacionados con la Seguridad del paciente, así como una pregunta abierta en la que se solicita la

opinión del encuestado en dos partes: primero, preguntando si cree que hubo algún fallo en su tratamiento, pruebas o cuidados y, luego, pidiéndole que especifique cual ha sido este fallo. La satisfacción global con la atención recibida se recoge con una pregunta directa con una escala de 0 – 10 como opción de respuesta.

Envío: Los cuestionarios se remiten por vía postal con franqueo en destino y se realizan dos recordatorios para su cumplimentación.

Explotación: Se realiza un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en las preguntas especificadas desde 2002- 2009. Igualmente se comparan los resultados obtenidos en la pregunta abierta desde 2006 a 2009 en los S. Quirúrgicos y Médicos.

RESULTADOS:

Tasa de respuesta media global a los cuestionarios: 36,4 % (39,4%-34,5%)

Perfil de la muestra: En S. Médicos y Quirúrgicos predomina la categoría de pacientes con estudios primarios, existiendo diferencias entre las muestras en el apartado edad, en el que los pacientes médicos presentan una media bastante más elevada que los quirúrgicos (65,7 vs 48, respectivamente). También existen diferencias respecto al sexo, con una mayor proporción de hombres en médicos y mujeres en quirúrgicos. El perfil mostrado en los servicios obstétricos es claramente diferente (edad media de 31 años y estudios medios).

Satisfacción global media con el total de servicios recibidos durante el periodo de hospitalización es de 7,9 con un rango en dicho periodo entre 7,5 y 8,1.

La identificación de oportunidades de mejora viene dada por la respuesta obtenida frente a los siguientes items de la encuesta referidos a diversos aspectos de la dimensión seguridad (competencia profesional, información, infraestructura y organización) que se recoge en la tabla siguiente:

	INDICADORES	S. Quirúrgicos	S. Médicos	S. Obstétricos
C. Profesional	Se tiene en cuenta la pinión del paciente con respecto a su tratamiento y/o cuidados	18,8	17,1	
C. Profesional	Atención rápida a las necesidades del paciente	15,9	17,4	28,5
C. Profesional	Disponibilidad del personal cuando se le necesita	14,0	13,4	21,2
C. Profesional	Ausencia de comentarios inadecuados sobre los pacientes	2,7	3,2	10,1
C. Profesional	Explicaciones claras al alta sobre los cuidados que debe recibir el niño			45,3
Información	Información sobre las normas de funcionamiento del hospital al ingreso	42,7	40,0	56,7
Información	Explicación clara sobre la evolución de la salud durante el ingreso	20,2	15,7	
Información	Posisbilidad de comentar con el médico aspectos de la enfermedad que preocupan al paciente	23,4	13,0	
Información	Respuestas fáciles de entender a las preguntas realizadas a los médicos	13,3	11,2	22,9
Información	Respuestas fáciles de entender a las preguntas realizadas al personal de enfermería	11,6	13,1	20,4
Información	Ausencia de información contradictoria por parte del personal del hospital	5,0	6,3	13,3
Información	Explicación clara al alta de los tratamientos y cuidados que debía recibir en casa	18,4	10,6	40,0
Información	Entrega del documento de consentimiento informado	7,0		
Información	Explicación clara del contenido del documento de consentimiento informado	21,7		
Información	Tiempo suficiente para leer con detenimiento el documento de consentimiento informado	22,9		
Información	Explicaciones clara al llegar a planta de los cuidados y la alimentación que debía dar a su hijo			59,0
Infraestructura	Ausencia de problemas en el uso de la ducha y el aseo	30,6	30,3	53,8
Organización	Duración de la estancia en el hospital adecuada	13,9	12,0	11,0
Organización	Suficientes medidas de seguridad para la identificación de los recién nacidos			16,9

La pregunta abierta "*Durante su estancia en el hospital ¿cree usted que se produjo algún tipo de fallo en su tratamiento, pruebas o cuidados?, ¿Cuál_____?"*, solo está incluida en los cuestionarios de los S. Médicos y Quirúrgicos.

Tasa media de respuesta a la pregunta: 95,2%.

S. Quirúrgicos: El 13,6% de los encuestados refieren algún error en su tratamiento, pruebas o cuidados. Los cinco fallos más frecuentemente descritos son: medicación (20,6%), curas o pruebas (18,6%, en tratamiento (18,2%), cuidados de enfermería (13,0%), y retraso en pruebas (8,2%). No se especifica la causa en un 13,4% de los casos.

S. Médicos: El 13,3% de los encuestados refieren algún error en su tratamiento, pruebas o cuidados. Los cinco fallos más frecuentemente descritos son: tratamiento (17,2%), medicación (16,7%), diagnóstico (10,3%), realización de curas y pruebas (9,2%), y retraso en realización de estas últimas (8,4%). En un 14% los entrevistados no especifican causa.

Al comparar los resultados conseguidos en 2006 y 2009 se observa que no existen variaciones en los resultados en los S. Quirúrgicos, mientras que existe una mejoría del 19,5% en los S. Médicos.

La repercusión de la percepción de seguridad del paciente en la satisfacción global con los servicios recibidos, se traduce en una diferencia estadísticamente significativa respecto a los pacientes que declaran haberlos percibido

CONCLUSIONES:

- Las encuestas de valoración de la hospitalización son útiles para identificar potenciales problemas relacionados con la seguridad del paciente.
- A pesar de lo anterior, los resultados identificados deben ser contrastados cuidadosamente con otras fuentes para dimensionar adecuadamente su magnitud y trascendencia real.
- Aún con las limitaciones identificadas, la respuesta de más de un 13% de pacientes que consideran haber sufrido algún tipo de fallo en su atención suscita la necesidad de abordar específicamente esta percepción.
- La identificación de la medicación como uno de los principales problemas detectados, parece coincidir con lo obtenido por otros estudios con enfoques métodológicos diferentes.
- También parece confirmarse la hipótesis de que los perfiles del paciente pueden influir en los resultados de la percepción. Así, el mayor nivel de estudios o una edad más reducida o, incluso, la percepción de gravedad parece incrementar las exigencias respecto a la seguridad.

Lean Healthcare: Calidad sin despilfarros. La experiencia del Consorcio Sanitario Integral (CSI)

Santiago Nofuentes, Director General, Consorcio Sanitario Integral

1. INTRODUCCIÓN

En sanidad está muy arraigada la idea que para mejorar la calidad se han de incrementar los recursos. Esto es rotundamente falso, lo que cuesta es trabajar sin calidad, cometer errores, repetir pruebas…. La gran mayoría de profesionales, gestores o "expertos" desconocen esta relación costes-calidad.

Según los expertos en calidad, los costes de la no calidad (CNC) pueden superar el 30% del presupuesto global de sanidad.

El año 2008 decidimos pasar de la teoría a la práctica y se implantó el proyecto gestión profesional participativa. El objetivo era la mejora de la calidad, con la participación de los profesionales y la eliminación de los costes de la no calidad.

Posteriormente, hemos buscado nuevas metodologías que pudiesen ser de utilidad para obtener mejoras rápidas y relevantes. Así descubrimos la metodología Lean Healthcare, basada en el Sistema de Producción de Toyota, y comprobamos que esta metodología y las herramientas utilizadas encajaban perfectamente con nuestros planteamientos.

El objetivo del sistema Lean aplicado a sanidad es **mejorar los procesos** y las actividades bajo una óptica de valor para el paciente; consiguiendo una organización flexible, ágil y fiable para responder a las necesidades de demanda del entorno; **mejorando la seguridad del paciente, la calidad del servicio y reduciendo costes.**

La utilización de la metodología Lean Healthcare significará una revolución en la revisión de los procesos sanitarios, tal y como ya está pasando en un centenar de organizaciones sanitarias de todo el mundo.

2. metodología

La metodología Lean persigue mejorar la calidad, por tanto mejorar la percepción por parte de los usuarios, eliminar el despilfarro (tiempo de espera, reprocesos…) y reducir el tiempo de ciclo. Como consecuencia: reducir el coste total, los plazos y aumentar la productividad sin aumentar la presión sobre el personal. En definitiva, se trata de trabajar mejor, no trabajar más.

Hay que hacer énfasis en que no se trata solamente de un conjunto de herramientas o de instrumentos, sino de todo un sistema de gestión.

2.1. Conceptos

En esta metodología hay tres conceptos clave: el valor, el despilfarro (MUDA) y flujos.

El **valor** lo define el cliente, por tanto, una actividad de valor añadido es aquella que modifica la forma o función de un producto o un servicio de acuerdo a la necesidad del cliente.

El sistema se basa en la detección y la eliminación permanente del **muda** (despilfarro), entendido como toda la actividad que consume recursos sin aportar valor al usuario. En el entorno sanitario se identifican 7 tipos de muda: tiempos de espera, sobre proceso, inventarios, transporte, movimientos, sobreproducción y defectos.

El **flujo** consiste en desarrollar progresivamente todas las táreas que aporten valor para la prestación de un servicio (o la elaboración de un producto) desde la "materia primera" hasta el "producto acabado" a casa del cliente… sin paradas, mermas, ni reprocesos.

2.2. Herramientas fundamentales

Un aspecto fundamental y muy innovador de la metodología Lean es su enfoque a la rapidez en la acción. Lean dispone de diferentes técnicas e instrumentos; siendo, según nuestra opinión, los más importantes el Mapa de flujos de Valor, las 5S y las semanas Gemba Kaizen.

Mapa del Flujo de Valor.

Es un instrumento original y muy potente para "ver" el valor y el despilfarro.

El flujo de valor es el conjunto de acciones o actividades (con mayor o menor valor añadido) normalmente necesarias para producir un producto/servicio a través de un flujo, desde el inicio del proceso hasta su entrega al usuario.

Para reducir los despilfarros y mejorar la calidad y seguridad es necesario intervenir en este flujo, su representación gráfica es el Mapa de Flujo de Valor.

El mapa se ejecuta en dos etapas:

a) Siguiendo gráficamente el servicio tal y como fluye hacia el estado actual, identificando cada fase que permite llegar al usuario. Es un análisis totalmente objetivo y medible.

b) Representando el estado futuro de la forma como se desea que fluya el valor, eliminando los despilfarros existentes en el estado actual.

Es importante destacar que el mapa se dibuja en el lugar de trabajo y se fundamenta en lo que se ve. Estas etapas constituyen la base para un plan de acción.

Las 5S.

Su origen es la aplicación de la mejora continua en talleres, pero es una técnica que puede ser utilizada en cualquier ambiente de trabajo; oficina, servicios, etc. Se fundamenta en el hecho que es muy difícil trabajar bien en un ambiente desordenado, sucio…El nombre viene de las iniciales en inglés y consiste en Organización (eliminar aquello innecesario), Orden (un lugar para cada cosa), Limpieza (lugar de trabajo en un buen estado), Estandarización (formas de trabajo) y Disciplina (mantener aquello implantado).

La semana Gemba Kaizen.

La semana de mejora (kaizen) en el lugar de trabajo (Gemba) tiene como objetivo obtener resultados medibles y relevantes en un plazo de cinco días de trabajo.

Interviene un pequeño grupo de profesionales guiados por un experto, que trabajan en el área donde tienen su lugar de trabajo, en un departamento o una unidad, para conseguir una mejora drástica.

Se prioriza la velocidad, es decir, conseguir mejoras en unos plazos muy cortos. Se basa en hacer análisis y cambios rápidos, con gran dinamismo y sin entretenerse en los detalles, ya que, "el 50% *hoy es mejor que en un 90% mañana"*.

La estrategia para conseguir las mejoras se basa en la ejecución de pruebas (*trystorming*), si una prueba fracasa, en seguida se hace otra, de aquí la expresión "tormenta de pruebas". Con Gemba Kaizen se consiguen mejoras relevantes que tienen un gran impacto en la organización por su rapidez.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

A finales del 2008 hicimos una sesión formativa en Lean para todo el equipo directivo y una prueba piloto en el área de Endoscopia. En tan solo 5 días, los resultados en Endoscopia fueron espectaculares:

- Cualitativos: mejora del ciclo de gestión del paciente, aumentando la calidad asistencial, reducción de los movimientos hechos por las enfermeras, disminución de las interrupciones por errores y optimización del espacio de almacén y suministros del área, así como el tiempo de elaboración de pedidos de material.

- Cuantitativos: reducción de stocks alrededor del 70%, con un incremento de la capacidad operativa y de la productividad del 20%.

Todo ello con una gran participación y una mayor satisfacción de los profesionales, especialmente enfermería.

Después del éxito de la prueba piloto, trabajamos en identificar como puede ayudar la utilización de Lean en la consecución de los objetivos de nuestro Plan Estratégico 2009 – 2011, con la finalidad que la utilización del sistema Lean permite mejorar los resultados de toda la organización.

3.1. Gestión por procesos y proyectos desarrollados

El CSI utiliza el sistema de gestión por procesos desde el año 2001. Se ha definido una nueva *metodología para la gestión por procesos* después de haber introducido diferentes herramientas Lean, tanto en el diseño como en el control, mejora y mantenimiento de la citada mejora en el proceso.

La metodología Lean Healthcare nace con la visión de mejorar los procesos y actividades bajo una óptica de valor añadido para los pacientes.

En la revisión del Plan Estratégico priorizamos 19 proyectos, que se han puesto en marcha a partir de junio de 2009, tanto Procesos Asistenciales como no asistenciales, en todos los centros del CSI. Estos proyectos inciden:

- 6 directamente en la seguridad de pacientes (errores de medicamentos, riesgos quirúrgicos, riesgos de hospitalización...).
- 10 en la mejora de Procesos Asistenciales (urgencias, hospitalización, rehabilitación...).
- 3 en la mejora de procesos no asistenciales (contratación de personal, riesgos laborales...).

4. ESTRATEGIA PARA LA TRANSFORMACIÓN

La implantación de esta metodología requiere:

- Liderazgo de la dirección. Más allá de implicar al equipo directivo, no se puede obviar que la mejora de la calidad y la seguridad de pacientes es una responsabilidad fundamental, inaplazable y no delegable de la dirección.
- Contar con un "Sensei", entrenador o maestro con un buen conocimiento de Lean. Hemos contado con el apoyo del Grupo Galgano.
- Crear una estructura de apoyo a la implantación. Se ha transformado el equipo de apoyo para la implantación de la gestión por procesos en el equipo para apoyar al proyecto Lean. Este equipo estaba formado por unos profesionales a nivel corporativo y otros a nivel operativo de cada territorio (centros asistenciales).
- Hacer participe a los profesionales; consiguiendo que cada uno asuma plenamente la propiedad y la responsabilidad de su trabajo.
- Aprendizaje a todos los niveles. Formación que permita conocer la metodología y adoptar decisiones fundamentales.
- Aprendizaje a todos los niveles. Formación que permita conocer la metodología y adoptar decisiones basadas en hechos y datos objetivos e implementarlas de forma ágil. Inicialmente se han formado unas 150 personas.

5. RESULTADOS MÁS SIGNIFICATIVOS

5.1. Resultados cualitativos

– Endoscopias: incremento del 20% productividad y 70% dismin. stocks.

– Riesgos hospitalización Sociosanitario: dismi. tiempos desplazamientos, tiempos de pedidos y otras actividades sin valor. Aumento del tiempo de presencia con pacientes, mejora puntualidad y supervisión de las comidas y tiempo de preparación de medicación sin interrupciones.

– Riesgo en CMA: disminución indicador NPR a valores inferiores al 50% del nivel inicial.

– Limpieza y desinfección de manos y objetos: incr. del 25% en tasa de adherencia y estandarización de limpieza de objetos.

– Seguridad utilización de equipos de electromedicina: implantación del mantenimiento autónomo.

– Residencia Collblanc: gestión visual de información clave de pacientes (tipo dieta, medicación, incontinencia..) en toda la residencia, con incremento de seguridad y satisfacción de usuarios y profesionales.

– Diseño circuitos guía ICC: se han diseñado los circuitos de derivación y actividades para llevar a la práctica la guía ICC interniveles asistenciales.

– Proceso de contratación de personal: se han reducido un 70% el número de contratos, especialmente los de duración < 5 días.

– Mejora citaciones de consultas COT e implantación de la visita única, en todos los casos que lo permita la patología.

– Número de altas médicas en el HGH antes de las 12 h: incremento del 85%

– Coste-efectividad traslado pacientes de hospitalización en rehabilitación: menos tiempo de recuperación del paciente, recuperación con más funcionalidad, triple tiempo de duración por sesión de rehabilitación (fisioterapeuta) por paciente, disminución de estancias y por tanto, reducción de costes en 472.000 euros anuales

– Serv. At. Domiciliaria (SAD): Certificación UNE del servicio y certificación ISO del sistema de gestión.

– Urgencias: incremento del 100% de pacientes atendidos en < 10 min., reducción en un 70% del nº de pacientes que se van sin ser visitados. Disminución en un 40% del tiempo de estancia en el servicio.

– Seguridad laboral: se ha establecido el proceso para el seguimiento continuo de evaluación de riesgos y la implantación de acciones. Se han implantado acciones preventivas en un Residencia. (pdte. resultados).

5.2. Resultados económicos

Los costes adicionales en los que se ha incurrido, con motivo de la formación y del apoyo a la implantación por el Grupo Galgano, han sido de 189.000 euros.

Los ahorros conseguidos en el ejercicio 2009 han sido de 1,7 millones de euros, lo que supone un 1,1 % sobre el presupuesto de gastos.

Si se consideran los costes (189.000 euros) como una inversión, **la rentabilidad** obtenida (1,7 millones de euros) ha sido de **9 veces el valor de la inversión**.

5.3. Premio de Calidad

Los ahorros conseguidos han permitido instaurar un premio de calidad variable para cada profesional, en función del nivel de objetivos conseguidos y de los ahorros generados por su centro (si no hay ahorros el premio no se puede financiar).

En 2009, han recibido el premio de calidad 1.902 profesionales de los 2.236 que trabajaron en el CSI en el citado ejercicio. El importe promedio del premio recibido por los profesionales a oscilado entre un máximo de 3.500 € en los centros de Atención Primaria y un mínimo de 120 € en uno de los hospitales de agudos.

6. CONCLUSIONES

- En sanidad también **es posible mejorar la calidad y reducir costes**, los costes de la no calidad o muda (despilfarros).
- La metodología Lean dispone de herramientas muy potentes para el diagnóstico y la mejora de la calidad.
- El éxito de Lean Healthcare es debido a que se solucionan problemas reales, en el lugar de trabajo, con la participación de los profesionales, la objetividad y la rapidez. En definitiva, **mejora aspectos importantes para los pacientes y los clínicos** y se logra una mejor atención.
- La implantación del Lean es una tárea a medio - largo plazo, así a través de la mejora continua de los procesos, la estandarización y la eliminación del MUDA se consigue construir **organizaciones excelentes**.
- **Invertir en calidad es muy rentable y una gran oportunidad en épocas de crisis.**

Integración de los Sistemas de Calidad en el Hospital de Basurto. Primer hospital estatal en conseguir la triple certificación (ISO 9001- 166002- 14001)

I. Urrutia, J. J. Ballestero, E. R. Herrero, K. Ibarra, Y. González, M. L. Utrera

Objetivo

Integrar los sistemas de gestión de la Calidad, la Innovación y el Medio Ambiente mediante sistemáticas de diseño, análisis y mejora, basadas en la gestión por procesos, que permitan dar alcance a la estrategia del hospital, a su misión, visión y valores, con la implicación y compromiso de todos sus trabajadores.

Justificación

El Hospital de Basurto se gestiona en el marco del Modelo EFQM desde 1996, por lo que inició el diseño y certificación de los procesos a finales de 1999. Inicialmente el enfoque de procesos eran clínicos, "catarata; prótesis de rodilla, etc", y es a partir de la elaboración del Mapa de Procesos en el año 2000, cuando se cambia el enfoque de gestión hacia la **Gestión por Procesos**, iniciando las certificaciones por procesos, en base a la norma **ISO 9001:2000,** a partir del 2001. Se entiende la "calidad", como la gestión eficaz, eficiente, segura..., de la actividad asistencial y prestaciones del hospital hacia el paciente/ cliente, por lo que la metodología de gestión basada en procesos con enfoque ISO 9001: 2000, ayudó a materializar dicho compromiso. Con la revisión de su política y estrategia en 2008, se incorpora la **Innovación** como objetivo estratégico (y "proceso clave") y uno de los valores que identifican a la organización, en su compromiso con el avance hacia la mejora continua y excelencia dentro de la gestión clínica, implantándose una metodología de gestión de la innovación basada en la Norma 166002 . Es a través de la dinámica de trabajo en base a procesos, que se haya logrado inculcar en los profesionales, mediante sistemáticas de gestión de calidad (PDCA, REDER HBAS, Auditorías Interna/Externa) a objeto de determinar acciones o medias impulsoras para la consecución de objetivos, en 2009, se logra ampliar el alcance de la certificación ISO 9001: 2000, con la certificación única de todo el hospital, se renueva la certificación medioambiental ISO 14001 y se obtiene la certificación ISO 166002 de Innovación reportando, al sistema de gestión del hospital, una nueva coherencia, característica de un centro comprometido con la cultura de gestión excelente.

Metodología:

1) Pilotaje de la "gestión por procesos" en procesos/ servicios clínicos.

2) Elaboración/ Revisión de Mapa de Procesos del Hospital.

2) Certificación ISO 9001 de los procesos diseñados: Procesos Asistenciales, de apoyo y estratégicos.

3) Diseño e implantación de los Macroprocesos Hopitalización- CCEE- Urgencias.

4) Diseño e implantación del proceso clave Gestión de la Innovación y la Tecnología.

5) Certificación ISO 9001 de todo el hospital y renovación de la ISO 14001. Obtención de la ISO 166002.

Resultados:

Integrar en la Gestión por Procesos, los sistemas de Calidad, medioambiente e innovación, ha supuesto:

- Establecer "metodologías", sistemáticas que permiten disponer de Cuadros de Mando, determinar análisis de causas, establecer Planes de Mejora, focalizar el benchmarking "interno- externo", innovar de manera permanente...

- Apostar por una cultura de renovación continua, que evita el estancamiento personal y profesional, permitiendo la mejora sistemática de la actividad diaria.

- Acercar a los profesionales a un área tradicionalmente considerada, en mayor medida como tecnológica, proporcionando una dinámica de análisis y mejora de los circuitos, "maneras de hacer"..., habituándoles a compartir el conocimiento, creando sinergias a nivel interno y externo.

- Garantizar la eficacia, efectividad y eficiencia del trabajo "bien hecho" buscando que los pacientes estén satisfechos con la atención que se les ofrece en el centro.

Esta apuesta se materializa en que Basurto se ha convertido en el primer hospital estatal en conseguir la certificación con alcance total, en Calidad, Medioambiente e Innovación conforme a las normas ISO 9001; 14.001; UNE 166002.

Conclusiones:

Un hospital que avanza en el camino de la Excelencia debe tener como premisa la implantación de aquellas líneas que reviertan en la consecución de sus objetivos. Por ende, funcionar en base a los estándares de calidad que aportan las normas ISO permite "poner orden" en todos los ámbitos de funcionamiento de una organización. El Hospital de Basurto ha sido un centro tradicionalmente comprometido con las mejoras de servicios, sostenibilidad medioambiental, búsqueda de la satisfacción de los pacientes…, potenciando su capacidad de adaptación a los cambios a lo largo de los años. Con la incorporación del factor Innovación, redunda aún más si cabe, en la apuesta por ser un centro sanitario acorde a los tiempos.

PDCA sobre el grupo de triaje sanitario (G.T.S) para la pandemia de gripe a (H1N1) en Aragón

Tolosana Lasheras Teresa. *Coordinadora del grupo de triaje sanitario y cuidados básicos, Directora de enfermería, Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud*

García Latorre, Florencio. *Director de Continuidad Asistencial, Servicios Centrales, Servicio Aragonés de Salud*

Serrano Peris, Diana. *Responsable del servicio Saludinforma, Dirección de Atención al Usuario, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón*

Astier Peña, María Pilar. *Técnico de Salud Pública, Coordinadora Técnica del Plan de respuesta para la gripe, Servicio Aragonés de Salud*

Brun Soteras, Carmen. *Enfermera, Miembro del Grupo de Triaje Sanitario, Servicio Aragonés de Salud*

Miñana Muñoz, Ana. *Enfermera, Miembro del Grupo de Triaje Sanitario, Servicio Aragonés de Salud*

INTRODUCCIÓN

El 11 de junio de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró fase 6 de pandemia[2] por virus de gripe A (H1N1). Esta declaración tuvo como consecuencia la puesta en marcha de una serie de medidas recomendadas con el objeto de reducir el impacto de la pandemia en la sociedad. Los servicios sanitarios de cada país asumieron un papel activo en el plan de respuesta frente a la pandemia. En España, el Subcomité de Respuesta a la Emergencia Sanitaria para la pandemia del Ministerio de Sanidad[6] en el que participaban representantes de todos los servicios regionales de salud propuso elaborar un plan de respuesta a la emergencia en cada Comunidad Autónoma basado en el documento elaborado por el subcomité[8] que llevaba por título: "Criterios básicos y comunes para los planes de respuesta a la emergencia de los servicios de salud ante la pandemia de gripe A (H1N1)"

En Julio de 2009, el Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón[9], impulsó la creación de varios grupos de trabajo con participación de las 3 direcciones generales del Departamento con papel activo en el control de la pandemia: Salud Pública, Atención al Usuario y el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) y estableció una coordinación técnica con el objetivo de integrar el trabajo de todos los grupos. Estos grupos tenían encomendado el desarrollo, dentro

de la comunidad, del documento emitido por el Subcomité de respuesta a la emergencia sanitaria del Ministerio, con un valor añadido de visión transversal aportada por los participantes de cada dirección general.

Cada grupo trabajó en un ámbito diferente del abordaje de la respuesta a la pandemia, proponiéndose como objetivo a corto plazo, final de agosto de 2009, tener elaborado un documento oficial con las recomendaciones basadas en la evidencia y con las actuaciones consensuadas por las direcciones generales para poner en marcha en Aragón conforme se produjese la evolución de la pandemia. Los grupos que se constituyeron son los siguientes:

1. Información a pacientes y familiares.
2. Información a profesionales.
3. Antivirales y vacunas.
4. Triaje y cuidados básicos.
5. Circuitos y recursos asistenciales.
6. Gestión de recursos humanos.
7. Sistemas de información.
8. Comunicación interna.
9. Planes de contingencia de los sectores sanitarios.

El funcionamiento de cada grupo estuvo liderado por un coordinador que dirigió los trabajos de los participantes de las 3 direcciones generales. Los grupos funcionaron durante todo el verano con reuniones presenciales y a través del correo electrónico, generando los sucesivos borradores de documentos oficiales a difundir a todos los profesionales sanitarios de Aragón. Dicha documentación se facilitó también a instituciones públicas y a la sociedad en general. Toda la información de los grupos fue revisada e integrada por la coordinación técnica del plan de respuesta.

El Servicio Aragonés de Salud (SALUD) tiene una estructura territorial formada por 8 sectores sanitarios. Al frente de cada sector hay un gerente que cuenta en su equipo con un director de atención especializada y un director de Atención Primaria. Durante la pandemia, en cada sector se nombraron dos coordinadores técnicos para la elaboración de los planes de contingencia específicos a desarrollar en cada demarcación. Los coordinadores de cada sector contaron con la información directa de los grupos de trabajo transversales y su misión consistió en integrar dicha información con las peculiaridades y recursos disponibles en su área. Toda la documentación generada por cada sector fue supervisada por la coordinación técnica para identificar las necesidades de recursos para responder a la pandemia y para coordinar de la forma más eficiente el uso de recursos durante la evolución del plan de respuesta (sectores sin unidades de cuidados intensivos para niños, disponibilidad de respiradores, disponibilidad de camas de hospitalización, etc).

Para facilitar el intercambio de información y documentos de los distintos grupos de trabajo se creó una intranet de gestión del conocimiento denominada "**COMUNICA SALUD"**. Esta intranet disponía de un área común con documentos generales, un área para cada grupo de trabajo trasversal y otra para la información de cada sector sanitario. Esta herramienta permitió el trabajo coordinado de los distintos grupos y la homogeneización de la estructura y contenidos de los planes de contingencia de los 8 sectores sanitarios de Aragón. Cada documento contaba con un índice de revisiones en el que se explicitaba la fecha de la versión y los cambios que se habían introducido respecto a la anterior, de tal forma que facilitaba su lectura y permitía reconocer fácilmente los cambios.

Una vez elaborada la versión definitiva de cada documento, éste se distribuía a todos los profesionales de todos los sectores sanitarios. Para mejorar la accesibilidad a los documentos y sus versiones actualizadas sucesivas se creó un espacio específico en la intranet de cada sector sanitario. Igualmente, la información fue difundida a través de la pagina

web Saludinforma[11] para todos los ciudadanos y a través de la pagina web del Departamento de Salud y Consumo[12] y de las instituciones con las que se estaba colaborando (Departamento de Educación, Universidades, Colegios profesionales, etc).

Se creó igualmente un grupo de coordinación de actividades a nivel del Departamento de Salud que se reunía semanalmente para compartir la información recibida sobre la pandemia. En él, la Dirección General de Salud Pública y el SALUD informaban de su participación en las subcomisiones del Ministerio de Sanidad y en otros foros como el Ministerio de Trabajo (ante la eventualidad de bajas laborales), colegios profesionales, sindicatos, universidades, Departamento de Educación, etc. Se discutían igualmente las medidas a tomar en cada fase de la pandemia para cada uno de los grupos de trabajo, de tal forma que la puesta en marcha fuese congruente, factible y operativa. Las actividades de este grupo de coordinación departamental permitió que todos los grupos implicados se mantuviesen informados y actualizados.

El 4 de septiembre de 2009 la Consejera de Salud presentó a los medios de comunicación el plan ejecutivo de respuesta a la pandemia de gripe en Aragón. Este documento recogía las pautas a seguir por las Direcciones de Salud Pública, Atención al Usuario y el SALUD durante el desarrollo de la pandemia. Estaba basado en la primera edición de los documentos de los grupos de trabajo y de los planes de contingencia de cada sector.

El documento estructuraba la respuesta en 3 fases, en función de la extensión de la pandemia entre la población. Salud Pública fue el área encargada de informar del cambio de fase con una semana aproximada de predicción para poner todos los dispositivos de respuesta en marcha, de acuerdo con los datos del Servicio de Epidemiología.

Uno de los grupos cuya labor tuvo un mayor impacto en el control de la pandemia fue el de triaje sanitario y cuidados básicos. En Aragón, no existía una infraestructura de triaje/información telefónica de cuidados básicos al ciudadano a diferencia de las existentes en otros países, y en el nuestro, en otras comunidades[13]. Es por ello que su creación, actividades y resultados han merecido la realización de una evaluación ad hoc por medio de la metodología básica del circulo de la calidad PDCA (Plan, Do, Check, Act). En este trabajo realizamos la evaluación del proceso de su creación, puesta en marcha, actividades que ha desarrollado, y su extinción final tras la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

MATERIAL

Descripción del grupo de trabajo:

En julio de 2009 se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales de las Direcciones Generales de Salud Pública, Atención al Usuario y SALUD junto con personal de emergencias sanitarias de Aragón 061. El grupo elaboró el documento de clasificación y triaje sanitario telefónico y presencial, así como los documentos de cuidados básicos para la población general. Era un grupo multidisciplinar que contaba con profesionales de distintas disciplinas siendo tan importante la participación de profesionales del campo sanitario, como de las herramientas informáticas y de comunicación que se desarrollaron en menos de dos meses.

Objetivos de sistema de clasificación y triaje sanitario:

1º Facilitar la contención domiciliaria de la población enferma, siempre que fuera posible, dando especial relevancia a los cuidados básicos a realizar en domicilio.

2º Homogeneizar la atención a los usuarios en todas las posibles "puertas de entrada" del sistema de salud en relación con la atención a los casos sospechosos de gripe.

3º Prestar la atención a los casos sospechosos de gripe en el nivel de cuidados más adecuado a la situación clínica del paciente.

4º Organizar la demanda asistencial para evitar saturaciones del sistema sanitario.

5º Garantizar, en todo momento, una adecuada atención a los procesos no demorables.

Las estrategias diseñadas para abordar estos objetivos fueron:

1. Diseñar un aplicativo web de clasificación y triaje sanitario accesible desde cualquier punto de entrada al sistema aragonés de salud (Atención Primaria, y/o urgencias de primaria u hospital) considerando el contacto a través de llamada telefónica del paciente o bien presencial en las distintas puertas de entrada al sistema de salud.

2. Formar a los operadores de Saludinforma y a los administrativos de lo centros de salud en el uso del aplicativo para la clasificación de pacientes.

3. Crear un grupo de triaje sanitario telefónico específico para todo el SALUD.

4. Formar a profesionales de los centros de salud y urgencias para la realización del triaje presencial en cada punto asistencial.

Proceso de planificación, constitución y formación del GTS:

Aplicativo web:

Para facilitar el trabajo y estandarizar las recomendaciones y cuidados básicos a dispensar se creó una aplicación informática en formato web que iba guiando al profesional de salud dentro de los diferentes algoritmos de decisión de cuidados a dispensar al paciente en función de su gravedad. En primer lugar, se valoraban los síntomas que definían el caso gripe, y en segundo lugar, se valoraban los signos de gravedad o factores de riesgo, y con ello se establecía el nivel de atención al que debían ser dirigidos.

El acceso a la aplicación de clasificación y triaje sanitario desde todos los puntos de asistencia del SALUD y la formación de los profesionales responsables garantizaba la homogeneización de cuidados en todos los centros asistenciales de la Comunidad Autónoma.

Puertas de entrada a la atención del GTS:

El ciudadano podía acceder a la atención del GTS por vía telefónica a través de los teléfonos 061, 112, teléfono Saludinforma y teléfonos de los centros de salud.

El ciudadano podía también acudir directamente a un dispositivo asistencial para recibir asistencia y el triaje se realizaría a través de la misma aplicación web en los centros de salud (120 en la comunidad), en los puntos de atención continuada de Atención Primaria (P.A.C.s: 19 puntos) y en las urgencias de los hospitales de la comunidad.

Circuitos de triaje establecidos:

El ciudadano podía llamar o acudir a un centro asistencial para demandar información sobre la gripe o asistencia por sospecha de síntomas de gripe. Es decir, el algoritmo de toma de decisiones se iniciaba con la necesidad expresada por el usuario, bien por vía telefónica o presencial.

Situación 1: Demanda de información

En todos los puntos telefónicos (centros sanitarios y servicio Saludinforma) se disponía de la información general elaborada por el grupo de información al usuario, estando disponible también en la Web Saludinforma.

En caso de necesitar información más especializada la llamada se transfería al GTS

Situación 2: Demanda de atención sanitaria telefónica.

Tras ser clasificado como caso sospechoso de gripe por los operadores de Saludinforma o bien por los administrativos de los centros de salud, la llamada era trasferida al GTS. En caso de que la llamada no pudiera ser respondida de forma inmediata, quedaba registrada en el aplicativo web como "pendiente de atención" y era el propio personal del GTS el que realizaba la llamada al usuario.

Tras la confirmación del diagnóstico por el GTS, estos profesionales analizaban el nivel asistencial más adecuado para las necesidades del paciente según el siguiente algoritmo:

1º Ante signos de gravedad: derivación al 061.

2º En caso de detectar la presencia factores de riesgo, se proporcionaba una cita médica en el centro de salud o bien un aviso a domicilio para su médico.

3º En caso de detectar necesidad de atención directa, se proporciona una cita o aviso a domicilio para la enfermera lo antes posible.

4º En caso de detectar pacientes con síntomas gripales no severos y sin factores de riesgo ni signos de alarma se aconsejaba llevar a cabo unos cuidados básicos y reposo domiciliario. Se hacía especial hincapié en explicar con lenguaje comprensible la evolución habitual y los signos de alarma de los casos de gripe. Igualmente, se facilitaban consejos para evitar el contagio y se recomendaba reposo domiciliario durante los días en que el paciente presentase sintomatología. Se ofertaba, igualmente, la posibilidad de que una persona cercana recogieseparacetamol 500 mgrs en su centro de salud y un justificante de la asistencia telefónica realizada por el GTS y de la recomendación de reposo domiciliario (justificante de reposo laboral), disponible en el servicio de admisión de su centro de salud, evitando que la persona afectada se desplazase a fin de reducir el número de contactos.

Recursos humanos

Para estimar los recursos humanos necesarios tanto de teleoperadores como de personal sanitario se realizaron estimaciones de población afectada en función de las tasas de ataque y fases del plan de respuesta (gráfico 1)

Formación

Durante el mes de septiembre de 2009 se realizó la formación de los profesionales del SALUD en el manejo de la aplicación web y en habilidades de entrevista telefónica. La formación se inició con los operadores encargados de la clasificación en el teléfono de Saludinforma y el grupo de 8 profesionales de enfermería que se iban a encargar del funcionamiento directo del GTS.

Se formó a un grupo de profesionales de cada sector que a su vez fueron los encargados de dar formación en los 8 sectores sanitarios a los administrativos y personal de enfermería de los equipos de Atención Primaria y puntos de atención continuada.

Puesta en marcha

Se comenzó el pilotaje del aplicativo el día 19 de octubre. Las llamadas que se recibían en un centro de salud por motivo de gripe o solicitando información eran derivadas al GTS. De esta forma, se consiguió probar todo el circuito y solventar las deficiencias que presentaba el programa. Una vez solucionadas éstas, se extendió el proyecto, a modo de prueba, a un centro de cada uno de los tres sectores sanitarios de la ciudad de Zaragoza.

El GTS fue ubicado en las dependencias del 061. Disponía de hasta 27 puestos atender las llamadas trasferidas desde Saludinforma y los centros de Salud.

Se planteó un escalonamiento en el horario de funcionamiento de la unidad según las fases de evolución de la pandemia (gráfico 1):

Fase I: de 7h a 22h todos los días de la semana.

Fase II: de 7h a 24h todos los días de la semana.

Fase III: las 24 horas todos los días de la semana.

MÉTODOS

La metodología de evaluación seleccionada para analizar el GTS es la del círculo de la calidad o PDCA de Demming, utilizada en la evaluación de otros proyectos de salud a nivel nacional e internacional, con la finalidad de redefinir el GTS, el proceso de creación y cierre, el control de la variabilidad de la asistencia y su impacto en los resultados.

Se ha explotado la base de datos del aplicativo web de Clasificación y triaje sanitario de pacientes atendidos en el periodo de funcionamiento.

Durante el periodo de funcionamiento del GTS se realizó una encuesta aleatoria de pacientes atendidos telefónicamente para conocer el grado de satisfacción con el servicio prestado y si la atención se ha realizado en un tiempo aceptable. La muestra de población fue de 174 personas.

RESULTADOS

Los resultados se presentan siguiendo el esquema del ciclo de calidad Plan, Do, Check y Act.

PLAN:

El proceso de planificación de las actividades para la respuesta a la pandemia de gripe en Aragón se desarrolló durante los meses de verano. La creación de grupos de trabajo específicos por áreas temáticas y la interdisciplinaridad de los participantes facilitaron la realización de los documentos en un tiempo inferior a un mes y con un amplio consenso

de los contenidos, orientados a instrucciones sencillas y operativas para atender a la población afectada por gripe con la evidencia disponible en cada momento.

DO:

La pandemia de gripe A en Aragón no superó la fase I del plan de respuesta a la emergencia durante el periodo estacional de gripe (septiembre 2009 – abril 2010).

El GTS se puso en marcha el 1 Noviembre y se acordó su interrupción el 23 de Diciembre de 2009 (semanas epidemiológicas de la 44 a la 51), periodo de máxima incidencia de casos de gripe en nuestra comunidad autónoma. En ese momento, se había conseguido formar a todos los profesionales y realizar dos ensayos pilotos de la aplicación web de clasificación y triaje sanitario de pacientes con sospecha de gripe.

El GTS funcionó con un máximo de 13 profesionales sanitarios, principalmente de enfermería, organizados en turnos entre las 7 y las 22 horas todos los días de la semana.

El número de llamadas atendidas fue de 3.627. La utilización fue notablemente más alta en las tres primeras semanas de funcionamiento como queda reflejado en el gráfico-2. Del total de llamadas recibidas, el 27,22% se produjo en la semana 45 (8 al 15 noviembre 2009), el 23,44% en la semana 46 y el 18,22% en la semana 47, cuya cifra acumulada supone casi el 70% de las llamadas recibidas a lo largo del periodo de funcionamiento. Estas cifras son totalmente coherentes con la curva pandémica máxima en Aragón (semanas 45, 46, 47) como refleja el gráfico 3.

En las semanas siguientes, el número de llamadas disminuyó, de forma concordante con la reducción en la incidencia de gripe. El día de la semana con mayor número de llamadas fue el lunes y el de menor número, el sábado (gráfico 4). El patrón de distribución de llamadas por hora refleja un patrón de uso con dos picos, uno a primera hora de la mañana y otro a mitad de tarde (gráfico 5). Los ciudadanos de los sectores urbanos (Zaragoza I, II y III) han sido los que han utilizado más el servicio del GTS (gráfico 6).

Las características de la población atendida por el GTS responden a un perfil de mujer (56.5% de la población atendida fueron mujeres (gráfico 7)) con una distribución etaria con predominio de población infantil y adulta joven (gráfico 8). Se corresponde con el patrón de la población más afectada por esta pandemia.

Según refleja el gráfico 9, el motivo fundamental por el que se transfirieron las llamadas desde el punto de clasificación al GTS fue la valoración clínica de sospecha de caso de gripe.

Del total de recomendaciones realizadas a la población diagnosticada de caso de gripe por el GTS la más frecuente fue reposo domiciliario (71%) seguida de cita para consulta con su médico (21%), y derivación para asistencia del 061 (4%), según se detalla en el gráfico 10.

CHECK:

La satisfacción de los usuarios atendidos por el GTS ha sido considerada como adecuada por el 91,4% de los pacientes encuestados. El 98,2 % de los pacientes refiere que tardaron muy poco o poco en atenderle y el 91,4% valoró el servicio recibido con una puntuación de 4 y 5 sobre 5 puntos. Estos resultados de satisfacción son congruentes con los obtenidos en otros sistemas de triaje apoyados en aplicaciones informáticas y telefónicos[14,16] que refieren que el 97% de los atendidos consideró el servicio adecuado y que el cumplimiento por parte de los pacientes de las recomendaciones se estimó en un 81,3%

El impacto sobre la demanda de asistencia en los centros de salud es difícil de medir. Por un lado, el 14 de agosto de 2009 se modifica la definición de caso de gripe, desapareciendo la necesidad de padecer fiebre por encima de 38ºC para ser caso. Este hecho motiva por un lado, un incremento de la incidencia y cuestiona la comparabilidad con años previos.

De cualquier forma, asumiendo que el impacto de la definición fuera menor, podríamos realizar una comparación de la actividad asistencial en la temporada de gripe 2004-2005 cuya tasa de ataque fue muy similar con la de esta ultima temporada en la que el virus ha sido principalmente del tipo A (H1N1). En la temporada 2004-2005 hubo saturación de los servicios asistenciales, principalmente, los hospitales y se reforzó con más efectivos la plantilla de los centros de salud. Si bien, la población afectada era principalmente población anciana. En esta ocasión, no ha existido saturación de los servicios asistenciales y la población afectada y que ha recibido asistencia telefónica ha sido principalmente población infantil y adulta joven.

En esta ocasión se han reforzado los puntos de atención continuada los fines de semana y se ha realizado la contratación de las 8 personas del GTS cuyo contrato ha tenido la vigencia de la actividad.

ACT

Tras la evaluación de la actividad del GTS, está la reflexión sobre su impacto asistencial y su futuro desarrollo.

Por un lado, la población ha utilizado el servicio ofertado y lo ha valorado positivamente. A nivel asistencial, se ha conseguido una buena coordinación con los centros de salud y PACs gracias al aplicativo web.

En varias comunidades autónomas han puesto en marcha teléfonos de atención al ciudadano para clarificación de informaciones en relación con la salud y para atender problemas de salud banales. En nuestro servicio, la experiencia del GTS sería un estudio piloto a considerar para la futura implantación de un sistema similar para el abordaje de problemas banales de salud.

Por otro lado, la gripe es un proceso estacional repetitivo. La aplicación web y el GTS podrían ser de gran utilidad y apoyo para las futuras campañas estacionales de gripe reduciendo el impacto asistencial de las mismas. De hecho en Reino Unido, el seguimiento de las llamadas a su dispositivo de información sobre salud al ciudadano, NHS Direct, se he empleado para el seguimiento de la gripe[4].

CONCLUSIONES

1. La gripe de la campaña 2009 -2010 se ha presentado como un cuadro clínico generalmente banal y con especial afectación de jóvenes, además de contar con una definición de caso de gripe menos restrictiva que en campañas anteriores. Es por ello que limita su comparabilidad con años anteriores en los que se veían afectadas personas mayores y la definición de caso era más restrictiva.

2. En estas circunstancias, y a pesar de la notable alarma social generada en los seis meses precedentes sobre la gravedad de la situación, esta población joven y principalmente urbana, acogió favorablemente la implantación de este servicio de información y consejo sanitario telefónico. Con él se trataba de mantener a los posibles infectados en su domicilio, minimizando el número de posibles contactos que habrían contribuido a la difusión de la pandemia y así reducir la carga de los centros sanitarios de modo que estuvieran disponibles para atender adecuadamente a los casos más graves y urgentes.

3. En este contexto, por su impacto y buenos resultados en la gestión de la demanda y conseguir una adecuada contención domiciliaria, se puede considerar que el Grupo de Triaje Sanitario y el aplicativo web han resultado herramientas útiles para ofrecer una respuesta en este tipo de crisis, experiencia que puede resultar útil de cara a otras futuras y así mismo en la gripe estacional. Si bien, se debería integrar la herramienta informática con al menos, la historia clínica electrónica de Atención Primaria y en urgencias hospitalarias.

4. Por otro lado, la congruencia de los datos de utilización del servicio del GTS con las características de la pandemia. Es decir, se utilizó mayoritariamente en las fechas de pico pandémico y la población que lo utilizó respondía a las características poblacionales de la gripe A (H1N1). Esto nos permite extrapolar que plausiblemente, la población entendió y utilizó adecuadamente el servicio.

5. El uso del GTS y de la aplicación web fue bajo en la zona rural, posiblemente por la disponibilidad de asistencia a demanda de la población en estas áreas. Y también se utillizó poco en la urgencias hospitalarias, y en el triaje presencial en los Centros de Salud. El bajo uso en hospitales y en los centros de salud puede deberse a la dificultad de introducir nuevas formas de trabajo en los perfiles profesionales de los equipos. Esta circunstancia podría cambiar con la extensión en el tiempo del servicio bien en campañas futuras de gripe, bien como servicio de atención para problemas banales de salud.

TABLAS Y GRÁFICOS:

GRÁFICO 1: Estimación de las fases de la pandemia por gripe A (H1N1) en Aragón.

Estimación de la población afectada por gripe en los diferntes escenarios de la pandemia							
	TIS	4%	10%	15%	20%	25%	35%
Población de Aragón	1.350.000	54.000	135.000	202.500	270.000	337.500	472.500
Distribución en 7 semanas	Población afectada	TASA DE ATAQUE SEMANAL /100.000 HAB					
		1 (4%)	2 (9%)	3 (16%)	4(32%)	5(16%)	6 (9%)	7 (4%)
4%	54.000	160	360	640	1280	640	360	160
10%	135.000	400	900	1600	3200	1600	900	400
15%	202.500	600	1350	2400	4800	2400	1350	600
20%	270.000	800	1800	3200	6400	3200	1800	800
25%	337.500	1000	2250	4000	8000	4000	2250	1000
35%	472.500	1400	3150	5600	11200	5600	3150	1400

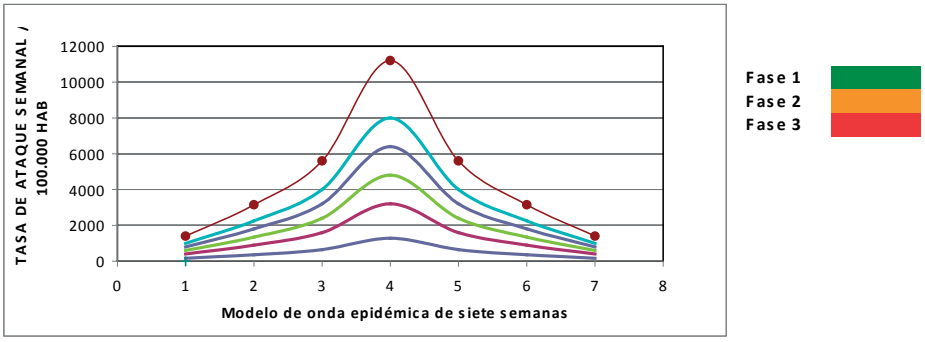


GRÁFICO 2: Distribución temporal de las asistencias del GTS.

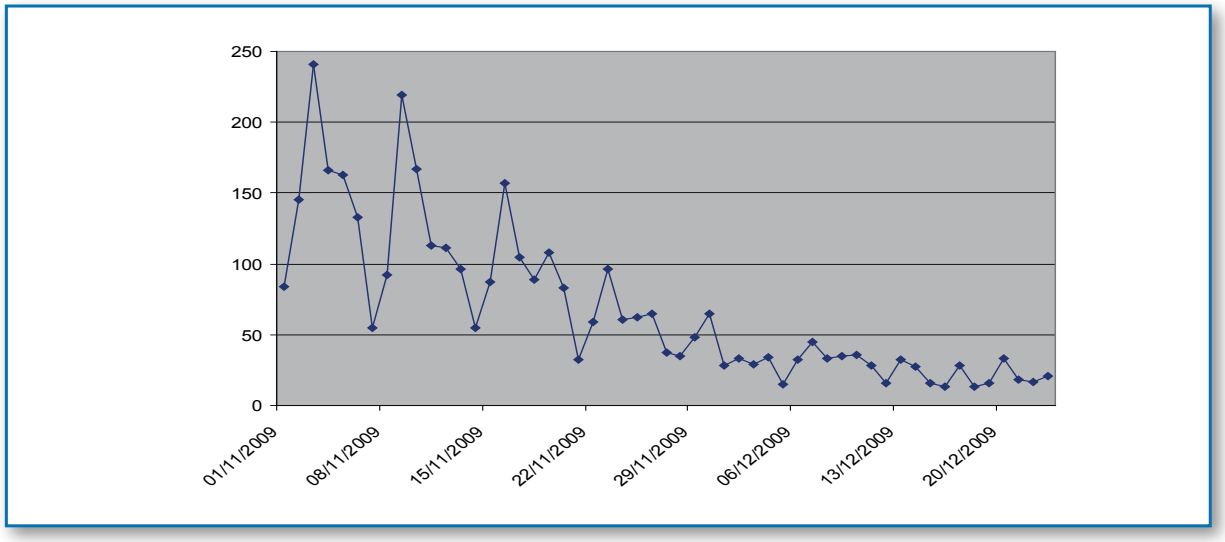


GRÁFICO 3: Evolución de la incidencia de gripe A en Aragón en otoño-invierno desde 2000 a 2010.

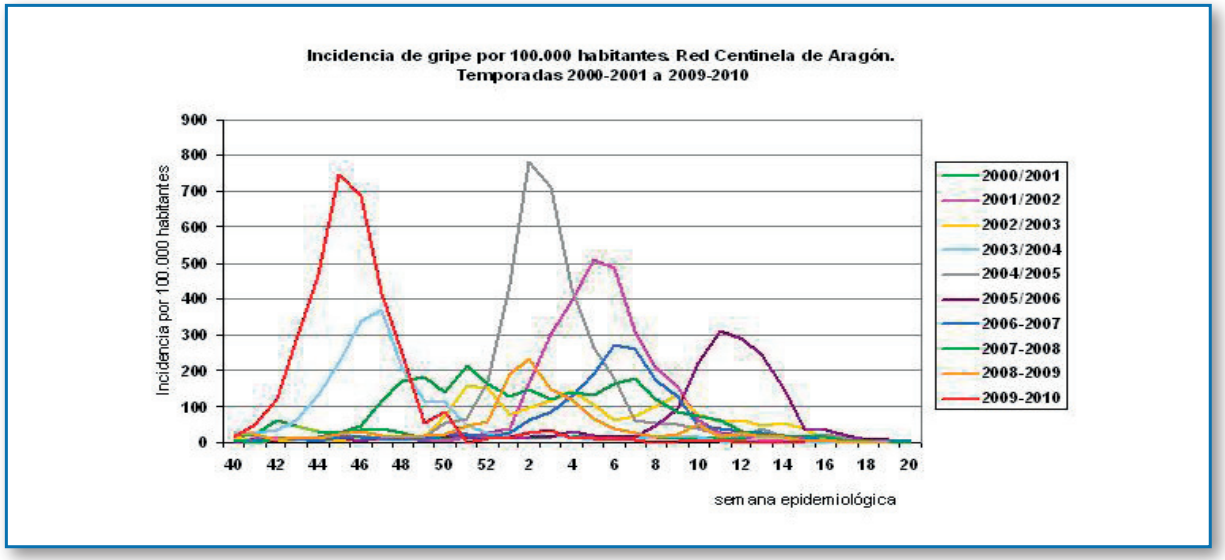


GRÁFICO 4: Distribución del porcentaje de atenciones por el GTS según el día de la semana.

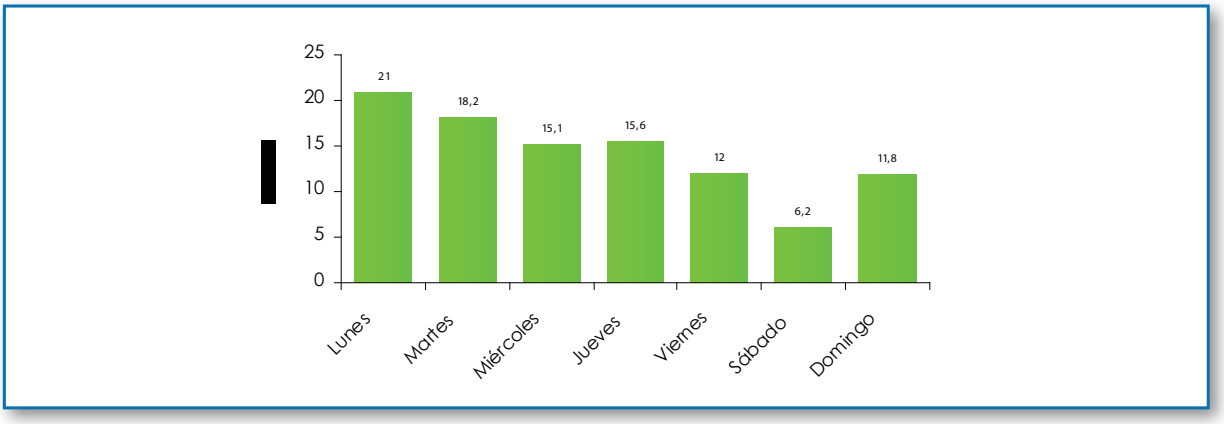


GRÁFICO 5: Patrón de distribución de las asistencias del GTS según las horas del día.

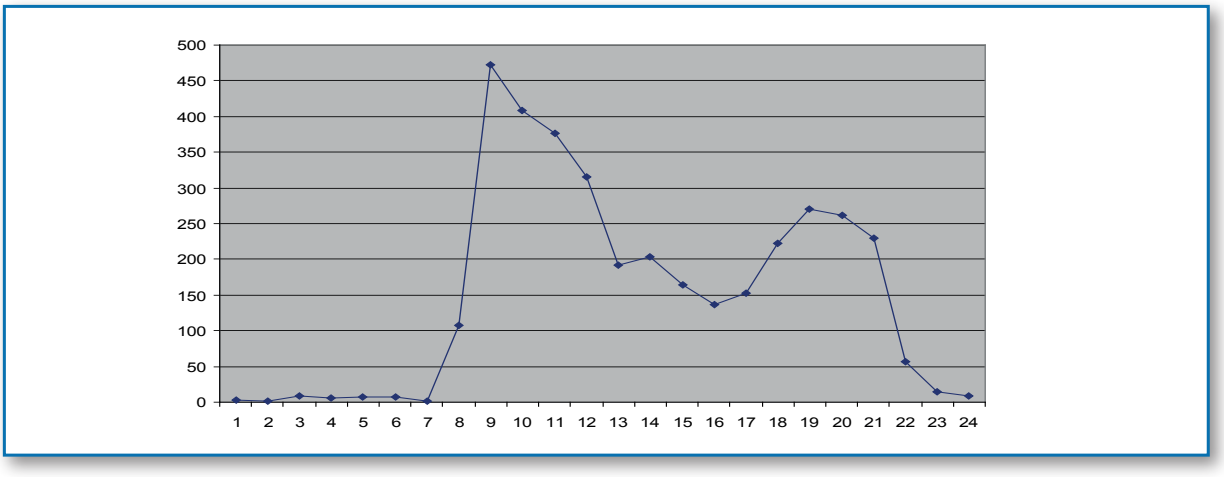


GRÁFICO 6: Patrón de distribución de las asistencias del GTS por sectores sanitarios del SALUD.

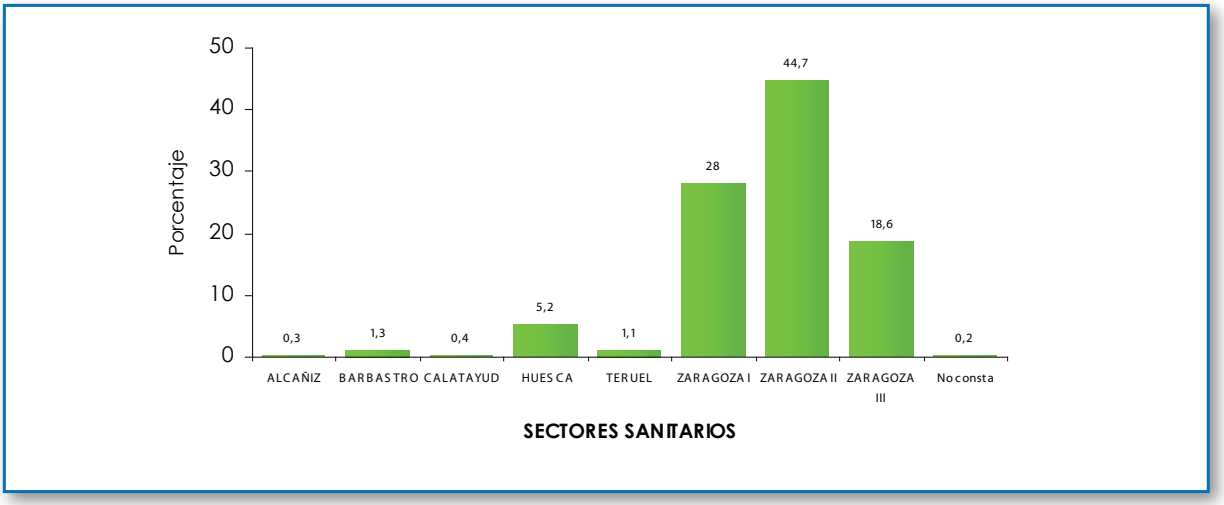


GRÁFICO 7: Distribución de la población por sexo.

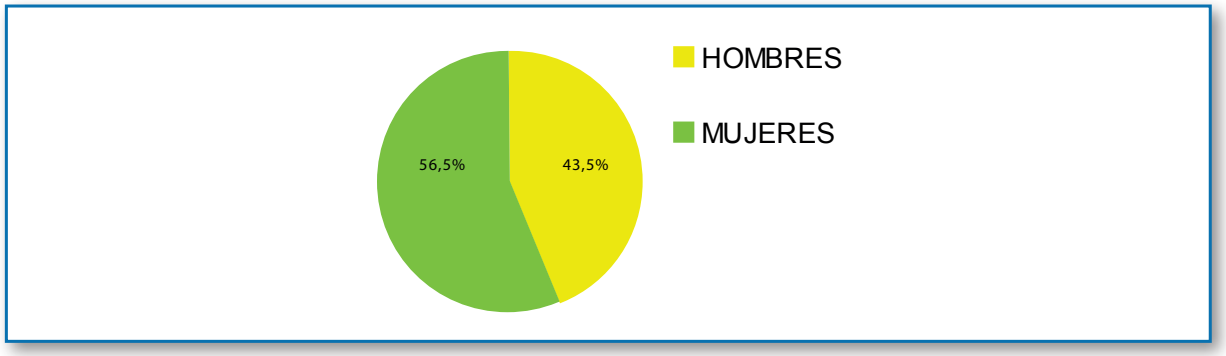


GRÁFICO 8: Distribución de la población por tramos de edad.

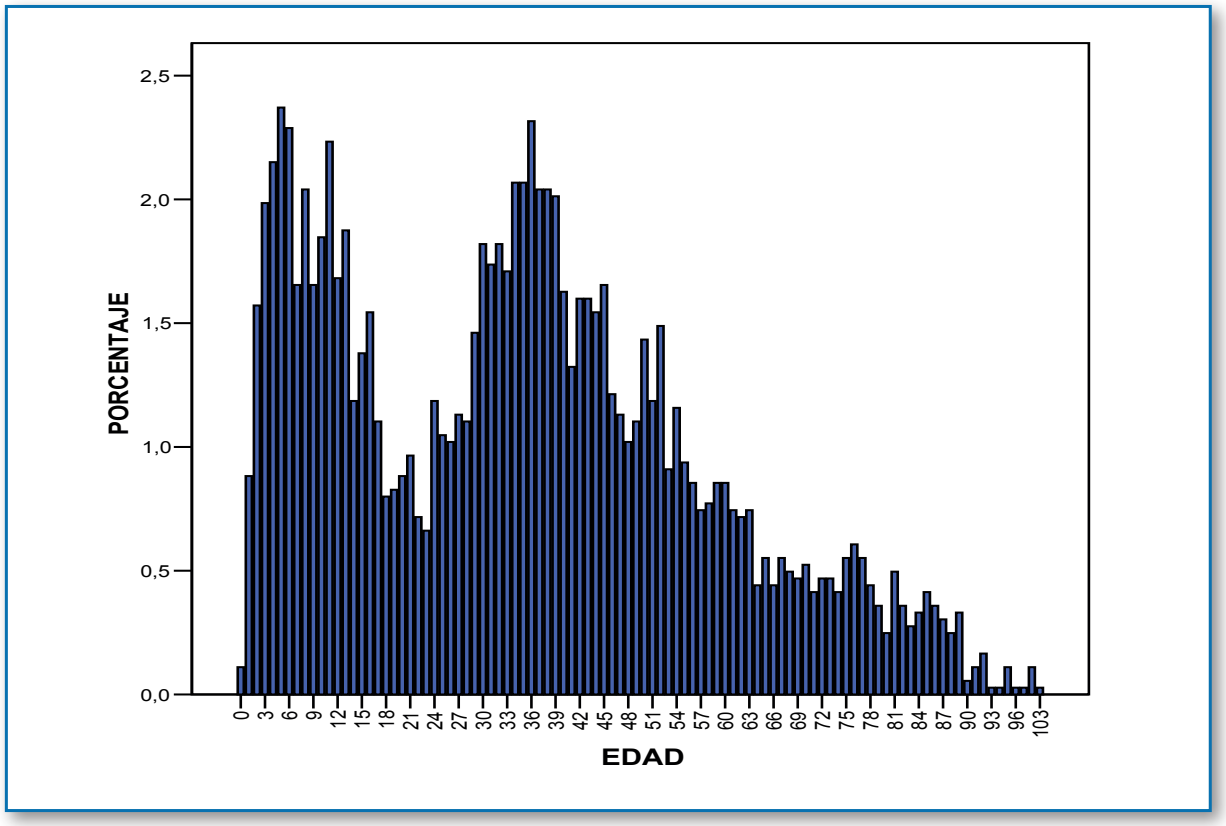


GRÁFICO 9: Distribución de las asistencias realizadas por el GTS por motivo de derivación.

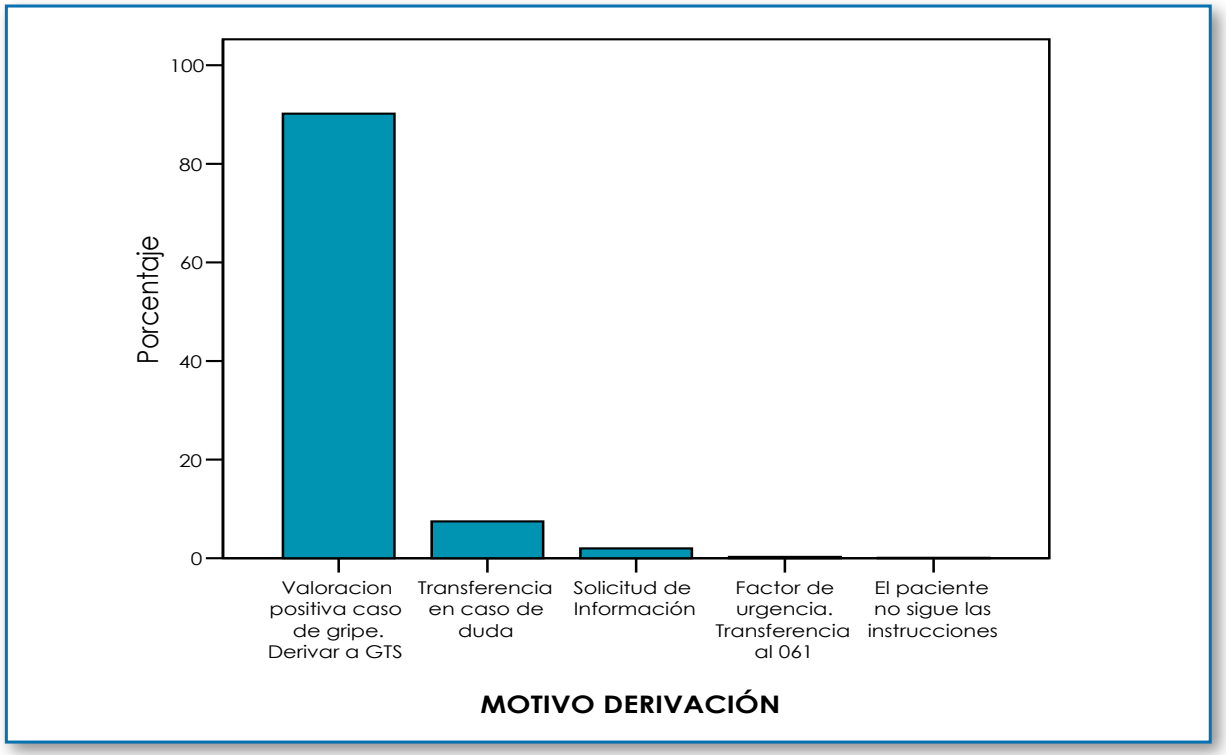
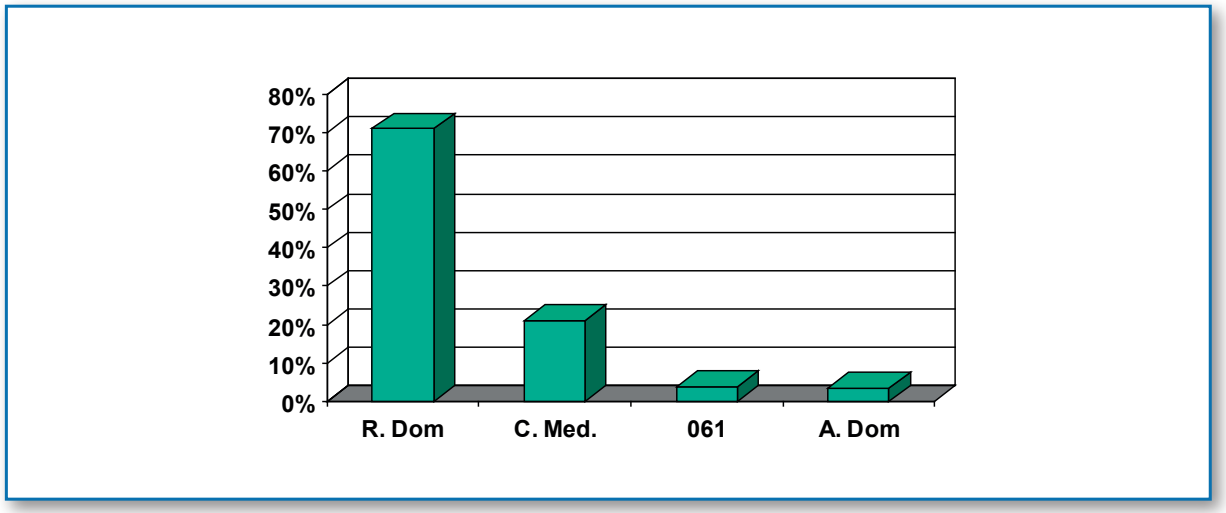


GRÁFICO 10: Distribución de las recomendaciones realizadas por el GTS a la población atendida.



BIBLIOGRAFIA:

1 OMS. Niveles de alerta de pandemia. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/levels_pandemic_alert/es/index.html. Acceso: 14 agosto 2010.

2 Real Decreto 1131/2003, de 5 de septiembre, por el que se crea el Comité Ejecutivo Nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica de la gripe

3 Ministerio de Sanidad y Política Social. Subcomisión de respuesta a la pandemia. "Criterios básicos y comunes para los planes de respuesta a la emergencia de los servicios de salud ante la pandemia de gripe a". http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/gripeA/guiasProtocolosInf/profSanit.htm. Acceso: 14 agosto 2010.

4 Decreto 179/2005, de 6 de septiembre, del Gobierno de Aragón por el que se crea el Comité Ejecutivo Autonómico para la prevención, el control y seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe.

5 http://www.saludinforma.es/opencms/opencms/. Acceso: 14 agosto de 2010.

6 http:www.aragon.es/saludpublica/gripea. Acceso: 14 agosto de 2010.

7 NHS Direct Online. About NHS Direct. Disponible en: http://www.nhsdirect. nhs.uk/. Acceso : 14 agosto de 2010.

8 Salud Responde. Junta de Andalucía. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_sabermas_saludresp. Acceso: 14 agosto de 2010.

9 Gencat te ayuda en todo momento. http://www.gencat.cat/web/cas/telefon.htm. Acceso: 14 agosto de 2010.

10 Escuder C, Cárdenas E. Implantación de la gestión de procesos en el tratamiento de la fractura de cadera. Revista de Calidad Asistencial 2002 17:2 (99-105)

11 Kobayashi, Atsushi. Launch of a National Mandatory Chronic Disease Prevention Program in Japan. Disease Management & Health Outcomes Volume: 16 Issue: 4 (2008-01-01) p. 217-225. ISSN: 1173-8790

12 Maguerez G. The CQI/TQM journey in France. The Joint Commission journal on quality improvement 1997 23:1 (33-37)

13 Marklund B, Strom M, Mansson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. Journal of Nursing Management. 2007; 15: 180-187.

14 Jones K, Gilbert P, Little J, Wilkinson K. Nurse triage for house call requests in a Tyneside general practice: patients' views and effect on doctor workload. British Journal of General Practice, 1998; 48: 1303-1306

15 Hancourt S, Smith GE, Hollyoak V et al. Can calls to NHS Direct be used for syndromic surveillance? A pilot at three sites using influenza as an example. Commun Dis Pub Hlth. 2001; 4(3): 178-182

16 Cooper DL, Smith GE, Hollyoak VA, Joseph CA, Johnson L, Chaloner R. Use of NHS Direct calls for the surveillance of influenza – a second year's experience. Commun Dis Pub Hlth. 2002; 5(2): 132-136

Experiencia y vivencia de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario de Móstoles en las recertificaciones en Normas ISO 9001: 2008

Eva Molina Alén, Carmelo Tafalla Bordonada, Beatriz Fidalgo Hermida, Manuela Mateos Romero, Mercedes Vinuesa Sebastián y Cristina Granados Ulecia.

1. INTRODUCCIÓN:

El Hospital Universitario de Móstoles (HUM) es un centro público perteneciente a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en la zona suroeste de la Comunidad Autonómica, ubicado en la localidad de Móstoles. Se sitúa en el Área Sanitaria 8, compartiendo la demanda asistencial de los ciudadanos con el Hospital Fundación Alcorcón.

El Hospital Universitario de Móstoles se inauguró el 25 de junio de 1983. Actualmente cuenta con un promedio de **403** camas funcionantes, **12** quirófanos, **2** paritorios, **67** Consultas Externas hospitalarias y **1** Hospital de Día con **12** puestos y que actualmente se están ampliando a **18**, y un Centro de Especialidades "Coronel de Palma" con **30** Consultas, **1** Unidad de Fisioterapia y **1** Unidad de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

INDICADORES 2009

En cuanto a los indicadores de nuestros centros correspondientes al año 2009, podemos destacar que el Servicio de Urgencias atendió unas **118456** urgencias, que el número de ingresos totales fue de **16489**, de los cuales **12440** fueron ingresos urgentes y **4049** fueron programados. En cuanto a consultas médicas en el hospital, se atendieron un total de **160892**, siendo **31142** de primera visita y **129750** sucesivas, mientras que en el Centro de Especialidades Coronel de Palma, se atendieron un total de **214859** consultas, unas **88532** a primeras visitas y **126327** a sucesivas. La población de referencia es de unos **220.000** habitantes pertenecientes a los municipios de Móstoles y Arroyomolinos.

Desde su puesta en marcha, el Hospital de Móstoles cumple con funciones asistenciales, docentes e investigadoras y es un hospital universitario general de segundo nivel con una intensa actividad asistencial.

Actualmente tiene una plantilla de **2300** trabajadores (médicos, farmacéuticos, biólogos, matronas, fisioterapeutas enfermeras, técnicos especialistas, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, celadores, maestros, personal de administración, gestión, mantenimiento, hostelería, limpieza, etc.) que trabajan para ofrecer la mejor asistencia sanitaria especializada a sus usuarios. Esta asistencia sanitaria comprende: consultas, hospitalización, realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, así como atención urgente.

2. El Centro y la Calidad: reseña histórica

En el año 2006, la Gerencia del centro, realizó la planificación estratégica para los siguientes años, orientando su actividad de gestión hacia la calidad asistencial y la búsqueda de la excelencia, decidiendo incluir en su proyecto la implantación de un Sistema de Gestión Integrado, ambiental y de calidad (SIG), basado en las normas ISO 9001 y 14001. La dirección actual ha mantenido y reforzado esta línea estratégica de desarrollo de un modelo de calidad total.

El desarrollo de la **Política Ambiental y de Calidad**, definió el marco adecuado para la gestión medioambiental y de la calidad, estableciéndose los objetivos y metas ambientales y de calidad de nuestra institución.

La Dirección, a través de su liderazgo permanente, estableció el compromiso con la mejora de la Calidad y el Medio Ambiente como objetivo prioritario, asignando para ello todos los recursos necesarios para controlar el impacto ambiental, gestionar adecuadamente los recursos naturales, los residuos, las emisiones y los vertidos, así como mantener la mejora continua y prevenir la contaminación.

En nuestro Centro Sanitario existe un compromiso con la sociedad para la protección y promoción de su salud en todas sus dimensiones, así como con la protección del medioambiente. Fruto de ello, ha sido la obtención, el pasado mes de junio, de **51 recertificaciones conforme a la norma UNE - EN ISO 9001:2008** en el ámbito hospitalario. Además la realización de campañas de hábitos saludables y de protección del medioambiente, orientadas a la población infantil y juvenil del municipio, realizadas en colaboración con instituciones educativas de Móstoles y con las autoridades municipales.

INICIO

El Hospital Universitario de Móstoles (H.U.M.) comienza en el **2006** la aventura de la calidad, certificándose desde entonces los diferentes servicios y unidades que conforman la cartera asistencial del centro. Ese año se elaboró la primera edición de la Política de Calidad de HUM y a finales de 2006, se comenzó a implantar un SGC basado en la norma UNE -EN ISO 9001:2000 en todo el Hospital. Ésta, es una norma genérica para sistemas de gestión de la calidad aplicables a cualquier organización, independientemente del tipo, tamaño o actividad que desarrolle y su finalidad es especificar un sistema de gestión de la calidad que permita a una organización demostrar su habilidad para prestar servicios que cumplan con los requisitos de sus clientes, así como otros requisitos aplicables como es la Legislación. La norma también tiene como objetivo incrementar la satisfacción del cliente, desarrollar procesos para la mejora continua y garantizar la conformidad de los productos. El SGC se basa en la identificación y descripción de los procesos, así como la interacción entre los mismos.

En **2007** se elaboró la segunda edición de la Política Ambiental y de Calidad en la que se recogen por primera vez los aspectos medioambientales. En ésta edición, se definieron como objetivos prioritarios la mejora de la calidad y del medioambiente, que se desarrollaron con la **Implantación de un Sistema de Gestión Integrado (SGI)** Ambiental y de Calidad basado en las normas UNE - EN ISO 14001:2004 y UNE - EN ISO 9001:2000 respectivamente. En junio de 2007 se comenzó a implantar el Sistema de Gestión Medioambiental (SGMA) y ambos sistemas se integraron en un SGI (Sistema

de Gestión Integrado: Ambiental y de Calidad).

Los objetivos específicos del SGI eran mejorar la calidad asistencial, adecuar la gestión de nuestros recursos, minimizar, detener y revertir los impactos negativos que produce nuestra actividad en el medioambiente, cumpliendo las expectativas de los clientes, basándonos en el cumplimiento legal y reglamentario.

Estas normas, UNE - EN ISO 14001:2004 y UNE - EN ISO 9001:2000, describen un sistema de gestión con una secuencia métodológica con trazabilidad internacional, que demuestra la capacidad de los servicios certificados para gestionar los procesos de modo controlado, con el compromiso de mejorar continuamente.

El pasado mes de mayo de **2010**, se llevaron a cabo las auditorías externas para la recertificación en calidad de 51 servicios/unidades del Hospital Universitario de Móstoles, obteniendo los certificados de conformidad conforme a la Norma ISO 9001, los cuales han sido producto del gran esfuerzo de todos los profesionales del centro en la mejora continua de los procesos, dado que sin sus compromisos y su implicación no hubiera sido posible, generando un ambiente de gran satisfacción entre ellos por conseguir el reconocimiento externo de su buen hacer.

metodología DE LA IMPLANTACIÓN

La Norma UNE- EN ISO 9001, es el tronco vertebrador que estructura el control documental y el sistema de mejora continua al promover la adopción de un enfoque basado en procesos, la mejora de la eficacia de un Sistema de la Calidad, el aumento de la satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de los requerimientos normativos, legales y reglamentarios.

Conceptos claves:

- El término de **Gestión de la Calidad** define el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad. Generalmente incluye el establecimiento de la política de la calidad y los objetivos de la calidad, así como la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.

- Por **Política de la Calidad** se entiende la expresión formal por la Dirección de las intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad. Lo que se ambiciona o pretende en relación con la calidad son los objetivos de la calidad. La política de la calidad y los objetivos de la calidad determinan los resultados deseados y ayudan a la organización a aplicar sus recursos para alcanzar dichos resultados. El logro de los objetivos de la calidad puede tener un impacto positivo sobre la calidad del producto/servicio, la eficacia operativa y el desempeño financiero y, en consecuencia, sobre la satisfacción y confianza de las partes interesadas.

- Un **Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)** es la parte del sistema de gestión enfocada a dirigir y controlar una organización en relación con la calidad. Implica tener un enfoque para desarrollar e implementar un SGC (o para mantener y mejorar uno ya existente) y comprende diferentes etapas:

  - determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas.
  - establecer la política y objetivos de la calidad de la organización.
  - determinar procesos y responsabilidades necesarias para lograr los objetivos de la calidad.
  - determinar y proporcionar los recursos necesarios para lograr los objetivos de la calidad.
  - establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.
  - aplicar estas medidas para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso.

- determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas.
- establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del SGC[1].

La Norma UNE- EN ISO 14001 proporciona a las organizaciones los elementos de un Sistema de Gestión Ambiental eficaz, les ayuda a lograr metas ambientales y económicas, teniendo en cuenta la identificación de los aspectos medioambientales significativos y los requisitos legales. Una característica importante y fundamental es la posibilidad de que ambos sistemas pueden ser integrados con otros sistemas de gestión.

Ambas normas se basan en el **ciclo PDCA**, conocido como "Círculo de Deming" (de Edwards Deming), que es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart. Las siglas PDCA corresponden al acrónimo de Plan, Do, Check, Act (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

PLAN (Planificar)

- Identificar el proceso que se quiere mejorar.
- Recopilar, analizar e interpretar los datos.
- Establecer los objetivos, metas y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con la política ambiental y de calidad del Hospital.

DO (Hacer)

- Ejecutar y/o implementar los procesos definidos.
- Documentar las acciones realizadas.

CHECK (Verificar)

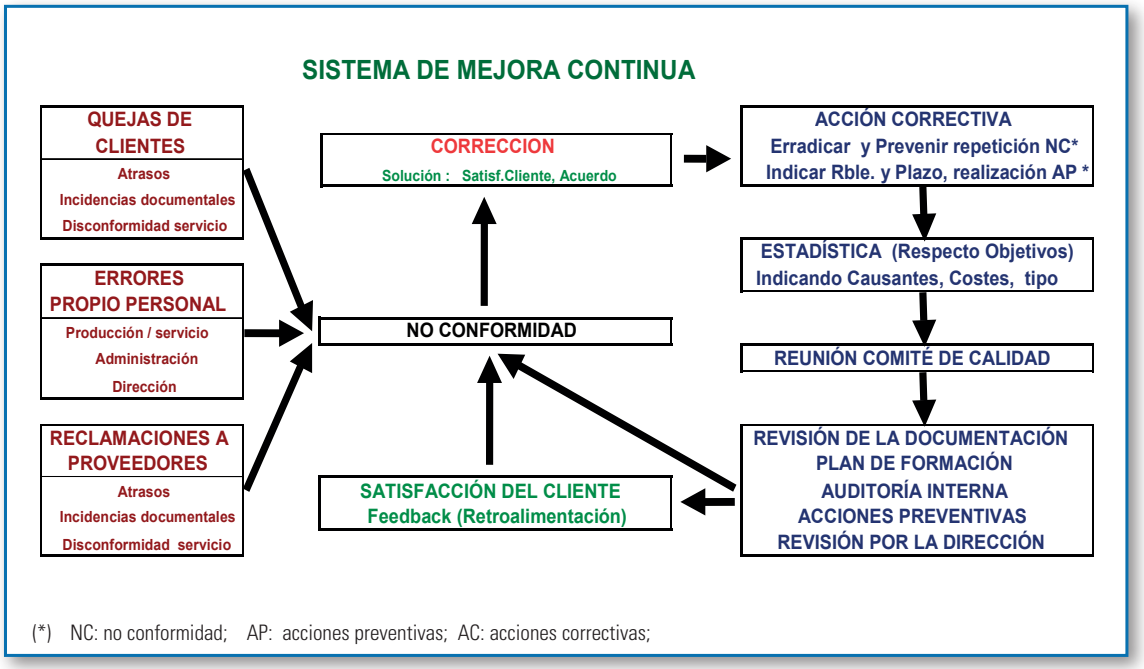
- Realizar el seguimiento y la medición de los indicadores de los procesos, objetivos, metas, requisitos legales, etc.
- Documentar los resultados y conclusiones.

ACT (Actuar)

- Modificar los procesos según las conclusiones y tomar decisiones para mejorar continuamente el desempeño del Sistema de Gestión Integrado.

El modo que el ciclo PDCA se aplica al SGI se refleja en el siguiente cuadro:

[1] Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2000, Capítulo 1, Edición MAYO 2005



En el Hospital Universitario de Móstoles, integramos los dos sistemas de gestión, medioambiental y calidad, en un **Sistema de Gestión Integrado SGI**.

3. Objetivos:

El objetivo principal del trabajo es describir y compartir la experiencia de la Unidad de Calidad (UC) al realizar la recertificación de las Normas ISO en todo el Hospital, pero también nos hemos planteado analizar las emociones provocadas y generadas en el personal de los diferentes servicios y unidades durante el seguimiento del sistema de gestión de calidad con el fin de poder obtener dichas certificaciones.

Nuestro propósito, incluía también entre los objetivos específicos de este trabajo, explorar e identificar nuestras propias emociones y comportamiento ante tal abanico de sentimientos y emociones.

4. Material y Métodos:

La Unidad de Calidad se compone de tres personas, un coordinador médico, una supervisora de área funcional de enfermería (SAF) y un auxiliar administrativo.

Además del seguimiento habitual del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) durante 4 meses se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva, por parte de la Unidad de Calidad, de todo el SGC de los Servicios/Unidades certificados del Hospital, con la finalidad de que todos los procesos estuviesen correctamente documentados y actualizados, para

poder superar sin problemas las auditorias externas de recertificación que se realizarían a finales del mes de mayo. El seguimiento y cronograma se planificaron con la Dirección y con los responsables de los Servicios.

Durante esos meses de gran esfuerzo y trabajo, fuimos conscientes y testigos de las emociones y comportamientos tan diversos que causábamos, dando lugar a que nos planteáramos realizar un análisis DAFO incluyendo en dicho análisis, la identificación de las emociones que generamos en el personal y las que a su vez nos producía dicho seguimiento.

PROCESO DE RECERTIFICACIÓN

Iniciamos esta etapa elaborando un cronograma para las recertificaciones ISO 9001:

1. **Del 2 al 22 de febrero:** Fijar un calendario de reuniones con los responsables de los servicios/unidades asistenciales (Facultativos, Enfermería), de gestión y administración y los dependientes de la Gerencia. Las reuniones tienen como finalidad revisar, cambiar, modificar y preparar la documentación necesaria para la recertificación:
   - 1.1 Revisión de la última auditoria de las NC y de las Observaciones
   - 1.2 Revisión en el procedimiento especifico: procedimiento, actividades, diagramas de flujo, registros, anexos, protocolos, etc.
   - 1.3 Encuesta de satisfacción revisión de los ítems.
   - 1.4 Evaluación de proveedores.
   - 1.5 Bibliografía.
   - 1.6 Seguimiento de: NC, acciones correctivas (AC) y acciones preventivas (AP).
   - 1.7 Registros de formación (intrahospitalaria y extrahospitalaria), Actas de formación.
   - 1.8 Legislación.
   - 1.9 Listado de equipos.
   - 1.10 Mantenimientos preventivos.
   - 1.11 Actualización de organigrama.
   - 1.12 Actualizar mapa de procesos.
   - 1.13 Indicadores 2009.
   - 1.14 Seguimiento de objetivos 2009.
   - 1.15 Plantear objetivos 2010.
   - 1.16 Pactar las siguientes reuniones y establecer el cronograma especifico para cada Servicio/Unidad.
2. **Del 22 febrero al 9 de abril:** La Unidad de Calidad realizará el seguimiento según el cronograma de recertificación pactado con cada uno de los responsables de los Servicios/ Unidades.
   - 2.2. Elaboración de la documentación, actualización de los procedimientos y registros específicos del Servicio/ Unidad. 59 X Procedimiento 7.1.

2.3. Elaboración, actualización de la documentación general del SGC: Manual de calidad, Procedimiento 7.2, Procedimiento 7., Procedimiento 7.4, Procedimiento 7.6, Procedimiento 8.

2.4. Distribución de los procedimientos.

2.5. Elaboración, aprobación y distribución de las encuestas de satisfacción para su posterior análisis.

2.6. Elaboración de los objetivos 2010.

2.7. Revisión de las NC y elaboración de un informe.

2.8. Seguimiento de las acciones correctivas, elaboración de un informe con el cierre de aquellas que se puedan cerrar.

2.9. Análisis de los indicadores de actividad médica y enfermera. Comparativa con años anteriores.

2.10. Estudio de la legislación.

2.11. Planificación de auditorias internas y elaboración de listados de verificación.

3. **Del 12 al 23 de abril:** La Unidad de Calidad debe realizar 59 auditorías internas.

4. **Del 26 al 30 de abril**: La Unidad de Calidad debe elaborar la documentación de los 59 informes a la Dirección.

5. **Del 3 al 14 de Mayo**: Unidad de Calidad y Direcciones (Médica, Enfermería, Gestión y Gerencia): se llevan a cabo las reuniones de las Direcciones correspondientes con los Servicios/ Unidades y la Unidad de Calidad. En ellas se revisan el informe de auditoria interna, estudio de la satisfacción de los clientes, análisis de NC, AC y AP, seguimiento de los indicadores, seguimiento de los objetivos 2009, firma de objetivos 2010 y planificación de acciones de mejora.

6. **Del 24 al 27 de Mayo**: Se realizan las auditorias externas, la Unidad de Calidad acompaña al equipo auditor y asesora a los servicios auditados.

7. **Periodo postauditoría**: Si del resultado de la auditoría externa se evidenciaran NC con la Norma, será necesario elaborar un informe al jefe del equipo auditor con un plan de acciones correctivas para la subsanación de las NC, enviando las evidencias de las correcciones.

8. **Recertificación**: Obtención de los certificados y entrega a los responsables de los Servicios/Unidades en acto público del Centro.

ANÁLISIS DAFO

Tras la obtención de las recertificaciones, nos propusimos realizar un análisis DAFO y poder reflexionar sobre el proceso llevado a cabo. El **análisis DAFO** es un método sencillo y eficaz para decidir sobre el futuro. Permite analizar los resultados obtenidos y plantear cuales podrían ser las líneas de mejora aplicables a los futuros seguimientos de los SGC así como plantear las acciones a poner en marcha para aprovechar las oportunidades detectadas y a preparar a nuestra organización contra las amenazas teniendo conciencia de nuestras debilidades y fortalezas. A su vez, este periodo previo a la recertificación, nos obligó a trabajar en equipo en la unidad, a compartir y a introducir cambios y modificaciones de forma inmediatas dado las fechas fijadas de las auditorias externas, añadiendo otro factor estresante más a todos los implicados en dicho proceso.



Todos éramos concientes de la importancia de este proyecto, del esfuerzo y del trabajo que implicaba, lo que generaba diariamente una nutrida descarga de emociones, emociones muy diversas, positivas y negativas, que obedecían a las motivaciones, situaciones y sobrecarga del Servicio/Unidad provocando comportamientos y conductas diferentes. Estas circunstancias observadas motivaron nuestra reflexión, decidiendo la exploración de las emociones generadas tanto en el personal implicado en las certificaciones como las que nos generaban al personal de la UC.

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO

Desde la implantación del SGC en el año 2006, se mide la satisfacción de los usuarios a través de la evaluación que cada servicio realiza de sus proveedores internos. La UC se plantea medir la satisfacción del cliente a través de la evaluación de proveedores internos. Para ello, se diseña una evaluación genérica de proveedores y la enviamos a los Servicios para su cumplimentación sólo si los servicios son sus proveedores internos. La evaluación se compone de tres criterios que han de valorarse con una escala de puntuación del 1 al 10:

1. Puntualidad en la entrega.
2. Concordancia de lo entregado con lo solicitado.
3. Calidad general del servicio.

Hemos realizado un análisis estadístico de las evaluaciones enviadas a nuestra unidad, elaborando un Ranking de proveedores internos. Este ranking permite obtener la puntuación global de cada Servicio/Unidad cuantificando el número de servicios que le han evaluado. A su vez nos permite comparar los resultados de años anteriores y detectar los puntos fuertes y áreas de mejora de los distintos servicios/unidades.

Con la medición de la satisfacción de los proveedores hemos conseguidos:

- Obtención de la puntuación global de cada servicio/unidad, con la cuantificación del número de servicios que le han evaluado.
- Comparativa de los resultados con los años anteriores y detección de los puntos fuertes y de las áreas de mejora.
- Realización de un Ranking de proveedores internos.

EMOCIONES: INTRODUCCIÓN

¿Que son las emociones?

Etimológicamente, la palabra emoción proviene del latín, del verbo *movère* y según el diccionario de la Real Academia Española (R.A.E) define la capacidad que tenemos de movernos, acercándonos hacia algo o alejándonos de algo, pero también en sus acepciones 3, 4, 5, 6, 7 se define como:

3. Dar motivo para algo; persuadir, inducir o incitar a ello.
4. Dicho de un afecto del ánimo: Inclinar o persuadir a hacer algo.
5. Causar u ocasionar. Mover a risa, a piedad , a lágrimas.

6. Alterar, conmover.

7. Excitar o dar principio a algo en lo moral. Mover guerra, discordia, trato.

A su vez, la palabra emoción, del latín *emotĭo, -ōnis*, se define como:

- Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.

- Interés expectante con que se participa en algo que está ocurriendo.

Las emociones son experiencias muy complejas que se expresan utilizando una gran variedad de térmicos que van acompañados de gestos y de actitudes. Una emoción es un estado afectivo que se experimenta asociada a cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos). Las emociones pues, son fenómenos psicofisiológicos[2] que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo. Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Generalmente se experimentan como agradables o desagradables y se consideran reacciones adaptativas que afectan nuestra manera de pensar.

Las emociones tienen diferentes dimensiones y, en el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos interrelacionados de modo que los cambios en uno repercuten y modifican los otros, éstos son los pensamientos, los sentimientos y las conductas. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

Psicológicamente, las emociones alteran la atención, modifican ciertas conductas y activan redes asociativas relevantes en la memoria.

Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluyendo las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del SNA y sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo. Son reacciones subjetivas al ambiente que van acompañadas de respuestas neuronales y hormonales.

Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, impulsándonos hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y alejándonos de otras.

Los estudiosos de las emociones no se han puesto de acuerdo en proponer una lista concreta de emociones y muchos han propuesto diversas opciones en función de diversos aspectos emocionales. Entre ellos, Daniel Goleman (1996) y Rafael Bisquerra (2000), clasifican las emociones en negativas, positivas o ambiguas y estéticas basándose en el grado en que las emociones afectan al comportamiento del sujeto. Hemos elaborado una tabla con esta clasificación.

2 http://es.wikipedia.org/wiki/Emoci%C3%B3n

CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS		
EMOCIONES NEGATIVAS	IRA	Rabia, cólera, rencor, odio, furia, celos, indignación, resentimiento, aversión, exasperación, tensión, excitación, agitación, enojo, acritud, animadversión, animosidad, irritabilidad, hostilidad, violencia, envidia, impotencia.
	MIEDO	Temor, horror, pánico, terror, pavor, desasosiego, susto, fobia, ansiedad, aprensión, inquietud, incertidumbre.
	ANSIEDAD	Angustia, anhelo, desesperación, inquietud, estrés, preocupación, desazón, consternación, nerviosismo.
	TRISTEZA	Depresión, frustración, decepción, aflicción, pena, dolor, pesar, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desgana, morriña, abatimiento, disgusto, preocupación, desesperación.
	VERGÜENZA	Culpabilidad, timidez, inseguridad, vergüenza ajena, bochorno, pudor, recato, rubor, sonrojo, verecundia, perplejidad, desazón, remordimiento, humillación, pesar.
	AVERSIÓN	Hostilidad, desprecio, acritud, animosidad, antipatía, resentimiento, rechazo, recelo, asco, repugnancia, desdén, disciplencia, disgusto.

CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES POSITIVAS		
EMOCIONES POSITIVAS	ALEGRÍA	Entusiasmo, euforia, excitación, contento, deleite, diversión, placer, estremecimiento, gratificación, satisfacción, capricho, éxtasis, alivio, regocijo, diversión.
	HUMOR	Provoca sonrisa, risa, carcajada, hilaridad.
	AMOR	Afecto, cariño, ternura, simpatía, empatía, aceptación, cordialidad, gratitud, ágape, confianza, amabilidad, afinidad, respeto, devoción, adoración, veneración, enamoramiento.
	FELICIDAD	Gozo, tranquilidad, paz interior, dicha, placidez, satisfacción, bienestar.
	EMOCIONES AMBIGUAS	Sorpresa, esperanza, compasión.
	EMOCIONES ESTÉTICAS	Las producidas por las manifestaciones artísticas (literatura, pintura, escultura, música, etc.)

5. RESULTADOS:

ANÁLISIS DAFO

- **Dificultades/Limitaciones:** Número y tipos de Servicios/Unidades, planificación de citas, combinación de Agendas de Responsables, pérdidas y reprogramaciones de citas, jornada horaria, sobrecarga de los profesionales para asumir táreas en el SGC, obligación de medir y registrar algunos indicadores, cambios en los puestos de responsabilidad de enfermería, bajas laborales de los implicados en las certificaciones, profesionales que no creen en la calidad, utilización de la recertificación como medida de presión a la dirección, las reuniones multidisciplinares de los servicios con las direcciones, etc.

- **Amenazas:** Fecha de la Auditoria Externa, resistencia al cambio, vivencia de la calidad como una sobrecarga de trabajo, las observaciones y NC habidas el año anterior, las reuniones multidisciplinares de los servicios con las direcciones.

- **Puntos Fuertes:** sistematizar las táreas, simplificar los procesos, unificar criterios, establecimiento de planes y registros de formación de forma reglada de todo el personal (médico, enfermería, administrativos, etc.), compartir un espacio común en la UC, el ambiente laboral en UC, satisfacción por el trabajo bien hecho, implicación del personal en la actividad diaria, uso de la tecnología (intranet, entornos de red compartidos, correo electrónico, acceso a cuadros de mando), estandarización del SGC, las relaciones con los Servicios/Unidades, conocimiento de la organización del Hospital.

- **Oportunidades de Mejora:** en nuestro SGC propio de la UC y el de los Servicios/Unidades, aplicar procesos que garanticen el control y la organización del trabajo y de la documentación, optimización de la tecnología, orientación hacia el modelo EFQM, promover una cultura de excelencia, mayor reconocimiento profesional y satisfacción del personal, visión de equipo e incorporar valor añadido a nuestro trabajo.

- **Otros resultados:**

  - La UC ha sido evaluada este año por 59 unidades frente a 7 que lo hicieron en el 2009, obteniendo una media de 8.39. (59 evaluaciones dado que muchos Servicios se componen de responsable médico y de Enfermería, y algunos han realizado la evaluación de forma independiente mientras que otros lo han hecho conjuntamente).

  - En ambas evaluaciones (2010/2009), la moda obtenida fue de 8 puntos.

  - Existe una mejora de resultados en la encuesta de satisfacción del cliente interno a la UC: de **7.95** del año 2009 a **8.24** en 2010.

  - Hemos realizado la medición de la satisfacción del cliente interno y elaboración de un ranking de proveedores interno.

EMOCIONES GENERADAS POR LA UNIDAD DE CALIDAD

Durante estos meses que ha durado el proceso de recertificación, hemos constatado como los profesionales implicados en este proceso eran protagonistas de emociones muy diversas. Tales emociones han sido producto de cómo vivenciaba el responsable el seguimiento y la preparación para la auditoría externa de la recertificación, es decir, cómo pensaba, sentía y se comportaba ante dicho proceso. Detectamos emociones negativas y positivas y las hemos clasificados

según la tabla elaborada en páginas anteriores en base a la clasificación de Goleman y Bisquerra aunque con algunas modificaciones. Hemos elaborados dos puntos, el primero identificando las emociones generadas por la UC con motivo de la recertificación y el segundo las emociones que han provocado los Servicios a la UC.

EMOCIONES NEGATIVAS GENERADAS POR LA UC	**IRA**	Rabia, cólera, indignación, resentimiento, tensión, excitación, irritabilidad, enojo.
	MIEDO	Temor, desasosiego, ansiedad, inquietud, incertidumbre.
	ANSIEDAD	Angustia, desesperación, inquietud, estrés, preocupación, nerviosismo.
	TRISTEZA	Frustración, decepción, aflicción, pesimismo, desaliento, desgana, preocupación, desesperación.
	VERGÜENZA	Timidez, inseguridad, vergüenza ajena.
	AVERSIÓN	Desprecio, acritud, antipatía, rechazo, disgusto.
	OTRAS	Saturación, frialdad, estrés, distracción.

EMOCIONES POSITIVAS GENERADAS POR LA UC	**ALEGRÍA**	Entusiasmo, excitación, contento, satisfacción, alivio.
	HUMOR	Sonrisa, risa, carcajada.
	AMOR	Afecto, simpatía, empatía, aceptación, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, respeto, gratitud.
	FELICIDAD	Tranquilidad, satisfacción, bienestar.
	OTRAS	Expectativas, interés, implicación, participación, amistad.

EMOCIONES GENERADAS A LA UNIDAD DE CALIDAD

EMOCIONES NEGATIVAS GENERADAS A LA UC	**IRA**	Rabia, indignación, tensión, excitación, irritabilidad, enojo.
	ANSIEDAD	Angustia, desesperación, inquietud, estrés, preocupación, nerviosismo.
	TRISTEZA	Frustración, decepción.
	VERGÜENZA	Vergüenza ajena.
	AVERSIÓN	Antipatía, rechazo, disgusto.
	OTRAS	Saturación, estrés.

EMOCIONES POSITIVAS GENERADAS A LA UC	**ALEGRÍA**	Entusiasmo, excitación, satisfacción, alivio.
	HUMOR	Sonrisa, risa, carcajada.
	AMOR	Afecto, simpatía, empatía, aceptación, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, respeto, gratitud.
	FELICIDAD	Tranquilidad, satisfacción, bienestar.
	OTRAS	Expectativas, interés, implicación, participación, amistad.

6. CONCLUSIONES:

Tras este proceso llevado a cabo en todo el hospital con la recertificación en la Norma ISO 9001:2008 de os 51 Servicios/Unidades, hemos dividido las conclusiones en dos grupos, las primeras, relacionadas con el Hospital (Servicios/Unidades) y las segundas relacionadas con la Unidad de Calidad.

1. Hospital

- El reconocimiento explícito de los auditores externos en la estandarización y mejora del SGC del hospital.
- La sistematización de táreas, simplificación de los procesos y unificación de criterios en todo el hospital.
- La implicación, receptividad y mejora en el SGC de todo el Hospital.
- La mejora en la evaluación de los proveedores y en la satisfacción de clientes.
- La importancia en la detección de los puntos fuertes y de las áreas de mejora.
- La mejora en la medición de indicadores.
- Aplicación de las herramientas tecnológicas e informáticas (Sistemas de información, cuadros de mandos, entornos compartidos de red, etc.).

2. Unidad de Calidad

- El reconocimiento explícito y público de los auditores externos y de toda la organización, del trabajo realizado por la UC.
- Aplicación y uso de las herramientas tecnológicas e informáticas (Sistemas de información, cuadros de mandos, entornos compartidos de red, etc.).
- Es importante y necesario contar con una aplicación de gestión documental.
- La elaboración de la base de datos de la evaluación de proveedores internos y el ranking de los mismos, ha supuesto una nueva herramienta para la medición de la satisfacción del cliente, obteniendo una perspectiva de los diferentes colectivos profesionales del Hospital (Facultativo, Enfermería y Administrativos/Gestión). La implementación de esta herramienta de estudio de satisfacción de los usuarios internos ha sido valorada muy positivamente tanto por la Dirección del Centro como por el equipo auditor externo dado que ha permitido identificar oportunidades de mejora.
- La identificación de las emociones tanto negativas como positivas nos permitirá abordar de forma más adecuada a los profesionales en los siguientes seguimientos de SGC, modificando nuestras actitudes y abordaje de los temas.
- Importancia de trabajar en equipo (compartir, distribuir táreas, comunicar, incentivar, idear, simplificar, realizar autocrítica y reflexión).
- Importancia de la participación e implicación de las Direcciones.
- Este proceso de recertificación de todos los Servicios/Unidades nos permite adquirir experiencia para los próximos años.
- Mayor visualización y relevancia de la Unidad de Calidad en el Hospital.
- Una gran satisfacción por el trabajo realizado.

7. BIBLIOGRAFÍA

- M.P. González, E. Barrull, C. Pons y P. Marteles, 1998: "¿Qué es la emoción?" en http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm consultado el 20 de julio de 2010.
- Diccionario de la Real Academia Española, consultado en http://www.rae.es/rae.html, consultado el 29 de julio de 2010.
- Enciclopedia libre Wikipedia, consultado en http://es.wikipedia.org/wiki/Emoci%C3%B3n, consultado el 29 de julio de 2010.
- Norma ISO 9001:2008
- Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2000, Capítulo 1, Edición MAYO 2005
- Goleman, D. (1996).La inteligencia emocional. Barcelona. Ed. Kairos.

comunicaciones orales



XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

comunicaciones orales

índice de
comunicaciones orales

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 1 (Santiago)

Sesión 4: Seguridad

Moderadora: ***Mª Antonia Muñoz Mella***

PROCESO INTERDISCIPLINARIO DE MONITORIZACIÓN CONCURRENTE HOSPITALARIA DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS..... 257

Aloy-Duch A (1), Sabater-Raga R (1), Mas-Lombarte, Pilar (2), Mateu-Olivé N (3), Moran-Arias H (4), Vázquez-Sáez RM (5)

(1) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (2) Servicio de Farmacia, Hospital General de Granollers. (3) Servicio de Geriatría, Hospital General de Granollers. (4) Bloque Quirúrgico, Hospital General de Granollers. (5) Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Granollers.

INDICADORES DE MONITORIZACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PREVALENTE 257

Aloy-Duch A (1), Sabater-Raga R (1), Pérez-Gimenez G (2), Tolosa-Muñoz C (3), Pardo-Gracia C (4), Martí-Ibañez A (4)

(1) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (2) Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Granollers. (3) Servicio de Cirugía, Hospital General de Granollers. (4) Servicio de Farmacia, Hospital General de Granollers.

ANÁLISIS DE LEGIBILIDAD GRAMATICAL DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA..... 258

León-Muñoz VJ (1), López-López M (2)

(1) Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Vega del Río Segura. (2) Implantación de HC informatizada en el SMS, Aquiline Computer S.L..

MEJORA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES: AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE EL PROYECTO SENECA 100 258

Menéndez- Fraga MD (1), Fernández- Tamargo E (1), Rancaño- Rodríguez I (1), González- Díaz J (1), González- Herranz V (2), Vázquez- Valdés F (1)

(1) Unidad de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco. (2) Gerencia, Hospital Monte Naranco.

LA INICIATIVA DE LA OMS: SALVA VIDAS: LAVA TUS MANOS..... 259

Menéndez- Fraga MD (1), Bona- García E (2), Noval- Suaréz AI (2), Cano- Sánchez MT (2), Díaz- Pérez JM (2), Vázquez- Valdés F (1)

(1) Unidad de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Monte Naranco.

ERRORES PREANALÍTICOS VERSUS FORMACIÓN..... 259

Candela-Fuster, C (1), De la Fuente-Ginés, M (2), Gallego- Sianes, MD (3), Ruiz-Guerra, R (3), De la Fuente-Palma (4), Puga-Sánchez,E (3)

(1) Bloque de Apoyo al Diagnóstico, Hospital Virgen Macarena. (2) Enfermería, Universidad de Ciencias de la Salud. (3) Laboratorio, Hospital Virgen Macarena. (4) Enfermería, Universidad de Ciencias de la Salud.

PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO **260**

Recha Sancho, R (1), Mirada Masip, M (2)

(1) Servicio de Farmacia HOSPITALARIA, Hospital Comarcal Móra D'ebre (Tarragona). (2) Servicio De Anestesiología, Hospital Comarcal Móra D'ebre (Tarragona).

¿DE QUÉ HABLAN LOS PROFESIONALES QUE HACEN ASISTENCIA, CUANDO HABLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)? **260**

Palacio Lapuente F (1), Gaminde Inda, I (2), Silvestre Busto, C (3)

(1) Centro de Salud Ondarreta, Comarca Ekialde. Osakidetza. (2) Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitario, Departamento de Salud. Navarra. (3) Unidad de Calidad, Comarca Ekialde. Osakidetza.

¿PARTICIPAN NUESTROS PACIENTES EN LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD? EXPERIENCIA CON ANTICOAGULADOS ORALES **261**

Escriche-Ros R (1), Báguena-García A (1), Pueyo-Salavera C (1), Pemán-Muñoz T (1), Ortega-Raposo T (1), Sobreviela-Celma N (1)

(1) Atención Primaria, C.S Almozara.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 1 (Santiago)

Sesión 14: Seguridad

Moderadora: ***María Jesús Garrido Filgueiras***

ADAPTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL COMARCAL..... 261

Lacruz Gimeno, P (1), Alfaro Rubio A (2), Cañete San Pastor P (3), Frias Moya-Ángeler MS (4), Herreras Clemente MA (5), Serra Guillem I (6)

(1) Departamento de Calidad y Procesos, Hospital de Manises. (2) Servicio de Dermatología, Hospital de Manises. (3) Servicio de Traumatología, Hospital de Manises. (4) Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Manises. (5) Coordinación de Enfermería del Área quirúrgica, Hospital de Manises. (6) supervisión de quirófanos, Hospital de Manises.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA: UN PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 262

Val Carrascón MI (1), Tejero García R (2), Domínguez Lomeña MJ (3), Lozano Guerra E (4), Vázquez López C (4)

(1) Medicina Intensiva / Coordinadora de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario de Melilla (Ingesa). (2) Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario de Melilla (Ingesa). (3) Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario de Melilla (Ingesa). (4) Laboratorio, Hospital Universitario de Melilla (Ingesa).

SUBPROCESO DE SEGURIDAD GENERAL DE PACIENTES EN LA HOSPITALIZACIÓN: PRIMEROS RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA..... 262

Sabater-Raga, R (1), Aloy-Duch, A (1), Gómez-Bermúdez, J (2), Marzuelo-Fuste, P (3), Molero-Hernández, L (4), Pujol-Martín, G (5)

(1) Dirección de Calidad y Planificación., Hospital General de Granollers (Barcelona). (2) Enfermera Cirugía, Hospital General de Granollers (Barcelona). (3) Enfermera Urgencias, Hospital General de Granollers (Barcelona). (4) Enfermera Cirugía, Hospital General de Granollers (Barcelona). (5) Enfermera Medicina Interna, Hospital General de Granollers (Barcelona).

PROGRAMA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN UN SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN 263

Villalonga Vadell R (1), Casals Caus P (1), Martín Castro MC (1), Castro Serrano MJ (1), Koo Gómez M (1), Sabaté Pes A (1)

(1) Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitari de Bellvitge.

ESTRATEGIA DE MEJORA DE HIGIENE DE MANOS EN CENTROS SANITARIOS DE CATALUÑA..... 263

Jordi Sobrequés (1), Jordi Espuñes (2), Mariona Secanell (1), David Manzanedo (3), Joaquim Bañeres (1)

(1) Seguridad del Paciente, Instituto Universitario Avedis Donabedian. (2) Vigilància Epidemiològica , Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud de Cataluña. (3) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Barcelona.

TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR CULTURA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA..... 264

Astier Peña, MP (1), Maderuelo Fernández JA (2), Olivera Cañadas G (3), Torijano Casalengua Mª I (4), Silvestre Busto,MªC(5)

(1) Técnico de salud. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud (Salud), Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (2) Técnico de salud. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL)., Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (3) Técnico de salud. Unidad Funcional de Gestión de riesgos. Gerencia de Atención Primaria del Área 6. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)., Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (4) Responsable de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (5) Técnico superior. Dirección de Atención Primaria Guipúzcoa Este. Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)., Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).

PROYECTO COLABORATIVO DE IMPLEMENTACIÓN DEL LISTADO DE COMPROBACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN HOSPITALES DE CATALUÑA..... 264

Mariona Secanell Espluga (1), Carola Orrego Villagran (1), Miquel Vila Senante (2), Helena Vallverdú Cartié (3), Anna Oller Castells (4), Joaquim Bañeres Amella (1)

(1) Seguridad del Paciente, Instituto Universitario Avedis Donabedian. (2) Servei d'Anestesiologia i Reanimació , Hospital de Granollers. (3) Cirugía General y Digestiva, Hospital de Sant Boi. (4) Bloque quirúrgico central, Hospital de Sabadell-Corporació Sanitaria Parc Taulí .

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA: FORMACIÓN ON LINE SOBRE LA HIGIENE DE MANOS..... 265

López-Vaamonde M (1), Gómez-Ruiz R (2), Martín-Rodríguez MD (3), Grela-Piñeiro R (1), Pérez-Rodríguez U (1), Villaverde-Gomez A (1)

(1) Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. . (2) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. . (3) Jefa de Servicio de la Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Gallego de Salud. .

VALIDEZ Y UTILIDAD DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME (SEVILLA)..... 265

Dionisia Labrador (1), Silvia Vidal (1), Jerónimo Jiménez-Romero (1), Eduardo Briones (1)

(1) Unidad de Calidad y Documentación Clínica, Hospital de Valme.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 2 (Compostela)

Sesión 5: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderadora: ***Mónica Rodríguez Castaño***

CIRCUITO DE RECETAS CRÓNICAS: MEJORANDO LA CALIDAD CON LOS ADMINISTRATIVOS DE LOS CENTROS DE SALUD **266**

Chacón-Blanco C (1), Galindo-Martín M (1), Castellanos-Castellanos FJ (1), García- Ruiz C (1), Álvarez- Martín MJ (2), Lázaro-Campos P (2)

(1) Unidad administrativa, C.S. Manzanares el Real, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud . (2) Unidad administrativa , C.S. Manzanares el Real, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ESTRESORES LABORALES Y SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS DE DOS HOSPITALES GENERALES UNIVERSITARIOS **267**

Ríos-Risquez MI (1), Herrera-Romero T (2), Lozano-Alguacil E (3), Sabuco-Tebar Emiliana (4), Mateo-Perea G (3), Martínez-Cano F (5)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Jm Morales Meseguer. Servicio Murciano De Salud. (2) UCI, Hospital Universitario REINA SOFIA. Servicio Murciano de Salud. (3) UCI Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. (4) Reanimación, Hospital Universitario Jm Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (5) Servicio de Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud.

EXPERIENCIA EN LA CERTIFICACIÓN ISO-UNE:9001-2008 EN UN HOSPITAL PREVIAMENTE ACREDITADO POR JOINT COMMISSION Y EFQM. **268**

Gallart, A (1), Bara, B (2), Sierra, M (3), Tapia, M (4), Mulas, D (5), Blanco, M (6)

(1) Calidad, Capio Hospital General de Catalunya. (2) Farmacia, Capio Hospital General de Catalunya. (3) Servicios Generales, Capio Hospital General de Catalunya. (4) Atención al Cliente, Capio Hospital General de Catalunya. (5) Nucleo Promotor de Calidad, Capio Hospital General de Catalunya. (6) Nucleo Central de Calidad, Capio Sanidad.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA CURAS EN URGENCIAS. REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. **268**

Villalba-Ballesteros E (1), Puig-Fortuny D (2), Fuentes-.Sánchez M (1), Gavala-Arjona Cristina (1), Muñoz-Pérez F (1), Gutiérrez-Linares V (1)

(1) Servicio de urgencias, Clínica USP Palmaplanas. (2) Servicio de Medicina Interna, Clínica USP Palmaplanas.

LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL. **269**

Lacruz Gimeno P (1), Cañellas Martínez G (2), Calatayud Alonso A (3), Escrig Ibañez MJ (4), Maiques Galán A (3), Ordovás Bainés JP (5)

(1) Departamento de Calidad y Procesos, Departamento de Salud de Manises. (2) Dirección de Planificación, Departamento de Salud de Manises. (3) Subdirección de Atención Primaria, Departamento de Salud de Manises. (4) Coordinadora de Enfermería de Primaria, Departamento de Salud de Manises. (5) Dirección del Área Materno-Infantil y Servicios Centrales, Departamento de Salud de Manises.

ESPECIFICACIONES DE CALIDAD ANALÍTICA. CONSENSO DE CUATRO SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS. 269

Salas Á (1), Ramón F (2), Ricós C (3), Buño A (4), Calafell R (5), Morancho J (5)

(1) Direcció de Qualitat, Consorci Sanitari de Terrassa . (2) Comité de Garantía de la Calidad, Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). (3) Comisión de Control Analítico, Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). (4) Comisión de Control de Calidad, Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM). (5) Comisión de Control de Calidad, Asociación Española de Farmacéuticos Analistas (AEFA).

EVALUACIÓN DE UN CIRCUITO ASISTENCIAL PARA ABORDAR LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA 270

López- Cortacans G (1), Pérez- R (2), Oya-Girona E (2), Anglés-Segura T (2), Vidal- Esteve E (2), Lorente-Ten E (2)

(1) Atención Primaria, Institut Català de la Salut. (2) Atención Primaria, Institut Català salut.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 2 (Compostela)

Sesión 15: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderadora: ***Elvira Touriño Míguez***

DISMINUCIÓN DE MORTALIDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE (PAG) TRAS INTERVENCIÓN DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL..... 270

Lorente-García PJ (1), Arguedas-Cervera J (1), Ferrándiz-Sellés MD (1), Vidal-Tegedor B (1), Altaba-Tena S (1), Caseros-Roig P (1)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General de Castellón.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL QUIRÚRGICO (PAQ) BASADA EN MODELOS DEL PROCESO DE NEGOCIO 271

Calahorra-Fernández L (1), Ruiz-González F (2), Alonso-García CP (3), García-Rubio Fo (2), Lagos-Pantoja E (1), Vera-Espartero JM (3)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General de Ciudad Real. (2) Tecnologías y sistemas de información (Grupo de investigación Alarcos), Universidad de Castilla la Mancha. (3) Servicio de Informática, Hospital General de Ciudad Real.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA EMISIÓN DE INFORMES DE CUIDADOS..... 271

López-García JA (1), Canovas-Serrano A (2), Pérez-Soler C (2), Sánchez-Sánchez J (3), López-Mártinez J (4), Tomás-Rivero MP (5)

(1) Calidad Asistencial., Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia.. (2) Dirección de Enfermería, Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia.. (3) Pediatría, Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia.. (4) Unidadf Quirúrgica, Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia.. (5) Maternidad, Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia..

COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y CARDIOLOGÍA: IMPACTO SOBRE LOS TIEMPOS DE ESPERA..... 272

Sanmartín-Fernández M (1), Villoch-Salgueiro B (2), Moix-Salgueiro P (3), Prado-Domínguez J (4), Izquierdo-Fernández R (5), Cobas-Pacín P (6)

(1) Cardiología, Hospital POVISA . (2) Servicio de Atención Primaria de Cangas, Gerencia de Atención Primaria de Vigo. (3) Servicio de Atención Primaria de Moaña, Gerencia de Atención Primaria de Vigo. (4) Servicio de Atención Primaria de Coia, Gerencia de Atención Primaria de Vigo. (5) Servicio de Atención Primaria de Coruxo, Gerencia de Atención Primaria de Vigo. (6) Servicio de Atención Primaria de Val Miñor, Gerencia de Atención Primaria de Vigo.

NORMALIZACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. ¿MISIÓN IMPOSIBLE?..... 272

Contessotto Spadetto C (1), Lozano Alcalde O (2), De la Traba Peinado M (3), Reguera García A (4), González Serna A (5), Bermúdez García C (6)

(1) Unidad de Calidad, Docencia e Investigación, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (2) Servicio de Cirugía General, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (3) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (4) Servicio de Medicina Interna, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (5) Sección de Hematología, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (6) Servicio de Radiología, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia.

GESTIÓN DEL PACIENTE SIN CITA EN UN CENTRO DE SALUD: MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL..... 273

Valdés-Llorca C (1), Aguado-Rodríguez E (2), Hernando-Alonso MI (2), Tutor-Ovejero M (1), Aguilar-Bailó ME (1), Valero-Marugán A (1)

(1) Medicina, C.S. Miraflores, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud . (2) Unidad administrativa, C.S. Miraflores, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud .

¿LOS ENFERMEROS DE ATENCIÓN PRIMARIA SATISFECHOS REGISTRAN MEJOR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS?..... 273

Velicia Peñas, MC (1), Conejo Caridad, R (1), Polo Infante, B (1), Río Orgeira, JA (1), Vázquez Sánchez, C (1), Velhas Pereira (1)

(1) Centro de Salud de Sárdoma - Vigo, Gerencia de Atención Primaria de Vigo / Servicio Galego de Saúde.

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE PAUTAS DE AJUSTE DE INSULINA PARA LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE PRECISEN DE INGRESO HOSPITALARIO. 274

Inchaurza Hernández E (1), Barandiarán Ozaeta F (1), Villar Eceiza Mk (1), Durán Bengoetxea J (1), De Aramburu Pataut F (1), Pérez Manteca P (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia.

IMPLANTAR LA MEJORA EN LA GESTIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO..... 274

Mejón Berges, R (1), Nardi Vilardaga, J (2), Colomina Soler, MJ (3), Alonso Hernández, M (4), Malpartida Obon, M (5), Martínez Ibañez, V (6)

(1) Dirección Procesos Quirúrgicos, Hospital Vall Hebron. (2) Servicio Cirurgia Ortopédica y Traumatológica, Hospital Vall Hebron. (3) Servicio Anestesia , Hospital Vall Hebron. (4) Quirofanos, Hospital Vall Hebron. (5) Supervisora, Hospital Vall Hebron. (6) Dirección PROCESOS QUIRÚRGICOS, Hospital VALL HEBRON.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 3 (Obradoiro)

Sesión 6: Seguridad

Moderador: ***Berta Candía Bouso***

ESTUDIO DE ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN Y PAUTA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA ELECTRÓNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL. **275**

García-Rivela Lm (1), Rodríguez-Pérez B (2)

(1) Servicios Centrales, Hospital da Barbanza. (2) Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA **275**

García-Gil M (1), Terrón-Cuadrado M (1), Ortiz-Otero Mª M (2), Esteban-Gómez Mº J (1), Farfán Sedano F J (1), Serrano-Balazote P (3)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (2) Unidad de Calidad, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (3) Dirección Médica, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE MEJORA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO. UNA REALIDAD **276**

López-Otero MJ (1), Martínez-Ques AA (2), Pereira-Vázquez M (1), Sáenz-Fernández C (3), Varela-Correa J (3), Alonso-Fernández B (4)

(1) Farmacia, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Complexo Hospitalario de Ourense. (3) Farmacia, Complexo Hospitalario Ourense. (4) Calidad, Complexo Hospitalario Ourense.

VALORACIÓN DE FROTIS PARA CONTROL DE GÉRMENES MULTI-RESISTENTES EN PACIENTES CON AISLAMIENTO DE CONTACTO **276**

Fernández - García C (1), Martínez- Martínez E (2), Barba- Miramontes MJ (3), Bermúdez- Mosquera MC (2), Rodríguez - Díaz G (2), Carreira-Carballal E (2)

(1) Subdirección de En fermería, CHU A Coruña. (2) Unidad de Medicina Interna Infecciosos, CHU A Coruña. (3) Servicio de Microbiología, CHU A Coruña.

UTILIDAD DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) PARA LOS PROFESIONALES **277**

Rodrigo-Rincón I (1), Domench, L (1), Martín M (1), Villalgordo P (1), Zabalza, P (1), Gost J (1)

(1) Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Hospital de Navarra.

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) EN UN HOSPITAL TERCIARIO **277**

Rodrigo-Rincón I (1), Martín, M (1), De la Fuente A (1), Domench L (1), Tirapu B (1), Villalgordo, P (1)

(1) Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Hospital de Navarra.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE LA PUESTA EN MARCHA DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA .. 278

Rodrigo-Rincón I (1), Martín M (1), Tirapu B (1), De la Fuente, A (1), Domench L (1), Gost J (1)

(1) Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Hospital de Navarra.

APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES EN REANIMACIÓN..... 278

Latorre M (1), San Sebastián JA (1), Bilbao I (1), Jauregui I (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces .

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE 900 CAMAS..... 279

Latorre M (1), San Sebastián JA (1), Bilbao I (1), Blanca Rm^{a} (2), Zumalacarregui JA (3), Rodríguez S (4)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces. (2) Dirección de Enfermería, Hospital de Cruces. (3) Servicio de Atención al Paciente y USUARIO, Hospital de Cruces. (4) Servicio de Archivo y DOCUMENTACIÓN, Hospital de Cruces .

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 3 (Obradoiro)

Sesión 16: Seguridad

Moderador: ***Luisa Lores Aguin***

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE GESTIÓN DE ALARMAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA..... 279
Rebollo Gómez, P (1), Balugo Huertas, S (1), Alonso Ovies, (1), Villar Sánchez, MI (1), García Peso, A (1), Velayos Amo, C (1)
(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

ÓRDENES DE PRESCRIPCIÓN: NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN Y VARIABILIDAD EN LAS ABREVIATURAS UTILIZADAS..... 280
Ibiricu-Barro A (1), Peña-Capsir I (2), Alfonso-Díez I (1), Ocaña-Alves J (2), Sánchez-Padilla A (1), Doblado-López O (1)
(1) Atención Primaria, Grup Sagessa. (2) Urgencias, Grup Sagessa.

CHECK LIST: PROCESO QUIRÚRGICO SEGURO; EQUIPO PREPARADO..... 280
Pilar Catalá Navarro (1), Rosa María Muñoz Albarracín (2), Carmen Bello Sánchez (1)
(1) Bloque Quirúrgico, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. (2) àrea Quirúrgica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA..... 281
Pastor Zapata A. (1), Balado-Dacruz MC (2), Núñez-Masid E (3), García-Soriano JM (4), Carral-García MV (5), García De la Infanta Rf (6)
(1) Bloque quirúrgico/Neurocirugía, Complexo Hospitalario Ourense. (2) Bloque quirúrgico, Complexo Hospitalario Ourense. (3) Gerencia CHOU, Complexo Hospitalario Ourense. (4) Dirección Operativa CHOU, Complexo Hospitalario Ourense. (5) Direccion Enfermería, Complexo Hospitalario Ourense. (6) Documentación Clínica, Complexo Hospitalario Ourense.

ANÁLISIS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN LOCAL ELECTRÓNICO DE INCIDENTES EN RADIOTERAPIA..... 281
Angulo-Paín E (1), Gutiérrez-Bayard L (2), Iborra-Oquendo MA (1)
(1) U.C. Radiofísica Hospitalaria, Hospital U. Puerta del Mar. Cádiz. (2) U.C. de Atención Integral al cáncer, Hospital U. Puerta del Mar. Cádiz.

OPTIMIZACIÓN DE REGISTROS DE CAÍDAS 282
Atrio Padrón Manuel Eladio (1), Pérez Dinamarca Andrea dDel Pilar (2), Vázquez Campo Miriam (3), Feijóo González Mª Digna (4)
(1) Área quirúrgica., Complexo Hospitalario de Ourense. SERGAS. (2) Área pediátrica., Complexo Hospitalario de Ourense. SERGAS. (3) Área médica., Complexo Hospitalario de Ourense. SERGAS. (4) Área Médica., Complexo Hopitalario de Ourense. SERGAS..

VALORACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE MUTUALIA..... 282
Oleaga Goya FJ (1), Sáez de Vicuña L (1), Ulibarrena MA (1), Bengoetxea J (1), Romero JA (1), Monge PM (1)
(1) Servicio Urgencias, Mutualia.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN AÑO DE EXPERIENCIA..... 283

Lanzeta-Vicente I (1), Santamaría-Olabarrieta M (2), Landaluce-Lauzurica JI (3), Moyúa-Alberdi K (4), Pérez-Sáez MA (5), Bernardo-Ormazabal MJ (6)

(1) Medicina Preventiva, Hospital de Zumarraga. (2) Cirugía, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección Médica, Hospital de Zumarraga. (4) Urgencias, Hospital de Zumarraga. (5) Pediatría, Hospital de Zumarraga. (6) Enfermería quirófano, Hospital de Zumarraga.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS FRÁGILES MEDIANTE SISTEMA DE MONITORIZACIÓN INALÁMBRICO..... 283

Aranda Gallardo M. (1), Mora Banderas A.M. (2), Löpez Rojas G. (1), Canca Sánchez J.C. (3), Sepúlveda Sánchez JM (4), Alcaide Frías A.M. (1)

(1) Medicina Interna, E.P. Hospital Costa del Sol. (2) Unidad de Calidad, E.P. Hospital Costa del Sol. (3) Dirección de Enfermería, E.P. Hospital Costa del Sol. (4) ONCOLOGÍA, E.P. Hospital Costa del Sol.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 4

Sesión 7: Ciudadano

Moderador: ***José Ignacio Barrasa Villar***

REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA PERCIBIDA POR PERSONAS OSTOMIZADAS Y SUS CUIDADORES..... 284

Casares-Cervilla R (1), Pérez-Fernández AJ (2), Martín-Cebrián J (2), Bautista-Morente MJ (2), García Pertíñez MP (3), Rojas-García (2)

(1) Continuidad de Cuidados, Área de gestión sanitaria sur de Granada (Servicio Andaluz de Salud). (2) Unidad de gestión clínica de Cirugía, Área de gestión sanitaria sur de Granada (Servicio Andaluz de Salud). (3) Unidad de gestión clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, Área de gestión sanitaria sur de Granada (Servicio Andaluz de Salud).

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LA MUJER EMBARAZADA: ESTUDIO COMPARATIVO POST-IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA INFORMATIVA..... 284

Aloy-Duch A (1), Fusté-Ballús C (2), Sabater-Raga R (1), Ojeda-Pérez F (3), Pareja-Martínez A (3), Martin-Sánchez E (4)

(1) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (2) Unidad de Atención al Usuario, Hospital General de Granollers. (3) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Granollers. (4) Dirección General, Hospital General de Granollers.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL GERIÁTRICO..... 285

Santiago Gómez Payo (1), Amelia Manrique García (1), María Carmen Rodríguez Martín (1), Oscar Del Rio Moro (2), María José Pardo Fernández (3)

(1) Dirección de Enfermería-Hospital Geriatrico Virgen del Valle Toledo, SESCAM. (2) Unidad de Calidad Asistencial Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM. (3) Dirección de Enfermería-Hospital Virgen del Valle, SESCAM.

LA CALIDAD PERCIBIDA COMO MOTOR DE MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: EL ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN SANITARIA..... 285

Tejero-González JM (1), Gutiérrez-Fernández R (1), Rubio-Casado M (1), Herández-Campa S (1), Serrano-Muñoz, MV (1)

(1) Área de Atención al Ciudadano y Proyectos de Innovación y Mejora, SESCAM.

ESTUDIO RESTROSPECTIVO SOBRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA / OSAKIDETZA..... 286

Lierni Lekuona Sanz (1), Alvaro Iruin Sanz (2), Mª Dolores Aparicio Telleria (3)

(1) Calidad, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa / Osakidetza. (2) DIRECTOR, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa / Osakidetza. (3) Responsable Sistemas de Información, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa / Osakidetza.

ALIANZAS DEL CENTRO DE SALUD (CS) CON EL ENTORNO A PARTIR DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA..... 286

Lorente-Ten E (1), Muiño-Bové I (1), Fernández- García M (1), Hernández-Vidal N (1), Vidal-Esteve E (1), Gens-Barberà M (1)

(1) Atención Primaria, Institut Català Salut.

COMUNICACIÓN, ACCESIBILIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO: CITA ON – LINE CON SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA **287**

Vergara-González AJ (1), Mosquera-Guaitoto M (1), De Ramón-Campiña I (1), Blanco-Ramos T (1), Oria-Fernández A (1), Juez-Juez A (1)

(1) C.S. V Centenario, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud , Medicina.

ACTUACIONES EN CALIDAD RELACIONADAS CON EL CIUDADANO Y LA MEJORA EN SU ASISTENCIA SANITARIA **287**

Castellano-Zurera, MM (1), Núñez-García, D. (1), Carrasco-Peralta, JA (1), De Burgos-Pol, R. (1), Cruz-Salgado, O. (1), Palop-Del Río, A. (1)

(1) Área de Centros y Unidades Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

PROYECTO DE FORMACIÓN MASIVA EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR: "CÓMO SALVAR UNA VIDA" **288**

Garmendia-Tolosa T (1), Ibarguren-Olalde K (2), Unanue-Munduate T (3), Alonso-Moreno D (2)

(1) Gerencia, Emergencias de Osakidetza. (2) Formación, Emergencias de Osakidetza. (3) Calidad, Emergencias de Osakidetza.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 4

Sesión 17: Ciudadano

Moderadora: ***Susana Lorenzo Martínez***

CONOCIMIENTO SOBRE LA LEY DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS TRAS UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL **288**

Doncel Molinero D (1), Rivas-Ruiz F (2), Marcos Herrero M (3), Pérez Trueba E (4)

(1) Atención Ciudadana, Empresa Publica Hospital Costa del Sol. (2) Unidad de Apoyo a la Investigación, Empresa Publica Hospital Costa del Sol. (3) Medicina Interna, Empresa Publica Hospital Costa del Sol. (4) Unidad de Calidad, Empresa Publica Hospital Costa del Sol.

LOS CIUDADANOS OPINAN; TOMAMOS NOTA Y MEJORAMOS **289**

Morales Suárez E. (1), Crespo Palau JM (1), Collado Cuco A (1), Esquius Rodríguez M (1), Ocete Manero M (1)

(1) ABS Vandellos-Hospitalet, Fundacio Publica Sagessa Salut.

SALUDINFORMA, UN SERVICIO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS ARAGONESES A LA ATENCIÓN SANITARIA. **289**

D. Serrano Peris. (1), T. Antoñanzas Lombarte (1), M.T. Escribano Catalán. (1), P. Garay Almolda. (1), B. González Álvarez. (2), R. González Notivol. (1)

(1) Dirección General de Atención al Usuario, Servicio Aragonés de Salud. (2) Centro de gestión integrado de proyectos corporativos, Servicio Aragonés de Salud.

QUE PODEMOS PLANTEARNOS ABORDAR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES AFECTADOS DE DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES **290**

Cristina Piñol Uson (1), Esther Dalmau Cartaña (1), Montserrat Rodríguez Pena (1), Noèlia Estevez Fernàndez (1), Marisa Forés Palacios (1), Sónia Gonzàlez Gonzalo (1)

(1) Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salut.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. 2005-2009 ..... **290**

Ramón-Esparza T (1), Más-Castillo A (1), Parra-Hidalgo P (1), Calle-Urra Je (1), Gomis-Cebrián R (1), Nieto-Martínez P (1)

(1) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo.

CREACIÓN DE CONSULTA GINECO-OBSTÉTRICA PARA MUJERES DISCAPACITADAS CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD: MEJORANDO LA CALIDAD GRACIAS A LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES **291**

Pascual Martínez, N (1), Padilla Vinuesa, C (2), Caño Aguilar, A (3), Barranco Castillo, E (4), Cruz Martínez, M (4), Aguilera Bermúdez, J (5)

(1) Subdirectora de Calidad y Participación Ciudadana, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (2) Directora de Unidad Clínica de Gestión de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (3) Miembro del Equipo Coordinador del Plan de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (4) Unidad Clínica de Gestión de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (5) Subdirector de Médico, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

CONSULTA DE APOYO AL CUIDADOR FAMILIAR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA..... **291**

Alfonso Cortés MI (1), Pardo Diez MJ (2)

(1) Salud, Atención Primaria: Enfermera Enlace Sector I - Zaragoza. (2) Salud, H. Royo Villanova: Enfermera de valoración hospitalaria Sector I.

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO EN EL ÁREA NEONATAL, HOSPITAL INFANTIL "VIRGEN DE LA ARRIXACA" **292**

Martínez -Navarro F (1), Pastor- Rodríguez JD (2), Pereda -Más A (3), De Ardanaz -Jorreto S (4), Guirao -Guerrero A (5), Sáez- Peñalver JP (6)

(1) Enfermera Neonatología, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (2) Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (3) Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (4) Enfermera Supervisora de Áreas Especiales Neonatal y Pediátrica, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (5) Enfermera Supervisora Neonatología, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (6) Enfermero Supervisor Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud.

ESTUDIO DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO CON LA RECETA ELECTRÓNICA EN CATALUÑA. **292**

Aguado-Blazquez, H (1), Cerda-Calafat,I (2), López-Calahorra,P (2), Gilabert-Perramon,A (2), Brosa-Llinares,F (2)

(1) Área de Servicios y Calidad , Servicio Catalán de la Salud. (2) Área de Servicios y Calidad, Servicio Catalán de la Salud.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 7

Sesión 8: Liderazgo/Gestión Clínica

Moderador: ***Jesús Caramés Bouzán***

LA INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO, SU IMPORTANCIA EN LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y LA CALIDAD DE LOS PROCESOS. **293**

Salvador Verges, A. (1), Pons Casanovas, I. (2), Ruano Mayolas, J. (3), Subirà Gómez, R. (4), Pujol Borrás, D. (5), Nicolas Alcón, I. (4)

(1) División Quirúrgica, Hospital Plató. (2) Anestésia, Hospital Plató. (3) Unidad de sistemas de la Información, Hospital Plató. (4) Consultores calidad, Athenea Solutions. (5) Consultor calidad, Athenea Solutions.

COMISIÓN DE CALIDAD ENFERMERA: INFLUENCIA DIRECTA EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS **293**

Muñoz-Lobo MJ (1), Cebrián-García M (2), González- Muñoz A (3), Mariscal- Aspuru C (4), Pérez-García MJ (5), Sánchez -Vicario F (6)

(1) Docencia, Investigación y Procesos, Hospital Ramón y Cajal. (2) Unidad de Calidad, Hospital Ramón y Cajal. (3) UCIS, Hospital Ramón y Cajal. (4) Quirófanos, Hospital Ramón y Cajal. (5) Banco de Sangre, Hospital Ramón y Cajal. (6) Investigación, Hospital Ramón y Cajal.

COMPARABILIDAD DE LOS INDICADORES DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE CATALUÑA EN LA PROVINCIA DE GIRONA **294**

Mª Àngeles Pérez García (1), Sergi Iglesia Reina (2), Àngels García Flores (3), Nereida Barneda Darias (4), Albert Nogué Font (5), Xavier García Balda (6)

(1) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Hospital de Figueres, Fundació Salut Empordà. (2) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, FP Hospital Sant Jaume. (3) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Corporació Salut del Maresme i la Selva. (4) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Clínica Girona. S. A. (5) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Institut d'Assistència Sanitària. (6) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà..

10 AÑOS FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA HACIA LA EXCELENCIA EN EL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD **294**

Peñalva Segura PJ (1), Ayestarán Ruiz-Bazán JR (2)

(1) Dirección Económico Financiero y Ss Gg , Fundación Hospital Calahorra. (2) Director Gerente , Fundación Hospital Calahorra.

MANTENIENDO LA CALIDAD TRAS EL PROCESO DE CAMBIO **295**

Limia - Sotelo L (1), Buezo - Serrano MJ (2), Martín - Hernández MT (3), Villar - Espantoso MP (4), Pérez - Contreras MI (5), Lucas - Fernández MI (6)

(1) Formación Continuada y Calidad, Hospital Virgen de la Torre. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Virgen de la Torre. (3) Subdirección de Enfermería, Hospital Virgen de la Torre. (4) Centro de especialidades Vicente Soldevilla, Hospital Virgen de la Torre. (5) Medicina Interna, Hospital Virgen de la Torre. (6) Cuidados Paliativos, Hospital Virgen de la Torre.

ESTRATEGIA ANUAL DE IMPLANTACIÓN Y REVISIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES: RESULTADO DE LA PRIMERA EVALUACIÓN 295

Aloy-Duch A (1), Lledó-Rodríguez R (2), Martin-Sánchez E (2), Pla-Poveda C (3), Benavent-Navarro A (4), Padullés-García C (5)

(1) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (2) Dirección general, Hospital General de Granollers. (3) Dirección de Personas, Hospital General de Granollers. (4) Dirección de Organización y Sistemas de Información, Hospital General de Granollers. (5) Dirección Económica y Servicios Generales, Hospital General de Granollers.

¿LA DIRECCIÓN POR VALORES LE DA "MÁS ALMA" A LA GESTIÓN DE CALIDAD? 296

Ferrari, María Cristina (1)

(1) Calidad , ICEM- Instituto para la Calidad Empresarial; Universidad Católica Argentina- Escuela de Salud Pública.

COMO MEJORAR UNA ORGANIZACIÓN COMPARTIENDO LAS EXPERIENCIAS INNOVADORAS "COMPARTIMOS, INNOVAMOS, AVANZAMOS" 296

Chicote Carquero, S (1), Figuerola Batista M. (1), Benavent Areu J. (1), Fabrellas Padrés N. (1), Torras Boatella Mg (1), De Haro Martín Ll. (1)

(1) Dirección Asistencial Centro Corporativo, Institut Català de la Salut.

¿INSISTIR EN MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS O AUMENTAR EL GASTO FARMACÉUTICO?: EL CASO DE LA DIABETES. 297

Collado Cucò, A (1), Basora , A (2), Glaria Navarro, T (1), Espejo Vidal, T (1), Esquius Rodríguez, M (1), Ocete Manero, M (1)

(1) ABS Vandellòs-Hospitalet, Grup SAGESSA. (2) GINSA, Grup SAGESSA.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 7

Sesión 18: Sistemas de Gestión

Moderador: ***Rafael Lledó Rodríguez***

ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON INGRESOS ADECUADOS E INADECUADOS, Y COSTES ASOCIADOS..... 297
Lanzeta-Vicente I (1), Arrospide-Elgarresta A (2), Taboada-Gómez J (3), Gabari-Machín M (4), Landaluce-Lauzurica JI (5), Sánchez-Fernández M (6)
(1) Medicina Preventiva, Hospital De Zumarraga. (2) Unidad De Investigación, Hospital de Zumarraga. (3) Medicina Preventiva, Hospital De Mendaro. (4) Medicina Preventiva, Hospital Alto Deba. (5) Dirección médica, Hospital de Zumarraga. (6) Urgencias, Hospital Alto Deba.

HERRAMIENTAS PARA LA CONSECUCIÓN DE LA MEJORA CONTINÚA DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA..... 298
Salvador Verges, A (1), Moret Ferron, Ll. (2), Pujol Borrás, D. (3), Nicolás Alcon, I. (3)
(1) División quirúrgica, Hospital Plató. (2) Anestesia, Hospital Plató. (3) Consultores Calidad, Athenea Solutions.

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, UNA APUESTA POR LA CALIDAD: ISO 14001 MEDIOAMBIENTAL DESDE EL 2007 Y 60 UNIDADES ISO 9001..... 298
Visedo-López, JA (1), Granados-Ulecia C (2), Vinuesa-Sebastian M (1), Mateos-Romero M (1), Tafalla-Bordonada C (3), Manzano-Robles JM (1)
(1) Dirección, Hospital Universitario de Móstoles. (2) Gerencia, Hospital Universitario de Móstoles. (3) Calidad, Hospital Universitario de Móstoles.

DISTRIBURG: SOFTWARE DE DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL..... 299
Mora Fernández-Pacheco, Eva Mª (1), Zazo Jiménez, Jose Antonio (2), Moreno-Chocano López-Astilleros, María Teresa (3), Ortiz Valdepeñas, Josefina (4), Pantoja (5), García Alcarazo, Juan Pedro (1)
(1) Urgencias, HGUCR. (2) Informática, HGUCR. (3) Farmacia, HGUCR. (4) Dirección de Enfermería, HCUCR. (5) Calidad, HGUCR.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD MEDIANTE EL MODELO ISO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO 299
Uriel Latorre B (1), Sande Meijide M (1), Rodríguez Rodríguez L (2), Méndez Diéguez C (1), Hidalgo Ramírez R (1), Suárez Soto R (1)
(1) Servicio Medicina Preventiva, SERGAS -Complexo Hospitalario Ourense. (2) Servicio Medicina Preventiva-UPRL, SERGAS -Complexo Hospitalario Ourense.

COMPARATIVO DEL IMPACTO DE LOS INCENTIVOS EN LOS RESULTADOS CUALITATIVOS. FACTORES QUE INCIDEN. 300
Pérez-Company P (1), Del-Oso-Morán J (1), Artigas-Lage M (1)
(1) Dirección de enfermería, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN 300

Carolina Crespo Palau (1), Ismael Peña Capsir (2), Ángeles Ibiricu Barro (3), Lidia Ríos Vallés (4), Olga Doblado López (5), Martín Martín Quiles (6)

(1) Atención Primária, Hospital Lleuger Cambrils. Grup Sagessa. (2) Atención Primaria, Hospital Lleuger Cambrils.Grup Sagessa. (3) Atención Primaria, Hospital Lleuger Cambrils.Grup Sagessa. (4) Atención Primaria, Hospital Ileuger Cambrils.Grup Sagessa. (5) Atención Primaria, Hospital Ileuger Cambrils.Grups Sagessa. (6) Atención Primaria, Hospital Lleuger Cambrils. Grup Sagessa.

ÁREAS DE MEJORA IMPLANTADAS EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA ACREDITADAS 301

Cruz-Salgado, O. (1), Carrasco-Peralta, JA (1), Núñez-García, D. (1), Castellano-Zurera, MM (1), De Burgos-Pol, R. (1), Turiño-Gallego, JM. (1)

(1) Área de Centros y Unidades Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA CERTIFICADAS. 301

Carrasco-Peralta, JA (1), Castellano-Zurera, MM (1), De Burgos-Pol, R. (1), Cruz-Salgado, O. (1), Rodríguez-Benavente, A. (1), Nogueras-Ruiz, S. (1)

(1) Área de Centros y Unidades Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 8

Sesión 9: Sistemas de Gestión

Moderador: ***Genís Carrasco Gómez***

SISTEMA DE CALIDAD EN ÁREA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA, FORMACIÓN Y CALIDAD CERTIFICADO SEGÚN ISO 9001:2008 ..... **302**

Llorente Parrado C (1), Rodríguez Cano T (2), Calahorra Fernández L (1), Armenteros Lechuga M (3), Gómez Arroyo M (4), León Martín A (5)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2) Subdirección Investigación, Docencia, Formación y Calidad (IDFYC), Hospital General Universitario de Ciudad Real. (3) Unidad de Calidad/ Formación, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (4) Unidad de Docencia, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (5) Unidad de Investigación, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

MEJORA EN RECOGIDA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO PARASITOLÓGICO MEDIANTE IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS (NORMA ISO 9001:2008) **302**

Pallarés M.A (1), Álvarez García P. (1), Formoso D (1), Sarmiento P. (1), García Campello M. (1)

(1) Servicio de Microbiología, Complexo Hospitalario de Pontevedra.

KIROZAINBIDE, INNOVANDO EN LA GESTIÓN DE CONOCIMIENTO ENFERMERO **303**

Maestre Martínez M (1), Arteche Ferrero I (1), Gaztelu-Iturri Ortuoste A (1), Durán Diaz Del Real M (1), Barandica Bilbao A (1), Fernández Varela I (1)

(1) Quirófano, H. Galdakao-Usansolo. Osakidetza.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS DESDE URGENCIAS EN EL HOSPITAL TXAGORRITXU .. **303**

Lamiquiz-Linares E (1), Garitano-Tellería B (1), Lopetegui-Eraso P (2), Bustamante-Vega R (2), Baz-Carranza R (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Txagorritxu. (2) Urgencias, Hospital Txagorritxu.

MODELO EFQM EN EL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO (HGU), 14 AÑOS DE EXPERIENCIA **304**

Rabanal-Retolaza S (1), Gallego-Camiña I (2), Chueca-Ajuria A (2), Toro-Sánchez L (2), Villa-Valle R (2), Larrea-Zarate, I (1)

(1) Dirección Gerencia, Hospital Galdakao-Usansolo (Ospitalea). (2) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo (Ospitalea).

MODELO DE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN PRIMÁRIA. EXPERIENCIA DEL DISEÑO DEL MODELO EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA **304**

Davins Miralles, J (1), Gens Barberà, M (2), Lòpèz Viñas, Ll (1), Costa Vilar, N (1), Guzmàn Sebastià, R (1), Tirvió Gran, C (1)

(1) Dirección General de Recursos Sanitarios, Departament de Salut Generalitat de Catalunya. (2) EAP Salou, Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD MEDIANTE ESTÁNDARES ESPECÍFICOS EN UN SERVICIO DE TRASFUSIÓN **305**

Gómez De Merodio Sarri R (1), Polo Parada A (1), Sevilla Navarro J (2), Herreros López P (3), Ruíz Pato J (3), Cucarella Galiana M (4)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (2) Servicio de TRASFUSIÓN, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (3) Servicio de Oncohematología, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (4) Dirección médica, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

IMPORTANCIA DE MEJORAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA RECOGIDA EN EL INFORME DE ALTA **306**

García - Sánchez FJ (1), Checa - Amaro MI (2), Graña - García E (3), Ybarra - Martín V (3), Herrero - Herrero S (3), Castillo - Fernández V (3)

(1) Admisión y Documentación Clínica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Análisis de la Información, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Codificación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 8

Sesión 19: Investigación/Formación en Calidad

Moderador: ***J. Manuel Martín Vázquez***

TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS **306**
Diaz -Beloso R (1)
(1) Sanidade, Hospitalización psiquaitrica de agudos. Meixoeiro .CHUVI, Xunta.Sergas.

FORMACIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PARA LA ADOPCIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA. **307**
Clara Abellán (1), M.José Muñoz (2), Jose Estrada (3), Nieves Izquierdo (4), Lola Martín (4), Mercedes M-Novillo (5)
(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Alicante. (2) Adjunta de Enfermería, Hospital General Universitario de Alicante. (3) Cirujano, coordinador de quirófano, Hospital General Universitario de Alicante. (4) Supervisora de Área, Hospital General Universitario de Alicante. (5) Directora Médica, Hospital General Universitario de Alicante.

INDICADOR DE CONFIANZA DE LOS MÉDICOS (ICM) **307**
Fornieles-Pérez H. (1), Marín-Gámez N. (1), Lago Andrés Mª V. (1), Durban-Reguera Fco. (1), Ataz-López P. (1)
(1) Sindicato Médico de Almería , CH Torrecárdenas. SAS. SSPA.

INCIDENCIA DE SANGRADOS EN HOMBRES Y MUJERES SOMETIDOS A INTERVENCIÓNISMO CORONARIO PERCUTÁNEO CON TRIPLE ANTIAGREGACIÓN **308**
Eibe Mandiá MV (1), Castromán-Souto MJ (1), Outes-Velay MB (1), Neiro-Rey MC (1), Arufe-Manteiga MI (1)
(1) Cardiología, CHUS.

APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN HEMODIÁLISIS. **308**
Fulquet M (1), Esteve V. (2), Pou M. (2), Duarte V. (2), Ramirez De Arellano M. (2), Ruiz R. (3)
(1) Servicio de Nefrologia, Hospital de Terrassa. (2) Nefrologia, Consorci Sanitari de Terrasa. (3) Gestión de la ACalidad, Consorci Sanitari de Terrasa.

ANÁLISIS DE NECESIDADES REALES/PERCIBIDAS DE LOS CUIDADORES/AS FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS: UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR. **309**
Ramírez-López E (1), Castañeda-Palma MA (2), Asensio-Pérez MR (2), Reina-Perelló V (3), Blamco-Piñéro N (4), Sumariva-López MJ (4)
(1) Unidad de Atención al Cuidador, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Enfermera gestora de casos hospitalaria, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (3) CCEE Oftalmología , Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (4) Unidad de psicología Clínica, Facultad de Medicina, Uniiversidad de Sevilla.

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROTOCOLO BASADO EN EL TRABAJO COLABORATIVO **309**

Habas- Pérez, JC (1), Guerrero-García, MJ (1), Osuna-Corredera, M (2), Pérez Del Villar, JM (3), Fajardo De la Fuente, M (2), Morales-Prieto, JM (4)

(1) Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena. (2) Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, HU Virgen Macarena. (3) ZBS de la Sierra. Matrona, Sistema Andaluz de Salud. (4) Atención Primaria. Matrona, Sistema Andaluz de Salud.

MONITORIZACIÓN DE LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL COMARCAL **310**

Martínez- López MA (1), Vázquez- López MI (2), Pérez- Rodríguez MT (3), Castro- Fernández I (4)

(1) Calidad y Docencia, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (2) Servicio de Informática, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (3) Planta de M. Interna, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (4) Dirección de Enfermería, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde).

EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL MEDIO LÍQUIDO DE PREENRIQUECIMIENTO PARA EL AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES **310**

Bou G (1), Barba MJ (1), Candia B (2), Villanueva R (1)

(1) Microbioloxía, CHU A Coruña. (2) Unidad de Calidad, CHU A Coruña.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 10

Sesión 10: Seguridad

Moderadora: ***Marisa Dotor Gracia***

LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE PULSERA ES UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD PRIORITARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN **311**

Luengo T (1), Martínez M (1), Cediel C (2), Morales E (3), Sánchez-Escribano M (4), Díaz AI (5)

(1) Formación e Investigación de Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Bloque Obstétrico, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Urgencias, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (4) Hospital de Día, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (5) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

EFECTOS ADVERSOS EN DOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN DOS PERIODOS DE 2009 ..... **311**

Skodova M (1), Fernández Sierra MA (1), García Martín M (2), Bueno Cavanillas (2)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.. (2) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada.

APLICACIÓN DE INMOVILIZACIÓN O CONTENCIÓN FÍSICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL **312**

Sánchez - Linares A. (1), Peñalba - Novo M. (1), García - Mantas A. (2)

(1) metodología y gestión clínica , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. (2) Adjunta Dirección de Enfermería. metodología y gestión clínica , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA UTILIZACIÓN DEL CHECK LIST DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE MURCIA **312**

Soria-Aledo V (1), Campillo-Soto A (2), Carrillo-Alcaraz A (3), Grau-Polán M (4), Lorca-Parra F (4), Aguayo-Albasini Jl (2)

(1) Unidad de Investigacion, Hospital Morales Meseguer. (2) Cirugía General, Hospital Morales Meseguer. (3) Unidad de Formación Continuada, Hospital Morales Meseguer. (4) Investigación, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias.

MEJORA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS **313**

Alcaraz-Martínez J (1), Carrillo-Alcaraz A (2), Pérez-García MC (2), Leal-Llopis J (2), Sánchez- Oro I (3), Martínez-García RM (3)

(1) Unidad de Calidad y Urgencias, Hospital Morales Meseguer. (2) UDICA, Hospital Morales Meseguer. (3) Urgencias, Hospital Morales Meseguer.

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE PROYECTO E INVESTIGACIÓN DEL FISCAM CON Nº DE REGISTRO PI-2006/41 ..... **313**

Francisco Javier Lucas-IMbernón (1), Jesús María Aranaz Andrés (2), María Teresa Gea Velázquez De Castro (2), Daniel Gallardo Martínez (2), Ramón Limón Ramirez (2), Carlos García Fernández (3)

(1) Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Univeristario de Albacete. (2) Medicina Preventiva, Hospital Gerenal Universitario San Juan de Alicante. (3) Servicios de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

DENTRO DE TU LABORATORIO..... 315

Bailén García MA (1), Ruiz Acosta AM (2), Jiménez Álvarez T (2), Andrade Mateos AM (3), Mateo-Sidrón Pérez MD (4), Gutiérrez Romero J (5)

(1) Unidad de Gestión de Laboratorios Clínicos, Hospital Universitario Puerta del Mar. (2) Servicio de Informática, Hospital Universitario Puerta del Mar. (3) Dirección de Enfermería - Área de Consultas externas y Apoyo al Diagnóstico, Hospital Universitario Puerta del Mar. (4) Enfermería -Supervisora de Laboratorios, Hospital Universitario Puerta del Mar. (5) UG de Laboratorios Clínicos, Hospital Universitario Puerta del Mar.

ESCALA DE SEGURIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES ASISTIDOS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS COMO NUEVO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL..... 315

Péculo-Carrasco JA (1), Rodríguez- Ruiz HJ (1), Gómez-Escorza J (1), Puerta-Córdoba A (1), Martínez-Faure Je (1), Baena-Gallardo C (1)

(1) Servicio Provincial 061 en Cádiz , Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

LA PERCEPCIÓN DEL TESTIGO DE LA ASISTENCIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS COMO INDICADOR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 316

Péculo-Carrasco JA (1), Sánchez-Almagro CP (1), Martínez-Faure Je (1), Rodríguez-Aguado Oo (1), García-Pelayo JA (1), Jiménez-Cordero JP (1)

(1) Servicio Provincial 061 en Cádiz , Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 10

Sesión 20: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderadora: ***Beatriz Pais Iglesias***

PROMOCIÓN Y APOYO AL AMAMANTAMIENTO EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO..... 316
Terol-Claramonte M (1), Rodríguez-Rieiro C (1), Pla-Mestre R (1), Seriña-Ramirez C (2), Sanchidrian-Deblas C (1), Cantero-Caballero M (1)
(1) Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2) Coordinadora de Calidad, Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.

ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN FASE PREANALÍTICA EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA EN DOS PERÍODOS DIFERENTES..... 317
Palacián-Ruiz MP (1), Colmenarejo-Serrano C (1), Egido-Lizán, MP (1), Omeñaca-Teres, M (1), Yagüe-Larriba, MD (1), Revillo-Pinilla, MJ (1)
(1) Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario MIguel Servet.

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA ENFERMERÍA, EN MUTUA UNIVERSAL. 317
Colominas-Balada, G (1), Blanco-González, F.D (2), Gomez-Marzo,E (3)
(1) Coordinación de Enfermería, Mutua Universal. (2) Clínica ON LINE, Mutua Universal. (3) Prestaciones Economicas, Mutua Universal.

LEAN HEALTHCARE Y GESTIÓN DE ALTAS: "LOS SEÑORES CLIENTES DEBERÁN ABANDONAR LA HABITACIÓN ANTES DE LAS 12H"..... 318
Mompó-Avilés C (1), Rubio-Álvarez M (2), Matute-Valls B (3), Armario-García P (4), Caro-Cebador B (2), Jiménez-San-Juan R (3)
(1) Coordinación de calidad, Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral). (2) Dirección Enfermería, Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral). (3) Gestión asistencial, Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral). (4) Dirección médica, Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral).

GESTIÓN POR PROCESOS COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN SECTOR SANITARIO..... 318
Vela Marquina MI (1), Marta-Moreno, J (2), Gotor-Lazaro, MA (3), Villa-Gazulla, MT (4), Noya-Castro, Mcc (5), García Mata JR (1)
(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Dirección Hospital, Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Subdirección Médica, Hospital Universitario Miguel Servet. (4) Subidrección Medica, Hospital Universitario Miguel Servet. (5) Subdirección Enfermería, Hospital Universitario Miguel Servet.

LAS CONSULTAS INNECESARIAS AL ESPECIALISTA: UNA VISIÓN ALTERNATIVA..... 319
Enríquez-Martín N (1), Abad-Díez JM (1), Castán-Ruiz Y (1), Moreno-Budría A (1), García-Encabo M (2)
(1) Salud y Consumo. Gobierno de Aragón, Servicio de Evaluación, Acreditación y Calidad. D.G. Planificación y aseguramiento. (2) Salud y Consumo. Gobierno de Aragón, Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

ALTERNATIVAS A LA ASISTENCIA SANITARIA URGENTE EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO..... 319

Unanue-Munduate, JM (1), Pérez-Irazusta I (2), Alcorta-Michelena I (3), Gurruchaga-Arriola, MI (4), Lasa-Garmendia M (5), Arrese-Igor - Etxeburua A (6)

(1) Calidad, Emergencias de Osakidetza. (2) Dirección Médica, Hospital Bidasoa. (3) Punto de Atención Continuada, Comarca Ekialde - Osakidetza. (4) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia. (5) Osakidetza, Proyecto de coordinación Atención Primaria y Atención Especializada. (6) Punto de Atención Continuada, Comarca Mendebalde Osakidetza.

PROYECTO PARA MEJORAR LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DEPRECAM EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID..... 320

Bayón-Cabeza M (1), Arroyo-Morollón J (1), López-Palacios S (1), López-Gómez Ca (1), Regules-Azuara MP (1), Gómez-Pesquera C (1)

(1) Gerencia, Área 7 Atención Primaria.

GRUPOS DE INTERÉS DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA..... 320

Reyes-Alcázar V. (1), Casas-Delgado M. (1), Torres-Olivera A. (2)

(1) Gestión del Conocimiento , Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Dirección Gerencia, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 1 (Santiago)

Sesión 29: Seguridad

Moderador: ***José Manuel Martín Vázquez***

UTILIZACIÓN DE LAS TICS, EN LA FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL: LEARNING COFFEE **321**

López-Vaamonde M (1), Gómez-Ruiz R (2), De Castro-Acuña Iglesias N (3), Galego-Feal P (4), Grela-Piñeiro R (1), Villaverde-Gómez A (1)

(1) Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (2) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Jefa de Servicio de la Subdirección General de Gestión y Políticas de Personal, Servicio Gallego de Salud. (4) DirectorFundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA SIMULACIÓN MÉDICA **321**

Sánchez-Santos L (1), Rodríguez-Nuñez A (2), Iglesias-Vázquez JA (3), Gómez-Ruiz R (4), Martínez-Rendo M (5), Galego-Feal P (6)

(1) Coordinador de la Red de Capacitación Sanitaria de Galicia de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (2) Coordinador del Aula de Simulación Médica Avanzada de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Director Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061, Servicio Gallego de Salud. (4) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria., Servicio Gallego de Salud. (5) Conductor de Instalaciones de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (6) Director Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

EFICIENCIA DEL NUEVO DISPOSITIVO DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE RENAL PORTADOR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA **322**

Gallego -González-Aller FJ (1), Quintero -Pérez Y (2), Jiménez-Jaén P (1), Luque- Sánchez EM (2), Maldonado- López LA (3), Gras- Baeza MA (4)

(1) Dialisis, Hospital Comarcal Melilla. (2) Urgencias, Hospital Comarcal Melilla. (3) Diálisis, Hospital Comarcal Melilla. (4) Consultas Externas, Hospital Comarcal Melilla.

HERRAMIENTA PREVENTIVA DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR DISCREPANCIAS ENTRE TRATAMIENTO HABITUAL Y PRESCRIPCIÓN AL INGRESO **322**

Zoni Ac (1), Jiménez-Muñoz AB (1), Pla-Mestre R (1), Rodríguez-Gijón L (1), Rodríguez-Steinbauer C (1), Rodríguez-Pérez Paz (1)

(1) Servicio de medicina preventiva y gestión de calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañon.

CALIDAD DE LOS REGISTROS RELACIONADOS CON LAS ULCERAS POR PRESIÓN, CUMPLIMENTADOS EN SOPORTE INFORMÁTICO, GACELA, EN EL COMPLEXO HOSPITALARIO XERAL- CALDE **323**

Morado Quiñoá P (1), Pena Meilán MC (2), Rego Docando MJ (3), Álvarez Vázquez (4), Riveira Seijas E (4), Vila Iglesias I (5)

(1) Calidad, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (2) Docencia, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (3) Recursos Materiales, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (4) Hospitalización, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (5) Hospitalización a Domicilio, Complexo Hospitalario Xeral-Calde.

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE COLOSTOMIZADO/ILEOSTOMIZADO..... 323
Pérez-Taboada MJ (1), Fernández-Camiñas JA (2), Pazos-Orosa MC (3), Rego-Docando MJ (1), Ares-Aldariz AM (1)
(1) Dirección de Enfermería, C. H. Xeral Calde, Lugo. (2) Unidad de Cirugía, C. H. Xeral Calde, Lugo. (3) Consulta de Cirugía, C. H. Xeral Calde, Lugo.

CULTURA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO CURSO DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA 324
Grau J (1), Prat A (1), Vilella A (1), Santiñà M (1), Bertran MJ (1), Trilla A (2)
(1) Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic Barcelona. (2) Dirección Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic Barcelona.

EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO 324
Fernando Groba Pérez (1), Rafael Cabadas Avion (2), Cristina Iglesias Cabaleiro (3), Ernesto Toscano Novella (4), Lucia Berride Soto (5), Rocio Castaño Pérez (5)
(1) Supervisor enfermería quirofano y unidad de críticos, Hospital POVISA . (2) Jefe servicio anestesia y unidad de críticos, Hospital POVISA . (3) Coordinadora quirofano, Hospital POVISA . (4) Jefe Servicio Cirugía General, Hospital POVISA. (5) Quirofano, Hospital POVISA .

¿CÓMO HEMOS MEJORADO LA SEGURIDAD DEL CIRCUITO DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL GENERAL? 325
Quintela Valle (1), Villamayor Blanco,L (2), De Miguel-Bouzas JC (2), Freire,Mcarmen (2), Pimentel Alonso,A (3), Faccio López, S (4)
(1) Coordinadora de Procesos Asistenciales, Hospital POVISA. (2) Farmacia, Hospital POVISA. (3) Logística, Hospital POVISA. (4) unidad de calidad, Hospital POVISA.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 1 (Santiago)

Sesión 40: Seguridad

Moderador: ***Rodrigo Gómez Ruíz***

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:UNA HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. **325**

Villar-Arnal MT (1)

(1) CME Ramón y Cajal - Endoscopias, Salud.

PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES DIABÉTICOS: LA ASPIRINA SALVA VIDAS .. **326**

López-Picazo (1), Ruiz JC (2), Sánchez-Ruiz JF (3), Ariza MA (4), Aguilera B (2)

(1) DGAS, Servicio Murciano de Salud. (2) Farmacia, Servicio Murciano de Salud. (3) Tecnologías de la INFORMACIÓN, Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. (4) Farmacia, Servicio Murciano de Salud.

CONTROL DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CRÓNICO EN CONSULTAS DE ENFERMERÍA..... **326**

Prieto-Perdigón D. (1), Ibiricu-Barro A. (1)

(1) Atención Primaria, Grup SAGESSA.

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE HIGIENE DE MANOS EN EL CHOU **327**

Sande-Meijide M (1), García-García MJ (1), Azuara-García MJ (1), González-Vázquez A (1), Uribe-Espinosa JI (1), López-Alvárez S (1)

(1) Servicio Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario Ourense-SERGAS.

RESULTADOS DE IMPACTO CON EL DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE..... **327**

Henríquez-Salamana Ignacio (1), Ezpeleta-Sáenz Estíbaliz (1), Rey-Barbosa Teresa (2), Rua-Santerbas Begoña (3), González-Gómez Nuria (4), Faccio-López Susana (1)

(1) Calidad, POVISA. (2) Medicina Interna, POVISA. (3) UCI, POVISA. (4) Gestión, POVISA.

DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS, UNA FORMA DE SENSIBILIZAR A LOS PROFESIONALES SOBRE LA SEGURIDAD DE PACIENTES **328**

González-Formoso (1), Martín-Miguel Mªv (2), Rial-Boubeta A (3), Lago-Deibe F (1), Delgado- Martín JI (2), Clavería- Fontán A (4)

(1) XAP Vigo, SERGAS. (2) CS Sárdoma, SERGAS. (3) Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela. (4) Avalia_T, SERGAS.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI: INDICADORES DERIVADOS DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA..... **328**

Díaz-Agero Pérez C (1), Pita López MJ (1), Robustillo Rodela A (1), Valdeón García MA (1), Gómez Pizarroso (1), Monge Jodra V (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

AMFE DEL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL. 329

Barrios García R. (1), Mora Banderas A.M. (2), Faus Felipe V (3), Sepúlveda Sánchez J. (4), Martín Escalante M.D. (5), Martín Escalante C (6)

(1) Hospitalización Quirúrgica y Hemodiálisis, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (2) Unidad de Calidad, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (3) Farmacia, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (4) Hospitalización Médica, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (5) Medicina Interna, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (6) CIRUGÍA, Empresa Pública Hospital Costa del Sol.

RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD..... 329

Vázquez-Vizoso FI (1), Martín-Rodríguez MD (2), Abraira MI (3), Rodríguez-Durán Lf (1), Álvarez-Gil RM (4), Lorenzo-García V (5)

(1) Servizo de Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario de Pontevedra (SERGAS). (2) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade, Servizo Galego de Saúde (SERGAS). (3) Medicina Preventiva, Hospital Comarcal de Valdeorras (SERGAS). (4) Medicina Preventiva, Hospital da Costa de Burela (SERGAS). (5) Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide-NS de Ferrol (SERGAS).

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 2 (Compostela)

Sesión 30: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderadora: ***Adelina Fernández García***

CITA WEB NO PRESENCIAL: CREACIÓN DE UNA NUEVA MODALIDAD DE ATENCIÓN SANITARIA..... 330

Andrés Cánovas Inglés (1), Alfonso Muñoz Ureña (2), Alberto Barragán Pérez (3), Paz Rodríguez Martínez (4), Alfonso Piñana López (1), Elisardo Roig Angosto (5)

(1) Centro de Salud "Virgen de la Caridad" de Cartagena, Servicio Murciano de Salud. (2) Unidad Docente de la Gerencia del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (3) Gerencia del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (4) Dirección General de RR.HH. , Servicio Murciano de Salud. (5) Centro de Salud "Torre Pacheco Oeste", Servicio Murciano de Salud.

MEJORA DE LA CALIDAD Y CONTINUIDAD ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALISTAS CON HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA COMÚN..... 330

Atrian Casanova S (1), Elviro-Bodoy T (2), Escolar Castellón F (3), Piñol Moreso J Ll (4), Garbajosa Cabello A (5), Estadella Servalls MJ (6)

(1) Proyectes , Diputacio Tarragona . (2) Cap Salou, Médico Mfyc , Instituto Català de la Salut . (3) Dirección Médica , Hospital Clínico de Universitario Zaragoza. (4) Unitat de Docencia Reus , Instituto Català de la Salut . (5) Mir -3 MFYC , Instituto Català de la Salut . (6) Mir-2 MFYC , Instituto Català de la Salut .

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE APROVISIONAMIENTO Y CONTROL DE CONSUMOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA..... 331

Alfonso Pimentel Alonso (1), Cristina Iglesias Cabaleiro (2), Fernando Groba Pérez (2), Sonia María Román Román (2)

(1) Servicio de Logística, Hospital POVISA. (2) Quirófano, Hospital POVISA.

SCASEST EN URGENCIAS. A LA TERCERA VA LA VENCIDA..... 331

Raigal-Jurado S (1), Nicolas-Galvez J (1), García-Caravaca JC (1), García-Rodríguez JC (1), Alcaraz-Martínez J (2), Sierra-Prefasi FJ (1)

(1) Urgencias, Hospital Morales Meseguer. (2) Unidad de Calidad, Hospital Morales Meseguer.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA VÍA CLÍNICA DE MASTECTOMÍA EN EL HOSPITAL SIERRALLANA..... 332

Pino-Domínguez L (1), Fariñas-Álvarez C (1), García-Rodríguez J (2), Olavarría-Beivide E (3), Rodríguez-Cundín P (1), Ansorena-Pool L (4)

(1) Servicio de Medicina Preventiva, Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Sierrallana. (2) Servicio de Ginecología, Hospital Sierrallana. (3) Unidad de Hospitalización de Cirugía, Hospital Sierrallana. (4) Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital Sierrallana.

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS PERSONAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE LA ISO 9001:2008..... 332

Ballesteros Muñoz, María F. (1), Salas, A (1), Ruiz Cortinas, Rosa (1)

(1) direcció de qualitat, consorci sanitari de terrassa.

IMPLANTACIÓN DE CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA MEDIANTE RETINOGRAFÍA DIGITAL EN ATENCIÓN PRIMARIA **333**

Rodríguez García LC (1), Gómez De Cádiz Villarreal A (1), Pérez Rivas J (1), Muñoz González JJ (1), García Álvarez G (1), Alonso Salazar MT (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria Área 11 de Madrid, Servicio Madrileño de Salud.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS. **333**

Silvia Vidal (1), Eduardo Briones (1), Guillermo Velázquez (2), Claudio Bueno (2)

(1) Calidad y Documentación Clínica, Hospital de Valme. (2) Dirección Médica, Hospital de Valme.

UTILIDAD Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS DE DRENAJE **334**

Lueiro F, (1), Candia B (2), Bastón C, (3), Barba MJ (1)

(1) Servicio de Microbiología, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS. (3) Servicio de Microbiología, CHUAC-SERGAS.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 2 (Compostela)

Sesión 41: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderador: ***Fernando Palacio Lapuente***

DISEÑO DEL SUBPROCESO DE URGENCIAS DENTRO DEL PROCESO: "MANEJO DEL POLITRAUMATIZADO GRAVE" **334**

Javierre Loris MA (1), Garcés San José C (1), Javierre Loris I (2), Bustamante Rodríguez B (1), Herrer Castejón A (1), Gros Bañeres B (1)

(1) Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. (2) Unidad de salud laboral, FREMAP Zaragoza.

LA LACTANCIA NATURAL, ES POSIBLE. **335**

Ortiz Otero, MM (1), Flores Antón, B (2), Rivero, MJ (2)

(1) Calidad, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (2) Pediatría, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

TÍTULO: MIRADA ATRÁS: OCHO AÑOS DE VIDA DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (CAR) DE GERIATRÍA. **335**

Cucullo López JM (1), Vial Escolano R (1), Solsona Fernández S (1), Navarro Cirugeda M (1), Ciercoles Sierra MJ (1), Guajardo Sinusia I (2)

(1) Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, Salud- Aragón Sector I. (2) Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, Salud- Aragon Sector I.

ANALIZAR LAS INTERRUPCIONES EN LA CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD **336**

Ciorba E (1), Álvarez-Luy M (1), Magrané-Francesch E (1), Serra-Farriol D (1), Hospital-Guardiola I (1), Gens-Barberá M (1)

(1) Atención Primaria, institut Català Salut.

MODELO DE RELACIÓN DEL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD CON LA CIUDADANÍA. **336**

Aguilera -Terrado R (1), Vicent -Nicolau F (1), Rabadà- Arnau, T (1), Beberide -Nodal M (2)

(1) Unidad de Atención al Ciudadano, Servicio Catalán de la Salud. (2) Unidad de Atención al Ciudadano, Servicio Catalán de la Salud.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA CERTIFICADO POR LA NORMA ISO **337**

García-Pérez M (1), González-Álvarez I (2), Lorente-Fernández Mf (1), López-Romero J (2), Mira-Cerver R (2), Ibañez-Pérez J (2)

(1) Radiología, Hospital Universitario San Juan. (2) Radiología, Hospital Universitario de San Juan.

PAPEL DE LA GLICOHEMOGLOBINA, MICROALBUMINURIA Y OTRAS VARIABLES EN EL CONTROL DE LA DIABETES TIPO-2 ..... **337**

Moreno Campoy Ee (1), Mérida De la Torre FJ (2), Moraga Ropero I (1), Garrido Martínez JA (3), Morillo Martín A (4)

(1) Farmacia, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. (2) Laboratorio Clínico, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. (3) Gestión del Conocimiento y Sistemas de Información, Área de Gestión Sanitaria Serranía. Servicio Andaluz de Salud. (4) Dirección-Gerencia, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE ÁREA 338

Leal-Llopis, J (1), Paredes-Sidrach De Cardona, A (2), Pérez-García, MC (1), Calvo-Bohajar, M (1), Crespo-Carrión MJ (2)

(1) Unidad de Docencia, Investigación y Calidad, Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

APLICACIÓN DE AMFE PARA MEJORAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HGUCR 338

Armenteros Lechuga M (1), Izquierdo Alcolea B (2), Llorente Parrado C (3), Lagos Pantoja E, (3), Vera Ruiz FM (4), Sobrino González J L (5)

(1) Unidad de Calidad-Formación, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2) Servicio de ADMISIÓN , Hospital General Universitario de Ciudad Real. (3) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (4) Servicio de ADMISIÓN, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (5) Servicio de ADMISIÓN, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 3 (Obradoiro)

Sesión 31: Seguridad

Moderador: ***Genís Carrasco Gómez***

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL PROCESO DE VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA..... 339

Olivera Cañadas G (1), Serrano Molina L (2), Jurado Balbuena JJ (3), Amengual Piego M (4)

(1) Unidad Funcional de gestión de riesgos UFGR. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS. , Técnico de salud. (2) Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR). Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Subdirectora de enfermería. (3) Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR). Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Director de enfermería. (4) Unidad funcional de Gestión de Riesgos (UFGR). Área 6 de Atención Primaria, Director Gerente.

APLICACIÓN EN EL HSCSP DE LA PROPUESTA DE LA ALIANZA PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES..... 339

Valls- Guallar C. (1), Navarro-Arranz P. (2), Picas -Vidal JM. (2), Vilanova-Cardenal F. (3)

(1) Calidad y Acreditación, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona . (2) Tecnologías de la Información y Comunicación y Sistemas de Información , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona . (3) Servicio de Anestesiologia y Reanimación, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona .

HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DE UN ÁREA SANITARIA: HOMEGENEIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA..... 340

De la Hija Diaz M.B (1), Tofiño González M.I (1), Arroyo Pineda V (1), Torijano Casaslengua M.L (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina, SESCAM.

AUMENTANDO LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA..... 340

De la Hija Díaz, M.B (1), Torijano Casalengua, M.L (1), García Flores S (1), Sánchez Holgado J (2), Galán Montañes, M.J. (1), Tofiño González, M.I (1)

(1) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM . (2) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM.

LAS DOS CARAS DE LA MONEDA: PLANIFICACIÓN VS IMPROVISACIÓN. 341

Garrido MJ, (1), Vázquez O, (2), Míguez E, (3), Carrajo L, (2)

(1) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS. (2) Informática, CHUAC-SERGAS. (3) Unidad de INFECCIOSAS, CHUAC-SERGAS.

RESULTADO DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DEL HOSPITAL POVISA..... 341

Cabadas R (1), Rey M (1), Penelas-Cortés Y (2), Enríquez-Salamanca I (3), González-Gallegos M (4), Cabezas C (5)

(1) Anestesiología y Reanimación, Hospital POVISA . (2) Recepción y Documentación Clínica, Hospital POVISA . (3) Preventiva , Hospital POVISA . (4) Calidad, Hospital POVISA . (5) Dirección Asistencial, Hospital POVISA .

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: ESTUDIO EVADUR..... 342

Tomas Vecina S (1), Chanovas Borras M (1), Roqueta Egea F (1)

(1) Programa Seguridad del Paciente, Sociedad Española Medicina Urgencias y Emergencias (SEMES).

LA SEGURIDAD EN LAS SALAS DE CIRUGÍA MENOR MEDIANTE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA..... 342

Sánchez Holgado J (1), Torijano Casalengua M.L (1), López Gutiérrez M.J (2), Carbayo García J.J (2), Bonilla Escobar B.A (1), Fliriache García. Caro García P (1)

(1) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM. (2) Centro de Salud La Algodonera Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO..... 343

Bolumar Castellvi, A (1), Brull Royo, Montserrat (2), Sabido Mauri, Rosa M (3), Bonet Pla, Anna (4), Estopiña Vitutia, Sheila (1), Domínguez López, Mª De la O (5)

(1) Larga Estancia, Hospital de la Santa Creu. (2) Supervisión, Hospital de la Santa Creu. (3) SEVAD, Hospital de la Santa Creu. (4) Convalescencia, Hospital de la Santa Creu. (5) Residencia Asistida y Psicogeriatría, Hospital de la Santa Creu.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 3 (Obradoiro)

Sesión 42: Seguridad

Moderadora: ***Beatriz Pais Iglesias***

FACTORES CONTRIBUYENTES Y SUCESOS ADVERSOS RECOGIDOS EN UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN MEDICINA INTENSIVA **343**

Álvarez-Morezuelas MN (1), Alcalde-Bezhold G (1), Manzano-Ramirez A (2), Ruiz De Ocenda- Sanz E (3), Pérez-Heredia M (3), Corral-Lozano E (3)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Santiago. (2) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago. (3) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago-Osakidetza.

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE OBJETIVOS DIARIOS (LVOD): HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO. **344**

Cavallé MC (1), L González (1), P Tomás (1), I Vallverdú (1), MJ Bueno (2)

(1) UCI, Hospital Sant Joan de Reus. (2) Calidad Asistencial, Hospital Sant Joan de Reus.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD A TRAVÉS DEL CUADRO DE MANDO DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD **344**

Del Nozal Nalda M. (1), Vilaplana García AM. (1), Comisión De Mortalidad (2)

(1) Subdirección de Calidad, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Dirección, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área.

REVISIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL A LOS FALLECIDOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS **345**

Alcalde G (1), Álvarez-Morezuelas MN (1), Fonseca F (2), Grases R (3), Manzano A (2), Beltrán De Heredia B (4)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Santiago. (2) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago. (3) Servicio de Traumatología, Hospital Santiago. (4) Servicio de Anestesiología, Hospital Santiago.

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL QUIRÓFANO EMPIEZA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN **345**

Pau Llobera, N (1), Guillot Morales, M (2), Soler Catalán, FJ (3), Jareño Talero, J (4), Reixach Costa, M (5), Martínez Pillado, M (1)

(1) Subdirección de Innovación y procesos, Hospital Universitario Son Dureta. (2) Coordinadora médica de calidad, Hospital Universitario Son Dureta. (3) Enfermero coordinador de lista. Quirófano, Hospital Universitario Son Dureta. (4) Supervisor quirófano, Hospital Universitario Son Dureta. (5) Supervisora quirófano, Hospital Universitario Son Dureta.

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS **346**

Torregrosa MA (1), Alcolea MI (1), Macanas A (1), Vivancos V (1), Pujante C (1), Hidalgo I (1)

(1) UCI, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

LEAN HEALTHCARE: UN SISTEMA DE GESTIÓN AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE **346**

Ferrús-Estopà L (1), Rotllan M (2)

(1) Área de Seguridad del Paciente. Dirección de Organización y Planificación, Consorci Sanitari Integral. (2) Direción de Planificación y Organización, Consorci Sanitari Integral.

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN COMO SISTEMÁTICA DE TRABAJO EN UN HOSPITAL TERCIARIO **347**

Vela Marquina MI (1), García-Jiménez I (2), Belkebir S (3), Lapresta- Moros C (4), Vergara-Ugariza JM (5), García Mata JR (1)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Unidad de Calidad Asistencial - Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón. (4) Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Miguel Servet. (5) Servicio de Neurofisiología, Hospital Universitario Miguel Servet.

IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LA REGIÓN DE MURCIA **347**

Soria-Aledo V (1), Valbuena-Moya S (2), Carrillo-Alcaraz A (3), Grau-Polán M (4), Lorca-Parra F (4), Ramos-Hernández MP (5)

(1) Unidad de Investigacion, Hospital Morales Meseguer. (2) Seguridad del paciente, Servicio Murciano de Salud. (3) Unidad de Formación Continuada, Hospital Morales Meseguer. (4) Investigación, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias. (5) Dirección General Asistencial, Consejería de Sanidad de Murcia.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 4

Sesión 32: Ciudadano

Moderadora: *Mª Olga Roca Bergantiños*

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE HOSPITALIZACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE 348

Latorre M (1), San Sebastian JA (1), Bilbao I (1), Jauregui I (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces .

LA RADIO COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD 348

Boqué Cavallé M (1), Alegre-Bultó C (1), Vallejo García E (1), Verdura-Anglada T (2)

(1) Enfermería, FASS. (2) Enfermería, URV.

JUNTO AL PACIENTE UN ENTORNO DE CONOCIMIENTO 349

Fuente-Blanco MC (1), Cómes-Górriz N (2), Fabregat-Sancho JF (3), Rodríguez-Alejandre JM (4), González-Contreras M (1)

(1) Calidad, Fundación Jiménez Díaz. (2) Directora de Enfermería, Fundación Jiménez Díaz. (3) Dirección Médica, Fundación Jiménez Díaz. (4) Gerencia, Fundación Jiménez Díaz.

MANUALES DE COMPETENCIAS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ 349

Salguero-Cabalgante R (1), Galiot-Torres A (1), Carrascosa-Salmoral MP (1), Rojas-De Mora Figueroa A (1), Martín-García Sm (1), Torres-Olivera A (2)

(1) Acreditación de Competencias Profesionales, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Dirección Gerencia, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

¿REALIZAREMOS FONDO DE OJO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SISTEMÁTICAMENTE PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL? 350

L. Sayagues-Moreira (1), R. Casado-Arroyo (2), J. Chico-Carballas (3), A. Acevedo-Prado (4), J. Abalo-Lojo (5)

(1) Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (2) Cardiología, Hospital Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Medicina Intensiva, Hospital de Motecelo. Pontevedra. (4) Coordinador de Calidad, Docencia e Investigación, Área Sanitaria de Ferrol. (5) Oftalmología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA EN UNIDADES DE CRÍTICOS. OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL 350

L.Sayagues-Moreira (1), R. Casado-Arroyo (2), J. Chico-Carballas (3), E. Savorido (3), C. Rivero (1), J.L.García-Allut (1)

(1) Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (2) Cardiología, Hospital Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Medicina Intensiva, Hospital de Montecelo. Pontevedra.

GRUPO FOCAL HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA 351

Muiño Bové, I. (1), Lorente Ten, E. (1), Palau Vendrell, A. (1), Vidal Esteve, E. (1), Fernández García, M. (1), Gens Barberà, M. (1)

(1) Atención Primaria - ABS Salou, ICS Àmbit Tarragona-Valls.

LA ATENCIÓN AL CUIDADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR III ZARAGOZA **351**

Esquivis Jaramillo MC (1), Grima Moliner JI (2), Alutiz Peña Luis (3), González García M (4), Villafranca Escosa A (5), Isasa Cuartero L (6)

(1) Sector III Zaragoza, Enfermera de Enlace . (2) C.S: Miralbueno Zaragoza, Médico de A. Primária. (3) C. Salud Bombarda Zaragoza, Enfermero. (4) C. S. Valdefierro Zaragoza, Enfermera. (5) C.S. Valdefierro, Enfermero. (6) C.S. Garrapinillos- Miralbueno, Médico.

AGUA, LIMON Y PARACETAMOL. TRIAJE TELEFÓNICO DURANTE PANDEMIA DE GRIPE, NOVEDOSA OFERTA DE CUIDADOS ENFERMEROS **352**

Oñate-Calvo, C (1), Teruel-Maicas A (2), Díez-Romeo A (3), Martínez-Marco MA (4), Mateo-Bernal T (5), Pallarés-Sisamón F (6)

(1) C.S Sástago, Salud Atención Primaria Sector 2. (2) C.S Valdespartera, Salud Atención Primaria Sector 2. (3) Urgencias, Salud Hospital Clínico Universitario. (4) Traumatología, Salud Hospital Royo Villanova. (5) C.S Ateca, Salud Atención Primaria Sector 3. (6) Urgencias, Salud Hospital Universitario Miguel Servet.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 4

Sesión 43: Responsabilidad Social Corporativa

Moderador: ***José Antonio Ortigueira Espinosa***

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN CONFIDENCIALIDAD..... 352

Barrado- Narvión MJ (1), López- Ibort N (2), Del Pino -Jiménez MD (3), González-De la Cuesta D (4), Bara-Machín G (5)

(1) Hospitalización-Uci, Salud-HRV. (2) Calidad, Salud-HCLB. (3) Codificación, Salud-HCLB. (4) Hospitalización-UCI, Salud-HRV. (5) Hospitalización-Bloque Quirúrgico, Salud-HUMS.

UNIDAD DE DONACIÓN DE TIEMPO..... 353

Serrano Ramos, M (1), Castilla Álvarez, C. (2), Suárez Carrasco, J. (3)

(1) Participación Ciudadana, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Subdirección de Atención al Ciudadano, Hospital Universitario Virgen Macarena y Á rea. (3) Subdirección de Proyectos, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área.

BASE DE DATOS DE BUENAS PRÁCTICAS..... 353

Toro-Sánchez L (1), Solozabal-Orbegozo K (1), Villa-Valle R (1), Gallego-Camiña I (1), Sainz Del Molino A (2), Maestre-Martínez MT (3)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo. (2) Informática, Hospital Galdakao-Usansolo. (3) Bloque Quirúrgico, Hospital Galdakao-Usansolo.

COMPETENCIAS PROFESIONALES EN UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA:EXPLORACIÓN DE LAS ACTITUDES ÉTICAS. 354

Babarro-Cid H (1), González-Nuñez B (2), García-Fernández Y (2), Liceras-Pascual O (2), Varela-González B (2), Martínez-Ques AA (2)

(1) Unidad de Cuidados Intensivoa, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Complexo Hospitalario de Ourense.

¿CONSEGUIREMOS GESTIONAR ADECUADAMENTE EL IMPACTO AMBIENTAL DE NUESTRO COMPLEJO HOSPITALARIO? .. 354

Larriba L, (1), Candia B, (2), Fraga JA (3), López-Mihura JM (4), García FJ (5)

(1) Unidad de MEDIOAMBIENTE y Calidad- OFICINA TÉCNICA, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS. (3) ServicioS Genreales, CHUAC-SERGAS. (4) OFICINA TÉCNICA- ARQUITECTO, CHUAC-SERGAS. (5) Subdirección ServicioS Genreales, CHUAC-SERGAS.

JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS EN EL HGU: ACERCAMIENTO DEL HOSPITAL A ESTUDIANTES DEL ÁREA DE INFLUENCIA..... 355

Villa-Valle R (1), Solozabal-Orbegozo K (1), Toro-Sánchez L (1), Ingunza-Basterra N (2), Ortigosa-De la Hoz M (2), Antolin-Mugarza A (3)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo. (2) Dirección de enfermería, Hospital Galdakao-Usansolo. (3) Recursos Humanos, Hospital Galdakao-Usansolo.

UN BALANCE DE NARICES: EL PRIMER AÑO DE PAYASOS DE HOSPITAL..... 355

Vela Marquina MI (1), Ilzarbe-Simorte D (2), López-De la Osa JA (3), Domínguez-García M (3), Clemente-Roldán E (4), Noya-Castro MC (5)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. (3) Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. (4) Unidad de Calidad Asistencial- Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón. (5) Subdirección Enfermería, Hospital Universitario Miguel Servet.

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA PARA "RESULTADOS EN LA SOCIEDAD" DEL HOSPITAL DE MOLINA..... 356

López-Guerrero, FA (1), Montero-Del Amo B (2), Gómez-García MJ (1), Guirado-Sánchez F (3)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de MOLINA. (2) Unidad de COMUNICACIÓN, Hospital de MOLINA. (3) Gerencia, Hospital de MOLINA.

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA (RSC) DIFUNDIDA POR HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES A TRAVÉS DE INTERNET..... 356

Rumbo-Prieto JM (1), Arantón-Areosa L. (2), Tizón-Bouza E. (3), Calvo-Pérez AI (2), Fernández-Segade J (2)

(1) Servicio de Radiodiagnóstico, Área Sanitaria de Ferrol - C.H. Arquitecto Marcide. (2) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Servicio de Urgencias, Área Sanitaria de Ferrol - C.H. Arquitecto Marcide.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 7

Sesión 33: Liderazgo/Gestión Clínica

Moderador: ***Jesús Aranaz Andrés***

EXPERIENCIA PILOTO EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL **357**

Cantón-Álvarez MB (1), Mediavilla-Sesmero MV (1), Rodríguez-Soberado MP (2)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Comarcal de Medina del Campo. SACYL.. (2) Supervisora de Área de Formación y Calidad, Hospital Comarcal de Medina del Campo. SACYL..

HERNIA INGUINAL: INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL **357**

Beltrán-Peribáñez J (1), Arribas-Monzón F (1), Misiego-Peral A (2), Urralburu-Tainta JJ (2), Abad-Díez JM (1), Castaño Lasaosa JI (2)

(1) Servicio Evaluación y Calidad Asistencial , Departamento de Salud y Consumo. (2) Dirección de Atención Especializada, Gerencia Salud.

NORMALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID **358**

Hernández-Pascual M (1), Casado-López M (2), Ruiz Alonso-S (2), Sánchez- Perruca L (2), Rico-Blázquez M (2), Jiménez- Domínguez C (2)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria, Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. (2) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria, Dirección General de Atención Primaria..Comunidad de Madrid.

ANÁLISIS DEL NIVEL CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS **358**

Leal-Llopis, J (1), Paredes-Sidrach De Cardona, A (2), Pérez-García, MC (1), Martínez-Marin, R (3), Martínez -García, JA (2), Cortes-Parra, C (2)

(1) Unidad de Docencia, Investigación y Calidad, Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Morales Meseguer. Murcia. (3) Servicio de Anatomia Patológica, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

CIRCUITO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CÓMO HA FUNCIONADO? **359**

Carmen Moliner Prada (1), Sofía Garrido Elustondo (1), Carlos López Gómez (1), Arroyo-Morollón J (2), Ballarín-Bardají M (3), López-Palacios S (4)

(1) Dirección médica, Gerencia Atención Primaria. (2) Dirección Médica, Gerencia de Atención Primaria. (3) Dirección Gerencia, Gerencia de Atención Primaria. (4) Dirección Enfermería, Gerencia de Atención Primaria.

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA ESTRATEGIA DE CÁNCER EN ARAGÓN **359**

Abad JM (1), Castán Y (1), Marzo J (1), Enríquez N (1)

(1) Departamento Salud y Consumo, D.G.Planificación y Aseguramiento.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS DEL H.C.U "LOZANO BLESA", ZARAGOZA. 2005-2010 360

Ben Cheikh W (1), Regalado-Iturri A (1), Barrasa-Villar JI (2), Fuertes-Palacio MA (3), De Miguel-Ascaso C (4)

(1) Unidad Docente de medicina preventiva y Salud Pública de Aragón, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2) Coordinador de Calidad del Sector III del Salud, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza . (3) Presidente de la Comisión de Revisores del H.C.U.L.B., Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. (4) Secretaría de la Comisión de Revisores del H.C.U.L.B., Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza.

IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN Y RESULTADOS A LOS TRES MSESES 360

Caldas Blanco Ramón (1), Bueno-Zamora Hector (2), Torrero-García Pedro (3), Gomez-Rábago María Luisa (4), Fernández-Avilés Díaz Francisco (2), Bermejo -Thomas Javier (5)

(1) Gerencia Área 1 Atención Primaria, SERMAS. (2) Servicio de Cardiología. UCAR, Hospital General Universitario Gregorio Marañon. (3) Atención Primaria Área1, SERMAS. (4) ATENCIÓN PRIMARIA. Área 1, SERMAS. (5) Servicio de Cardiología. UCAR , UCAR. Hospital General Universitario Gregorio Marañon.

CURA EN AMBIENTE HÚMIDO. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS..... 361

Arantón-Areosa L (1), Fernández-Segade J (1), Calvo-Pérez A (1), Facio-Villanueva A (2), Domínguez-González N (3), Otero-Verea J (4)

(1) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (2) Subdirección General de Planificación y Ordenación Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde. (4) Servicio de desarrollo de Procesos Asistenciales y compra de servicios, Servizo Galego de Saúde.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 7

Sesión 44: Sistemas de Gestión

Moderadora: ***María Jesús Garrido Filgueiras***

IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA 5S EN EL ÀREA DE HOSPITALIZACIÓN..... 361
Ferrús-Estopà L (1), González M (2), Casas D (3), Rodrigez A (3)
(1) Dirección de Planificación y Organización. Área de Seguridad del Paciente, Consorci Sanitari Integral. (2) Dirección de enfermería, Hospittal General de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral.. (3) Dirección de enfermería, Hospital General de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral.

PARTICIPACIÓN Y IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD EN LA MEJORA CONTINUA..... 362
Vidal-Esteve E (1), Gens-Barberà M (1), Hernández - Vidal N (1), Palacios - Llamazares L (1), Angles - Segura T (1), Mengibar - García Y (1)
(1) Atención Primaria, Institut Català de la Salut.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO EN LA APLICACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA(AP)..... 362
Gens-Barberà M (1), Davins-Miralles J (2), Vidal-Mila A (3), Benavent-Areu J (3), Marín-Sánchez F (3), Gallego-Sánchez J (4)
(1) Atención Primaria, Institut Català Salut. (2) Direcció de Recursos Sanitaris, Departament de Salut. (3) atencion Primaria, Institut Català Salut. (4) Aencion Primaria, Institut Català Salut.

ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN PARA LOS OBJETIVOS DE CONTRATO PROGRAMA DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID..... 363
López-Romero A (1), Bartolomé-Bénito E (1), Rico-Blazquez M (1), Miquel-Gómez A (1), Ruiz Alonso, S (1), Sánchez Suárez JI (1)
(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid .

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL CAPIO HOSPITAL TRES CULTURAS DE TOLEDO..... 363
Soto-Loza, Giu (1), Garrido Ruiz De Los Paños, F. (2), Comino Rivas, Mª A (3), López San Román, Mª A (4), Loza Munarriz, Mª L (4), Blanco Rodríguez, M (4)
(1) Coordinadora de Calidad, Capio Hospital Tres Culturas. (2) Dirección Medica, Capio Hospital Tres Culturas. (3) Dirección Enfermería, Capio Hospital Tres Culturas. (4) Nucleo Promotor de Calidad, Capio Hospital Tres Culturas.

CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES.. 364
Miquel-Gómez A (1), Bartolomé-Benito E (1), Sánchez-Peruca L (1), Jiménez-Carramiñana J (2), Bartolomé-Casado MS (2), Moreno-Alarcón M (1)
(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. (2) Servicio de Sistemas de Información de Atención Primaria, Dirección General de SISTEMAS de Información Sanitaria.

LA CREACIÓN DEL BUZÓN DE NO CONFORMIDADES, QUEJAS Y PROPUESTAS DE MEJORA COMO CONTINUACIÓN AL PROYECTO DE GRUPOS INTERNOS DE MEJORA CONTINUADA DESPUÉS DE TRES AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE ESTOS EN EL INSTITUTO CATALÁN DE EVALUACIONES MÉDICAS..... 364

Pastor - Milán JR (1), Valenzuela - Izquierdo E (1), Gomila - Vila X (1), Jardí I Lliberia J (1), Gàlvez-Hernando G (1)

(1) Departament de Salut, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).

GDDS COMO HERRAMIENTAS PARA OBTENER LOS OBJETIVOS ESTRATÉTICOS 365

Cabezas C (1), González-Gallegos M (2), Gozalo T (3), Geremías L (1), Sánchez L (4), Marcuño A (5)

(1) Dirección Asistencial, Hospital POVISA . (2) Calidad, Hospital POVISA . (3) Gestión Operativa, Hospital POVISA . (4) Económico-Financiero, Hospital POVISA. (5) Planificación y sistemas, Hospital POVISA .

AUTOEVALUACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN UN HOSPITAL. 365

Lorenzo Martínez S (1), García Menendez C (2), Alonso Punter JC (3), Díaz Cuasante AI (4), Forés Moreno G (5)

(1) Análisis de Información y Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Dirección Asistencial, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Dirección Económico Financiera, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (4) Dirección de Operaciones y Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (5) Dirección Gerencia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 8

Sesión 34: Investigación/Formación en Calidad

Moderador: ***José Ignacio Barrasa Villar***

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD QUIRÚRGICA **366**

López-García JA (1), Robles-Ortiz A (2), Matallana-Jiménez M (2), Carrasco-Férnadez V (2), Pérez-López M (2), López-Navarro MJ (3)

(1) Calidad Asistencial, Servicio Murciano de Salud. Área IV de Salud. (2) Unidad Quirúrgica, Servicio Murciano de Salud. Área IV de Salud. (3) Médicina Interna, Servicio Murciano de Salud. Área IV de Salud.

EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SÁRDOMA (VIGO) **366**

Delgado-Martín JI (1), Martín-Miguel Mªv (2), González-Formoso C (3), Domínguez-Sardiña M (1), Rodríguez-Calveiro R (1), Carballo-Llovo A (1)

(1) CS Sárdoma, SERGAS. (2) CS Matamá, SERGAS. (3) XAP Vigo, SERGAS.

EL PACIENTE SIN CITA. REDEFINICIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL PROCESO DE ACCESO EN UN CENTRO DE SALUD **367**

Fernández-Girón M (1), Sánchez-Pérez J (1), Cortés-Durán M (1), López-Serrano B (1), Torres-Romo L (1), Martínez-Tamargo M (1)

(1) Atención Primaria, SERMAS.

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INDICACIÓN DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG)... **367**

Carrión García. F (1), Arráez Monllor. M. (2), Martínez Otón. JA (1), Morán Sánchez. S (1), Serrano Ladron De Guevara. S (1), Navarro García. I (3)

(1) Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa María del Rosell. (2) Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Santa María del Rosell. (3) Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa María del Rosell.

IMPACTO DE UNA MEDIDA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN **368**

Vázquez-Pérez A (1), Vázquez-Campo M (2), Martínez-Ques AA (1), Domínguez-Arias B (3), Moure-Fernández L (4)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Fundación Cabaleiro Góas, Complexo Hospitalario de Ourense. (3) Subdirección de Enfermería, Complexo Hospitalario de Vigo. (4) Docencia y Formación, Complexo Hospitalario de Vigo.

LA GARANTÍA DEL ÉXITO EN FORMACIÓN ES NUESTRO RETO **368**

Cernadas I. (1), Candia B. (2), García B. (1), Domínguez I. (1)

(1) Formación, Hospital A Coruña. (2) Calidad, Hospital A Coruña.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE UN TALLER DE MAQUILLAJE CORRECTOR EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS. **369**

Ramirez López, B. (1), Toribio Montero, JC (2), Fernández Sánchez E. (1), Alfageme Gutiérrez M. (1), Morales Fernández E. (1), De Troya Martín M. (1)

(1) Consultas Externas Dermatología, Hospital Costa del Sol. (2) Consultas Externas DERMATOLOGIA, Hospital Costa del Sol.

ACREDITACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS COMO PROGRAMA FORMATIVO DE UNIDAD CLÍNICA DE GESTIÓN ONCOLÓGICA MULTIDISCIPLINAR..... 369

Salas-Buzón MC (1), Gitiérrez-Bayard Lucía (1), Alonso-Redondo E (1), Villanego Beltrán I. (1), González-Calvo E. (1), Munive E. (1)

(1) Unidad de Atención Integral al Cáncer, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

EFECTO DEL USO DEL LIMPIAUÑAS DURANTE EL LAVADO QUIRÚRGICO SOBRE EL NÚMERO DE BACTERIAS..... 370

Becerra-Sueiro MV (1), Fernández-Fernández MA (2), Fernández-González AI (3), Ramos-Maneiro MC (4), Treviño-Castellano M (4)

(1) Quirofanos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Facultad de Matemáticas, Universidad de Santiago (USC). (3) Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (4) Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA

Sesión 45: Investigación/Formación en Calidad

Moderadora: ***Susana Lorenzo Martínez***

LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIABETES ¿MEJORA LOS RESULTADOS DEL CONTROL METABÓLICO? **370**

Pérez-Castro P (1), Martín Miguel MV (1), Lago Deibe (2), Delgado Martín (3), Lorenzo-San Martín A (4), Bóveda-Fontán (5)

(1) CS Matamá, SERGAS. (2) XAP Vigo, SERGAS. (3) CS Sárdoma, SERGAS. (4) CS Cuba, SERGAS. (5) CS Pintor Colmeiro, SERGAS.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE LA CALIDAD DE LOS SITIOS WEB RELACIONADOS CON LA SALUD **371**

Moreno Rodríguez, JM (1), Herrera-Viedma, E (2), Parra Hidalgo, P (3), Caballero Rodríguez, J (4)

(1) Servicio de Informática, Hospital J.M. Morales Meseguer - Servicio Murciano de Salud. (2) Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial, Universidad de Granada. (3) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo. CCAA Región de Murcia. (4) Servicio de Neumología, Hospital J.M. Morales Meseguer - Servicio Murciano de Salud.

GESTIÓN DE LA CALIDAD. AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM. HOSPITAL GUADARRAMA **371**

Salazar-Guerra R (1), García - Capelo Pérez JP (2), Carnicero-Bujarrabal M (3), Pérez-Canal C (4), San Gregorio-Matesanz A (5), Caballero-Nahum M (6)

(1) dirección de enfermería, Hospital Guadarrama. (2) director gerente, Hospital Guadarrama. (3) director médico, Hospital Guadarrama. (4) directora de gestión, Hospital Guadarrama. (5) responsable de enfermería, Hospital Guadarrama. (6) coordinadora sala de terapia, Hospital Guadarrama.

IMPLANTACIÓN DE INDICADORES EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL ÁREA CLÍNICA DE URGENCIAS. **372**

Navarro Juanes A (1), Fornes Vivas RM (2), Guzman De Damas JM (3)

(1) Área Clínica de Urgencias, Hospital de Denia. Alicante. (2) Área Clínica de Urgencias, Hospital de Denia. Alicante.. (3) Departamento Calidad, Hospital de Denia. Alicante.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE CONDUCTAS INDICADORAS DE DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA **372**

Latorre-Marco I (1), Solís-Muñoz M (2), Millán-Santos I (3), Alonso-Durán M (3)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos Médicos, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. (2) Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. (3) Unidad de Bioestadística, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

HOSPITAL SIN RUIDO H.GUADARRAMA 2008/2010 ..... **373**

González-Soria J (1), Bergasa-Lobera D (2), Bernabeu-Díaz M (3), Sevilla-Torrijos G.A. (4), Núñez-Castelo Baeza M (5), Rey-Pérez T (6)

(1) Jefe Unidad de Enfermería .Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama. (2) Psico-oncóloga. Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Guadarrama. (3) Enfermera .Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama. (4) Médico rehabilitador.Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama. (5) Auxiliar de enfermería.Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama. (6) Auxiliar de enfermería.Unidad de Cuidados Agudos, Hospital Guadarrama.

VALORACIÓN DE AGONÍA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN PACIENTE TERMINAL **373**
Ruiz-Sainz E (1), Piñol-Gamez O (2), Terrones-Sánchez F (3), Álvarez-Alcon M (3)
(1) PADES/USS, Hospital Comarcal MORA de EBRO. (2) PADES/USS, Hospital Comarcal Mora de Ebro. (3) USS, Hospital Comarcal Mora de Ebro.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIFÚNGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS **374**
Almaida MB (1), Carrillo A (1), López A (1), Llamas N (1), Moreno M (1), García JA (1)
(1) UCI, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO POR EL SERVICIO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. ESTUDIO CUALITATIVO ¿QUÉ PIENSAN LAS MUJERES? **374**
Carraco Gimeno, JM (1), Amorin Calzada, MJ (2), Tello Martín, MR (3), Cisneros Izquierdo (3), Lou Alcaine, MI (3), Henar Esteras (4)
(1) Departamento de Salud y Consumo, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2) Departamento de Salud y Consumo, Subdirectora de Tecnología Sanitaria del Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos. (3) Departamento de Salud y Consumo, Departamento de Salud y Consumo. (4) Departamento de Servicios Sociales y Familia, Jefe/a de Seccion de Coordinación y Cooperacion.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 10

Sesión 35: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderador: ***Jesús Caramés Bouzán***

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER A LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES ... 375

Arantón-Areosa L (1), Facio-Villanueva A (2), Cimadevila-Álvarez B (3), Domínguez-González N (4), Rodríiuez-Brea R (3), Vázquez-López L (3)

(1) Servicio de Integación Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (2) Subdirección General de Planificación y Ordenación Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Servicio de Desarrollo de Procesos Asistenciales y Compra de Servicios, Servizo Galego de Saúde. (4) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO (HGU): 10 AÑOS DE CAMINO RECORRIDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS..... 375

Gallego-Camiña I (1), Rabanal-Retolaza S (2), Chueca -Ajuria A (1), Toro-Sánchez L (1), Meñika-Azkuenaga ME (1), Villa-Valle, R (1)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo (Osakidetza). (2) Dirección Gerencia, Hospital Galdakao-Usansolo (Osakidetza).

SARE. MÉDODO DE AUDITORÍAS CRUZADAS DE PROCESOS..... 376

Taboada-Gómez J (1), Castelo-Zas S (1), Valenciano-González A (1)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital de Mendaro.

ANÁLISIS DE LA VISIBILIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS PARA EL SERVICIO DE CODIFICACIÓN..... 376

Noguera C (1), Luengo T (2), Pizarro MA (3), González B (3), Checa MI (4), Diaz AI (5)

(1) Subdirección de Enfermería , Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Formación e Investigación de Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Informática, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (4) Análisis de la Información, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (5) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

LA CERTIFICACIÓN UNE EN ISO 9001: 2008 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: ¿QUÉ HA CAMBIADO?..... 377

Hijós Larraz LA (1), Grimal Aliacar F (1), Gómez Barrena V (1), Andrés Soler MJ (1), Abadía Corvinos I (1), Ara Launa D (1)

(1) Centro de salud de Grañén, Salud.

CONTROL DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA..... 377

De la Torre-Barbero MJ (1), Medina - Valverde MJ (2), Rodríguez - Borrego MA (2), Parra - Perea J (3), De Frutos Delgado C (4), Moros Molina, MP (4)

(1) Subdirectora de Enfermería Área Quirúrgica, consultas Externas e Innovación y Cuidados, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. (2) Unidad de Investigación e Innovación de Cuidados, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. (3) Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica., Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. (4) Consejería de Educación, Junta de Andalucia.

¿Y POR QUÉ NO? .. ¿ACREDITAR BAJO EFQM LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN? **378**

Rodríguez- Diez Mercedes (1), García- Rodríguez Pilar (2), Freile- García Sabina (2), Fernández- Gutiérrez Miguel Ángel (2), Cosio- Mendez Carmen (2), Sutil- Sarmientoazucena (2)

(1) Área de Formación y Calidad - Dirección de Enfermería, Complejo Asistencial Universitario de Leon. (2) Dirección de Enfermería, Complejo Asistencial Universitario de Leon.

¿NUESTRA OPINIÓN SE TIENE EN CUENTA? REPERCUSIÓN DE LAS OPINIONES RECOGIDAS EN LOS GRUPOS FOCALES . **378**

Taboada-Gómez J (1), Castelo-Zas S (1), Valenciano-González A (1)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital de Mendaro.

ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN EFICIENTE DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCEMIA CAPILAR **379**

Escudero Batalla, Fernando (1), Estepa Muñoz, Montserrat (2), Gómez Montero, Gerardo (2), Sarrión Bravo, Juan Antonio (2), Rodríguez Martínez, María Ángeles (2)

(1) Dirección de Gestión, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid. (2) Dirección de Enfermería, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 10

Sesión 46: Seguridad

Moderador: ***Rafael Lledó Rodríguez***

MEJORAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: LÍNEA ESTRATÈGICA IMPLANTADA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS..... 379

Bueno-Domínguez MJ (1), Vila-Solé R (2), Briansó-Florencio M (3), Tello-Galindo I. (4)

(1) Calidad, Grup SAGESSA. (2) Dirección de enfermería, Hospital universitari Sant Joan de Reus. (3) Planificación y estratégia, Grup SAGESSA. (4) Anestesia, Hospital universitari Sant Joan de Reus.

CICLO DE MEJORA EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE CATETER VENOSO CENTRAL EN UN HOSPITAL MONOGRÁFICO PEDIÁTRICO..... 380

Alcalá Jiménez R (1), Herreros López P (2), Gómez De Merodio Sarri R (3), Polo Parada A (3), Mateos Arroyo JA (4), Hernández Blázquez A (1)

(1) Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (2) Servicio de Oncohematología, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (3) Unidad de Calidad, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (4) SUPERVISION General de Enfermería, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

LA METODOLOGÍA DE PROYECTOS COLABORATIVOS COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. ¿SON LAS REDES DE APRENDIZAJE UN NUEVO DESAFÍO?..... 380

Orrego,C (1), Baneres, J (1), Sunol, R (1)

(1) Calidad Asistencial, Instituto Avedis Donabedian.

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFOCAL COLABORATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS..... 381

Orrego,C (1), Montana,M (2), Robles, D (3), Hilarion,P (4), Moreno,P (5), Baneres,J (4)

(1) Calidad Asistencial, Insituto Univesitario Avedis Donabedian. (2) Formació, Corporació Sanitària Parc Taulí. (3) Calidad Asistencial, Hospital Clínico de Barcelona. (4) Calidad Asistencial , Insituto Univesitario Avedis Donabedian. (5) Calidad Asistencial , Instituto Universitario Avedis Donabedian.

ELABORACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS: ENFOQUE DE SEGURIDAD PARA PACIENTES Y PROFESIONALES..... 381

Ruíz Pato J (1), Herreros López P (1), Martín-Ventas Sánchez S (1), Aleza Esteras S (1), Ladero M (2), Gómez De Merodio Sarri R (3)

(1) Servicio de Oncohematología, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (2) Servicio de Farmacia, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (3) Unidad de Calidad, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

AMFE PARA EVALUACIÓN DEL PROCESO EQUIPO DE COORDINACIÓN AVANZADA EN ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA SANITARIA..... 382

Bocanegra-Pérez A (1), De Castro-García S. (2), Naranjo -Sánchez MA (1), Tejedor-Sánchez A (3), Coca-Boronat E (1)

(1) 061-SP Malaga, Empresa Publica Emergencias Sanitarias. (2) 061-SP Jaen, Empresa Publica Emergencias Sanitarias. (3) Unidad Mejora Continua, Empresa Publica Emergencias Sanitarias.

ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS **382**
Terón-Martínez MJ (1), Iniesta-Sánchez J (1), Sáez-Soto Ar (1), Ros-García Vm (1), Talave-López J (1), Corbalán- Dólera C (1)
(1) Dirección de Enfermería, H.G.U. Reina Sofía.

IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE COMPROBACIÓN (CHECKLIST) PARA LA VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE INCIDENTES PERIOPERATORIOS EN TRES ESPECIALIDADES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL **383**
Sallés-Creus M (1), González-López E (1), Prat-Marin A (1), Combalia-Aleu G (2), Mena-Pinilla G (1), Trilla-García A (1)
(1) Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínico. (2) Instituto de Especialidades Médicas y Especialidades Quirúrgicas, Hospital Clínico.

VALORACIÓN DEL PROCESO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES **383**
Segado Jiménez MI (1), Arias Delgado J (2), Domínguez Hevella F (1), Casas García MI (1), López Pérez L (1), Izquierdo Gutiérrez C (1)
(1) Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del dolor, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Servicio de Farmacia Hospitalaria. , Complexo Hospitalario de Ourense.

558 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 12:40 h.

PROCESO INTERDISCIPLINARIO DE MONITORIZACIÓN CONCURRENTE HOSPITALARIA DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS

Aloy-Duch A (1), Sabater-Raga R (1), Mas-Lombarte, Pilar (2), Mateu-Olivé N (3), Moran-Arias H (4), Vázquez-Sáez RM (5)

(1) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (2) Servicio de Farmacia, Hospital General de Granollers. (3) Servicio de Geriatría, Hospital General de Granollers. (4) Bloque Quirúrgico, Hospital General de Granollers. (5) Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Granollers.

OBJETIVOS: Describir la elaboración, difusión, implantación y revisión de dicho proceso en todas sus fases: la conciliación farmacológica domicilio/hospital (CON), la prescripción (PRESC), la transcripción/validación (TV), la dispensación (DISP), la administración (ADMIN) y la detección de Efectos Adversos (EA).

MATERIAL: El centro, con 365 camas, implantó en marzo de 2009 un nuevo Sistema Hospitalario de Información, informatizando inicialmente la TV que realiza el servicio de farmacia, siendo el resto manual en papel. En septiembre-2009 la Comisión de Calidad (también de seguridad del paciente) inició el desarrollo del proceso de seguridad y, dentro del mismo, del subproceso de monitorización de 21 indicadores de seguridad del paciente en la hospitalización general, que conlleva una metodología y una estrategia específica comunes (descritas en otra comunicación del Congreso). Un conjunto de estos indicadores generales evalúan el proceso de Errores de Medicación (EM) y Efectos Adversos (EA).

RESULTADOS: Los responsables del proceso son: un médico para la CON, la PRESC y los EA; un farmacéutico para la TV; y una enfermera para la DISP, ADMIN y los EA.

Cada responsable coordina a sus propios grupos (enfermeras-médicos-farmacéuticos) referentes de hospitalización y farmacia, que analizan sus áreas mediante 2 estudios anuales prevalentes concurrentes (determinación de los EM/EA mientras el paciente aún está ingresado) realizados simultáneamente la misma semana. Se determina la muestra significativa necesaria.

Para la evaluación se han elaborado procedimientos de actuación, circuitos y registros: en la CON se observa si se han prescrito, durante las siguientes 72 horas del ingreso, aquellos fármacos domiciliarios cuya falta podría generar algún tipo de EA por deprivación; la PRESC es evaluada mediante los diagnósticos de ingreso, función renal, índice de masa corporal e interacciones; la TV, comparando la pauta médica original con la transcripción realizada; la DISP asegurando la llegada a planta de todos los fármacos prescritos; la ADMIN observando cómo administra enfermería durante la misma; y los EA, analizando los cursos clínicos completos, además de resolver las dudas con los profesionales responsables.

Los resultados de los estudios (ver comunicación complementaria) difundidos a todo el centro, son evaluados por los responsables y la comisión de calidad, los cuales proponen acciones de mejora y procuran su materialización.

CONCLUSIONES: El desarrollo de un proceso de seguridad del medicamento en cada institución, mediante la monitorización con indicadores, es clave para asegurar un adecuado y óptimo tratamiento de los pacientes, además de dotar a los profesionales de un instrumento útil y eficaz.

PALABRAS CLAVE: efectos adversos, monitorización, medicamentos

562 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 12:50 h.

INDICADORES DE MONITORIZACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PREVALENTE

Aloy-Duch A (1), Sabater-Raga R (1), Pérez-Gimenez G (2), Tolosa-Muñoz C (3), Pardo-Gracia C (4), Martí-Ibañez A (4)

(1) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (2) Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Granollers. (3) Servicio de Cirugía, Hospital General de Granollers. (4) Servicio de Farmacia, Hospital General de Granollers.

OBJETIVOS: Presentar los primeros resultados de un estudio concurrente de prevalencia del proceso interdisciplinario de monitorización prospectiva hospitalaria de Errores de Medicación (EM) y Efectos Adversos (EA) evaluando todas las fases del proceso.

MATERIAL: Nuestro hospital dispone de 365 camas, da anualmente 21.000 altas y atiende 260.000 consultas. De todo el proceso, sólo está informatizada la transcripción farmacéutica. Para el estudio concurrente (determinación de los EM/EA mientras el paciente aún está ingresado) realizado en todo el centro durante mayo-2010, se procedió a determinar la muestra significativa necesaria de pacientes i/o observaciones de fármacos evaluados (FE), randomizadamente y proporcional según las áreas hospitalarias. El estudio fue realizado en cada fase por un equipo mixto de médicos, enfermeras y farmacéuticos.

RESULTADOS: Globalmente, se han evaluado un total de 1811 fármacos, detectando algún tipo de EM en un 18%.

1º., en el apartado de EM: para la CONCILIACIÓN farmacológica domicilio/hospital (265 FE) se detectó un 22% de pacientes con discrepancias (corticoides y analgésicos, en un 22%); en la PRESCRIPCIÓN (792 FE) hubo un 18 % de errores (omisión de dosis y vías, en un 90%); en la TRANSCRIPCIÓN/VALIDACIÓN (229 FE), un 33% (omisión de medicamentos, en un 60%); en la DISPENSACIÓN (303 FE), un 17% (fármacos y dosis incorrectas, en un 84%); y, en la ADMINISTRACIÓN (222 FE) un 0,5%.

2º., en el apartado de EA sobre 58 pacientes evaluados (677 días de estancia totales): un 29% de pacientes habían presentado algún EA, con 2,5 EA cada 100 días de estancia totales; el 82% sin daños (categoría D), un 6% con daños leves (categoría E) y un 12 % con daños moderados (categoría F); el 24% eran fármacos psicolépticos, un 18% analgésicos y un 12% antiinflamatorios; el 29% provocó alteraciones neurológicas, el 18% digestivos y el 18% diselectrolemias. De los EA, en un 47,6% se acordó que eran evitables, representando éstos el 13,7% de EA del global del estudio y el 1,2 por 100 días de estancia.

CONCLUSIONES: Estos primeros resultados deben contribuir al desarrollo de la monitorización, al benchmarking y a la realización de acciones de mejora destacando, preferentemente, la propuesta de la informatización del resto del proceso (prescripción y administración) para el 4º trimestre de este año 2010 que, probablemente, han de mejorar toda la cadena asistencial del proceso del medicamento.

PALABRAS CLAVE: efectos adversos, monitorización, medicamentos

593 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 13:00 h.

ANÁLISIS DE LEGIBILIDAD GRAMATICAL DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

León-Muñoz VJ (1), López-López M (2)

(1) Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Vega del Río Segura. (2) Implantación de HC informatizada en el SMS, Aquiline Computer S.L..

OBJETIVOS: Los sistemas sanitarios de las sociedades modernas propugnan la participación de los pacientes en la toma de decisiones sanitarias. Para conseguirlo, los pacientes necesitan información suficiente y adecuada. Muchas veces ésta se les suministra por escrito, por lo que la legibilidad de los textos se convierte en un indicador clave de calidad. El análisis de la legibilidad gramatical se apoya en el presupuesto de que un texto es más fácil de leer cuanto más cortas son las palabras y frases que utiliza. ¿Hasta qué punto presentan adecuada legibilidad gramatical los Documentos de Consentimiento Informado (DCI) que empleamos habitualmente?

MATERIAL: Mediante la aplicación informática INFLESZ (accesible en versión "freeware" en www.legibilidad.com) se han estimado nueve parámetros útiles para evaluar la legibilidad gramatical de los textos de los DCI de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, a los que se ha accedido a través de la página web de dicha sociedad (www.secot.es). Se ha analizado el texto de cada documento correspondiente a la información al paciente, obviando el análisis del encabezamiento y de los espacios destinados a la firma del consentimiento o a la revocación del mismo.

RESULTADOS: Se han analizado 57 DCI con los siguientes resultados expresados en media y desviación estándar: sílabas 1386 (± 430,85), palabras 595,18 (± 189,57), frases 87,63 (± 23,92), promedio sílabas/palabras 2,34 (± 0,06), promedio palabras/frase 6,89 (± 1,4), índice Flesch-Szigriszt 54,48 (± 3,5), correlación Word 6,77 (± 4,51) e índice Fernández-Huerta 59,71 (± 3,38). Según la escala Inflesz solo han presentado una gradación de legibilidad gramatical "normal" 24 de los 57 DCI analizados (42,1%). Los documentos restantes (33, 57,9%) han presentado una gradación de legibilidad "algo difícil" según la escala Inflesz.

CONCLUSIONES: Cabe formular la duda respecto a la adecuación de los DCI analizados, atendiendo a las características culturales poblacionales concretas de cada ámbito hospitalario. La inadecuación puede identificarse como oportunidad de mejora y cabría aplicar un ciclo de evaluación y mejora de la calidad de los diferentes DCI, fijando como criterio una legibilidad máxima de "normal" según la escala Inflesz.

PALABRAS CLAVE: Comprensión, Consentimiento Informado

611 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 13:10 h.

MEJORA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES: AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE EL PROYECTO SENECA 100

Menéndez- Fraga MD (1), Fernández- Tamargo E (1), Rancaño- Rodríguez I (1), González- Díaz J (1), González- Herranz V (2), Vázquez- Valdés F (1)

(1) Unidad de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco. (2) Gerencia, Hospital Monte Naranco.

OBJETIVOS: Conocer el grado de cumplimiento de los estándares del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente (SENECA 100), identificar áreas de mejora y realizar benchmarking con los hospitales participantes en el SENECA 100.

MATERIAL: Hospital Monte Naranco, hospital con 200 camas y principalmente pacientes geriátricos. Grupos implicados: profesionales sanitarios y pacientes.Herramientas de análisis: a) Protocolo de autoevaluación del Proyecto SENECA y guía de criterios, b) Indicador: puntuación global y de los 9 apartados obtenida de la autoevaluación y número de áreas de mejora obtenidas, c) Benchmarking con los hospitales del proyecto SENECA.

¿Cómo?: a) Liderazgo y autoevaluación mediante la metodología SENECA. ¿Qué personas?: Gerencia, Unidad de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico (5 personas). ¿Método de actuación?: a) Elaboración del documento de evaluación incorporando en el mismo estándares de Joint Commission y la certificación ISO 9001: 2008 y de gestión ambiental 14001:2004, b) Autoevaluación por la U. de Calidad, c) Elaboración del documento final con la puntuación, d) Benchmarking, e) Evaluación de las opciones de mejora. Cronograma de la actuación: a) 2º semestre 2009 (100 horas), b y c) 1er trimestre del 2010 (100 horas), d) 2º semestre del 2010, e) 2010.

RESULTADOS: La puntuación global fue de 746,8 puntos, por apartados: Liderazgo (83,5), Política y estrategia (65), Personas (60,1), Alianzas y recursos (63), Procesos (107,4), Resultados en los pacientes (178), Resultados en las personas (56,5), Resultados en la sociedad (23,9) y Resultados clave (109,4). Se obtuvieron 19 áreas de mejora (puntuaciones entre 0 y <50 puntos): LI-06, PC-05, PE-07, AR-03, AR-05, AR-09, PR-08, PR-09, PR-14, PA-02, PA-10, RP-01, RP-08, RS-02, RC-02. RC-05, RC-09, RC-12, RC-13. En todos los criterios se obtuvieron puntuaciones mayores que las de los hospitales del proyecto SENECA, destacando en Política y estrategia, Personas y Procesos.

CONCLUSIONES: Al ser el SENECA 100 una herramienta válida, fiable, viable y factible se está incorporando al modelo EFQM de calidad en nuestro hospital.

El modelo permite incorporar aspectos de otros modelos de calidad como la Joint Commission, ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004.

El modelo identifica numerosas áreas de mejora y permite un ciclo de mejora continua.

La posibilidad de hacer Benchmarking, con las limitaciones posibles del mismo, permite evaluar la robustez de la estrategia de seguridad de pacientes en nuestro hospital.

El proyecto SENECA supone una herramienta muy útil de mejora en cuidados de pacientes que pone de manifiesto una serie de oportunidades de mejora en un ciclo de mejora continua.

PALABRAS CLAVE: Proyecto SENECA, cuidado de pacientes, seguridad de pacientes

612 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 13:20 h.

LA INICIATIVA DE LA OMS: SALVA VIDAS: LAVA TUS MANOS

Menéndez- Fraga MD (1), Bona- García E (2), Noval- Suaréz AI (2), Cano-Sánchez MT (2), Díaz- Pérez JM (2), Vázquez- Valdés F (1)

(1) Unidad de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Monte Naranco.

OBJETIVOS: Objetivo: Desarrollar la iniciativa de la OMS (Salva vidas: lava tus manos) dentro del marco de las iniciativas desarrolladas en nuestro hospital para el control de la infección.

Consecuencias: Disminución de la prevalencia de la infección a través de un mejor cumplimiento del lavado de manos y todas las iniciativas desarrollados en estos años.

MATERIAL: Hospital Monte Naranco, hospital con 200 camas y principalmente pacientes geriátricos. Grupos implicados: profesionales sanitarios y pacientes.

Herramientas de análisis: A) Guía de Liderazgo del IHI, guía de la OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo (y grupos de trabajo), SESPA y Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, B) Modelos de calidad: EFQM (proyecto SENECA), Joint Commission (JC), certif. ISO 9001: 2008. Tendencias de la infección relacionada a la asistencia sanitaria (IRAS).

Cuantificación del problema: A) EPINE (prevalencia de la infección) más 3 cortes anuales y seguimiento mensual a través de la historia clínica electrónica mediante la metodología del Global Trigger Tool (IHI), B) Consumo anual de preparados de base alcohólica y uso de los indicadores franceses ICALIN e ICSHA.

¿Cómo?: A) Liderazgo, B) Marcos de calidad, C) Uso de las herramientas

¿Qué personas?: Gerencia, Gestión del Riesgo Clínico, S. Farmacia, Dirección de Enfermería, personal.

¿Método de actuación?: Estudio observacional de lavado de manos (LM). Evaluación de guías y protocolos de lavado de manos existentes en España (instrumento AGREE). Evaluación de la formación del personal. Uso de un protocolo de evaluación y aceptabilidad de los preparados de base alcohólica (Pba). Uso de Gráficos de control para seguimiento de tendencias y medición de la mejora con análisis de los datos a través de un liderazgo (Consejo de Dirección y la C. de Infecciones).

Cronograma: 2004-2010.

RESULTADOS: Indicadores de infraestructuras: a) 27 habitaciones individuals y 37 dobles; b) Introducción de preparados de base alcohólica; c) Póster y material didáctico. Indicadores operativos: Formación en lavado de manos intra y extrahospitalaria (2002 personas entre 2004-2009), estudio observacional de LM (30% en 2004), elaboración de protocolo de LM y de evaluación de Pba, Día Mundial LM de la OMS, diseminación de la información mediante la intranet. Indicadores de resultados: Tendencia de la IAAS (11,6% al 3,4% entre 1994-2009), aumento del consumo de Pba y correlación con la disminución de S. aureus MARSA (indicador francés ICSHA) (no hubo correlación), 72,2 puntos en el indicador ICSHA. Necesidad de adaptación de las actividades de prevención de la IRAS al marco de la iniciativa de la OMS y elaboración de un ciclo de mejora mediante gráficos de control.

CONCLUSIONES: Fortalezas: Diferentes iniciativas han mejorado la tendencia de la IRAS. Debilidades: No hay una relación clara entre algunos indicadores como el ICSHA, son necesarios nuevos indicadores.

Mensaje para otros: La iniciativa de la OMS es la nueva "zona cero" para reciclar experiencias pasadas y empezar nuevos programas en el LM de una forma robusta y estandarizada.

PALABRAS CLAVE: Control de la infección, OMS, seguridad de pacientes

619 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 13:30 h.

ERRORES PREANALÍTICOS VERSUS FORMACIÓN

Candela-Fuster, C (1), De la Fuente-Ginés, M (2), Gallego- Sianes, MD (3), Ruiz-Guerra, R (3), De la Fuente-Palma (4), Puga-Sánchez,E (3)

(1) Bloque de Apoyo al Diagnóstico, Hospital Virgen Macarena. (2) Enfermería, Universidad De Ciencias De La Salud. (3) Laboratorio, Hospital Virgen Macarena. (4) Enfermería, Universidad de Ciencias de la Salud.

OBJETIVOS: El objetivo principal del estudio es disminuir el número de errores o muestras rechazadas procedentes de los centros periféricos en el laboratorio de rutina del Hospital Virgen Macarena.

Objetivos específicos:

1. Determinar el número total de errores preanalíticos detectados en nuestro laboratorio
2. Diseñar y aplicar una actividad formativa dirigida a las enfermeras de los centros periféricos de extracciones sobre buenas prácticas en toma de muestras.
3. Medir la efectividad de dicha actividad en términos de su impacto en el número de errores o muestras rechazadas

MATERIAL: Estudio cuasi- experimental con pretest y postest, aplicado em Hospital Virgen Macarena y su área de influencia de Atención Primaria Este laboratorio sirve un total de 58 puntos de extracciones periféricos, destinadas tanto a hematologia como a bioquímica.

Se diseñó un estudio antes y después, comparando los datos obtenidoa en febrero de 2009 y febrero de 2010, tras la realización de un programa de formación de actualización clínica en Atención Primaria el último cuatrimestre de 2009.

RESULTADOS: Se detectó una disminución significativa de los errores en el total de las muestras, tanto del distrito Sevilla como Sevilla Norte ($p<0.05$).

CONCLUSIONES: Esta disminución en el número de muestras rechazadas, tanto de bioquímica como de hematologia, ayudará a la mejora de la gestión del gasto sanitario y de la calidad de la asistencia prestada.Concluimos así, que la realización de SESIONES de actualización clínica y formación, pueden contribuir al descenso de errores de muestras recibidas en el laboratorio

PALABRAS CLAVE: ANALITICA, ERRORES, SEGURIDAD

629 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 13:40 h.

PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO

Recha Sancho, R (1), Mirada Masip, M (2)

(1) Servicio de Farmacia HOSPITALARIA, Hospital Comarcal Móra D'ebre (Tarragona). (2) Servicio De Anestesiología, Hospital Comarcal Móra D'ebre (Tarragona).

OBJETIVOS: El dolor postoperatorio (DP) es el dolor agudo más frecuente en el ambiente hospitalario, pero no por ello el mejor tratado a pesar de conocer los mecanismos fisiopatológicos y existir numerosos recursos terapéuticos; nuestro objetivo será:

Alcanzar el máximo confort postoperatorio evitando la infradosificación analgésica.

Consensuar el protocolo del tratamiento del dolor postoperatorio (PTDP) entre los servicios quirúrgicos, anestesiología y el servicio de farmacia hospitalaria (SFH) del Hospital Comarcal Móra d'Ebre.

MATERIAL: El SFH y el de anestesiología llegaron a un consenso con todos los servicios quirúrgicos en el PTDP para las intervenciones más prevalentes. Fué aprobado por la Dirección, presentado en una sesión general clínica y se colgó de la Intranet.

Se clasificaron las intervenciones de cada servicio quirúrgico en: 'cirugía poco agresiva/incisión pequeña', 'agresividad moderada/cirugía abdominal inferior' y 'agresiva/cirugía abdominal superior'; y éstas a su vez según el tipo de dolor: 'leve', 'moderado', 'moderado/intenso' e 'intenso'.

Cada tipo de dolor tenia dos pautas analgésicas (patología gástrica o no) así como una pauta fija y una de rescate, siendo válidas máximo 72 horas.

Se diseñaron unas etiquetas autoadhesivas con el fármaco, dosis, vía e intervalo, que eran pegadas y firmadas como cualquier otra prescripción en el kárdex de medicación, simplificando la tárea de los facultativos y evitando descuidos involuntarios.

Las intervenciones de cirugía mayor ambulatoria también se clasificaron y se diseñó una hoja con el esquema horario de administración de la medicación que se facilitaba al paciente en el alta hospitalaria. Desde el SFH se dispensaban los kits de analgesia para 24 horas.

El objetivo último del PTDP es evitar el sufrimiento innecesario del paciente, disminuir el tiempo de recuperación y, en definitiva, reducir el coste económico y social.

RESULTADOS: Disminuyó la variabilidad interindividual en la prescripción, rutinizando y sistematizando para evitar omisiones y duplicidades.

Se redujo la incidencia y severidad del DP, mejorando la recuperación y el confort del paciente.

Se evaluó el DP mediante la escala visual analógica para cuantificar su nivel de dolor y poder realizar un tratamiento rápido y efectivo.

Se disminuyeron significativamente los efectos indeseados relacionados con la terapia analgésica, aumentó la seguridad del proceso mejorando la asistencia global del paciente que es nuestra razón de ser.

CONCLUSIONES: La aplicación sistematizada del PTDP y el diseño de las etiquetas autoadhesivas de prescripción han disminuido la variabilidad de la práctica clínica orientándola hacia tratamientos más eficaces, aumentando la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: DOLOR , ANALGESIA, PROTOCOLO

658 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 13:50 h.

¿DE QUÉ HABLAN LOS PROFESIONALES QUE HACEN ASISTENCIA, CUANDO HABLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)?

Palacio Lapuente F (1), Gaminde Inda, I (2), Silvestre Busto, C (3)

(1) Centro de Salud Ondarreta, Comarca Ekialde. Osakidetza. (2) Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitario, Departamento de Salud. Navarra. (3) Unidad de Calidad, Comarca Ekialde. Osakidetza.

OBJETIVOS: Conocer la percepción de riesgo para la Seguridad del paciente de los profesionales asistenciales, con el fin de adaptar las actuaciones dirigidas a mejorar su cultura de SP

MATERIAL: Encuesta -vía web- en una Comarca de Guipúzcoa al personal de AP (MF, Enfermería, Administrativos, otros) durante abril de 2010. Se invitó a todo el personal AP (n = 896) a través del correo electrónico. Se recordó en los centros, donde se presentaba el objetivo del estudio y se les invitaba a participar a través de un link.

Se adapto el cuestionario desarrollado en Holanda por Gaal (2010). Compuesto por 10 casos clínicos y una lista de 15 factores que han de ser evaluados por los encuestados en términos de la seguridad del paciente. En ningún momento se daba una descripción de loque se entiende por SP. Se pide juzgar el impacto de cada caso en la seguridad del paciente en una escala tipo Likert de 5 puntos, con un recorrido de "No compromete la SP" a "la SP está muy comprometida". Para los factores de riesgo potenciales, se les pedia juzgarlo con una escala de 5 puntos que oscilaba de "no incrementa el riesgo de la SP" a "incrementa mucho el riesgo de la SP".

RESULTADOS: Respondieron 212 sujetos.

Consideran que la SP esta comprometida (respuestas 4+5 ≥ 50%) en los casos:

- No se revisa la medicación prescrita por un especialista de 2º nivel (84%)
- No se atienden las alertas de interacciones de la HC electrónica (81%)
- La cirugía menor se realiza sin guantes (78%)
- En el centro no se discute sobre los errores que se detectan (62%)
- Dificultades de acceso telefónico al centro (53%)

Y se valoran como principales factores de riesgo:

- No mantener actualizado el conocimiento (81%)
- Barreras idiomáticas (79%)
- Un paciente con más de 5 medicamentos (78%)
- Pobre relación médico-paciente (70%)
- Pacientes de edad avanzada. Pacientes hiperfrecuentadores. Retraso en recibir informe de alta.

Se presentaran los resultados segmentados por profesión y comparados con una valoración de expertos

CONCLUSIONES: Los asistenciales tienen una percepción muy precisa de los riesgos, acorde con la literatura al respecto. Llama la atención la importancia que dan a no discutir los errores en los centros, como situación, y a la pobre relación médico-paciente en cuanto a factor de riesgo.

Estos hallazgos nos han de permitir mejorar nuestro programa de SP, acercándolo a las necesidades de los asistenciales.

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente, percepción del riesgo, cuestionario

677 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 4 – 20/10/2010, 14:00 h.

¿PARTICIPAN NUESTROS PACIENTES EN LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD? EXPERIENCIA CON ANTICOAGULADOS ORALES

Escriche-Ros R (1), Báguena-García A (1), Pueyo-Salavera C (1), Pemán-Muñoz T (1), Ortega-Raposo T (1), Sobreviela-Celma N (1)

(1) Atención Primaria, C.S Almozara.

OBJETIVOS:

- Conocer las necesidades sanitarias.
- Aumentar los conocimientos de salud.
- Incrementar la seguridad clínica.
- Favorecer la comunicación médico-paciente.

MATERIAL: Nuestro centro de salud (CS) realiza su actividad en un ámbito urbano y, además de las táreas asistenciales, desarrolla cada año programas de educación para la salud (EPS) para la población en áreas consideradas prioritarias. Durante 2009 estas actividades se centraron en los pacientes en tratamiento con acenocumarol en control capilar.

- Sujetos a estudio: pacientes en tratamiento anticoagulante oral con acenocumarol y control capilar.
- Muestra: 144 sujetos
- Periodo de intervención: 1-01-09 a 30-11-09.
- Estudio prospectivo en dos fases: observación e intervención, con educación sanitaria en consultas de enfermería-medicina y 4 talleres de Educación para la Salud.
- Variables: pacientes evaluados, asistencia y participación a talleres.
- Captación: consultas de medicina-enfermería, carteles informativos en el Centro de Salud.

RESULTADOS:

- Pacientes evaluados: 144 sobre total de 144= 100%
- Asistencia a talleres: 60 sobre total de 144= 42%
- Participación activa en talleres: 48 sobre total de 60= 80%

CONCLUSIONES:

- La respuesta a las actividades de EPS destinadas a un colectivo con problemas de salud específicos, como pueden ser los pacientes con anticoagulación oral, resulta altamente satisfactoria.
- La asistencia y participación activa en los talleres resultó

PALABRAS CLAVE: ACENOCUMAROL, TALLERES, PACIENTE

684 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 15:40 h.

ADAPTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Lacruz Gimeno, P (1), Alfaro Rubio A (2), Cañete San Pastor P (3), Frias Moya-Ángeler MS (4), Herreras Clemente MA (5), Serra Guillem I (6)

(1) Departamento de Calidad y Procesos, Hospital de Manises. (2) Servicio de Dermatología, Hospital de Manises. (3) Servicio de Traumatología, Hospital de Manises. (4) Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Manises. (5) Coordinación de Enfermería del Área quirúrgica, Hospital de Manises. (6) supervisión de quirófanos, Hospital de Manises.

OBJETIVOS: Mejorar el nivel de implantación del listado de verificación quirúrgica con la finalidad de promover una cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios y garantizar la seguridad y calidad asistencial en el proceso quirúrgico.

MATERIAL: Tras las sugerencias del equipo quirúrgico y el análisis de la implantación de la segunda edición del listado de verificación quirúrgica publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se determinó la necesidad de adaptarlo a nuestras paticularidades.
Para ello, se formó un grupo multidisciplinar formado por un representante de cada especialidad quirúrgica, la supervisora de quirófanos y el coordinador de enfermería quirúrgico, así como un representante del Departamento de Calidad y Procesos.
Estos profesionales, mediante reuniones grupales, analizaron el proceso quirúrgico determinando así el objetivo de cada ítem y se evidenció la necesidad de disponer de un listado de verificación único que se pudiera emplear según tipo de cirugía (menor, mayor ambulatoria y mayor) y por tipo de especialidad en caso de que se requiera (Traumatología y Otorrinolaringología).

RESULTADOS: Se han realizado las siguientes modificaciones respecto a la versión 2 de la OMS:

- A nivel general: Identificación de responsables de responder la pregunta en cada ítem/grupo de ítems.
- En la etapa "Antes de la anestesia":
  - Diferenciación de la verificación de los siguientes ítems: identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento.
  - Inclusión de los siguientes ítems (situados en la etapa "Antes de la incisión"): visualización de las imágenes diagnósticas esenciales, administración de profilaxis antibiótica y comprobación de la esterilización del material (viraje testigo químico).
- En la etapa "Antes de la incisión":
  - Eliminación de la confirmación de las identidades del equipo quirúrgico.
  - Eliminación de la necesidad de que el cirujano, anestesista y enfermero indique verbalmente identidad, sitio quirúrgico y procedimiento: solo se ha mantenido para el cirujano.
- Inclusión de una nueva etapa "Antes del cierre" con los siguientes ítems: recuento correcto de instrumental, gasas y agujas; eliminación del taponamiento bucal (otorrinolaringología); eliminación de guías correcto y eliminación de pruebas correctas (traumatología).
- En la etapa "Antes de que el paciente salga del quirófano":
  - Eliminación de la confirmación del procedimiento realizado.
  - Inclusión: verificación del funcionamiento de los drenajes.

CONCLUSIONES: Con la adaptación del listado a nuestro proceso quirúrgico y haciendolo propio se espera disponer de un único listado de verificación quirúrgica adaptado a las necesidades de nuestros profesionales y en el cual se reflejan los puntos críticos de los distintos tipos de cirugía (menor, mayor ambulatoria y mayor) así como las necesidades específicas de los Servicios Quirúrgicos que lo requieren.

PALABRAS CLAVE: Cultura de seguridad, Proceso quirúrgico, Lista de verificación

694 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 15:50 h.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA: UN PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Val Carrascón MI (1), Tejero García R (2), Domínguez Lomeña MJ (3), Lozano Guerra E (4), Vázquez López C (4)

(1) Medicina Intensiva / Coordinadora de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario de Melilla (Ingesa). (2) Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario de Melilla (Ingesa). (3) Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario de Melilla (Ingesa). (4) Laboratorio, Hospital Universitario de Melilla (Ingesa).

OBJETIVOS: El Staphylococcus aureus es el patógeno humano más importante de su género, causando infecciones de origen comunitario u hospitalario. Tiene cepas resistentes a meticilina (SARM), una de las principales causas de brotes de infección nosocomial y resistencia múltiple a varios grupos de antibióticos, con retraso en la recuperación del paciente, prolongando la estancia hospitalaria, aumentando el gasto sanitario y las tasas de desenlace fatal. Los objetivos son:

- Determinar los aislamientos de SARM en el Área Sanitaria Melilla y fenotipos de resistencia, identificando factores clínicos y epidemiológicos de riesgo.
- Clasificar el tipo de muestra de aislamiento, procedencia y determinar la mortalidad cruda.

MATERIAL: Se han estudiado los aislamientos de SARM, desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2009, siguiendo el protocolo y el procedimiento habitual del laboratorio. Los datos fueron analizados en el programa SPSSâ versión 15.0.

RESULTADOS: Se aislaron 96 cepas. 49 (51%) pacientes eran hombres y 47 (49%) mujeres. La media de edad era de 61,6 ± 23,1 años (rango 2 a 94). Se distribuyeron en 49 (51%) casos en 2008 y 47 (49%) en 2009. 12 (12,5%) en el mes de marzo, 11 (11,5%) en el mes de abril y 11 (11,5%) en el mes de mayo principalmente. Procedencia intrahospitalaria 63 (65,6%) y extrahospitalaria, 33 (34,4%). El aislamiento más frecuente fue en herida 34 (35,4%) y esputo 29 (30,2%).

Por enfermedad de base destacan en los pacientes intrahospitalarios la enfermedad pulmonar crónica 9 (9,4%) y la diabetes 8 (8,3%). La mortalidad asociada era de 27 (28,1%). Se obtiene resistencia antimicrobiana a quinolonas 85 (88,5%), eritromicina 72 (75%), a clindamicina 64 (66,7%), a gentamicina 47 (49%), a rifampicina 8 (8,3%) y a tetraciclina 26 (27,1%), con fenotipo de resistencia más frecuente Macrólidos-Quinolonas-Clindamicina 25 (26%).

CONCLUSIONES: importancia como causa de infección nosocomial y se confirma su elevada mortalidad (28.1%).

Las recomendaciones para el control de brotes o endemia de SARM se basan:

- Educación sanitaria sobre prevención: Concienciación del personal sanitario sobre la importancia de la vigilancia y control de enfermedades nosocomiales, recomendando el control y seguimiento de los pacientes que han padecido una infección nosocomial (posibles portadores). Control periódico del personal sanitario que realiza actividades en unidades de riesgo (UCI, Medicina Interna, Cirugía, Diálisis).
- Higiene de manos: Medida de prevención más eficaz.
- Aislamiento de contacto.
- Administración racional de antibióticos

PALABRAS CLAVE: SARM, nosocomial, mortalidad

709 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 16:00 h.

SUBPROCESO DE SEGURIDAD GENERAL DE PACIENTES EN LA HOSPITALIZACIÓN: PRIMEROS RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA

Sabater-Raga, R (1), Aloy-Duch, A (1), Gómez-Bermúdez, J (2), Marzuelo-Fuste, P (3), Molero-Hernández, L (4), Pujol-Martín, G (5)

(1) Dirección de Calidad y Planificación., Hospital General de Granollers (Barcelona). (2) Enfermera Cirugía, Hospital General de Granollers (Barcelona). (3) Enfermera Urgéncias, Hospital General de Granollers (Barcelona). (4) Enfermera Cirugía, Hospital General de Granollers (Barcelona). (5) Enfermera Medicina Interna, Hospital General de Granollers (Barcelona).

OBJETIVOS: Presentar los primeros resultados obtenidos de la evaluación de 21 indicadores de seguridad para los pacientes predefinidos en el subproceso "Seguridad General del Paciente en la Hospitalización" (SSGPH) en un hospital, así cómo las propuestas de mejora surgidas por los propios profesionales implicados.

MATERIAL: De acuerdo con el subproceso de SSGPH, se definió la muestra necesaria para cada indicador, la plantilla de recogida de datos, el cronograma, los profesionales responsables, su dedicación, los indicadores mensuales a evaluar y su frecuencia, la responsable de la tabulación global, la difusión de los resultados y la metodología para la discusión de posibles acciones de mejora.

RESULTADOS: Los primeros resultados en el primer trimestre 2010 fueron:

1. Manejo del catéter vesical (MCV): 382 pacientes, 15% eran portadores de sonda vesical, un 71% con la sonda adecuadamente fijada, un 98% con el uriméter correctamente colocado, y un 95% con el desagüe de la bolsa sin tocar el suelo.
2. Gestión de estupefacientes (GE): 13.9% incidencias de distintos aspectos sobre el total de 653 estupefacientes, siendo el 48,4% por falta de reposición.
3. Evaluación del dolor (ED): sobre 203 pacientes, en el 53,2% no hubo registro del dolor, y sólo en un 7,25% se utilizó la escala EVA.
4. Cumplimentación del registro de acogida de enfermería (CRAE): se evaluaron los 10 aspectos más relevantes sobre 193 registros, con un cumplimiento medio correcto del 81.1%.
5. Prevalencia de las úlceras por presión (UPP): de los 335 pacientes valorados. en 36 se apreciaron UPP (10.14%) (pendiente de su tabulación final)

Las acciones de mejora propuestas fueron: para el MCV se propuso la compra de un nuevo sistema de fijación; para la GE, modificar el circuito actual; para la ED, incorporar el dolor al registro de los signos vitales; para el CRAI, informatizar la hoja enfermera; para las UPP incrementar el número de colchones de aire y la formación de enfermería.

CONCLUSIONES: Los resultados iniciales no fueron tan satisfactorios como los subjetivamente previstos. Se han detectado aspectos urgentemente mejorables: la inadecuación en la fijación del catéter vesical, la lentitud en la reposición de los estupefacientes, la falta del registro del dolor o, el elevado promedio de úlceras.

La dinámica de evaluación de indicadores de seguridad de pacientes y las propuestas de mejora nos permiten implantar en la práctica asistencial el ciclo de mejora continua.

PALABRAS CLAVE: seguridad, pacientes, indicadores

738 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 16:10 h.

PROGRAMA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN UN SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

Villalonga Vadell R (1), Casals Caus P (1), Martín Castro MC (1), Castro Serrano MJ (1), Koo Gómez M (1), Sabaté Pes A (1)

(1) Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitari de Bellvitge.

OBJETIVOS: 1. Participación en el Proyecto de Calidad de manejo de la vía aérea (QUAVA) de Cataluña para reducir la incidencia de complicaciones secundarias a presencia de vía aérea difícil (VAD).

2. Participación en el diseño y elaboración de algoritmos de valoración preoperatoria y manejo de la VAD prevista e imprevista.
3. Enseñanza y difusión de los algoritmos en el propio hospital y en Cataluña.
4. Evaluación del grado de participación y adherencia de nuestro Centro en las distintas fases del proyecto: QUAVA I (enseñanza e implantación de parámetros de predicción de VAD) y QUAVA II (seguimiento de medidas preventivas establecidas).
5. Valoración de los resultados obtenidos en nuestro Centro respecto a los globales de Cataluña.

MATERIAL: Participación en el proyecto (QUAVA) durante el periodo octubre 2007- junio 2010.

Estudio, diseño y elaboración de algoritmos y guías de práctica clínica. Participación en las dos fases del proyecto. QUAVA I: recogida de datos antes y después de la enseñanza de la valoración preoperatoria (8 parámetros de predicción de VAD). QUAVA II: recogida de datos antes y después de la enseñanza (6 medidas preventivas de incidentes). Evaluación del seguimiento del proyecto en nuestro Centro mediante la inclusión de pacientes y recogida de datos. Análisis de los resultados obtenidos respecto a los resultados globales de toda Cataluña.

RESULTADOS: Elaboración de dos algoritmos y publicación de una guía clínica. Participación en los cursos de formación realizados (4 SESIONES clínicas y 7 cursos de formación continuada). El 86% de los miembros del Servicio realizó algún curso. Fase QUAVAI: Inclusión de 418 pacientes, 17% del total de Cataluña (2571 pacientes, 18 hospitales). Valoración preoperatoria completa (8 parámetros) preformación del 68% en nuestro centro; post.formación 83% (global Cataluña: preformación 50%, post.formación 67.5%). Índice de complicaciones 2,9 (global: 6,1). Fase QUAVA II: Inclusión de 156 pacientes, (5%) del total (3306 pacientes, 42 hospitales). Incidencia de intubación difícil 4/156 (2.5%); global Cataluña del 7% (235/3306). Seguimiento de las medidas preventivas adoptadas del 89% (global Cataluña: 62%).

CONCLUSIONES: La participación de nuestro Centro en el estudio fue alta. El seguimiento de los algoritmos fue elevado en ambas fases, por encima de la media de Cataluña. La incidencia de complicaciones fue baja, siendo todas menores. El establecimiento de guías clínicas y la formación son claves para la mejora del manejo de la vía aérea en Anestesiología, evitando accidentes graves y mejorando la calidad, la seguridad y asistencia a los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Anestesia, Intubación traqueal, Guías clínicas y protocolos

741 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 16:20 h.

ESTRATEGIA DE MEJORA DE HIGIENE DE MANOS EN CENTROS SANITARIOS DE CATALUÑA

Jordi Sobrequés (1), Jordi Espuñes (2), Mariona Secanell (1), David Manzanedo (3), Joaquim Bañeres (1)

(1) Seguridad del Paciente, Instituto Universitario Avedis Donabedian. (2) Vigilància Epidemiològica , Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud de Cataluña. (3) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Barcelona.

OBJETIVOS:

a) Fomentar el uso de las soluciones alcohólicas entre los profesionales con una intervención de sensibilización y formación.

b) Evaluar la calidad de la práctica de HM de los profesionales sanitarios.

MATERIAL: Estudio de intervención cuasi-experimental fundamentado en acciones de formación y evaluación.

Para evaluar la calidad de la HM se utilizaron los siguientes indicadores: consumo de solución alcohólica (litros/1000 estancias), profesionales formados y cumplimiento de las indicaciones.

Para la evaluación del cumplimiento se siguió la metodología propuesta por la OMS basada en los "cinco momentos" y la "observación directa" por profesionales del propio centro.

RESULTADOS: Participaron 53 centros sanitarios de Cataluña (14.624 camas). Se aceptó a todos los centros que se adscribieron voluntariamente a la estrategia. En el apartado de formación destacan los siguientes resultados: se formó a 120 evaluadores y 8.863 profesionales participaron en el curso básico de formación (modalidad online).

El consumo global de alcohol fue de 12,20 litros por mil estancias en las áreas de agudos (excluidas urgencias y consultas externas). Las áreas con mayor consumo fueron la UCI (35,96 litres) y pediatría (13,01 litres).

El cumplimento global de los "cinco momentos" fue del 55%. En total se registraron 41.533 oportunidades en un período de 7 meses y aportaron datos 48 centros sanitarios.

El cumplimento por áreas muestra los mejores resultados en las áreas de pediatría (68%), atención de críticos y semicríticos (59%), y obstetricia (58%). Los resultados más bajos se observan en el área de cirugía (52%).

El cumplimento por indicaciones es más alto en los momentos asociados al post contacte con el paciente (62% vs 46% en las dos indicaciones prepaciente).

El cumplimento por estamentos profesionales mostraron resultados más altos en enfermería (62,77%) y auxiliares (59,52%) que en los médicos (43%).

CONCLUSIONES: La formación básica online ha tenido muy buena acogida entre los profesionales sanitarios. La principal limitación ha sido la baja participación del colectivo médico (3%).

La observación directa del cumplimiento es una actividad compleja que requiere un largo entrenamiento y profesionales motivados. El resultado obtenido coincide con otros estudios publicados en todos los apartados.

Creemos que los conocimientos adquiridos han servido para promover la práctica de HM y avanzar hacia la utilización de una metodología común de evaluación que facilite la comparación de resultados entre centros de diferentes entornos.

PALABRAS CLAVE: higiene de manos, seguridad, cataluña

765 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 16:30 h.

TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR CULTURA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Astier Peña, MP (1), Maderuelo Fernández JA (2), Olivera Cañadas G (3), Torijano Casalengua Mª I (4), Silvestre Busto,MªC(5)

(1) Técnico de salud. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud (Salud), Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (2) Técnico de salud. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL)., Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (3) Técnico de salud. Unidad Funcional de Gestión de riesgos. Gerencia de Atención Primaria del Área 6. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)., Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (4) Responsable de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (5) Técnico superior. Dirección de Atención Primaria Guipúzcoa Este. Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)., Grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).

OBJETIVOS: Disponer de un instrumento para identificar y medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud de nuestro país.
Traducir, adaptar y validar el cuestionario "Medical Office Survey on Patient Safety" (MOSPS) desarrollado por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) para la Atención Primaria en España.

MATERIAL: Se comunica el proyecto a los responsables del cuestionario original. Uso de la metodología de validación transcultural de cuestionarios (dos traducciones al castellano y dos retrotraducciones al inglés por distintos traductores bilingües)
Tras cada traducción, evaluación de la equivalencia conceptual, claridad y naturalidad de las frases y pases del cuestionario a profesionales seleccionados para evaluar la aceptabilidad, viabilidad y validez de contenido.
Pilotaje con el cuestionario definitivo, en una muestra de 185 profesionales de distintas comunidades que trabajan en Atención Primaria. De los resultados se estudian las propiedades métricas del cuestionario (fiabilidad/consistencia interna con el alfa de Cronbach, validez de constructo con un análisis factorial exploratorio y estudio de la concordancia con las dimensiones del original, así como poder de discriminación de las preguntas) y se analiza la no respuesta.

RESULTADOS: Se obtienen dos instrumentos para explorar la percepción de cultura de seguridad en los profesionales de Atención Primaria. Uno ajustado a la versión americana con igual número de variables (52 ítems que exploran 12 dimensiones) y otro adaptado a nuestro medio (incrementado en 6 preguntas)
De los 185 profesionales que participan en el pilotaje (68,6%) son profesionales sanitarios (40,5% médicos, 25,9% enfermeras, 2,2% otros santarios); 11,4% son personal administrativo y 19;6% gestores.
El poder de discriminación es bueno para todas las preguntas.
El valor del coeficiente alfa de Cronbach para ambos cuestionarios indica una alta consistencia interna (0,96) para el total de la escala.
El análisis factorial exploratorio resume la información en 13 dimensiones para ambos cuestionarios, con una adscripción de variables idéntica en 7 de las 12 dimensiones del cuestionario original.
La no respuesta se estudia según categorias profesionales, su análisis indica que se muestra condicionada por la distinta organización del sistema sanitario en un país y otro.
La sección con mayor tasa de respuesta es la que valora globalmente la calidad y seguridad del paciente.

CONCLUSIONES: El cuestionario de la AHRQ traducido, adaptado y ampliado es un instrumento válido y fiable para medir cultura de seguridad en la Atención Primaria de nuestro medio.
El tiempo empleado en su cumplimentación y la sencillez y amenidad del formato son cuestiones mejorables.

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente, cultura de seguridad, cuestionario de seguridad en Atención Primaria

753 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 16:40 h.

PROYECTO COLABORATIVO DE IMPLEMENTACIÓN DEL LISTADO DE COMPROBACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN HOSPITALES DE CATALUÑA.

Mariona Secanell Espluga (1), Carola Orrego Villagran (1), Miquel Vila Senante (2), Helena Vallverdú Cartié (3), Anna Oller Castells (4), Joaquim Bañeres Amella (1)

(1) Seguridad del Paciente, Instituto Universitario Avedis Donabedian. (2) Servei d'Anestesiologia i Reanimació , Hospital de Granollers. (3) Cirugía General y Digestiva, Hospital de Sant Boi. (4) Bloque quirúrgico central, Hospital de Sabadell-Corporació Sanitaria Parc Taulí .

OBJETIVOS:

1. Implantar un protocolo para la prevención de eventos adversos quirúrgicos basado en un listado de comprobación (LC), en hospitales de Cataluña
2. Evaluar el grado de cumplimiento del LC

MATERIAL: Desde Abril de 2009 hasta Febrero de 2010 se llevó a cabo un proyecto multicéntrico de participación voluntaria de hospitales de Cataluña. El LC de la OMS fue adaptado a la realidad de los centros participantes. Como estrategia de implementación, se planteó la metodología colaborativa, basada en el aprendizaje conjunto entre hospitales, utilización de indicadores y sistema de benchmarking.

Se realizaron evaluaciones quincenales del grado de implementación y cumplimiento de las medidas del LC, y tres cortes observacionales para evaluar la calidad de las intervenciones realizadas. Antes de la implantación del proyecto cada hospital aportó su situación basal mediante la cumplimentación de un cuestionario.

RESULTADOS: Un total de 27 hospitales se adhirieron al proyecto e implementaron el LC durante el periodo de estudio. (De estos, solo uno disponía previamente de un listado de comprobación desde hacía más de un año).

Del total de cirugías realizadas durante el periodo de estudio, en todos los hospitales participantes, el listado fue aplicado en un 48%, es decir en 65.320 cirugías.

El grado de cumplimiento global de todas las medidas ha sido de un 75,09% en la verificación preoperatoria (VP), 77,06% en la pausa preoperatoria (PP) y 88,34% en la verificación a la salida de quirófano. La confirmación del marcaje fue la medida con cumplimiento más bajo 71.02% y 76.32% en la VP y PP respectivamente.

CONCLUSIONES: El LC se ha implementado en un elevado número de hospitales y en una proporción importante de las cirugías, manteniéndose estable durante el período evaluado. Los resultados obtenidos de la implementación infraestiman el esfuerzo realizado por los hospitales, debido a que se recogió el número de cirugías total y no el número de cirugías de las especialidades que iniciaron la implantación del proyecto. El grado de cumplimiento las medidas también ha sido muy elevado.

El marcaje de la zona ha sido la medida con un cumplimiento más bajo, hecho que requiere plantearse una mayor implicación del equipo quirúrgico, en especial de los cirujanos.

PALABRAS CLAVE: Listado de comprobacion, cirugía segura, proyecto colaborativo

783 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 16:50 h.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA: FORMACIÓN ON LINE SOBRE LA HIGIENE DE MANOS.

López-Vaamonde M (1), Gómez-Ruiz R (2), Martín-Rodríguez MD (3), Grela-Piñeiro R (1), Pérez-Rodríguez U (1), Villaverde-Gomez A (1)

(1) Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. . (2) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. . (3) Jefa de Servicio de la Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Gallego de Salud. .

OBJETIVOS: Sensibilizar y formar a los profesionales del Sergas sobre la importancia de promover la Seguridad de los Pacientes, promoviendo una adecuada higiene en la práctica clínica con el fin de reducir los Eventos Adversos producidos como consecuencia de las infecciones adquiridas en el transcurso del proceso asistencial.

Difundir las directrices para la Higiene de Manos en el ámbito sanitario elaboradas por la OMS.

Implantación, en el personal que mantiene en su trabajo relación directa con el paciente, de prácticas seguras para la higiene de las manos, una acción muy simple que continúa siendo la principal medida para reducir la infección relacionada con la atención sanitaria

MATERIAL: Se pretende facilitar la accesibilidad de los profesionales mediante la utilización de nuevos entornos de aprendizaje, basados en la formación online, acreditada, a través del Aula Virtual de la FEGAS.

Contenidos teóricos elaborados y tutorizados por profesionales expertos en Medicina Preventiva y Gestión de Riesgo y Seguridad del Paciente, con amplia experiencia docente, conocedores de los procesos de atención al paciente.

Contenidos prácticos basados en casos que muestran el procedimiento utilizado por profesionales sanitarios en la atención a pacientes.

Publicaciones de la OMS con las directrices sobre la higiene de manos en atención sanitaria, vínculos a direcciones web que trabajan en pro de la seguridad del paciente, así como otros recursos como encuestas, foros, glosario y FAQ.

RESULTADOS: En el primer semestre de 2010 se ha realizado esta actividad para 600 profesionales del sistema público de salud de Galicia, terminándola con éxito 492 (82%), a los que además se les enviará un cuestionario a los seis meses para comprobar el impacto de la formación recibida en la modificación de sus hábitos de trabajo.

En cuanto a la satisfacción por parte de los profesionales participantes, ha sido alta al haberse obtenido una valoración media de 3,6 puntos sobre un máximo de 4 en las encuestas, con múltiples comentarios de agradecimiento y de valoración positiva.

CONCLUSIONES: El conocimiento es un valor básico para cualquier organización, más aún para una organización sanitaria y sus profesionales, basándonos en los resultados obtenidos. Con esta herramienta seguimos las recomendaciones de la OMS relativas a la formación continuada del personal de los servicios sanitarios y la necesidad de recordarles periódicamente la importancia de la higiene de manos en la prevención de la IRAS.

PALABRAS CLAVE: FORMACIÓN, SEGURIDAD, INFECCIÓN

784 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 14 – 20/10/2010, 17:00 h.

VALIDEZ Y UTILIDAD DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME(SEVILLA)

Dionisia Labrador (1), Silvia Vidal (1), Jerónimo Jiménez-Romero (1), Eduardo Briones (1)

(1) Unidad de Calidad y Documentación Clínica, Hospital de Valme.

OBJETIVOS: Disponer de indicadores válidos es una de las claves para mejorar la seguridad del paciente. Los Indicadores sobre Seguridad de los Pacientes (PSI) forman parte del conjunto de indicadores de calidad desarrollados por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Los PSI proporcionan información sobre eventos potencialmente evitables producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria durante la hospitalización basándose en la información del CMBD de los hospitales. En el año 2008 cada hospital de Andalucía dispuso de la base de datos de estos indicadores desagregados para su comprobación y uso como herramienta de trabajo dentro del marco de mejora continua de la calidad asistencial y de la implantación del Plan de Seguridad del Paciente. El objetivo de este trabajo es evaluar la validez y utilidad de los indicadores sobre seguridad del paciente.

MATERIAL: Se analizaron los siguientes PSI:1:Complicaciones de la anestesia; 2: Mortalidad en GRD de baja mortalidad; 4: Muerte en pacientes quirúrgicos con complicaciones graves tratables; 6 Neumotórax espontáneo; 7: infecciones causadas por la asistencia sanitaria; 9: Hemorragia o hematoma postoperatorio; 11: Fallo respiratorio postoperatorio; 12: TVP y TEP postoperatorio; 13: Sepsis postoperatorio; 15: Punción o laceración accidental; 18: Trauma vaginal con instrumentación y 19: Trauma vaginal sin instrumentación. Dos evaluadores, comprobaron la validez de estos indicadores revisando la codificación de cada caso y su correspondencia con los criterios de cada indicador. Las fuentes de datos fueron los registros y bases de datos del hospital y/o la historia clínica.

RESULTADOS: De los 12 indicadores analizados, en 9 el número de casos identificados como eventos de seguridad fue corregido tras la comprobación de cada caso. En total, se identificaron 293 casos de eventos adversos que una vez comprobados quedaron en 237. De los 56 falsos positivos, casi un 50% correspondieron a problemas en la codificación. En los casos en que se verificaron los problemas o riesgos para la seguridad del paciente la información se analizó en la Comisión de Seguridad, proponiéndose áreas de mejora y líneas de trabajo

CONCLUSIONES: Estos resultados indican una buena capacidad de discriminación de los PSI y un gran potencial como fuente de información para la identificación y la monitorización de eventos adversos producidos como consecuencia de la asistencia durante la hospitalización. Sin embargo, requieren un proceso de refinamiento o comprobación de los casos mediante revisión de historias clínicas u otras fuentes para evitar falsos positivos. También es necesario mejorar la exhaustividad de la codificación y por tanto, la calidad de las informes de alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, INDICADORES

758 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 5 – 20/10/2010, 12:40 h.

CIRCUITO DE RECETAS CRÓNICAS: MEJORANDO LA CALIDAD CON LOS ADMINISTRATIVOS DE LOS CENTROS DE SALUD

Chacón-Blanco C (1), Galindo-Martín M (1), Castellanos-Castellanos FJ (1), García- Ruiz C (1), Álvarez- Martín MJ (2), Lázaro-Campos P (2)

(1) Unidad administrativa, C.S. Manzanares el Real, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud . (2) Unidad administrativa , C.S. Manzanares el Real, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud.

OBJETIVOS:

Principal

- Mejorar la calidad de la asistencia mediante la implantación de un "circuito de recetas crónicas" en un centro de salud.

Específicos

- Contribuir a desburocratizar la asistencia.
- Mejorar el tiempo de consulta disminuyendo frecuentación y presión asistencial.
- Conocer la adherencia terapéutica de pacientes crónicos.
- Conocer la satisfacción de usuario y profesionales.

MATERIAL:

Diseño

Ante la burocratización de la consulta para renovación de recetas crónicas, y para mejorar la accesibilidad a esta prestación, se desarrolla un "circuito de recetas crónicas".

Participa fundamentalmente la unidad administrativa (UNAD), como acceso a Atención Primaria y como profesionales implicados en la calidad.

El sistema conlleva revisión de medicación inicial del médico, y permite que los pacientes no pasen por consulta para recetas. Se citan en consulta para revisiones periódicas de su patología, o ante incidencias en evolución.

Se inicia en 2007; finaliza su descentralización a la UNAD en marzo de 2010 (8 consultas).

En abril de 2010 la UNAD realiza encuesta satisfacción a usuarios y médicos, y estimación de la adherencia terapéutica (% que no recogen recetas en el mes).

Población diana

100% de los pacientes con medicación crónica.

Variables. Se miden:

- frecuentación y presión asistencial al inicio y tras implantación total;
- pacientes que no recogen recetas (adherencia terapéutica) y satisfacción, tras implantación total.

RESULTADOS: Actualmente participan en circuito 3.414 pacientes (27% de la población del centro); es el 100% de pacientes crónicos.

Supone 10.500 recetas generadas mensualmente en la UNAD.

Disminuye la frecuentación: 7,3 visitas/paciente/año al inicio (acumulado 2007) y 6,3 en la última medición (acumulado 2010).

Disminuye la presión asistencial: 37,7/visitas/mes al inicio y 34,9 en la actualidad. No existe lista de espera para consulta; previamente era de 2 días.

Un 3% de los pacientes no recogen sus recetas.

En encuesta de satisfacción autoadministrada a pacientes que acuden en una semana, 80% se muestra muy satisfecho, 20% satisfecho. Todos los médicos se muestran muy satisfechos

CONCLUSIONES: La generación de gran volumen de recetas en UNAD contribuye a desburocratizar la consulta: disminuyen frecuentación y presión asistencial. Esto evita muchas visitas innecesarias, y repercute en el manejo más eficiente del tiempo de consulta.

La falta de adherencia terapéutica se aproxima al 50% en diferentes estudios. Estos circuitos permiten detectar a quienes no recogen recetas, para poder intervenir. Aunque este dato no mide directamente la adherencia, nos aproxima a ella. El 3% de nuestros pacientes no recogieron sus recetas.

La satisfacción de pacientes y profesionales con el circuito es muy alta.

PALABRAS CLAVE: recetas cronicas, carga asistencial, circuito

604 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 5 – 20/10/2010, 13:10 h.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ESTRESORES LABORALES Y SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS DE DOS HOSPITALES GENERALES UNIVERSITARIOS

Ríos-Risquez MI (1), Herrera-Romero T (2), Lozano-Alguacil E (3), Sabuco-Tebar Emiliana (4), Mateo-Perea G (3), Martínez-Cano F (5)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Jm Morales Meseguer. Servicio Murciano De Salud. (2) UCI, Hospital Universitario REINA SOFIA. Servicio Murciano de Salud. (3) UCI Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. (4) Reanimación, Hospital Universitario Jm Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (5) Servicio de Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: 1º) Estimar y comparar la frecuencia de estresores laborales y niveles del síndrome de burnout en el personal de enfermería del servicio de Urgencias de los centros hospitalarios analizados. 2º) Determinar si existe asociación entre la frecuencia de fuentes de estrés y los niveles de burnout observados.

MATERIAL: Estudio descriptivo de carácter multicéntrico. La población objeto de estudio estuvo formada por el personal de enfermería en activo de las unidades de Urgencias de dos hospitales generales universitarios. Muestra de conveniencia (N= 106). 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: La comparación de las muestras de ambos hospitales únicamente mostró diferencias significativas en la variable tipo de turno (p=0,000). Se obtuvo una frecuencia global media de estresores de 34,97±13,72, no existiendo diferencias significativas entre ambos hospitales. No obstante, se encontraron tres fuentes de estrés concretas que mostraron diferencias significativas:

1. Problemas con la supervisión (p<0,001).

2. Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico del paciente (p<0,01).

3. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (p<0,05).

Las dimensiones que configuran el síndrome de burnout no mostraron diferencias significativas, obteniéndose de forma global las siguientes puntuaciones medias: Cansacio emocional (1,82±1,38), Despersonalización (1,46±1,29) y eficacia profesional (5,16±1,00). La frecuencia de estresores laborales se encuentra asociada de forma directa con el Cansancio emocional (r=0,363; p=0,000) y con la Despersonalización (r=0,284; p=0,000) y de forma inversa con la eficacia profesional (r= -0,215; p<0,05)

CONCLUSIONES: El presente estudio refleja una frecuencia moderada de estresores laborales y niveles medios de burnout en las unidades de Urgencias de los centros analizados, no existiendo diferencias significativas entre ambos. La frecuencia de fuentes de estrés se asocia de forma relevante a unos mayores niveles del síndrome de burnout, por lo que se hace necesaria la intervención sobre los estresores más frecuentes con el fin de prevenir la aparición del mencionado cuadro sintomático en el colectivo de enfermería de las unidades de Urgencias

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS PSICOLÓGICO, AGOTAMIENTO PROFESIONAL, ENFERMERÍA

633 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 5 – 20/10/2010, 13:20 h.

EXPERIENCIA EN LA CERTIFICACIÓN ISO-UNE:9001-2008 EN UN HOSPITAL PREVIAMENTE ACREDITADO POR JOINT COMMISSION Y EFQM.

Gallart, A (1), Bara, B (2), Sierra, M (3), Tapia, M (4), Mulas, D (5), Blanco, M (6)

(1) Calidad, Capio Hospital General de Catalunya. (2) Farmacia, Capio Hospital General de Catalunya. (3) Servicios Generales, Capio Hospital General de Catalunya. (4) Atención al Cliente, Capio Hospital General de Catalunya. (5) Nucleo Promotor de Calidad, Capio Hospital General de Catalunya. (6) Nucleo Central de Calidad, Capio Sanidad.

OBJETIVOS: Descubrir las mejoras y dificultades que ha aportado la Certificación en la norma ISO-UNE:9001-2008 en un hospital acreditado previavemente con los estándares de Joint Commission y los criterios del modelo Europeo de la Calidad al sistema de gestión del centro.

MATERIAL: Estudio cuasi-experimental pre-post intervención certificación ISO-UNE:9001-2008.

El departamento de calidad analizó el proceso de farmacia centrándose en su enfoque, despliegue, resultados y mejoras.

Variables: Mapa del proceso; Diseño de procedimientos nuevos; Modificación de los procedimientos existentes; Creación de indicadores; Variación de indicadores; Gestión de objetivos de mejora y Satisfacción del personal del proceso.

Recogida de datos: Análisis retrospectivo comparativo de la lista cruzada de procedimientos, mapa de procesos, lectura reflexiva de procedimientos, fichas de indicadores y registro de las mejoras pre-post certificación ISO.

Un Grupo focal formado por el responsable y el personal del proceso valoró su satisfacción. Este método es sencillo y permite su aplicabilidad y reproducción.

RESULTADOS:

1- Se hacen evidentes 3 áreas:Gestión y Logística; Técnica; y Asistencial.

2- Identificación de los procesos relacionados: compras, recursos humanos y electromedicina.

3- Se observó que Joint Commission y EFQM plantean el cumplimiento de criterios y estándares pero no exigen una organización global del proceso.

4- Se han realizado 10 procedimientos nuevos y modificado 13, centrándose en la ordenación de la tárea realizada siguiendo la normativa legal y la creación de registros controlados.

5- Diseño de 9 indicadores nuevos controlando así las 3 áreas.

6- Aumenta el nº de incidencias de 20 a 59 con un aumento del 30% del análisis.

7- El concepto de objetivo de calidad ha variado frente a acciones correctivas y preventivas.

8- Aumento al 90% de evidencias certificando la mejora.

9- En cuanto a la satisfacción del personal se ha observado un aumento del conocimiento de los conceptos de calidad y las ventajas que aporta, pero también un cansancio por la estricta exigencia en el desarrollo de la ISO. Valoración general positiva, pero podría generar fobia permanente sino se gestiona.

CONCLUSIONES: Implementar una certificación ISO en un hospital previamente certificado con Joint Commission y EFQM aporta mejoras importantes ya que en lugar de solicitar estándares y criterios concretos, plantea un sistema general de calidad del proceso que se manifiesta en:

-Descripción y conocimiento del proceso por los profesionales

-Incremento del:

*número de procedimientos para su gestión

*control del proceso por indicadores en todas sus áreas.

*análisis de resultados y mayor capacidad de mejoras.

PALABRAS CLAVE: Certificación , EFQM, Joint Commision

663 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 5 – 20/10/2010, 13:30 h.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA CURAS EN URGENCIAS. REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Villalba-Ballesteros E (1), Puig-Fortuny D (2), Fuentes-.Sánchez M (1), Gavala-Arjona Cristina (1), Muñoz-Pérez F (1), Gutiérrez-Linares V (1)

(1) Servicio de urgencias, Clínica USP Palmaplanas. (2) Servicio de Medicina Interna, Clínica USP Palmaplanas.

OBJETIVOS: Las curas de enfermería realizadas en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) son motivo de gran variabilidad en el abordaje terapéutico, tanto en las indicaciones médicas como en el tratamiento y seguimiento por enfermería. Los pacientes en la mayoría de ocasiones son revalorados por distintos facultativos, cambiando las pautas terapéuticas de forma subjetiva durante la atención continuada de un mismo proceso. Nuestro objetivo es analizar el impacto de la implementación de un protocolo para mejorar la calidad en la asistencia de dichas curas.

MATERIAL: Estudio descriptivo, retrospectivo, de base poblacional, realizado en la Clínica USP-Palmaplanas, hospital de 160 camas de ámbito urbano, incluyendo el total de pacientes atendidos por enfermería de enero a junio 2010. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por médicos del SUH, Cirugía General, Cirugía Vascular y equipo de enfermería del SUH. Se desarrolló el protocolo de curas elaborando una hoja de registro aplicando la escala EMINA para estratificación de riesgo, parámetros de descripción y valoración de las úlceras, heridas, abscesos y quemaduras, observaciones de enfermería y plan terapéutico, y se crearon indicadores de proceso y resultado específicos para el control y análisis de la implementación.

RESULTADOS: Total pacientes atendidos 46 (24 remitidos de Consultas Externas, 22 con primera valoración en SUH), con cura húmeda 20 (20% quemaduras, 41% abscesos, 20% traumáticas, 19% dehiscencias), cura seca 26 (46.1% MMSS, 46.1% MMII, 7.8% heridas faciales). Revaloraciones médicas por evolución tórpida tras inicio tratamiento 8.3% curas secas (100% por sobreinfección), húmedas 50% (19% sobreinfección, 81% retraso en cicatrización). Tiempo medio de prolongación de curas hasta el alta: secas 10 días (5 visitas), húmedas 18 días (9 visitas). El 50% de curas húmedas superó las 8 visitas (16 días), sólo 10% superó las visitas 15 visitas (30 días). El 91.7% de pacientes con cura seca fue dado de alta antes de 10 días (5 visitas), el 8.3% restante antes de 15 días. Se entregó hoja de información al alta al 100% pacientes.

CONCLUSIONES: La implementación de un protocolo de curas ha permitido un mayor control de la atención de los pacientes atendidos en el SUH, consensuando la atención, mejorando el registro de la misma, y disminuyendo las visitas al SUH y a Consultas Externas de especializada por el mismo motivo. Ha permitido una detección precoz de las complicaciones optimizando el plan terapéutico. Se ha fomentado el autocuidado por parte del paciente mediante la explicación y entrega de hoja informativa.

PALABRAS CLAVE: Eficiencia, Seguridad, Calidad

685 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 5 – 20/10/2010, 13:40 h.

LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL.

Lacruz Gimeno P (1), Cañellas Martínez G (2), Calatayud Alonso A (3), Escrig Ibañez MJ (4), Maiques Galán A (3), Ordovás Bainés JP (5)

(1) Departamento de Calidad y Procesos, Departamento de Salud de Manises. (2) Dirección de Planificación, Departamento de Salud de Manises. (3) Subdirección de Atención Primaria, Departamento de Salud de Manises. (4) Coordinadora de Enfermería de Primaria, Departamento de Salud de Manises. (5) Dirección del Área Materno-Infantil y Servicios Centrales, Departamento de Salud de Manises.

OBJETIVOS: El objetivo de la gestión por procesos desarrollada en el Departamento de Salud de Manises es que los pacientes sean atendidos siguiendo una secuencia de actividades consensuada, clara, única y coordinada, de tal forma que se disminuya la variabilidad en la atención e incremente la seguridad al realizarse la actividad con la evidencia disponible y el consenso de los profesionales que la realizan.

MATERIAL: Para el diseño de los procesos se forman grupos de trabajo multidisciplinares. Estos son apoyados por un miembro del Departamento de Calidad. Tras el periodo de diseño, se procede a la difusión mediante reuniones informativas a los profesionales de los centros del Departamento. Esta difusión se ve reforzada por una herramienta informática on-line, Qualigram, accesible por todos los profesionales y en la que está disponible toda la información.
Para monitorizar la implantación del mismo el responsable del proceso realiza un seguimiento de los indicadores definidos.

RESULTADOS: El Departamento de Manises dispone de un mapa de procesos departamental donde se encuentran definidas los procesos clave, los estratégicos y los de apoyo.
De cada proceso se dispone de: subprocesos que lo componen, responsabilidades, límites,responsable del proceso e indicadores.
En el año 2009 se han normalizado un total de 213 subprocesos, disponiendo definidos más de 25 Procesos Asistenciales integrados, destacando, entre estos: Cardiopatía Isquémica, Ictus, Sepsis, Neumonía, Prevención del Cáncer de Colon, Gestión de Casos, Conjuntivitis infecciosa, Fractura de cadera, embarazo, parto y puerperio, entre otros.

CONCLUSIONES: Mediante la implantación de este sistema hemos conseguido:
- Definir un mapa de procesos Departamental.
- Normalizar las actividades.
- Coordinar a los distintos profesionales de los distintos Centros de Salud y de Especialidades en procesos compartidos con la Atención Especializada hospitalaria, y fomentar el trabajo en equipo, logrando así un proceso coherente e integrado.
- Asignar responsabilidades individuales, fomentando la implicación y el compromiso de las personas.
- Proporcionar el conocimiento necesario sobre las actividades que se realizan a todos los profesionales del mismo, tanto del ámbito de la Atención Primaria como de la especializada.
- Establecer indicadores para medir los resultados.
- Disponer de un proceso participativo de mejora continua de la calidad
- Desarrollar un Sistema de Gestión por procesos como herramienta de Comunicación interna para una Organización nueva y descentralizada.

Se ha apostado por un sistema de gestión por procesos, centrado en la normalización de todas las actividades tanto asistenciales como no asistenciales, con el objetivo de aumentar tanto la eficiencia de los procesos desarrollados como la satisfacción de todos los grupos de interés.

PALABRAS CLAVE: gestión por procesos, calidad asistencial, eficiencia

691 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 5 – 20/10/2010, 13:50 h.

ESPECIFICACIONES DE CALIDAD ANALÍTICA. CONSENSO DE CUATRO SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS.

Salas Á (1), Ramón F (2), Ricós C (3), Buño A (4), Calafell R (5), Morancho J (5)

(1) Direcció de Qualitat, Consorci Sanitari de Terrassa . (2) Comité de Garantía de la Calidad, Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). (3) Comisión de Control Analítico, Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). (4) Comisión de Control de Calidad, Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM). (5) Comisión de Control de Calidad, Asociación Española de Farmacéuticos Analistas (AEFA).

OBJETIVOS: Establecer especificaciones mínimas de la calidad analítica que promuevan la consecución de una prestación analítica homogénea entre los laboratorios participantes en los ejercicios de intercomparación de las sociedades.

MATERIAL: Se han utilizado los resultados de los laboratorios participantes en los programas de intercomparación de las cuatro sociedades durante los años 2005 y 2006. En total se han estudiado 61 magnitudes: 24 de Bioquímica básica, 3 de Inmunoquímica, 5 de Fármacos, 15 de Hormonas y Marcadores tumorales y 14 de Hematimetría y Coagulación de 3.688 laboratorios durante 24 períodos que aportaron 1.262.623 resultados.

En cada magnitud se calculó para cada resultado, la diferencia absoluta entre el resultado y el valor de comparación (media de consenso del grupo homogéneo), expresada en porcentaje. Se tomó el valor correspondiente al percentil 95 como especificación candidata. Este valor se comparó con especificaciones de Alemania y Estados Unidos y si era del mismo orden se aceptaba, pero si era más restrictiva, se incrementaba el valor de la especificación candidata reiterativamente, hasta que el 90% de los laboratorios participantes tuvieran el 75% de sus resultados dentro del valor resultante. Entonces se tomó dicho valor como la especificación.

RESULTADOS: Se obtuvieron entre 5.158 y 54.528 resultados para cada magnitud (34.523 resultados de media).

De las 61 magnitudes estudiadas, en 31 se aceptó como especificación definitiva la especificación candidata y en 30 se obtuvieron las especificaciones después del proceso reiterativo.

Se han podido realizar comparaciones en 38 magnitudes con las especificaciones Alemanas y en 24 magnitudes con las especificaciones de Estados Unidos.

CONCLUSIONES: Las especificaciones establecidas se basan en el estado del arte de los laboratorios durante los años 2005 y 2006.

El consenso facilita disponer de criterios comunes para armonizar la calidad analítica en los laboratorios españoles de forma que se pueda contribuir a mejorar la calidad de los resultados de los laboratorios.

Si un laboratorio no alcanza estas especificaciones mínimas, debe analizar las causas inmediatamente y tomar acciones correctivas, si procede.

PALABRAS CLAVE: especificaciones, intercomparación, analíticos

750 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 5 – 20/10/2010, 14:00 h.

EVALUACIÓN DE UN CIRCUITO ASISTENCIAL PARA ABORDAR LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

López- Cortacans G (1), Pérez- R (2), Oya-Girona E (2), Anglés-Segura T (2), Vidal- Esteve E (2), Lorente-Ten E (2)

(1) Atención Primaria, Institut Català de la Salut. (2) Atención Primaria, Institut Català salut.

OBJETIVOS: Diseñar y evaluar un circuito asistencial de derivación e intervención de los trastornos adaptativos en un centro de salud

MATERIAL: Bajo el diagnóstico de trastorno adaptativo (TA) se engloban aquellos pacientes cuya respuesta emocional al estrés sobrepasa la respuesta normal y adaptativa con una prevalencia del 10 % de la asistencia a adultos. Dada la sobrecarga asistencial de las consultas de medicina y el elevado tiempo de espera para acceder a la primera visita del centro de salud mental; se diseñó un circuito asistencial para el abordaje de los TA incorporando un enfermero del equipo especialista en salud mental.

Previo al diseño del circuito se realizó un curso formativo sobre TA que se ha ido realizando periódicamente para todos los profesionales. El objetivo principal es promover la máxima accesibilidad e integralidad de la atención al paciente a través del equipo. La puerta de entrada del circuito es la consulta médica, donde el médico realiza la valoración y el diagnóstico del trastorno adaptativo (F43.2). Después se deriva al paciente con una visita programada de 20´ a la consulta de enfermería en un plazo inferior a los tres días de lunes a viernes. En la consulta de enfermería se utiliza la técnica de resolución de problemas que es considerada la psicoterapia más efectiva en Atención Primaria y la más indicada por su brevedad y eficacia.

RESULTADOS: El circuito se implementó a mediados del 2008 donde se visitaron 26 pacientes. En el año 2009 esta cifra se incrementó a 118 pacientes de los cuales el 55,2% eran mujeres y el 44,8% eran hombres, con una media de visitas de 1,6 para los hombres y 1,9 para las mujeres. En relación a los diagnósticos el 44,6% presentaba trastorno de la adaptación, el 24,1% ansiedad, el 20,7% depresión y el 8,6% otros trastornos. Estos resultados nos confirman una buena aceptación por parte del equipo asistencial y de los propios pacientes.

CONCLUSIONES: Para mejorar la calidad asistencial los profesionales de Atención Primaria deben encontrar nuevos circuitos asistenciales para establecer prácticas más efectivas y multidisciplinares que se concentre en las necesidades del paciente en el propio centro de salud. Es desde esta perspectiva que el diseño de un circuito asistencial ha demostrado ser capaz de atender las demandas directas de atención de los pacientes en el abordaje de los trastornos adaptativos.

PALABRAS CLAVE: circuito asistencial, transtorno adaptativo, enfermería

575 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 15:40 h.

DISMINUCIÓN DE MORTALIDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE (PAG) TRAS INTERVENCIÓN DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL.

Lorente-García PJ (1), Arguedas-Cervera J (1), Ferrándiz-Sellés MD (1), Vidal-Tegedor B (1), Altaba-Tena S (1), Caseros-Roig P (1)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General de Castellón.

OBJETIVOS: La mortalidad de la PAG en nuestra unidad era elevada (19%). Por ello se realizó una intervención sanitaria para mejorar la calidad asistencial y la mortalidad. Se pretendía disminuir la mortalidad de las PAG ingresadas en la unidad de cuidados intensivos a través de la identificación e ingreso precoz en UCI de las formas graves.

MATERIAL: Se realizó una intervención, basada en el ciclo de mejora de procesos PDCA, a través de un protocolo hospitalario de valoración de las pancreatitis agudas e ingreso precoz en UCI. La intervención, actualmente en marcha, se presenta tras un año de funcionamiento, con el siguiente estudio descriptivo transversal donde se recogen variables demográficas relacionadas con el paciente, variables relacionadas con la gravedad de la PAG (Apache II, IMC, etc.) y variables de resultado (mortalidad, ingreso en UCI tras la valoración, etc.). Posteriormente se realizó un análisis comparativo bivariante con la mortalidad en UCI como variable dependiente.

RESULTADOS: De las 65 PA valoradas 58,5 % eran hombres. La edad media fue de 64 (rango 30-94).El 70% presentaba 1 criterio de gravedad durante la valoración. El Apache II medio de ingreso hospitalario fue 4,83 (DE: 2.8).El 78% no presentaba SIRS. El 9,7% presentaba líquido abdominal al ingreso hospitalario con un IMC medio de 26,38 (DE: 3,54). Al 60% se le realizó TAC abdominal con contraste con un ITC promedio de 2,5. EL 17,2% ingresó en la UCI, de las cuales fallecieron el 16%. En el análisis comparativo bivariante siendo la variable dependiente la muerte en UCI, encontramos relación casi significativa entre la muerte en UCI y la no valoración hospitalaria precoz de la PA(p= 0,055).

CONCLUSIONES: Según los datos expuestos, la detección e ingreso precoz en UCI de la PAG a través de un protocolo de valoración hospitalario parece mejorar la mortalidad de la PAG. La ausencia de valoración hospitalaria precoz de la PA parece relacionarse con el aumento de mortalidad de las formas graves en la UCI. A través de la aplicación de un ciclo de mejora de la calidad asistencial tipo PDCA se ha conseguido analizar y realizar intervenciones efectivas para disminuir la mortalidad de la PAG en nuestra unidad.

PALABRAS CLAVE: pancreatitis , reduccion, mortalidad

772 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 15:50 h.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL QUIRÚRGICO (PAQ) BASADA EN MODELOS DEL PROCESO DE NEGOCIO

Calahorra-Fernández L (1), Ruiz-González F (2), Alonso-García CP (3), García-Rubio Fo (2), Lagos-Pantoja E (1), Vera-Espartero JM (3)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General de Ciudad Real. (2) Tecnologías y sistemas de información (Grupo de investigación Alarcos), Universidad de Castilla la Mancha. (3) Servicio de Informática, Hospital General de Ciudad Real.

OBJETIVOS:

1- Modelar el proceso asistencial quirúrgico empleando el estándar BPMN.

2- Crear un repositorio web del conocimiento del proceso mediante una herramienta de modelado de procesos de negocio.

3- Completar el repositorio con toda la información, adicional a los modelos del proceso, necesaria para los profesionales.

MATERIAL: Trabajo encuadrado en proyecto de investigación del Hospital General de Ciudad Real (HGCR) y del Grupo investigador Alarcos (Universidad de Castilla la Mancha), cuyo objetivo general es implantar BPM (Gestión por procesos de negocio). Se utiliza un "sistema de gestión de procesos de negocio"(BPMS) para mejorar la calidad en la asistencia de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.
El PAQ encierra infinidad de conocimientos. Se trata de representar dichos conocimientos de forma explícita e integrada combinando informes, documentos, guías, fichas, plantillas, imágenes, esquemas, videos... Toda la información y conocimiento se organizan en base a modelos del proceso en estándar BPMN.
Trabajo realizado utilizando el componente Process Modeler de BizAgi BPM Suite. Esta herramienta permite modelar los procesos en BPMN al detalle, completarlos con documentos e informaciones adicionales y generar documentación en varios formatos (sitio web, documentos Word...).
El sitio web que sirve de repositorio de conocimiento es generado automáticamente a partir de los modelos e informaciones incorporadas. Esto facilita su actualización, disponiéndose del material al día para consulta y formación.
Los contenidos del repositorio se seleccionan conforme a normas preestablecidas, creándose grupos de trabajo con investigadores y profesionales del proceso. Así se garantiza una información con alto nivel de calidad y útil al profesional.
Al repositorio pueden acceder todos los profesionales a través del portal del empleado. Se ha creado un canal de comunicación en formato Wiki para recoger aportaciones.

RESULTADOS: Se presenta el repositorio de conocimiento del PAQ en sus tres modalidades de cirugía (ambulante, mayor ambulatoria, con ingreso). Cada modalidad tiene su modelo. Cada elemento del modelo incluye una descripción textual y archivos relacionados con el mismo en distintos formatos: texto, imagen, vídeo, presentaciones, enlaces a Web...
Ejemplos: registros, fotografías, protocolos, técnicas quirúrgicas (texto, video), vías clínicas, enlaces a consentimientos informados, guías de práctica clínica...

CONCLUSIONES:

1- La herramienta para modelar garantiza la conformidad con el estándar BPMN.

2- Organizar el repositorio partiendo de modelos del proceso facilita su consulta.

2- Las normas de selección aseguran la homogeneidad de contenidos.

3- El repositorio es una herramienta útil para el aprendizaje.

4- El canal de comunicación en formato Wiki facilita la mejora del repositorio y del modelo al recoger aportaciones de los profesionales.

PALABRAS CLAVE: BPMN, proceso, conocimiento

782 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 16:00 h.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA EMISIÓN DE INFORMES DE CUIDADOS

López-García JA (1), Canovas-Serrano A (2), Pérez-Soler C (2), Sánchez-Sánchez J (3), López-Mártinez J (4), Tomás-Rivero MP (5)

(1) Calidad Asistencial., Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia.. (2) Dirección de Enfermería, Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia.. (3) Pediatría, Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia.. (4) Unidadf Quirúrgica, Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia.. (5) Maternidad, Servicio Murciano de Salud. Área IV de salud de la Región de Murcia..

OBJETIVOS: La comunicación entre profesionales sanitarios entre niveles asistenciales es fundamental para asegurar una atención con niveles de calidad óptimos.
El informe de cuidados (IC) es una herramienta eficaz para la comunicación entre profesionales.
En nuestra Área encontramos que la emisión de IC es muy baja, por lo que nos planteamos:
Conocer las causas de la baja emisión de IC.
Aumentar la elaboración de IC.

MATERIAL: Para alcanzar nuestros objetivos abordamos el problema como una oportunidad de mejora, iniciando un ciclo de evaluación y mejora.

Se realiza un análisis de causas utilizando un diagrama de Causa – Efecto.

Se diseña el plan de intervención con las siguientes acciones de mejora:

Implicación de la Dirección de enfermería.

Diseño de circuitos de comunicación entre AEAP.

Diseño de registros.

Formación especifica formal.

Formación, apoyo y soporte en los controles de enfermería de los diferentes servicios.

Información periódica a los responsables del proyecto, mandos intermedios y profesionales.

Reconocimiento a los profesionales por la mejora conseguida.

Se realiza un diagrama de Gantt para la implementación.

RESULTADOS: Conseguimos una fuerte implicación de la Dirección de Enfermería, que establece la necesidad de crear IC y determina una fecha para inclusión del IC como una más de las actuaciones al alta del paciente. También facilita la asistencia a las SESIONES de formación a los profesionales de enfermería de los diferentes servicios.

Se diseñan registros y un circuito de comunicación que permite a los seis centros de salud del área acceder a los IC por medios electrónicos y en tiempo real.

Se realizan seis SESIONES de formación a las que acuden el 63% de los profesionales.

Se complementa la formación con SESIONES en los diferentes controles de enfermería.

Conseguimos en seis semanas pasar de una tasa de emisión de IC del 8% al 71% de las altas hospitalarias. Experimentando la emisión de ICC una tendencia creciente en todos los servicios.

CONCLUSIONES: Un análisis de causas nos permite conocer mejor el problema, y este conocimiento nos orienta sobre las acciones que permiten mejorarlo.

La combinación de apoyo directivo, diseño, formación, retroalimentación informativa y soporte a los profesionales nos ha permitido obtener una mejora significativa sobre la comunicación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales para favorecer la continuidad de la atención a las personas.

PALABRAS CLAVE: Continuidad asistencial, Comunicación, Enfermería

848 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 16:10 h.

COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y CARDIOLOGÍA: IMPACTO SOBRE LOS TIEMPOS DE ESPERA.

Sanmartín-Fernández M (1), Villoch-Salgueiro B (2), Moix-Salgueiro P (3), Prado-Domínguez J (4), Izquierdo-Fernández R (5), Cobas-Pacín P (6)

(1) Cardiología, Hospital POVISA . (2) Servicio de Atención Primaria de Cangas, Gerencia de Atención Primaria de Vigo. (3) Servicio de Atención Primaria de Moaña, Gerencia de Atención Primaria de Vigo. (4) Servicio de Atención Primaria de Coia, Gerencia de Atención Primaria de Vigo. (5) Servicio de Atención Primaria de Coruxo, Gerencia de Atención Primaria de Vigo. (6) Servicio de Atención Primaria de Val Miñor, Gerencia de Atención Primaria de Vigo.

OBJETIVOS: El aumento progresivo en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares supone un reto para la organización sanitaria. Presentamos los resultados de la aplicación de unos protocolos de derivación consensuados entre Servicios de Atención Primaria y el Servicio de Cardiología sobre el volumen de actividad y los tiempos de espera para citación de consultas externas.

MATERIAL: El área sanitaria comprende una población cercana a 148 mil habitantes, distribuidas en 10 centros de Atención Primaria, que derivan un promedio de 3200 consultas anuales al Servicio de Cardiología. Tras varias reuniones entre los diferentes Centros de Salud y el Servicio de Cardiología de nuestro área sanitaria, se consensuaron 4 protocolos de actuación en enfermedades cardiovasculares: cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, enfermedades valvulares y hallazgos inesperados del electrocardiograma. Los protocolos describen las pautas de tratamiento inicial y especifican los subgrupos a los que se recomienda consulta y seguimiento en Cardiología. A lo largo de su periodo de aplicación se llevó a cabo un programa docente de actualización basado en cursos presenciales y distribución por vía electrónica de revisiones bibliográficas.

RESULTADOS: La publicación oficial de los protocolos se hizo en abril/2008. El 30/abril/2008 el tiempo de espera medio (TEM) para una primera consulta en Cardiología era de 98 días, con un total de 1068 pacientes en espera (537 entre 0-3 meses; 406 entre 3-6 meses y 125 entre 6-12 meses). En abril/2009 el TEM bajó a 77 días y el número de pacientes a 528 (364 entre 0-3 meses; 164 entre 3-6 meses y 0 entre 6-12 meses). En abril/2010 el TEM era de 25 días (126 pacientes, todos con citas < 3 meses desde la solicitud, la mayoría < 1 mes). El número total de consultas derivadas desde Atención Primaria el año previo a la aplicación de los protocolos fue 3150. En los años 2008 y 2009 se realizaron 3284 y 3099 consultas en total.

CONCLUSIONES: La actuación conjunta y consensuada entre Atención Primaria y especializada es capaz de reducir de forma importante las demoras en citación de consultas externas de Cardiología.

PALABRAS CLAVE: coordinación, tiempos de espera, protocolos

853 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 16:20 h.

NORMALIZACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. ¿MISIÓN IMPOSIBLE?

Contessotto Spadetto C (1), Lozano Alcalde O (2), De la Traba Peinado M (3), Reguera García A (4), González Serna A (5), Bermúdez García C (6)

(1) Unidad de Calidad, Docencia e Investigación, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (2) Servicio de Cirugía General, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (3) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (4) Servicio de Medicina Interna, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (5) Sección de Hematología, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. (6) Servicio de Radiología, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia.

OBJETIVOS: Normalizar los documentos de consentimiento informado (CI) en uso en nuestro hospital e impulsar su correcta cumplimentación.

MATERIAL: 1) En agosto 2009 se constituye un grupo de trabajo formado por 10 facultativos representantes de los diferentes Servicios y Unidades del Hospital, cuyas primeras actuaciones son la revisión y actualización de la "Guía de uso del CI" y la recopilación de todos los modelos de documento de CI existentes en el centro.

2) En septiembre cada miembro del grupo evalúa 15-20 documentos, modificándolo sobre la base de 19 criterios preestablecidos por la Subdirección General de Calidad Asistencial de la Comunidad Autónoma de Murcia.

3) En octubre el contenido de los modelos reformados es consensuado con los restantes profesionales de los Servicios implicados. Una vez validados, los nuevos modelos son difundidos junto con la guía actualizada y puestos s disposición de los clínicos en la Intranet del hospital a partir del 1 de noviembre, previa retirada de los impresos antiguos.

4) En mayo de 2010 se lleva a cabo la evaluación de la calidad de su cumplimentación, revisando una muestra de 132 consentimientos informados rellenados en el periodo considerado. Se comprueba la presencia del documento normalizado en la historia clínica y la correcta cumplimentación de los apartados que paciente y médico tienen que rellenar: identificación, firmas, fechas, etc., hasta un total de 8 criterios.

5) A partir de junio, se pone en marcha las medidas correctoras de las principales áreas de mejora evidenciadas en dicho corte.

RESULTADOS: La evaluación inicial de la calidad formal de los consentimientos informados se efectuó en 115 distintos documentos existentes en el centro en ese momento, no hallándose ningúno que cumpliera con los 19 criterios establecidos y detectándose un total de 1.143 incumplimientos.

Tras la fase de normalización, se analizaron 171 modelos diferentes de CI (efecto potenciador de la acción de mejora en la elaboración de nuevos consentimientos) y se evidenciaron 134 incumplimientos, agrupados en 3 criterios.

El grado de cumplimentación de los documentos de CI ha resultado ser muy mejorable, al existir menos del 10% de consentimientos rellenados correctamente, con diferencias significativas entre las distintas Unidades. El Servicio de Cirugía General es el más escrupuloso en la redacción del documento, probablemente gracias a la disponibilidad de los formularios de CI en soporte informático.

CONCLUSIONES: La adaptación de los documentos de CI a los requisitos mínimos legales de calidad formal se puede lograr rápidamente con la ayuda de un grupo de trabajo específico.

La mejora en la cumplimentación requiere un mayor esfuerzo de sensibilización de los profesionales y se ve facilitada significativamente por la adecuación del soporte informático y de los circuitos de acceso a los documentos.

Queda por verificar hasta qué punto dichas mejoras repercuten en la calidad de la información proporcionada al paciente y en su satisfacción.

PALABRAS CLAVE: Consentimiento informado

880 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 16:30 h.

GESTIÓN DEL PACIENTE SIN CITA EN UN CENTRO DE SALUD: MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL

Valdés-Llorca C (1), Aguado-Rodríguez E (2), Hernando-Alonso MI (2), Tutor-Ovejero M (1), Aguilar-Bailó ME (1), Valero-Marugán A (1)

(1) Medicina, C.S. Miraflores, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud . (2) Unidad administrativa, C.S. Miraflores, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud .

OBJETIVOS:

Principal

Mejorar la calidad de la asistencia mediante el correcto manejo del paciente sin cita.

Específicos

Informar a la población del correcto funcionamiento de los servicios del centro.

Concienciar y corresponsabilizar sobre su uso correcto a los pacientes que acuden sin cita.

Mejorar la calidad de las consultas disminuyendo los pacientes sin cita (estándar de calidad: =<15 pacientes sin cita por consulta médica/semana).

MATERIAL: *Diseño*

La comisión de calidad elabora un proyecto ante los problemas derivados del elevado número de pacientes sin cita.

Se elabora un circuito informativo coordinado entre unidad administrativa (UNAD) y médicos para los pacientes sin cita:

- se diseña un díptico con el correcto acceso y uso del centro; se entrega en UNAD a estos pacientes cuando solicitan ser vistos por su médico;
- se informa sobre su contenido, y se pasa el paciente a consulta; se anota en hoja de las citas;
- el médico: confirma entrega del díptico, informa al paciente sobre la importancia de acceder correctamente y perjuicios originados para el resto de pacientes citados, le informa de cuando sí debe acudir sin cita por urgencia médica. Esta medida refuerza la información dada por la UNAD

Población diana

Todos los pacientes que acuden sin cita.

Variables

Se medirán al inicio y semestralmente, total de pacientes sin cita en una semana y número de consultas médicas/pediátricas que cumplen estándar.

RESULTADOS: El proyecto comienza en la primera semana de octubre de 2008, con la implicación de la UNAD y los 14 médicos/pediatras del centro.

Inicio: 279 pacientes sin cita/semana y 27% de las consultas cumplen el estándar (=<15 sin cita/semana).

Marzo 2009: 233 sin cita (disminuye 16% respecto a inicio); 43% de consultas cumplen estándar.

Octubre 2009: 236 sin cita (se mantiene disminución del 16%); 50% de consultas cumplen estándar.

Mayo 2010: 145 sin cita (disminuye 48% respecto a inicio); 93% de consultas cumplen estándar.

CONCLUSIONES: La información a la población y la coordinación entre estamentos profesionales con un mensaje unificado ha contribuido a que los usuarios usen mejor el centro.

En 18 meses se ha reducido en 48% el número de pacientes sin cita y todas las consultas del centro, salvo una, han alcanzado el estándar de calidad fijado.

El control de la consulta por parte del médico, sin interrupciones para valorar a pacientes sin cita, revierte en la mejora de la calidad de la asistencia y en la satisfacción de profesionales y usuarios

PALABRAS CLAVE: paciente sin cita, información, circuito

888 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 16:40 h.

¿LOS ENFERMEROS DE ATENCIÓN PRIMARIA SATISFECHOS REGISTRAN MEJOR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS?

Velicia Peñas, MC (1), Conejo Caridad, R (1), Polo Infante, B (1), Río Orgeira, JA (1), Vázquez Sánchez, C (1), Velhas Pereira (1)

(1) Centro de Salud de Sárdoma - Vigo, Gerencia de Atención Primaria de Vigo / Servicio Galego de Saúde.

OBJETIVOS: Mejorar la satisfacción en el trabajo de los enfermeros.
Aumentar el registro/realización de las actividades preventivas en adultos.

MATERIAL:

1-SATISFACCIÓN

Los enfermeros contestaron un cuestionario de satisfacción al principio y al final del proyecto.

La coordinadora mantuvo entrevistas individuales con cada enfermero para que todos expresaran sus causas de insatisfacción y posibles soluciones.

Se elaboró entre todos un diagrama de causa-efecto de Ishikawa con las ideas obtenidas en las entrevistas anteriores; se simplificaron e identificaron cuales eran relacionadas con el paciente, con el profesional, con la organización interna y con la externa.

Se priorizaron las causas "relacionadas con el profesional" que fueran abordables según los criterios: "la solución depende de nosotros o no"; "es fácil y rápida de poner en marcha" y "si afecta a muchos enfermeros o no".

Se valoraron las posibles soluciones. Se decidió que un cambio en la organización del trabajo de enfermería podría resolver casi todas las causas de insatisfacción que dependen del personal.

Se elaboró el nuevo modelo y se implantó.

2-ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Se realizaron una evaluación inicial y otra final del registro en historia clínica de "actividades preventivas" (detección y consejo antitabáquico y antialcohol; detección de hipertensión, dislipemia y obesidad; recomendación de ejercicio físico; screenig de cáncer de mama, cérvix y endometrio; consejo sobre anticoncepción y cobertura vacunal de rubéola, tétanos y gripe), según criterios PAPPS-2007

RESULTADOS:

1-SATISFACCIÓN

La media aritmética nos dice que ha aumentado (poco) la satisfacción de los enfermeros.

Se intenta hacer una comparación de medias entre las encuestas iniciales y finales, pero no se puede porque se comprueba que los datos (posiblemente por ser una muestra pequeña) no presentan distribuciones normales.

2-ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Del análisis estadístico se obtiene que:

- Ha aumentado de forma significativa el registro en historia clínica de casi todas las actividades preventivas. El aumento varía, según la actividad, entre el 5% y el 32%.
- El incremento es mayor en el registro de las actividades relacionadas con "la mujer" que son las que peor registro tenían inicialmente.

Hay mejor porcentaje de registro en las historias de pacientes que tienen patologías crónicas habitualmente vistas en consulta de enfermería

CONCLUSIONES: Parece que el cambio ha producido una mejora, se han conseguido los objetivos (mayor satisfacción y mejor registro), pero como no se ha podido demostrar estadísticamente el relacionado con la satisfacción, no podemos confirmar la hipótesis: "los enfermeros más satisfechos realizan/registran mejor las actividades preventivas".

PALABRAS CLAVE: satisfacción, actividades, preventivas

895 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 16:50 h.

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE PAUTAS DE AJUSTE DE INSULINA PARA LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE PRECISEN DE INGRESO HOSPITALARIO.

Inchaurza Hernández E (1), Barandiarán Ozaeta F (1), Villar Eceiza Mk (1), Durán Bengoetxea J (1), De Aramburu Pataut F (1), Pérez Manteca P (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia.

OBJETIVOS:

INTRODUCCIÓN:

El adecuado control de la glucemia en los pacientes diabéticos que ingresamos desde el Servicio de Urgencias de un hospital, puede influir en el pronóstico, la mortalidad, las tasas de infección y las estancias hospitalarias.

OBJETIVOS:

Elaboración de un protocolo sencillo y fácil de aplicar, que tenga como objetivo un adecuado control de las glucemias (glucemia preprandial <130 y posprandial <180-200), aplicable a todos los pacientes diabéticos que vayan a ingresar desde los Servicios de Urgencias

MATERIAL:

- Revisión de la bibliografía sobre el manejo del paciente diabético hospitalizado.
- Elaboración del protocolo, consensuándolo con el Servicio de Endocrinología.
- Difusión del protocolo en las SESIONES clínicas, tanto de los médicos como de enfermería, dejándolo accesible desde la web del Servicio de Urgencias
- Edición de una tarjeta de bolsillo donde se especifiquen las diferentes pautas.

RESULTADOS:

- El protocolo elaborado unifica las distintas estrategias terapéuticas existentes, unificando los criterios y las pautas de tratamiento.
- Se introduce el concepto de la "insulina basal" en las pautas de tratamiento, además de la "insulina rápida", para la mejora del control glucémico.
- Está indicado para todos los pacientes diabéticos que vayan a ingresar desde el Servicio de Urgencias, teniendo en cuenta las necesidades individuales.
- El protocolo consensuado es aplicable además en todos los Servicios de Urgencias y en las plantas de hospitalización.
- Se ha editado una tarjeta de bolsillo donde se especifican las diferentes pautas.

CONCLUSIONES:

- Se ha conseguido unificar las pautas de tratamiento en un protocolo de forma clara y sencilla, sido bien aceptado en las SESIONES clínicas donde se ha presentado.
- La tarjeta de bolsillo editada ha sido bien aceptada, siendo fácil de aplicar.
- El protocolo está accesible en la web del Servicio de Urgencias del Hospital Donostia para aplicarlo en la práctica clínica diaria.
- Con la puesta en marcha de este nuevo protocolo se espera que mejore el control glucémico del paciente diabético ingresado.

PALABRAS CLAVE: diabetes, protocolos

917 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 15 – 20/10/2010, 17:00 h.

IMPLANTAR LA MEJORA EN LA GESTIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO

Mejón Berges, R (1), Nardi Vilardaga, J (2), Colomina Soler, MJ (3), Alonso Hernández, M (4), Malpartida Obon, M (5), Martínez Ibañez, V (6)

(1) Dirección Procesos Quirúrgicos, Hospital Vall Hebron. (2) Servicio Cirurgia Ortopédica y Traumatológica, Hospital Vall Hebron. (3) Servicio Anestesia , Hospital Vall Hebron. (4) Quirofanos, Hospital Vall Hebron. (5) Supervisora, Hospital Vall Hebron. (6) Dirección PROCESOS QUIRÚRGICOS, Hospital VALL HEBRON.

OBJETIVOS: El trabajo esta orientado a organizar el bloque quirúrgico de una manera eficiente con la máxima seguridad de pacientes y profesionales.

Los objetivos son: establecer las características de calidad del proceso de atención quirúrgica que imponen las expectativas de pacientes y profesionales. Analizar los procedimientos actuales del proceso quirúrgico. Identificar los problemas existentes. Rediseñar los procedimientos actuales. Priorizar las propuestas de mejora pertinentes en relación al nuevo sistema informático: SAP. Establecer un plan de trabajo que permita implementar las propuestas, monitorizarlas y evaluarlas. Consolidar el grupo de mejora.

MATERIAL: Se creó un grupo de mejora implicando a los cirujanos responsables, profesionales de enfermería, administrativos y celadores así como la dirección del hospital.

Se realizaron 12 SESIONES, en las que se diseñaron y analizaron los procesos actuales, y se acordó rediseñar el proceso quirúrgico, así como revisar y elaborar nuevos procedimientos, propuestas de mejora y la identificación de indicadores para su posterior evaluación. Se coordinaron los procesos relacionados a través de un plan de comunicación a los directivos y al personal del hospital.

La implantación se ha realizado de forma progresiva en diferentes fases durante el año 2010 y se hará su seguimiento y evaluación durante todo este año.

RESULTADOS: Las acciones de mejora han sido las siguientes: Análisis, rediseño y plan de mejora del proceso quirúrgico. Revisión diaria de los ingresos urgentes de los diferentes servicios para agilizar la entrada a los quirófanos de urgencias. Mejora del circuito de Programación Quirúrgica. Revisión de las funciones del personal quirúrgico. Identificación de los problemas existentes en el circuito de material quirúrgico .Nuevo circuito de esterilización. Seguridad paciente quirúrgico.

CONCLUSIONES: Este proceso es referente básico para todos los integrantes del equipo quirúrgico a la hora de desarrollar su trabajo y conseguir una uniformidad en los circuitos quirúrgicos, mediante unos protocolos y procedimientos específicos consensuados con todos los profesionales implicados.

Ha servido para conciliar la actividad programada, los diferentes intereses profesionales y las diferentes especialidades. Nos ha permitido hacer una gestión eficiente y optimizar el consumo de recursos. Se ha conseguido una mayor satisfacción de pacientes y profesionales con el máximo nivel de equidad, seguridad y eficiencia.

PALABRAS CLAVE: IMPLANTACIÓN, PROCESO Quirúrgico

919 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 12:40 h.

ESTUDIO DE ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN Y PAUTA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA ELECTRÓNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

García-Rivela Lm (1), Rodríguez-Pérez B (2)

(1) Servicios Centrales, Hospital da Barbanza. (2) Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial.

OBJETIVOS: Medir la incidencia de errores de transcripción y pauta de tratamiento en las hojas de registro de administración de medicación de enfermería y analizar su relación con diversas variables de interés.

MATERIAL: Estudio analítico transversal. Universo del estudio: Prescripciones médicas y hojas de registro administración de medicación de pacientes ingresados en la unidad de medicina interna de un hospital comarcal. Periodo: julio y agosto de 2009. Cálculo del tamaño muestral: confiabilidad 95%, proporción esperada 4% (en base a estudio previo), precisión del 0,6%.

Variables estudiadas: nºhc, fecha, tipo contrato enfermera, presencia/ausencia de errores de pauta y errores de transcripción: omisión, no suspensión, dosis, vía y frecuencia. Para análisis univariante de resultados se emplearon índices estadísticos descriptivos para variables cualitativas. Para análisis bivariante se empleó la prueba chi-cuadrado.

RESULTADOS: Analizadas 4104 líneas de tratamiento, correspondientes a 312 hojas de tratamiento y 144 pacientes. Incidencia global errores por línea de tratamiento, 5,1%. El 39% fueron errores de pauta y 61% errores de transcripción. La proporción de hojas de tratamiento con error fue del 34%, el promedio de errores por hoja de tratamiento 0,68.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre aparición de errores tanto de pauta como de tratamiento y día de la semana. Se encontraron diferencias entre tipo de contrato laboral enfermeras y error global ($p<0,001$), siendo éste del 2,6% en fijas/interinas, del 4,5% en eventuales y del 13,7% en pool. Tanto errores de pauta como de transcripción mantienen las diferencias estadísticamente significativas. De los errores de transcripción, los de no suspensión, dosis y vía de administración también mantienen diferencias estadísticamente significativas. Los únicos tipos de error que no tienen diferenciación estadística en función del tipo de enfermera que realiza la transcripción, son omisión ($p = 0,074$) y frecuencia ($p = 0,263$)

CONCLUSIONES: Incidencia global de errores de enfermería fue de 5,1% por línea de tratamiento y de 3 cada 100 hojas de tratamiento. El 39% son debidos a errores en pauta horaria y el 69% a errores de transcripción. Los errores aumentan a medida que disminuye la estabilidad laboral de enfermería. La implementación de sistemas como la prescripción médica electrónica asistida no son útiles en la reducción de errores de pauta/transcripción de enfermería, si éstas no implican la eliminación de estos pasos potencialmente generadores de errores.

PALABRAS CLAVE: Errores Transcripción, Prescripción electrónica, Enfermería

983 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 12:50 h.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA

García-Gil M (1), Terrón-Cuadrado M (1), Ortiz-Otero Mª M (2), Esteban-Gómez Mº J (1), Farfán Sedano F J (1), Serrano-Balazote P (3)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (2) Unidad de Calidad, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (3) Dirección Médica, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

OBJETIVOS: Implantación de un sistema de prescripción electrónica de los tratamientos de quimioterapia para mejorar la seguridad de estos fármacos.

MATERIAL: Los agentes antineoplásicos están considerados medicamentos de alto riesgo, debido a que si se utilizan incorrectamente presentan una elevada probabilidad de causar daños graves o incluso mortales. Los errores relacionados con estos fármacos pueden llegar a ser mortales debido a su estrecho margen terapéutico. Además, su dosificación varía ampliamente dependiendo de la patología tratada, de cómo es utilizado el fármaco y del empleo de terapia de rescate. Aún se dificulta más el escenario que rodea estos fármacos debido a la complejidad creciente de los esquemas de quimioterapia, que incluyen, además, terapias de soporte (antieméticos, factores estimulantes de colonias, ansiolíticos). La prescripción electrónica ha demostrado mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos, razón por la cual se decidió su implantación. Ésta ha requerido la participación de todos los profesionales que intervienen en la atención a los pacientes con cáncer atendidos en Hospital de Día. En primer lugar, se seleccionó la aplicación informática FarmaTools como la más idónea para la prescripción de los ciclos de quimioterapia. Se solicitaron una serie de mejoras al proveedor, de forma que se adaptase mejor al uso en el Hospital. Posteriormente, la etapa más importante fue la introducción de los diferentes protocolos empleados en el Centro, en ellos se especificaron los esquemas con todo detalle en cuanto a sus componentes, dosis, días de administración, etc. En último lugar, se llevaron a cabo SESIONES formativas a todos los profesionales.

RESULTADOS: Durante el mes de febrero de 2009 se implantó la prescripción electrónica a la totalidad de los tratamientos de quimioterapia administrados en Hospital de Día (se elaboran una media de 820 mezclas al mes). En total, se introdujeron en la aplicación informática un total de 205 protocolos diferentes, que fueron consensuados previamente entre los equipos médico y farmacéutico.

CONCLUSIONES: La toxicidad de los agentes antineoplásicos, su estrecho margen terapéutico y la complejidad de los esquemas de quimioterapia actuales motivan que los errores de medicación en los que están involucrados puedan tener resultados fatales. La prescripción electrónica permite mejorar su seguridad al poder introducir los esquemas de tratamiento mediante protocolos previamente consensuados, realizar los cálculos de dosis y la programación de forma automática, etc.

PALABRAS CLAVE: prescripción, quimioterapia, tecnología

996 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 13:00 h.

EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE MEJORA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO. UNA REALIDAD

López-Otero MJ (1), Martínez-Ques AA (2), Pereira-Vázquez M (1), Sáenz-Fernández C (3), Varela-Correa J (3), Alonso-Fernández B (4)

(1) Farmacia, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Complexo Hospitalario de Ourense. (3) Farmacia, Complexo Hospitalario Ourense. (4) Calidad, Complexo Hospitalario Ourense.

OBJETIVOS: Identificar y disminuir los errores de medicación en todas las fases de utilización del medicamento y contribuir a generar, desarrollar y potenciar una cultura específica en torno a la seguridad del medicamento en los profesionales sanitarios del Complexo Hospitalario.

MATERIAL: En noviembre de 2007, se constituyó en nuestro hospital un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por médicos, farmacéuticos y personal de enfermería para establecer un programa de mejora de la seguridad en el uso de los medicamentos, desarrollar dicho programa y llevar a cabo intervenciones de prevención de EM. metodología

Definición del circuito de uso del medicamento mediante diagrama de flujo.

Análisis de puntos débiles y posibles causas de error en las fases del proceso de uso del medicamento mediante diagramas causa-efecto tras lluvia de ideas.

Propuestas de mejora y priorización de intervenciones mediante técnica de grupo nominal.

Estudio de investigación de la situación inicial en cuanto a errores de conciliación, prescripción, validación y dispensación (en adultos), y postintervención.

Cumplimentación del cuestionario de autoevaluación del ISMP.

Modificación de circuitos y formatos relacionados con el medicamento, implantados por el Servicio de Farmacia.

Elaboración de protocolos y actualización y difusión de normas de uso de medicamentos.

Promoción del inicio de prescripción electrónica.

Creación y puesta en marcha de un sistema telemático de notificación de errores. Se publican anualmente boletines informativos sobre errores comunicados con recomendaciones tras análisis causa-raíz.

RESULTADOS: El porcentaje global de errores de prescripción fue del 62,1 %, de validación un 27'59% y de dispensación un 18'4%. El porcentaje de discrepancias de conciliación fue del 31'2% excluyendo las justificadas siendo la omisión de medicamento el tipo de discrepancia más frecuente (20,8%).

Tras intervención se redujeron errores de prescripción un 14%, antes de la prescripción electrónica actualmente en implantación.

El cuestionario de autoevaluación del ISMP puntuó 24'21% en marzo de 2008, y 44'11% en mayo de 2010

CONCLUSIONES: El funcionamiento de un grupo multidisciplinar contribuye de forma significativa a la prevención de errores y a la mejora de seguridad del paciente.

Se debe potenciar la comunicación del error como instrumento de mejora y no con fines sancionadores o punitivos.

PALABRAS CLAVE: Calidad asistencial, seguridad de pacientes, error de medicación

1012 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 13:10 h.

VALORACIÓN DE FROTIS PARA CONTROL DE GÉRMENES MULTI-RESISTENTES EN PACIENTES CON AISLAMIENTO DE CONTACTO

Fernández - García C (1), Martínez- Martínez E (2), Barba- Miramontes MJ (3), Bermúdez- Mosquera MC (2), Rodríguez - Díaz G (2), Carreira-Carballal E (2)

(1) Subdirección de En fermería, CHU A Coruña. (2) Unidad de Medicina Interna Infecciosos, CHU A Coruña. (3) Servicio de Microbiología, CHU A Coruña.

OBJETIVOS: Introducción

Ante la necesidad de elaborar un Manual de Recogida de Muestras de Microbiología para nuestro Hospital, se nos planteó la duda de si existiría una mejor detección de gérmenes multi-resistentes en los frotis de piel intacta de pacientes aislados humedeciendo el hisopo del escobillón en suero salino fisiológico.

Objetivos

- Valorar si existe diferencia en la detección de gérmenes multi-resistentes entre hisopo humedecido y seco.

- Utilizar la evidencia científica en la recogida de muestras para Microbiología.

- Mejorar la detección de gérmenes multi-resistentes en las Unidades de Enfermería de nuestro Complejo Hospitalario.

MATERIAL: Estudio prospectivo doble ciego.

La muestra fueron pacientes en aislamiento de contacto en las unidades de Infecciosos o Quemados con control de algún multi-resistente positivo.

El período de tiempo estudiado fue de agosto 2007 a marzo 2008.

Se recogió doble toma a todos los pacientes que reunían los requisitos, tanto en caso de frotis de piel intacta como de mucosas y heridas. Uno de los hisopos se recogía en seco, como se venía haciendo hasta ahora, y el otro se humedecía previamente con una gota de suero salino fisiológico.

La persona que recibía las muestras en Microbiología las etiquetaba con distinto número de registro y las sembraba siguiendo el mismo protocolo. Otra persona las registraba poniendo la incidencia "con suero fisiológico" o "sin suero fisiológico".

Se recogieron y valoraron en total 284 muestras de pacientes.

RESULTADOS: Encotramos dos resultados claros:

1º. En el global de muestas se observa una mayor recuperación de gérmenes multi-resistentes en el caso de hisopo humedecido con suero salino fisiológico (123) frente a hisopo seco (102).

2º. Se encontró mayor número de recuperación de gérmenes multi-resistentes en el caso de localizaciones de piel intacta cuando se humedecía en hisopo en suero salino fisiológico (26/18 en frotis axilar, 2/1 en perineal).

CONCLUSIONES: Como medida para garantizar la seguridad de nuestros usuarios sería adecuado introcudir en nuestros protocolos de recogida de muestras de frotis para control de multi-resistentes en piel intacta la recomendación de humedecer el hisopo previo a la recogida con una gota de suero salino fisiológico.

No obstante, la escasa cantidad de muestra en el caso de frotis perineales nos ha hecho plantearnos la necesidad de seguir el estudio en caso únicamente de localizaciones en piel intacta, cosa que estamos haciendo en la actualidad.

PALABRAS CLAVE: aislamiento, frotis, gérmenes

1038 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 13:20 h.

UTILIDAD DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) PARA LOS PROFESIONALES

Rodrigo-Rincón I (1), Domench, L (1), Martín M (1), Villalgordo P (1), Zabalza, P (1), Gost J (1)

(1) Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Hospital de Navarra.

OBJETIVOS: La mejora de la seguridad de los pacientes quirúrgicos es un objetivo prioritario en el Hospital de Navarra. En Enero de 2010 se implantó el LVQ en todo el Hospital, tras un estudio piloto en 2009 y 21 acciones formativas. El objetivo del estudio fue conocer la opinión de la utilidad del LVQ en todo el centro y comparar los resultados con el estudio piloto de 2009.

MATERIAL: Se enviaron cuestionarios a 249 profesionales directamente involucrados en la cumplimentación del LVQ en 2010 (tasa de respuesta 68%) y a 78 en 2009 (tasa respuesta 72%).

RESULTADOS: Lo siguientes resultados se refieren al año 2010. 19 personas (11,2%) comentaron haber observado que el LVQ había conseguido prevenir errores. 2 de cada 3 profesionales (69,3%) manifestaron que les gustaría que los profesionales utilizasen el LVQ si les fueran a realizar a ellos una intervención quirúrgica en el centro. Uno de cada 3 profesionales (32,9%) comentó que el listado de verificación es un instrumento que mejora la comunicación de los profesionales implicados.

El 95,7% de los profesionales cumplimentan el listado de verificación quirúrgica siempre o casi siempre. El 58% de los profesionales cumplimentan el cuestionario a tiempo real, conforme se realiza la verificación.

Los profesionales le dieron al listado de verificación una puntuación media de 6,6 puntos de una escala de 0 al 10 (IC al 95% 6,2-6,9). El 89% (IC 83-93) de los profesionales otorgaron puntuaciones iguales o superiores a 5.

Se recibieron 184 sugerencias de mejora, 46% de las mismas referidas a la necesidad de motivar a los profesionales.

Con respecto al estudio piloto ha mejorado el grado de cumplimentación del LVQ (95,7% en 2010 vs 80% en 2009) y la puntuación de la utilidad (11% de personas con puntuaciones inferiores a 5 en 2010 frente a 25% en 2009; media 6,6 en 2010 vs 5,8 en 2009) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

No se apreciaron diferencias por sexo ni por años de experiencia.

CONCLUSIONES: Los profesionales consideran que el LVQ es de una utilidad moderada, que ha conseguido prevenir errores desde su implantación y a la mayoría de los profesionales les gustaría que se utilizara el LVQ si ellos fueran a ser intervenidos. Tras la intervención (piloto + acciones formativas) el grado de utilización y la percepción de la utilidad ha mejorado aunque no llega a la significación estadística.

PALABRAS CLAVE: listado de verificación quirúrgica, cirugía segura, utilidad

1039 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 13:30 h.

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Rodrigo-Rincón I (1), Martín, M (1), De la Fuente A (1), Domench L (1), Tirapu B (1), Villalgordo, P (1)

(1) Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Hospital de Navarra.

OBJETIVOS: La mejora de la seguridad de los pacientes quirúrgicos es un objetivo prioritario en el Hospital de Navarra. En Enero de 2010 se implantó el LVQ en todo el Hospital, tras un estudio piloto en 2009 y 21 acciones formativas. El objetivo del estudio fue evaluar el grado de utilización real del LVQ para detectar áreas de mejora y compararlo con el estudio piloto del 2009.

MATERIAL: Evaluación retrospectiva del grado de cumplimentación del LVQ de todos los pacientes intervenidos en el Hospital de Navarra. Tamaño de la muestra estimada 369 para población infinita y % estimado del grado de cumplimentación de 60%. Marco temporal: 15 de abril - 9 de mayo. Muestra evaluada: 452. Ítems a evaluar: 38: 6 enfermera de planta, 13 anestesiólogo, 13 cirujano y 6 enfermera quirófano. El modelo del LVQ es una adaptación del de la OMS.

Estudio piloto 2009: muestra evaluada 146 (totalidad de la fichas en el periodo de evaluación del pilotaje).

RESULTADOS: En el 90% de las intervenciones se ha rellenado el LVQ. Por término medio, se han verificado el 87,4% de los ítems.

Se consideraron como áreas de mejora aquellos ítems que no superaran el 80% de verificación. 3 ítems (8,3%) no consiguieron un grado de cumplimentación superior al 80%: verificación de antibiótico en planta, evaluación de los eventos críticos del cirujano con enfermería y del cirujano con el anestesiólogo.

19 ítems (50%) han sido verificados en un porcentaje superior al 90%. Por perfil profesional, los que con mayor frecuencia cumplimentaron el LVQ fueron los anestesiólogos (92,3% de los ítems superaba el 90%) y las enfermeras de quirófano (100% del ítems superaba el 90%).

Con respecto al estudio piloto se ha mejorado el grado de cobertura del LVQ (90% 2010 vs 62% 2009). En las fichas evaluadas, el grado de cumplimentación en todo el centro se ha mantenido alto cuando se compara con el análisis realizado en los dos servicios piloto, aunque se observa diferencias entre servicios en la exhaustividad de la cumplimentación ($p<0,05$).

CONCLUSIONES: La implantación del LVQ en todo el centro ha mejorado el grado de cobertura del LVQ con respecto al estudio piloto, manteniéndose por otra parte la exhaustividad de la verificación. Aunque el grado de cumplimentación en la mayoría de los ítems es muy alto, su evaluación nos ha permitido descubrir las áreas de mejora y detectar los servicios con los que hay que trabajar.

PALABRAS CLAVE: Listado de verificación quirúrgica, cirugía segura, cumplimentación

1040 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 13:40 h.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE LA PUESTA EN MARCHA DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Rodrigo-Rincón I (1), Martín M (1), Tirapu B (1), De la Fuente, A (1), Domench L (1), Gost J (1)

(1) Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Hospital de Navarra.

OBJETIVOS: La mejora de la seguridad de los pacientes quirúrgicos es un objetivo prioritario en el Hospital de Navarra siendo una de las principales actividades la puesta en marcha de una adaptación de la OMS del listado de verificación quirúrgica (LVQ) y acciones asociadas (pulseras de identificación de pacientes...) Tras un estudio piloto en el año 2009, se implantó el LVQ en todo el centro en enero de 2010.

Objetivos: evaluar el grado de cumplimentación del LVQ; conocer la utilidad que tiene para los profesionales el LVQ; comparar resultados 2009-2010 de ambos aspectos y evaluar la puesta en marcha de acciones mejora.

MATERIAL: Evaluación retrospectiva del grado de cumplimentación del LVQ y evaluación de los resultados de un cuestionario anónimo que se envió a los implicados para conocer la utilidad del LVQ en los servicios pilotos (2009) y en todo el centro (2010).

Evaluación de la calidad de 21 SESIONES docentes (acreditadas por la CFC) para concienciar a los profesionales sobre la cirugía segura.

Implantación de acciones organizativas para cambiar la administración de profilaxis antibiótica y la preparación del paciente quirúrgico.

RESULTADOS: Se evaluaron 755 intervenciones quirúrgicas. Se cumplimentó el LVQ en 62% de las mismas en 2009 y 90 % en 2010. Porcentaje de ítems verificados: 88%. Hay diferencias entre servicios ($p<0.05$).

Tasa de respuesta de los cuestionarios 2009: 72%; 2010: 68%.

11% de los profesionales comentaron haber observado que el LVQ había conseguido evitar errores. Utilidad LVQ (escala 0-10) del LVQ: 5,8 puntos (IC al 95% 5,2-6,4) en 2009 y 6,6 (IC 6,2-6,9) en 2010. En 2009 el 80% de los profesionales manifestaron cumplimentar el LVQ siempre o casi siempre vs 95,7% en 2010.

En la primera evaluación se detectó como mejorable la administración de la profilaxis antibiótica en un periodo inferior a 60 minutos. Por ello se han modificado y normalizado en todo el hospital el procedimiento para la administración de antibióticos así como la preparación del paciente quirúrgico. La principal sugerencia para la utilización del LVQ fue potenciar la motivación de los profesionales, por ello se realizaron 21 SESIONES docentes sobre cirugía segura. Evaluación de la formación (n=191): puntuación media sobre la satisfacción general y sobre la aplicación de los conocimientos adquiridos a su trabajo: 7,2 (escala 0-10).

CONCLUSIONES: Las evaluaciones de la implantación del LVQ y de la opinión del profesional sobre el LVQ nos han permitido detectar e implantar acciones de mejora que conducen a un hospital más seguro.

PALABRAS CLAVE: listado verificación quirúrgica, cirugía segura, estrategia integral

1047 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 13:50 h.

APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES EN REANIMACIÓN

Latorre M (1), San Sebastián JA (1), Bilbao I (1), Jauregui I (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces .

OBJETIVOS: Sensibilizar de la importancia de las barreras de prevención de la transmisión de infecciones a los trabajadores de las Unidades de Reanimación aplicando un método de trabajo que incorpora diferentes herramientas de gestión de riesgos

MATERIAL:

1. Se selecciona un proceso de alto riesgo (último brote de Acinetobacter baumanii en las unidades de Reanimación) y se analizan los datos de incidencia del brote y virulencia del microorganismo 2. Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar (dirección médica, médicos, enfermeras y auxiliares de las unidades de reanimación, medicina preventiva y unidad de calidad) 3. Se realizaron diez reuniones, con periodicidad semanal, entre febrero y junio de 2010 4. Se describen gráficamente las barreras que se introducen en la organización para prevenir la transmisión de la infección 5. El grupo identificó las "acciones inseguras" y los factores contribuyentes 6. Una vez priorizados y agrupados, se diseñaron los proyectos de conocimiento y mejora 7. Herramientas empleadas: Tormenta de ideas, Protocolo de Londres, AMFE, Sistemas de Notificación de Incidentes, Análisis de Causas.

RESULTADOS: 1. Se identificaron 28 acciones inseguras (barreras de prevención que eran rotas de manera sistemática) 2. La priorización permitió identificar 5 acciones críticas. Se identificaron 36 factores contribuyentes (condicionantes de la falta de cumplimiento) que, una vez priorizados, han permitido seleccionar 15, distribuidos en cinco grupos (equipos y dispositivos (5), formación y aprendizaje (2), personas (3), tárea (2), y trabajo en equipo (4). 3. Para afrontar los 15 factores contribuyentes se han identificado 80 acciones 4. Las acciones se han agrupado en 10 proyectos de conocimiento y mejora (uno coordinador, ocho operativos y uno de apoyo).

CONCLUSIONES:

1. Los sistemas de gestión de riesgos incluyen herramientas que pueden ser utilizadas de diferentes maneras para elaborar proyectos de mejora
2. La sistematización facilita la participación de las personas en la aplicación de normativas porque propone espacios de reflexión e intercambio de ideas que permiten ser contrastadas por otros profesionales
3. Los resultados son más fácilmente asumibles por la Dirección del Hospital ya que se visualiza el método de toma de decisiones y se explicitan las razones de implantar unas acciones y no otras, orientando el resultado a la eficiencia.

PALABRAS CLAVE: seguridad, infección hospitalaria, cuidados críticos

1048 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 6 – 20/10/2010, 14:00 h.

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE 900 CAMAS

Latorre M (1), San Sebastián JA (1), Bilbao I (1), Blanca Rmª (2), Zumalacarregui JA (3), Rodríguez S (4)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces. (2) Dirección de Enfermería, Hospital de Cruces. (3) Servicio de Atención al Paciente y USUARIO, Hospital de Cruces. (4) Servicio de Archivo y DOCUMENTACIÓN, Hospital de Cruces .

OBJETIVOS: Describir el sistema de notificación y gestión de eventos adversos en el Hospital de Cruces

MATERIAL: 1. El Contrato del Hospital con el Departamento de Sanidad establece para el año 2010 la implantación de un Sistema de Gestión de la Seguridad del paciente 2. Se crea la Comisión de Calidad y Seguridad del Hospital (cuyos miembros incluyen a las Direcciones Médicas y de Enfermería, así como a profesionales de los Servicios de Farmacia, Cuidados Intensivos, Reanimación, Medicina Preventiva, Cirugía General, Medicina Interna, Urgencias, Pediatría y Ginecología) 3. Se describen las fases del proceso de gestión de eventos adversos (detección, investigación y prevención) 4. Se identifican las fuentes de información de incidentes y las herramientas a utilizar en cada fase del proceso 5. Se definen las responsabilidades de los equipos de gestión (a nivel de Servicio/Unidad, equipo central de apoyo y Comisión del Hospital) 6. Herramientas de gestión utilizadas: Sistema de notificación de incidentes y Protocolo de Londres como sistema de investigación.

RESULTADOS:

1. Se ha identificado la formación específica para el nivel de usuario de la aplicación, para los investigadores (equipo central y servicios/unidades) y para los miembros de la Comisión de Calidad y Seguridad
2. Se ha realizado una prueba piloto de investigación de un incidente en el proceso de esterilización, identificándose, por medio de entrevistas y revisión de documentos, las "acciones inseguras" y los "factores contribuyentes"
3. Se han establecido cinco acciones de mejora para enfrentar los factores contribuyentes identificados

CONCLUSIONES:

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 tres niveles ha facilitado extender cultura de seguridad en todas las categorías profesionales
3. La prueba piloto ha permitido disponer de una experiencia práctica de gran utilidad para facilitar la formación de los equipos investigadores

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN & ADMINISTRACIÓN

1060 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 15:40 h.

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE GESTIÓN DE ALARMAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Rebollo Gómez, P (1), Balugo Huertas, S (1), Alonso Ovies, (1), Villar Sánchez, MI (1), García Peso, A (1), Velayos Amo, C (1)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

OBJETIVOS:

- Mejorar la seguridad del paciente (SP) en nuestra UCI mediante un plan de gestión de alarmas.
- Prevenir la aparición de eventos adversos (EA) asociados a la monitorización del paciente crítico.

MATERIAL:

- El grupo de trabajo de SP de la UCI del Hospital Universitario de Fuenlabrada realizó un análisis proactivo del manejo de las alarmas utilizando la herramienta AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)
- Para la evaluación de la situación previa se rec

RESULTADOS:

- En el AMFE los modos de fallo con número de priorización de riesgo (NPR) de mayor puntuación fueron: mal ajuste de la alarma durante la estancia del paciente, mala evaluación de la alarma cuando suena, desconocimiento de la significación de las alarmas,

CONCLUSIONES: La atención adecuada de las alarmas es un punto clave en la seguridad de los pacientes ingresados en la UCI. El análisis de este problema y la implantación de este plan nos ha ayudado a concienciar a todos los profesionales de la importancia del tema, a revisar y consensuar los límites de las alarmas, a definir las competencias en la gestión de las mismas y, en definitiva, a mejorar la seguridad de nuestros pacientes al prevenir EA asociados a su monitorización y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Gestión alarmas, Manual

1067 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 15:50 h.

ÓRDENES DE PRESCRIPCIÓN: NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN Y VARIABILIDAD EN LAS ABREVIATURAS UTILIZADAS

Ibiricu-Barro A (1), Peña-Capsir I (2), Alfonso-Díez I (1), Ocaña-Alves J (2), Sánchez-Padilla A (1), Doblado-López O (1)

(1) Atención Primaria, Grup Sagessa. (2) Urgencias, Grup Sagessa.

OBJETIVOS: La utilización de abreviaturas y símbolos no estandarizados en la prescripción médica para indicar fármaco, dosis, vía y frecuencia en administración del tratamiento es una causa conocida de errores de medicación debido a que se pueden interpretar equivocadamente

En todos los estudios de declaraciones de efectos adversos la prescripción y/o administración de fármacos ocupa la primera o segunda posición como causa desencadenante.

De las declaraciones recibidas en los 5 Áreas Básicas de nuestro Grup en el año 2009 el 57,58% estaban relacionadas con este tema siendo la causa mayoritaria.

Nos planteamos estudiar el uso de abreviaturas y la cumplimentación adecuada de la prescripción en nuestro centro con el fin de tomar medidas de consenso correctoras para contribuir a minimizar los riesgos de efectos adversos

MATERIAL: Estudio descriptivo retrospectivo. Se selecciona una muestra aleatoria de todas las órdenes de prescripción realizadas en nuestro centro (ABS y Urgencias) realizadas durante el año 2009. N=674

Datos extraídos de Historia Clínica OMI AP.
Se comprueba:

1. Orden médica completa: fármaco, dosis, vía y pauta
2. Ítems de orden incompleta
3. Errores de escritura
4. Abreviaturas en fármaco, dosis, vía, pauta y/o duración trt^{o}
5. Símbolos

RESULTADOS: De las 674 órdenes médicas de la muestra el 97% (654 órdenes) estaban incompletas. Faltaba la dosis en el 63,9% (418), la pauta en el 90,8% (594), la vía en el 37,8% (247) y la duración del trt^{o} en 88% (577).

Se encontraron 20 (2,9%) errores en la escritura del nombre del fármaco.

En lo que respecta a las abreviaturas:

Fármaco: 29 diferentes abreviaturas, Dosis: 21, Pauta: 11, Vía: 27, Duración: 6.

Se utilizaron 13 símbolos diferentes en algún ítem de la prescripción.

CONCLUSIONES:

- Las órdenes médicas de prescripción no se están cumplimentando de manera correcta ya que en casi la totalidad de ellas falta algún ítem. Debemos implicar a los prescriptores en la correcta cumplimentación
- Las abreviaturas y símbolos tanto en dosis como vía y/o pauta/duración del tratamiento encontrados pueden ocasionar errores de medicación por la gran variabilidad existente

Es importante sistematizar la utilización de abreviaturas y símbolos estableciendo las que podrán ser utilizadas en nuestro centro y así minimizar la posibilidad de efectos adversos

- Las abreviaturas y símbolos de utilización en el centro se han de hacer extensivas a todos los documentos tanto de médicos como de enfermería así como en los espacios de almacenaje de la medicación.

PALABRAS CLAVE: Prescripción, Abreviaturas, Seguridad

1074 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 16:00 h.

CHECK LIST: PROCESO QUIRÚRGICO SEGURO; EQUIPO PREPARADO.

Pilar Catalá Navarro (1), Rosa María Muñoz Albarracín (2), Carmen Bello Sánchez (1)

(1) Bloque Quirúrgico, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. (2) àrea Quirúrgica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

OBJETIVOS: Proporcionar al paciente la máxima seguridad en el proceso quirúrgico: paciente, procedimiento y lugar correcto.

Integrar al equipo multidisciplinar y responsable del procedimiento quirúrgico en la seguridad del paciente.

MATERIAL: En el marco de la Alianza para la Seguridad de los Pacientes en Cataluña, en el proyecto del Departamento de Salud, en el que el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau está vinculado desde Abril del 2009, se realizó una adaptación del listado de verificación de la OMS y del Protocolo de Cirugía Segura común al conjunto de hospitales de la Alianza.

Como estrategia institucional se llevaron a cabo acciones concretas: en mayo 2009 se crea la figura de la enfermera de referencia de seguridad, que en el bloque quirúrgico desde el inicio desarrolla y evalua el cumplimiento del protocolo y registro. Al mismo tiempo, una enfermera quirúrgica realizó una estancia formativa en Toronto, Hospital de Referencia de la OMS, para experiencia y observación directa de la aplicación del check list.

Para la implantación se realizaron SESIONES informativas y formativas sobre el protocolo y el propio check list, se inició y analizó la prueba piloto. En julio del 2009 se realizó la puesta en marcha definitiva en todas las cirugías, incluida la urgente.

La evaluación sobre la implantación y cumplimiento se realiza con una recogida mensual de los datos sobre aplicación y cumplimento de cada una de las fases, más 3 cortes observacionales sobre la cumplimentación. Se realizan SESIONES multidisciplinares trimestralmente, para valoración de los resultados, por quirófano y servicio quirúrgico.

RESULTADOS: Se evaluaron 9708 intervenciones, en las que se aplicó el check list en 8810 (grado de implementación: 90,75%). La verificación preoperatoria correcta: 47,92%, Verificación pausa preoperatoria correcta: 46,67%, Verificación postoperatoria correcta: 95,42%.

De acuerdo con los datos de los cortes observacionales, se aplican medidas para mejorar la participación de los equipos.

Se modificó el registro del check list para mejorar la recogida de datos por servicios.

CONCLUSIONES: El uso del check list precisa tiempo y mucha práctica; y proporciona seguridad y confianza al paciente.

Hay diferentes grados de implicación por los diferentes grupos profesionales. Mayor implicación enfermería.

Promueve la adherencia de prácticas seguras de forma sistemática por todo el equipo multidisciplinar.

Crea cultura del RIESGO y ERROR.

Fomenta y mejora la comunicación y trabajo en equipo.

PALABRAS CLAVE: CHECKLIST, VERIFICACION, EQUIPO

1502 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 16:10 h.

IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Pastor Zapata A. (1), Balado-Dacruz MC (2), Núñez-Masid E (3), García-Soriano JM (4), Carral-García MV (5), García De la Infanta Rf (6)

(1) Bloque quirúrgico/Neurocirugía, Complexo Hospitalario Ourense. (2) Bloque quirúrgico, Complexo Hospitalario Ourense. (3) Gerencia CHOU, Complexo Hospitalario Ourense. (4) Dirección Operativa CHOU, Complexo Hospitalario Ourense. (5) Direecion Enfermería, Complexo Hospitalario Ourense. (6) Documentación Clínica, Complexo Hospitalario Ourense.

OBJETIVOS: La incidencia de muerte y el índice de complicaciones mayores intrahospitalarias en el peri-operatorio son elevados en todo el mundo, siendo éstas cifras más altas en los países en desarrollo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2008 el "Listado de seguridad quirúrgica (Checklist) con el objetivo de que los Equipos quirúrgicos de todo el mundo sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales con la finalidad de mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.

Objetivos:

- Reducir las complicaciones peri-operatorias en pacientes intervenidos en el Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU).
- Mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos.

MATERIAL: En el año 2009 se ha implantado en el bloque quirúrgico del CHOU un listado de seguridad (Checklist), basado en las guías publicadas por la OMS y adaptado a la realidad de nuestro Hospital.

El Listado de Seguridad consta de tres fases: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión quirúrgica y antes de la salidad del paciente de quirófano.

Se ha realizado un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo desarrollado entre enero 2009 y enero 2010. Participaron los facultativos y el personal de Enfermería del Bloque quirúrgico.

RESULTADOS: Antes de la implantación del Listado de Seguridad, incidancias tales como falta de: sangre, consentimiento informado, dossier de Rx, se repetían con frecuencia.

Las incidencias que persisten, se refieren a situaciones no previstas como: reacciones alérgicas no conocidas, vía aérea dificil no prevista o problemas con el material quirúrgico (averias durante la intervención).

La participación del personal es, en general, constante y la valoración que realizan del Listado de verificación es positiva.

No obstante, surgen dificultades relacionadas principalmente con cierto temor a responder a las preguntas de la lista y a suscribir las respuestas.

CONCLUSIONES: Las incidencias se redujeron considerablemente gracias a la formación e implicación del personal involucrado.

La implantación del Checklist mejora la atención al paciente quirúrgico y favorece una eficaz comunicación entre los miembros del Equipo, todo ello utilizando una herramienta sencilla que no imcrementa costes.

La implantación del Checklist supone un cambio en la cultura de los Equipos que implica realizar:

todas las verificaciones

a todos los pacientes

todas las veces

PALABRAS CLAVE: Listado de verificación, Seguridad del paciente quirúrgico, Reforzar la comunicación dentro del Equipo

1089 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 16:20 h.

ANÁLISIS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN LOCAL ELECTRÓNICO DE INCIDENTES EN RADIOTERAPIA

Angulo-Paín E (1), Gutiérrez-Bayard L (2), Iborra-Oquendo MA (1)

(1) U.C. Radiofísica Hospitalaria, Hospital U. Puerta del Mar. Cádiz. (2) U.C. de Atención Integral al cáncer, Hospital U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVOS: En Julio de 2009 se inició un sistema electrónico de notificación local de incidentes en Radioterapia basado en el Manual Técnico de la OMS "Perfil de riesgos en Radioterapia" (2008), con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto a todos los profesionales implicados en el proceso Radioterápico, diseñado y gestionado por el Servicio de Radiofísica del Hospital U. Puerta del Mar.

El objetivo es describir la implementación de dicho sistema, analizar su efectividad y evaluar los incidentes detectados durante el primer año de funcionamiento.

MATERIAL: En el formulario electrónico se reflejan los incidentes más importantes según el perfil de riesgos de la OMS, clasificado según la etapa del proceso en que ocurre. La base de datos del sistema de notificación permite un análisis de tallado de: cómo, cuándo y quien detecta el evento, la percepción del riesgo que se tiene y la colaboración de los profesionales en el proceso de mejora a través de sugerencias.

El icono para acceder al formulario se instaló en varios ordenadores del Servicio de Radioterapia en Julio de 2009. Se realizaron dos SESIONES formativas dirigidas a todo el personal, comenzando el registro de incidentes.

Se han clasificado los eventos por causas, frecuencia temporal y comunicador.

RESULTADOS: De 661 pacientes tratados desde agosto de 2009 hasta mayo de 2010, se registraron 34 incidentes, de los cuales 29 (85%) se notificaron a partir de febrero de 2010, fecha en la que se redactó el Plan de Seguridad del Paciente en Radioterapia, dentro del Plan global de Calidad desarrollado por un grupo de trabajo conjunto entre la Unidad de Radiofísica y Radioterapia.

Tras clasificar los eventos observamos que el personal que comunica es tanto facultativo y como técnico. El momento crítico del proceso dónde se detectan los incidentes es la Preparación del paciente para el tratamiento. La mayoría de éstos corresponden a las fases de Simulación y determinación de volúmenes, planificación, transferencia de información y preparación del paciente para tratamiento.

CONCLUSIONES: Como evidencian los resultados, es importante mantener la concienciación del personal implicado ya que condiciona una mayor notificación de eventos o riesgos. Es necesario el apoyo de la Dirección para implementar barreras que eviten las recurrencias, creando una estructura para evaluar su efectividad y pudiéndose hacer un seguimiento a los pacientes afectados.

El sistema nos ha permitido identificar problemas locales y aprender de los errores para establecer nuevas metas en la mejora de la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Sistema de Notificación, Radioterapia

1100 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 16:30 h.

OPTIMIZACIÓN DE REGISTROS DE CAÍDAS

Atrio Padrón Manuel Eladio (1), Pérez Dinamarca Andrea Del Pilar (2), Vázquez Campo Miriam (3), Feijóo González Mª Digna (4)

(1) Área quirúrgica., Complexo Hospitalario de Ourense. SERGAS. (2) Área pediátrica., Complexo Hospitalario de Ourense. SERGAS. (3) Área médica., Complexo Hospitalario de Ourense. SERGAS. (4) Área Médica., Complexo Hopitalario de Ourense. SERGAS..

OBJETIVOS: A día de hoy, existe en los hospitales carencias cuanti-cualitativas en relación a los registros de caídas de los pacientes- Esto puede ser debido a que hay caídas que se comunican mucho tiempo después de que ésta suceda y sin testigos, a la falta de una cultura del registro y ser un registro muy laborioso (debido al número de ítems en comparación con otros registros),lo que podría ejercer un efecto negativo de persuasión en los profesionales.
Dado que las caídas obedecen a una etiología multifactorial, las medidas preventivas habrán de dirigirse a los diferentes factores que se relacionan con las mismas, por lo que las valoraciones de riesgo de caídas, así como su correspondiente registro, son de vital importancia.
Por ello nuestro objetivo es aumentar el número de registros de caídas y de valoraciones de riesgo de caídas en un año, así como mejorar la calidad cualitativa de dichos registros.

MATERIAL: Se impartieron dos talleres formativos a Enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería del CHOU.
Se hizo una comparación cuali-cuantitativa de los registros y evaluaciones anteriores con los registros y evaluaciones posteriores a la intervención (talleres formativos) a través de una monitorización, mediante el aplicativo informático GACELA.
En función al número de caídas de 2008 se determinó una muestra n=188 para cada año para una p=5% y esperándose una diferencia del 30%
Los datos obtenidos fueron analizados, utilizando como herramientas el programa Office-Excel 2007 y calculadoras epidemiológicas CASPe, hallando cuando fue posible OR, asumiendo un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS: Se realizaron dos talleres educativos en el primer semestre del año 2009, con un total de 50 alumnos y con una duración total de 8 horas. Los alumnos dan una valoración media del taller de 6.61, y una puntuación media de los relatores de 7.12.
En el año 2008 hubo un total de 29.422 ingresos en el CHOU y en el año 2009 un total de 29.138.
De los datos extraídos del aplicativo informático GACELA se objetiva que en el año 2008 hubo un total de 428 caídas y en el año 2009 un total de 391de caídas.
Correlacionado el número de ingresos totales con el número de caídas por año, no se obtienen diferencias significativas entre el año 2008 y el año 2009 [OR 1.08 (0.94-1.24)95%; p=0.29].
En cuanto al número de valoraciones de riesgo de caídas por unidad de enfermería se realizaron un total de 12.575 valoraciones en el año 2008 y en el año 2009 un total de 15.895 caídas.
Correlacionando el numero de ingresos de cada año con las valoraciones de riesgo de caídas, obtenemos datos significativos [OR 0.62 (0.6-0.4) IC95% p<0.00001].
Haciendo una valoración cualitativa de la calidad de los registros de enfermería observamos que en el año 2008, un 31.38% de las caídas de pacientes que se producen en el CHOU no tenían realizada un valoración de riesgo previo al incidente. El porcentaje en el 2009 es del 14%.Más de un 16% de los registros de valoración de caídas en el año 2008 y en el año 2009 poseen información contradictoria.

CONCLUSIONES: Se produce un número similar de caídas en el año 2008 y 2009. La valoración en el total del Riesgo de Caídas aumenta considerablemente, siendo este aumento estadísticamente significativo con datos totales como por especialidades médicas. Hay diferencias significativas en el registro de valoración de riesgo antes y después de las intervenciones educativas, mostrándose un considerable aumento de éste.
A pesar de que se ha producido un aumento del registro, los porcentajes de registros con información confusa o contradictoria se mantienen en porcentajes similares en ambos años.
Creemos que el desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional debe de ser mejorable. Si queremos conseguir excelencia en la creciente complejidad de los cuidados administrados al paciente, debemos aprender a describirlos con palabras escritas.

PALABRAS CLAVE: caída hospitalaria, registro de enfermería, evaluación de riesgos

1104 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 16:40 h.

VALORACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE MUTUALIA

Oleaga Goya FJ (1), Sáez De Vicuña L (1), Ulibarrena MA (1), Bengoetxea J (1), Romero JA (1), Monge PM (1)

(1) Servicio Urgencias, Mutualia.

OBJETIVOS: Medir la cultura de seguridad de pacientes en el Servicio de Urgencias de MUTUALIA, de forma comparativa con otras organizaciones, con el fin de identificar los aspectos en los que habría que incidir para mejorarla y hacer un seguimiento de su evolución.

MATERIAL: La muestra es de 22 personas (médicos y enfermería) de un total de 27 personas que desarrollan su actividad en el Servicio de Urgencias.

Hemos utilizado para el estudio la herramienta auto administrada, válida, y fiable, desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, y que es una adaptación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos.

Además, disponemos de los resultados de estas encuestas tanto en Estados Unidos (proporcionados por la AHRQ) como en el conjunto del Estado (a través del SNS), lo cual nos permite realizar comparativas.

RESULTADOS:

Expectativas/acciones de los responsables de servicio en seguridad 45%
Trabajo en equipo en la unidad 63.6%
Repuestas no punitivas en los errores 30%
Facilidad en la comunicación 42.9%
Trabajo en equipo entre unidades 45%
Aprendizaje organicional de mejora continua 40.9%
Apoyo de la gerencia en seguridad paciente 50%
Dotación recursos humanos 68.2%
Problemas en cambios de turno 61.9%
Percepción de seguridad 52.4%
Feed-back y comunicación sobre errores 19%
Frecuencia errores notificados 32%

CONCLUSIONES: Conviene destacar las bajas puntuaciones obtenidas. La dotación en recursos humanos y el trabajo en equipo dentro de la unidad han sido los mejor valorados al igual que en los otros trabajos. Citar también que el apoyo de la dirección/gerencia del hospital en materia de seguridad del paciente ha sido mejor valorada que en el resto de series españolas. La frecuencia de efectos adversos notificados tiene una puntuación muy baja lo que apoya también el número de incidentes notificados en el último año que ha sido de 0 en más del 60% en otros estudios.

Estos datos nos ha llevado a elaborar un plan de sensibilización que lo vamos a implementar a partir del mes de Junio. Antes también se han puesto en marcha grupos de mejora continúa; un grupo principal llamado estructural y varios subgrupos como el de triage, administración, ambulancias, derivaciones, infecciones y la revisión del vademecum interno.

PALABRAS CLAVE: cultura, seguridad, urgencias

1118 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 16:50 h.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN AÑO DE EXPERIENCIA

Lanzeta-Vicente I (1), Santamaría-Olabarrieta M (2), Landaluce-Lauzurica JI (3), Moyúa-Alberdi K (4), Pérez-Sáez MA (5), Bernardo-Ormazabal MJ (6)

(1) Medicina Preventiva, Hospital de Zumarraga. (2) Cirugía, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección Médica, Hospital de Zumarraga. (4) Urgencias, Hospital de Zumarraga. (5) Pediatría, Hospital de Zumarraga. (6) Enfermería quirófano, Hospital de Zumarraga.

OBJETIVOS: Lograr que cualquier trabajador del hospital pueda notificar un evento adverso.

Implantar un sistema informatizado para realizar las notificaciones.

Realizar un análisis descriptivo de los eventos adversos notificados en un año de existencia.

MATERIAL: En abril 2009 se implanta la base de datos Access de notificación de eventos adversos en todos los ordenadores del hospital. Este sistema de notificación es voluntario y doblemente anónimo (paciente y persona que notifica). Se imparten 6 SESIONES de cultura de seguridad y notificación, dirigidas a todo el personal del hospital, en las que se presenta la base de datos y se explica cómo utilizarla. Se realiza un análisis descriptivo de los eventos notificados entre el 1 de mayo de 2009 y el 30 de abril de 2010, con la propia base.

RESULTADOS:

En estos momentos cualquier trabajador del hospital puede realizar la notificación de un evento adverso informáticamente.

Presentamos un análisis descriptivo que se basa únicamente en los casos notificados en esta base de datos.

Durante el primer año de implantación se han notificado 60 casos.

Del total de casos notificados, 26 fueron casi incidentes (no llegaron al paciente) y 34 fueron sucesos adversos que llegaron al paciente.

La gravedad de afectación del paciente fue la siguiente: Moderada - daño a corto plazo: 4; Baja: 6; Sin afectación: 18; No sabe/No contesta: 32

Los factores con los que más estuvieron relacionados fueron: Medicación, Identificación y Diagnóstico Clínico y seguimiento.

Los factores que más contribuyeron a que los eventos se produjeran fueron: Comunicación entre profesionales e Información sobre el paciente.

Se consideraron evitables el 75% de los casos.

Previa priorización de casos, se han realizado 5 análisis causa raíz, de cuyo resultado se han implantado diversas acciones de mejora, destacando: Hoja de control de carga de estilización, listado de verificación de cirugía, Alerta de valores analíticos muy alterados, tapón en jeringas medicación no parenteral.

CONCLUSIONES:

Al globalizar la accesibilidad a la notificación, se implica a todo el personal del hospital en la seguridad clínica.

Los datos presentados son los notificados, por lo que representan una parte de lo que realmente sucede.

El análisis de casos permite aprender de la experiencia y redunda en actividades de mejora encaminadas a que casos similares no se repitan.

La clave está en entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, Notificación de eventos adversos, Análisis Causa-Raíz

1119 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 16 – 20/10/2010, 17:00 h.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS FRÁGILES MEDIANTE SISTEMA DE MONITORIZACIÓN INALÁMBRICO

Aranda Gallardo M. (1), Mora Banderas A.M. (2), Löpez Rojas G. (1), Canca Sánchez J.C. (3), Sepúlveda Sánchez JM (4), Alcaide Frías A.M. (1)

(1) Medicina Interna, E.P. Hospital Costa del Sol. (2) Unidad de Calidad, E.P. Hospital Costa del Sol. (3) Dirección de Enfermería, E.P. Hospital Costa del Sol. (4) ONCOLOGÍA, E.P. Hospital Costa del Sol.

OBJETIVOS: - Garantizar la seguridad de los pacientes con alto riesgo de presentar caídas durante la estancia hospitalaria.

- Valorar la viabilidad técnica y operativa de un sistema de monitorización inalámbrica en la prevención de caídas de pacientes especialmente

MATERIAL: El Hospital Costa del Sol cuenta desde el año 2007 con un procedimiento de prevención de caídas y un registro enfermero informatizado de declaración voluntaria ajustado a los estándares de calidad de Joint Commission. Desde enero de 2009 se está pilotando un sistema para evitar caídas mediante la monitorización inalámbrica con sensores de presión en la cama del paciente, que alertan al personal de enfermería cada vez que un paciente intenta levantarse o se levanta de la cama. El piloto se ha realizado en la Unidad de Medicina Interna desde noviembre de 2009 a abril de 2010. Se dispone de tres sensores inalámbricos, una red de elementos repetidores que mandan la señal a un monitor, en el control de enfermería, que permite ver el estado de los sensores y las alarmas generadas. El paciente diana es mayor de 75 años, sin acompañante, con un alto riesgo de caídas (Downton ≥ 3).

RESULTADOS: El sistema generó 375 alarmas. 7 fueron caídas (1.86%), 62 se produjeron al levantarse el paciente de la cama (16.5%), 214 por movimiento del paciente en la cama (57%), 66 por traslado asistido cama- sillón (17.6%)y 26 fueron incidencias del sistema (6.93%).

CONCLUSIONES: El sistema de monitorización de presencia en cama nos ha permitido prevenir caídas en el 16.5% de los casos. Su alta sensibilidad ha generado falsas alarmas en más de la mitad de las ocasiones por movimientos del paciente en la cama. Se precisa mejorar este aspecto para conseguir una mayor confianza en el sistema por parte del personal de enfermería.

Esta experiencia nos alienta a seguir en la búsqueda de sistemas tecnológicos que nos ayuden a potenciar la seguridad y alcanzar la excelencia en el cuidado.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, FRÁGIL, PREVENCIÓN

597 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 12:40 h.

REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA PERCIBIDA POR PERSONAS OSTOMIZADAS Y SUS CUIDADORES.

Casares-Cervilla R (1), Pérez-Fernández AJ (2), Martín-Cebrián J (2), Bautista-Morente MJ (2), García Pertíñez MP (3), Rojas-García (2)

(1) Continuidad de Cuidados, Área de gestión sanitaria sur de Granada (Servicio Andaluz de Salud). (2) Unidad de gestión clínica de Cirugía, Área de gestión sanitaria sur de Granada (Servicio Andaluz de Salud). (3) Unidad de gestión clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, Área de gestión sanitaria sur de Granada (Servicio Andaluz de Salud).

OBJETIVOS:

General:

Conocer la calidad percibida de las personas ostomizadas y sus cuidadoras sobre la asistencia sanitaria que reciben.

Específicos:

1.Conocer los puntos débiles de la atención sanitaria proporcionada.

2.Documentar posibles líneas de mejora.

MATERIAL:

- Diseño. Investigación cualitativa mediante técnica de grupo focal.
- Ámbito. Área gestión sanitaria Granada sur.
- Población diana. Individuos con ostomías abdominales y cuidadores familiares (Enero 2005 a Diciembre 2009).
- Criterios de segmentació

RESULTADOS: Accesibilidad: Satisfacción general con los horarios. No así con la derivación a especialistas, tiempos de espera en Urgencias, resolución de problemas y complicaciones fuera de la Unidad de Cirugía.

Capacidad de respuesta: Buena respuesta en Unidad de Cirugía (salvo periodos concretos de tardes o noches). Fuera ralentización, acudiendo a consejos entre iguales por escasa disposición profesional.

Fiabilidad: Ausencia de referentes capacitados salvo en Cirugía. En ingresos cortos poca formación en autocuidados.

Comunicación: Claridad de información diagnóstica, no de complicaciones. Incertidumbre ante pronóstico. Buscan fuentes secundarias de apoyo (Enfermería). Presencia de pactos de silencio, baja autoestima y sentimientos de desesperanza con intervenciones sanitarias ausentes. Necesidad de comunicación con otros ostomizados.

Cortesía: Amabilidad en el trato. Poca empatía.

Competencia: Buena referencia y relación terapéutica con equipo de Cirugía, ausente en niveles intra y extrahospitalarios donde desaparece la continuidad de cuidados, captación y seguimiento activo.

Seguridad: Protección y suplencia de cuidados durante su ingreso. Al alta dificultad de adaptación con retracción lúdico-social. Necesidad de comprensión. metodología de grupo focal percibida como terapia.

Credibilidad: Reconocen prestigio del sistema sanitario.

Tangibilidad: Potenciación de relaciones por uso de hataciones compartidas.

CONCLUSIONES: El impacto emocional de un estoma, hace plantearnos su abordaje teniendo en cuenta al núcleo paciente-cuidador, más allá de la atención profesional al proceso que lo origina y la solución propuesta, ofreciendo así una calidad real y no supuesta, adaptada a sus necesidades.

El establecimiento de una consulta programada (estomaterapia) referente para profesionales y usuarios mejoraría la continuidad de cuidados, trabajaría el afrontamiento y la adaptación funcional a la vida diaria, promovería terapias entre iguales y grupos de autoayuda, potenciando una mejor adaptación psicosocial.

Conocer, colaborar y promover el movimiento asociacionista, aprovechando sus recursos humanos como elementos terapéuticos y motivacionales, reforzaría nuestras intervenciones.

PALABRAS CLAVE: Estomía, Cuidadores, Calidad de la atención de salud

560 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 12:50 h.

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LA MUJER EMBARAZADA: ESTUDIO COMPARATIVO POST-IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA INFORMATIVA

Aloy-Duch A (1), Fusté-Ballús C (2), Sabater-Raga R (1), Ojeda-Pérez F (3), Pareja-Martínez A (3), Martin-Sánchez E (4)

(1) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (2) Unidad de Atención al Usuario, Hospital General de Granollers. (3) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Granollers. (4) Dirección General, Hospital General de Granollers.

OBJETIVOS: Presentar el resultado comparativo de 2 estudios prevalentes realizados sobre la información que la usuaria disponía antes del parto y después de la implantación de una "Guía de información a la mujer embarazada" como acción de mejora entre ambos estudios

MATERIAL: Nuestro centro, de referencia comarcal, dispone de 385 camas y realiza anualmente 2220 partos. En 2009 se realizó una encuesta anónima, a rellenar en el momento del alta hospitalaria, para conocer el grado de información relacionado con todo el proceso de embarazo y posparto. Posteriormente, se elaboró una guía informativa como acción de mejora, que se entregaba en la segunda ecografía de control hospitalario. En 2010, después de 6 meses de difusión de la guía, se evaluó nuevamente con la misma encuesta y metodología, el grado de información resultante

RESULTADOS: Se obtuvo una tasa de respuesta promedio del 73% en ambas encuestas(P=NS). Respectivamente, en el 66-60%(P=NS) de usuarias era su primer parto; el 69-56%(P<0,035) desconocía la Consulta Prenatal; el 22-22%(P=NS) acudió a la Consulta de Riesgo Obstétrico, con un 34-17%(P=NS) (P<0,08) de desconocimiento sobre la misma; el 37-18%(P<0,001) no conocía la utilidad de la visita preparto; el 9-11%(P=NS) desconocía la utilidad de las ecografías de control; y el 45-23%(P<0,002) desconocía la utilidad del Test de Reactividad Fetal. Por lo que respecta al propio hospital, respectivamente: el 20-14%(P=NS) ignoraba que tipo de ropa necesitarían para la madre y el bebé; el 54-32%(P<0,001) desconocía el funcionamiento de la Sala de Partos; el 23-19%(P=NS) no tenía información sobre la lactancia materna; y el 34-9%(P<0,0001) desconocía los trámites legales a realizar. Finalmente, el 43-23%(P<0,003) opinaba que no le dieron toda la información global necesaria; el 88-95%(P=NS) solicitaba disponer de una información escrita completa; y, el grado medio de satisfacción fue de 6 y 8 sobre 10 (P<0,0001), respectivamente

CONCLUSIONES: La guía proporcionó una mejora significativa del conocimiento sobre la mayoría de pruebas, los trámites legales a realizar y la información global; y, finalmente, se observó un grado superior de satisfacción, por parte de la usuaria, sobre la información proporcionada por la "Guía de información a la mujer embarazada"

PALABRAS CLAVE: guía del usuario, mujer embarazada, encuesta

648 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 13:00 h.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL GERIÁTRICO.

Santiago Gómez Payo (1), Amelia Manrique García (1), María Carmen Rodríguez Martín (1), Oscar Del Rio Moro (2), María José Pardo Fernández (3)

(1) Dirección de Enfermería-Hospital Geriatrico Virgen del Valle Toledo, SESCAM. (2) Unidad de Calidad Asistencial Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM. (3) Dirección de Enfermería-Hospital Virgen del Valle, SESCAM.

OBJETIVOS: Conocer el grado de satisfacción de los usuarios hospitalizados de un hospital geriátrico.

MATERIAL: Estudio observacional y descriptivo. Periodo del estudio 23-12-2008 a 24-02-2009. Ámbito de estudio: Hospital Geriátrico, unidad de agudos y Unidad de Media Estancia. Población: pacientes dados de alta. Muestra: Los pacientes ingresados en dichas unidades fueron 490. Criterios de exclusión: los que voluntariamente no quisieron participar en el estudio y los que no respondieron al cuestionario o no lo enviaron. Pacientes fallecidos en este periodo y los que tuvieron estancia menor de 48 horas. El cuestionario utilizado fue una adaptación del modelo SERVQHOS. Este cuestionario debía recoger tres aspectos generales, la atención que recibió, el entorno, y actitud y cuidados de los profesionales. Es una encuesta post-hospitalización y anónima. Cada ítem tiene cinco posibles respuestas cerradas; Muy mal, Mal, Regular, Bien, y Muy bien. El cuestionario podía ser respondido por el paciente o familiar, si aquel no pudiera hacerlo por incapacidad física o psíquica. Se enviaron 490 cuestionarios por correo con respuesta franqueada, entre los 15 y 20 días después de producirse el alta. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS v 14 para Windows. Las variables principales fueron analizadas mediante frecuencias y porcentajes. La comparación entre variables con chi cuadrado (significación estadística $p<0,05$). El apartado de sugerencias fue agrupado por categorías y expresado en frecuencias.

RESULTADOS: De los 490 encuestados respondieron 159 (32,44%). En 50,90% ocasiones respondió el familiar. 79,80% procedían de las unidades de agudos. Atención recibida se valoró como buena y muy buena en el 92% (4 categorías profesionales). Valoración de entorno como buena y muy buena 75,6%. Actitud profesional como casi siempre y siempre 82,9%. 89,30% recomendaría el hospital y como nivel de satisfacción global muy satisfecho 52,20%. El apartado de sugerencias fue cumplimentado en 63 cuestionarios, encontramos 20 agradecimientos, 13 solicitudes de mejora en infraestructuras y 10 peticiones de mejora atención profesional entre lo más destacado. Encuestados que declararon satisfacción global bastante satisfecho y muy satisfecho apuntaban tener confianza y seguridad casi siempre y siempre ($p<0,0001$).

CONCLUSIONES: Los niveles de satisfacción global que expresan han sido altos. La mayoría valoran bien o muy bien a todos los profesionales del centro sin diferencias relevantes entre los mismos. Respecto a la actitud y cuidados de los profesionales la mayoría se siente satisfecho o muy satisfecho. Debemos mejorar en infraestructuras.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción del usuario , geriatría, calidad de la atención de salud

698 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 13:10 h.

LA CALIDAD PERCIBIDA COMO MOTOR DE MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: EL ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Tejero-González JM (1), Gutiérrez-Fernández R (1), Rubio-Casado M (1), Herández-Campa S (1), Serrano-Muñoz, MV (1)

(1) Área de Atención al Ciudadano y Proyectos de Innovación y Mejora, SESCAM.

OBJETIVOS: Realizar un análisis descriptivo de las quejas y reclamaciones de los usuarios del SESCAM, en el periodo 2006 a 2009.
Implementar las acciones de mejora necesarias para aumentar la calidad percibida por los ciudadanos/clientes.
Proponer la incorporación a los cuadros de mando de las Gerencias indicadores de calidad percibida y satisfacción de los ciudadanos.

MATERIAL: Mediante técnicas de mejora de la calidad (ciclo PDCA), la información obtenida a partir del análisis descriptivo de las reclamaciones se integrará con los resultados de las encuestas de satisfacción del año 2009. En éstas se ha establecido un orden de priorización de las acciones de mejora basado en el índice de correlación de la puntuación obtenida para cada aspecto de la calidad percibida con la importancia que el paciente otorga a ese aspecto, obteniendo un "índice de satisfacción global". Tras presentar los resultados del análisis descriptivo, se propone un análisis de series temporales para medir el impacto de las acciones de mejora, que se implementarán, como experiencia piloto, en las Gerencias de Atención Primaria y de Atención Especializada de Toledo. Ello se realizará mediante la elaboración de una página web de "atención al usuario" en la intranet de las Gerencias, y su integración en los sistemas de información, elaborando indicadores propuestos en los cuadros de mando de la Gerencia y de cada Servicio.

RESULTADOS: Para apreciar la evolución temporal seguida por el número de reclamaciones, se ha realizado un análisis de series temporales. Una serie temporal se compone de movimientos a corto, medio o largo plazo, más o menos superpuestos. La tendencia es un "movimiento suave y regular de la serie a largo plazo". El "ciclo" es un factor de tipo oscilante, caracterizado por movimientos recurrentes en torno a la tendencia. La estacionalidad está constituida por movimientos regulares de la serie con una periodicidad fija, y el componente irregular consiste en las variaciones de la serie de origen desconocido. Se ha observado un cambio de tendencia (de positiva a negativa, es decir, de descenso), a partir de enero de 2009, que coincide con la entrada en vigor de la "Estrategia de Confortabilidad" del SESCAM, cuyo objeto es la mejora de la calidad percibida. Se realizan análisis por separado según categorías (motivos de queja) y Gerencias, para detectar las acciones de mejora necesarias (ya categorizadas en dicha Estrategia). En investigaciones posteriores se contrastará la hipótesis de que la implementación de esas acciones conllevará una disminución del número de reclamaciones relacionadas, detectado por el parámetro de la tendencia en la ecuación de regresión del análisis de serie temporal, e igualmente por un aumento de la satisfacción detectada en las encuestas (a partir de 2010).

CONCLUSIONES: Desde la entrada en vigor de la "Estrategia de Confortabilidad" del SESCAM se ha observado un cambio de tendencia en el número de reclamaciones presentadas por los usuarios. En un estudio posterior podría contrastarse la hipótesis de que existe relación de causa/efecto entre ambos eventos.

- Sería conveniente proseguir en esta línea de investigación, ampliando la serie temporal desde enero de 2003 hasta la actualidad, para comprobar si la tendencia se mantiene, y además realizar un análisis discriminante para explorar correlaciones entre determinadas variables predictivas (proyectos de mejora, aumento de recursos, etc.) y variables criterio (motivos de reclamación, centro reclamado…)
- Se propone incorporar al cuadro de mando de cada Gerencia una síntesis de indicadores de "calidad percibida", integrando la información procedente de la Encuesta de Satisfacción de los usuarios y del análisis de reclamaciones.
- En una fase posterior esta información podría incorporarse a un cuadro de mando en cada Servicio hospitalario, o Centro de Salud de Atención Primaria, para facilitar a los profesionales la evaluación del impacto de todas las acciones de mejora planificadas por los "grupos de mejora" dentro de la estrategia de confortabilidad.
- Proponemos también elaborar un conjunto de indicadores de "calidad percibida" (a partir del análisis de las reclamaciones y de las encuestas de satisfacción), incluyéndolos en la página web de "atención al ciudadano" de las Gerencias, accesible a todos los ciudadanos y profesionales que intervienen en las acciones de mejora previstas en el Plan de Confortabilidad.

PALABRAS CLAVE: calidad percibida, reclamaciones, acciones de mejora

731 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 13:20 h.

ESTUDIO RESTROSPECTIVO SOBRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA / OSAKIDETZA.

Lierni Lekuona Sanz (1), Alvaro Iruin Sanz (2), Mª Dolores Aparicio Telleria (3)

(1) Calidad, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa / Osakidetza. (2) DIRECTOR, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa / Osakidetza. (3) Responsable Sistemas de Información, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa / Osakidetza.

OBJETIVOS: Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa de Osakidetza (asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio) realiza encuestas de satisfacción a pacientes en tratamiento desde el año 2002. Sin embargo, nunca se había realizado una encuesta de satisfacción a los pacientes que en un momento determinado abandonan voluntariamente el tratamiento; desconocemos el motivo de que anualmente 2700 personas dejen de acudir a consulta tras 3 contactos o más y finalizan su tratamiento por iniciativa propia. Así, en el 2008 se planteó un estudio retrospectivo para intentar conocer los motivos de este abandono; fue financiado por la Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa

MATERIAL: Selección de la muestra de pacientes por Centro de Salud Mental (aprox.40 personas por centro) en función de los siguientes criterios:

Mayores de 18 años.

En activo durante el 1er semestre del 2007, con 3 ó más contactos en el CSM en dicho período.

Su último contacto en dicho semestre ha sido un "no acude" o una "actividad asistencial", no habiendo tenido ningún nuevo contacto asistencial en el período comprendido entre el 1 de julio de 2007 y el 30/04/2008.

Partiendo de la encuesta corporativa de pacientes que Osakidetza realiza bienalmente de manera telefónica, se diseñó, conjuntamente con la empresa contratada para el estudio, una encuesta, igualmente telefónica, dirigida a pacientes que habían abandonado el tratamiento; se realizó en octubre de 2009. Las causas de abandono del tratamiento que se plantearon como hipótesis de trabajo fueron seis:
Por considerar el paciente que el tratamiento era de poca utilidad
Por considerar el paciente que estaba curado
Por considerar el paciente que el tratamiento estaba ya finalizado
Por falta de idoneidad de los profesionales
Por imposibilidad de conciliarlo con su vida cotidiana
Por insatisfacción a nivel general con el tratamiento

RESULTADOS: Los resultados evidencian como hipótesis más probable(60%) que los pacientes dejan de acudir a consulta al considerar que están curados y que su tratamiento ha finalizado, no hallándose diferencias significativas con la encuesta de pacientes en tratamiento en cuanto a satisfacción con el tratamiento e idoneidad de los profesionales. Hay que señalar que el porcentaje mayor, en cuanto a diagnósticos, pertenece a los denominados cuadros neuróticos (ansiedad, depresión leve, cuadros adaptativos, etc.

CONCLUSIONES: Los resultados pueden considerarse positivos en cuanto a utilidad del tratamiento y satisfacción con los profesionales, pero la encuesta plantea una serie de dudas que merecen una reflexión en el conjunto de la Organización:

¿Por qué no somos capaces de detectar la percepción de "curación" del paciente? ¿Tendemos a "perpetuar" las consultas de seguimiento en un número significativo de casos? ¿Sería posible recuperar este tiempo asistencial para la atención más intensiva a otras patologías?

Parece clara la necesidad de abordar la elaboración del proceso asistencial del Trastorno Mental Leve que ayude a clarificar tiempos, intervenciones y necesidades de estos pacientes de cara a optimizar nuestros propios recursos

PALABRAS CLAVE: ABANDONO DE TRATAMIENTO, SATISFACCIÓN USUARIO, MOTIVOS ABANDONO

754 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 13:30 h.

ALIANZAS DEL CENTRO DE SALUD (CS) CON EL ENTORNO A PARTIR DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Lorente-Ten E (1), Muiño-Bové I (1), Fernández- García M (1), Hernández-Vidal N (1), Vidal-Esteve E (1), Gens-Barberà M (1)

(1) Atención Primaria, Institut Català Salut.

OBJETIVOS: Influencia de una intervención comunitaria "anem a caminar" en el establecimiento de alianzas con entidades y asociaciones del municipio.

MATERIAL: En el contexto de las actividades comunitarias de nuestro CS, se inicia en noviembre de 2007 la intervención comunitaria "anem a caminar" dirigida por la enfermera de actividades comunitarias y con el apoyo del ayuntamiento local. En esta actividad se invita a través de la prensa local, radio y una conferencia a los habitantes del municipio a participar en una caminata de 1'30horas, dos días a la semana, dirigidos por la enfermera comunitaria. Todos los ciudadanos pueden participar.

RESULTADOS: Observamos desde el inicio del programa una amplia y satisfactoria aceptación en nuestra población, que conlleva el inicio de actividades complementarias del grupo como son celebraciones (aperitivo de Navidad, comidas de "hermandad", excursiones) que promueven las relaciones interpersonales de los participantes, la cohesión del grupo y la adhesión al programa. Su presencia en el municipio cobra notoriedad y a los 12 meses del inicio el grupo promueve y organiza, durante las Fiestas Mayores locales, una caminada popular extensible al resto de la población, y que dada la alta participación (300 personas) acaba constituyendo con el tiempo una actividad más de las Fiestas Locales. Su carácter agrupativo hace que establezca vínculos con entidades como la "Liga contra el cáncer", el Banco de Sangre, y su participación activa en telemaratones, y además, es invitado a participar en actividades locales como la Feria de Entidades y la Feria del Deporte. El apoyo del ayuntamiento local ha permitido también que le grupo cuente con material distintivo (mochila, camiseta, gorra y chubasquero). Por último, se realizan encuentros con otros grupos de participantes de programas similares en las poblaciones colindantes.

CONCLUSIONES: La intervención comunitaria "Anem a caminar" ha adoptado un carácter asociativo, integrándose en el municipio y creando unas alianzas y vínculos con otros organismos, promoviendo la participación ciudadana y la adhesión al grupo.

PALABRAS CLAVE: intervención comunitaria, alianzas, enfermería

808 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 13:40 h.

COMUNICACIÓN, ACCESIBILIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO:

CITA ON – LINE CON SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Vergara-González AJ (1), Mosquera-Guaitoto M (1), De Ramón-Campiña I (1), Blanco-Ramos T (1), Oria-Fernández A (1), Juez-Juez A (1)

(1) C.S. V Centenario, Gerencia Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud , Medicina.

OBJETIVOS: Principal
Medir el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio de cita on line mediante encuesta telefónica.
Específicos
Conocer las características sociodemográficas de los usuarios de la cita on line de un centro periurbano.
Conocer el patrón de utilización.
Establecer sus limitaciones expresadas por los usuarios.
Cuantificar la evolución de su uso.

MATERIAL: Diseño
Estudio descriptivo transversal.
Población diana
Se obtiene un listado con los 3.148 usuarios que han utilizado el servicio desde diciembre de 2009 a febrero de 2010.
Tamaño y selección muestral
La muestra necesaria es 315 usuarios (para una satisfacción esperada del 90%). La selección muestral se realizó por muestreo aleatorio simple.
Variables
Mediante encuesta telefónica, se recoge información sobre sexo, edad, estudios, satisfacción, día de la semana y horario de uso, lugar de acceso, para cita propia o de otro, limitaciones y dificultades al utilizar el servicio, veces que se utiliza.
Se mide además evolución cuantificando el total de accesos mensuales al servicio desde inicio (mayo 2009).

RESULTADOS: Se intenta contactar telefónicamente con los 315 usuarios de la muestra; pudieron localizarse 94 que respondieron la encuesta.
El perfil sociodemográfico del usuario es mujer (65%), con una edad media de 33 años y nivel de estudios superiores (56%).
El grado de satisfacción es elevado; 93% se muestran satisfechos o muy satisfechos. El 98% recomienda su utilización.
El servicio se usa entre semana (45%) o indistintamente (45%).
En cuanto al horario, 41% lo usa indistintamente, y 29% por la mañana, con un pico entre 8:00 y 9:00.
Se accede al servicio desde el propio domicilio (65%), y se usa indistintamente para cita propia o de otro (62%).
La mayoría de los usuarios no encontraron limitaciones o dificultades al utilizarlo (83%), por lo cual lo utilizaron más de 3 veces (70%).
Desde el inicio del servicio en el centro (mayo 2009), hasta febrero de 2010, se ha utilizado 11.737 veces y cada mes aumenta su uso: de 122 veces (1% del total de accesos) en mayo, a 1.170 (10%) en febrero.

CONCLUSIONES: Prevalece un alto grado de satisfacción del usuario; se aprecia un importante incremento temporal en su utilización.
Supone una mejora considerable en el acceso a la citación que evita la saturación ineficiente e incómoda de otros sistemas (teléfono, presencia física).
Pese al incremento de su utilización, es conveniente ampliar mecanismos de difusión efectivos sobre su facilidad de uso para que la cita on line sea aprovechada masivamente por los usuarios.

PALABRAS CLAVE: accesibilidad, cita on-line, satisfacción

898 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 13:50 h.

ACTUACIONES EN CALIDAD RELACIONADAS CON EL CIUDADANO Y LA MEJORA EN SU ASISTENCIA SANITARIA

Castellano-Zurera, MM (1), Núñez-García, D. (1), Carrasco-Peralta, JA (1), De Burgos-Pol, R. (1), Cruz-Salgado, O. (1), Palop-Del Río, A. (1)

(1) Área de Centros y Unidades Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) contempla entre sus objetivos facilitar la gestión del conocimiento a los profesionales que participan en los procesos de acreditación. Esto es entendido como la difusión de la innovación, la creatividad y las soluciones elaboradas por los Centros y Unidades Sanitarias ante los distintos retos del día a día y que pueden ser aplicables en entornos similares.

Nos planteamos como objetivo analizar las Actuaciones en Calidad (AC) relacionadas con una mejora en la asistencia sanitaria prestada al ciudadano.

MATERIAL: Las AC son elementos de mejora de la calidad asistencial identificadas por los evaluadores de la ACSA durante la fase de evaluación externa del proceso de acreditación.

Se realiza un análisis y clasificación de las AC relacionadas con el ciudadano y la mejora de su asistencia sanitaria, identificadas durante el periodo 2005-2009. Se han utilizado, como fuente de información, los registros de la aplicación que sirve de soporte a estos procesos (Mejora_ C).

RESULTADOS: De las 119 AC identificadas, un 31% están relacionados con el ciudadano y la mejora de su asistencia sanitaria.

Estas AC se han clasificado de la siguiente forma:

- Actuaciones para mejorar la atención a pacientes dependientes y sus cuidadoras (18,92%).
- Acciones específicas que permiten superar barreras de comunicación (16,22%) como aquellas destinadas a traducir a otros idiomas información destinada al ciudadano, colaboración con intérpretes o documentos disponibles en sistema de lectura Braille.
- Fomentar la participación del ciudadano en la toma de decisiones compartidas respecto a su proceso asistencial (16,22%).
- Actuaciones de promoción de la salud tras la detección de necesidades en el ciudadano (13,51%).
- Estrategias para garantizar la confidencialidad del ciudadano (8,1%).
- Estrategias para personalizar la asistencia (8,1%).
- Otras: acuerdos con asociaciones de personas discapacitadas para facilitar su accesibilidad a los servicios sanitarios (5,4%), actuaciones para conocer las expectativas y las sugerencias del ciudadano (5,4%), ampliación de la cartera de servicios (2,7%), campañas para captar una población determinada (2,7%) y difusión de resultados de la Unidad o Centro para permitir la elección del usuario.

CONCLUSIONES: La identificación sistemática de las AC por parte de los evaluadores permite la generación de un conocimiento organizacional.

- La difusión del conocimiento generado permite a otras Unidades y Centros la identificación e implantación de AC adaptándolas a su entorno.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención en salud, acreditación, pacientes

1021 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 7 – 20/10/2010, 14:00 h.

PROYECTO DE FORMACIÓN MASIVA EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR: "CÓMO SALVAR UNA VIDA".

Garmendia-Tolosa T (1), Ibarguren-Olalde K (2), Unanue-Munduate T (3), Alonso-Moreno D (2)

(1) Gerencia, Emergencias de Osakidetza. (2) Formación, Emergencias de Osakidetza. (3) Calidad, Emergencias de Osakidetza.

OBJETIVOS: En el primer eslabón de la cadena de supervivencia de la parada cardiorespiratoria, se encuentra la ciudadanía que debe adoptar una postura activa, mediante maniobras que van a mejorar la supervivencia del paciente. Según datos obtenidos por Emergentziak en la CAPV, en 2007,el 89% de paradas cardiorrespiratorias en las que se comenzaron maniobras de resucitación estaban acompañadas de otra persona y de estas menos de un 16% habían realizado algún tipo de maniobra. Por ello se plantea: Formar a la ciudadanía en maniobras de RCP. Testar el grado de aceptación de una formación innovadora en maniobras de resucitación. Modificar la actitud de los alertantes pasando a constituirse en testigos activos.Testar la posibilidad de incluir el programa en la formación reglada. Evaluar la realización de una intervención a mayor escala, que incida de forma significativa en la cadena de supervivencia.

MATERIAL:

a) Formación innovadora: Formación de formadores, grandes grupos, con una duración breve (30 minutos y con posibilidad de auto-reciclaje.

b) Grupos diana: Alumnos de 4º de ESO y donantes de sangre. Ambos grupos, forman a su entorno familiar.

c) Facilitadores: Alumnos de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco, Profesorado de los centros escolares y Enfermería de "Donantes de sangre".

d) Material: DVD que muestra aspectos teóricos, maniquí (cabeza-tórax) para las prácticas. Test de conocimientos pre-post, que evalua la eficacia de la formación. Apoyo postintervención, de carácter interactivo, en torno a herramienta web.

e) Formación en cascada: Visionado y audición del DVD con maniobras en maniquí y apoyo de facilitadores. Participantes reciben el kit de formación para formar a su entorno socio-familiar y autoformación continuada.

RESULTADOS: Tras testar la eficacia del modelo formativo, en febrero de 2009 se inicia la formación en cascada cuya primera fase arroja los siguientes resultados: 2.400 alumnos de 4º de ESO y 260 donantes de sangre formados en RCP básica. 250 estudiantes de Medicina y enfermería así como 120 profesores de ESO formados como facilitadores en formación de RCP. Se comprueba la eficacia del aprendizaje al comparar los exámenes previos y posteriores a la formación.

CONCLUSIONES: Mediante una herramienta de formación ágil y eficaz, que permite la formación simultánea grupos amplios, se van a conseguir 20.000 personas formadas en RCP básica en la CAPV, capaces de identificar ágilmente la parada cardiorrespiratoria, activar precozmente el sistema médico de emergencias y realizar maniobras de RCP básica.

PALABRAS CLAVE: Formación, Resucitación cardiopulmonar

1027 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 15:40 h.

CONOCIMIENTO SOBRE LA LEY DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS TRAS UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

Doncel Molinero D (1), Rivas-Ruiz F (2), Marcos Herrero M (3), Pérez Trueba E (4)

(1) Atención Ciudadana, Empresa Publica Hospital Costa del Sol. (2) Unidad de Apoyo a la Investigación, Empresa Publica Hospital Costa del Sol. (3) Medicina Interna, Empresa Publica Hospital Costa del Sol. (4) Unidad de Calidad, Empresa Publica Hospital Costa del Sol.

OBJETIVOS: Evaluar el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios en un hospital comarcal en relación a la normativa sobre Voluntades Vitales Anticipadas (VVA) tras una intervención de comunicación interna.

MATERIAL: Estudio comparativo mediante encuesta autocumplimentada sobre evaluación de conocimientos VVA en el año 2007 y 2010 en profesionales sanitarios del Hospital Costa del Sol. La encuesta administrada contenía 12 ítems con 2 o 3 respuestas, sobre las normativas, procedimientos y canales de información de las VVA. La intervención entre ambos periodos consistió en SESIONES formativas y edición de trípticos sobre la ley de VVA. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con distribución de frecuencias y medidas de tendencia central para cuantitativas. Para la comparación entre los dos años de estudio, se utilizó el test chi-cuadrado. Se estableció el límite de significación estadística en $p< 0.05$.

RESULTADOS: En el año 2007 se administro la encuesta a 198 profesionales sanitarios, y 191 en 2010. La media de edad y distribución por sexo no difirió entre ambos años (33,2 años y 58,4% de mujeres 2007; y 36 años y 63,5% mujeres en 2010), y sí en la distribución por categoría profesional (47,5% y 58,6% de DUE, respectivamente). Hubo una reducción estadísticamente significativa en el desconocimiento de la existencia de la ley sobre VVA entre el periodo 2007 frente a 2010 (24,2% vs 4,7%).

La principal vía de conocimiento de la ley en el 2007 fueron los medios de comunicación (38,6%) reduciéndose en 5,6 puntos en el 2010, frente a crecimiento entre periodos en conocimientos por un superior (33,6 vs 43,7%) y por los compañeros (26,4 vs 39,8%).

Hay una reducción del desconocimiento del procedimiento de actuación (63,5 al 25,7%), y un aumento del conocimiento de la existencia del nº de teléfono de consulta del registro VVA (12,2 al 46,3%), ambos cambios estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio comparativo ha permitido conocer la mejora de los conocimientos sobre las Voluntades Vitales Anticipadas por parte de los profesionales sanitarios de nuestro hospital. Parte de la mejoría del conocimiento ha podido ser consecuencia de una intervención formativa. No hemos encontrado diferencias en la asimilación de la ley entre el colectivo DUE frente a facultativos, a nivel global.

PALABRAS CLAVE: Voluntades anticipadas, Derechos, Bioetica

1059 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 15:50 h.

LOS CIUDADANOS OPINAN; TOMAMOS NOTA Y MEJORAMOS

Morales Suárez E. (1), Crespo Palau JM (1), Collado Cuco A (1), Esquius Rodríguez M (1), Ocete Manero M (1)

(1) ABS Vandellos-Hospitalet, Fundacio Publica Sagessa Salut.

OBJETIVOS: Estudiar la calidad percibida por nuestros usuarios, definir objetivos y acciones de mejora y valorar los resultados obtenidos.

MATERIAL: De la Encuesta de Satisfacción de asegurados del CatSalut (ES) del año 2006, que constaba de 24 preguntas. se seleccionan dos ítems "no satisfactorios" para ser evaluados por el EAP, durante el periodo 2007/2008.

- Ítem P2 ¿Que opina de la facilidad para que le den visita el DIA que a usted le va bien?
- Ítem P8 ¿El médico le da información sobre su caso?

Se realizo un análisis de la situación:
Ítem P2: En nuestro ABS, 50,6% de respuestas favorables frente a 71,9 % en Catalunya. A finales de 2006 la lista de espera era de 5,6 días
Ítem P8: 75,3 % de respuestas favorables frente a un 92,33 % en el global
Se establecen dos claros objetivos:

1.- Facilitar el día de visita

2.- Dar información al paciente sobre su caso.

Se definen e identifican acciones de mejora:
P2 :

- Adaptación de agendas: eliminación de gran parte de táreas burocráticas, creación de espacios para Gestión Administrativa, Consultas telefónicas, ...
- Plantear creación de consulta mediante correo electrónico
- Reconversión de citas programadas en citas previas.
- Replantear los procedimientos de asignación de visitas, urgentes o no.

P8:

- Entregar por escrito folletos, dietas, tablas de ejercicios, análisis, pruebas complementarias.
- En procesos crónicos, valorar en cada Protocolo, el ítem "Compruebo los conocimientos adquiridos"
- En el Protocolo de evaluación inicial, detectar pacientes que requieren Educación sanitaria
- Unificación de la información referida a educación sanitaria con protocolización y soporte informático integrado en la Historia Clínica electrónica (OMI-AP).
- Acciones formativas al EAP referidas a Guías comunes de Practica Clínica del Grupo Asistencial

Establecimos un cronograma para cada ítem.
Monitorizamos las acciones de mejora, a través de indicadores adecuados y de fácil obtención.

RESULTADOS: En el año 2009 se difunden los resultados de la ES de asegurados del CatSalut. Entre nuestros usuarios observamos que:
Ítem P2: Disminución en Catalunya 2006- 2009 5.3% Aumento en nuestro EAP 2006-2009 7,4%;
Ítem P8: Disminución en Catalunya 2006- 2009 1,2 % Aumento en nuestro EAP 2006-2009 7.8 %;
Se observa una mejora en los resultados, a pesar que en el ítem P2 nuestros valores son todavía inferiores a los de Catalunya.

CONCLUSIONES: Las ES de los usuarios resultan una herramienta válida para la mejora de nuestros servicios.

Son útiles para perfeccionar la gestión por procesos y para conocer la calidad percibida por los usuarios, la cual muchas veces no coincide con la nuestra.

PALABRAS CLAVE: USUARIOS, Satisfacción, MEJORAS

1526 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 16:00 h.

SALUDINFORMA, UN SERVICIO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS ARAGONESES A LA ATENCIÓN SANITARIA.

D. Serrano Peris. (1), T. Antoñanzas Lombarte (1), M.T. Escribano Catalán. (1), P. Garay Almolda. (1), B. González Álvarez. (2), R. González Notivol. (1)

(1) Dirección General de Atención al Usuario., Servicio Aragonés de Salud.. (2) Centro de gestión integrado de proyectos corporativos., Servicio Aragonés de Salud..

OBJETIVOS: La Carta de compromisos del Sistema Aragonés de Salud recoge en el compromiso número 9 dice:

"Facilitar la obtención de cita con los profesionales de Atención Primaria, a través de un sistema centralizado de citación e información y por Internet que garantice la plena accesibilidad horaria y territorial".

Objetivos de SaludInforma:

- Facilitar a los usuarios del Sistema Aragonés de Salud:
- La realización de los trámites más frecuentes, entre ellos la solicitud de cita para AP.
- Informar sobre aspectos relacionados con la salud y sistema sanitario.
- Facilitar la Participación en salud.

MATERIAL: Se utiliza una plataforma multicanal de
-Acceso Telefónico a través de un teléfono único: 902 555 321
-Acceso Internet: WWW.saludinforma.es
Los aplicativos utilizados por los agentes telefónicos y los de Internet están integrados con los sistemas de citación e información de Salud Aragón, ubicados en el Centro Tecnológico para la Salud (CETEC), en Huesca.
Este sistema permite solicitar cita medicina y enfermería de AP, las 24 horas del día, todos los días de la semana.
Los operadores informan sobre los siguientes temas: Voluntades anticipadas, utilización y solicitud de tarjeta sanitaria y circuito de reclamaciones, horario de centros de Atención Primaria y en general la información contenida en el portal Saludinforma.
Durante la pandemia de gripe 2009-2010 los operadores facilitaron información sobre aspectos clínicos y organizativos de la gripe, clasificando a los pacientes con gripe, antes del triaje telefónico realizado por sanitarios.
Se ha incorporado en Internet una agenda que permite la citación on-line para realizar gestiónes personales de Voluntades Anticipadas.

RESULTADOS: La cobertura alcanza al 100 % de la población aragonesa.
El 9.7 % de las citas se realizan en fin de semana y el 16 % de las citas se realizan fuera del horario habitual de citación de los centros de salud.
La Web WWW.saludinforma.es desde mayo ha recibido más de un millón de visitas, con 13.000 visitas semanales.
El 30 % de de las citas se realizan por Internet.
Valoración de los usuarios de plataforma telefonica:
Resolución de petición: 9.1 +/-1.1
Satisfacción general: 9.0 +/-1.4
Valoración de los usuarios atendidos durante pandemis de gripe:
Los pacientes atendidos manifiestan una satisfacción buena o muy buena con el servicio recibido (91 % de los encuestados).
El 57 % de los atendidos no necesito acudir posteriormente al triaje a ningún centro sanitario.
El 89 % de los pacientes consideran útil este servicio de atención telefónica y lo extenderían a otros tipo de problemas sanitarios

CONCLUSIONES:
Consideramos a SaludInforma como una buena herramienta para la accesibilidad al sistema de salud
Seguimos avanzando en la incorporación de:
Agendas de matronas, odontologos y trabajadores sociales de A.P.
Información de citas de atencion especializada.
Otros tramites y gestiónes.

PALABRAS CLAVE: Usuario, Cita, Internet.

1122 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 16:10 h.

QUÉ PODEMOS PLANTEARNOS ABORDAR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES AFECTADOS DE DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES

Cristina Piñol Uson (1), Esther Dalmau Cartaña (1), Montserrat Rodríguez Pena (1), Noèlia Estevez Fernàndez (1), Marisa Forés Palacios (1), Sónia Gonzàlez Gonzalo (1)

(1) Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salut.

OBJETIVOS: Identificar y diseñar el plan de cuidados de la persona con demencia - cuidador definiendo los resultados NOC más prevalentes que ambos han de alcanzar para poder mejorar la calidad de vida.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal realizado en un grupo de pacientes afectados por cualquier tipo de demencia incluidos en la Unidad de Gestión de casos .
Las variables analizadas han sido :
En los ENFERMOS: Edad, Sexo
Tipo del cuidador principal / referente
Test de Zarit
Plan de curas
Resultado NOC .
En el CUIDADOR: Edad, sexo
Para la recogida de datos utilizaremos la planificación de enfermería de las HCAP de los EAP de referencia (22) de la Unidad de Gestión de Casos de la dirección de Atención Primaria de Tarragona – Reus que atiende a una población de 250.000 habitantes

RESULTADOS: De una población de 81 paciente escogidos de forma aleatoria que presentaban algun tipo de demencia:
En la Persona Cuidada :
De los 81 casos 77 tienen más de 60 años.
67 personas tienen más de 75 años
De los cuales 21 son hombres y 60 son mujeres
SEXO : Hombre : 21 Mujer : 60
EDAD : < 59 – 4 pacientes
60 a 74 – 10 pacientes
> 74 – 67- pacientes
La identificación del cuidador principal la encontramos identificada en 54 casos. En los que 12 de estos casos coinciden con el cuidador referente y los otros o no coinciden o no constan.
TEST ZARIT: En 19 pacientes afectados de demencia consta la valoración de sobrecarga del cuidador.
PLAN DE CUIDADOS : De un total de 81 HCAP encontramos 42 planes de curas con NOC más prevalentes de :
NOC: referente a conocimientos en 20 de los casos
NOC: referente a la claudicación 12 casos
NOC: referente al manejo de la enfermedad 21 casos
De los CUIDADORES :
La edad del cuidador oscila aproximadamente entre 30-88 años.
16 cuidadores tienen más de 60 años y 18 menores de 60 años. Hay 47 casos en que la edad del cuidador no esta registrada.
El sexo està registrado en 56 casos, 49 son mujeres cuidadoras y 7 son hombres cuidadores y en 25 de los casos no hay registro

CONCLUSIONES: CONCLUSIONES :

Hemos podido constatar que la mayoria de pacientes afectados de demencia son mujeres y sus cuidadores son familiares directos con un vinculo familiar importante.
El impacto negativo del diagnóstico de la demencia para el paciente y su cuidador plantea la necesidad de garantizar un correcto diagnóstico en fases precoces, ofrecer conocimientos de la enfermedad y su manejo en las diferentes fases de la evolución de la enfermedad sin demora, así como, poder prevenir el cansancio del cuidador ya que es una pieza fundamental en el cuidado de estos pacientes.
Es importante trabajar con el enfermo y sus cuidadores en el momento de la sospecha de DCL o de demencia. Cuidar es informar de las caracteristicas de la enfermerdad, sus expectativas y la evolución de las curas que necesita o necesitara .

PALABRAS CLAVE: CUIDADOR, DEMENCIAS, Enfermería

1196 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 16:20 h.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. 2005-2009

Ramón-Esparza T (1), Más-Castillo A (1), Parra-Hidalgo P (1), Calle-Urra Je (1), Gomis-Cebrián R (1), Nieto-Martínez P (1)

(1) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo.

OBJETIVOS: Conocer la evolución de la calidad percibida respecto a cuidados de enfermería que realizan los usuarios de centros de salud en el Servicio Murciano de Salud (SMS)

MATERIAL: -Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, a partir de encuesta EMCA de calidad percibida en Atención Primaria (AP). Período 2005-2009

- Población: mayores de 14 años que acuden a consultas de enfermería de 77 centros de salud
- Los cuestionarios

RESULTADOS: Tasa Respuesta 2005/2009: 36,5% / 32,5%

Media edad 55,9, 61,8% mujeres; 61% sin ó estudios primarios

Puntos fuertes (indicadores >85%): CP, tiempo suficiente atención en consulta, confianza en profesionalidad enfermera, atención domiciliaria en cuanto a accesibilidad y trato, en todos los años analizados

Áreas de Mejora (indicadores < 80%): respeto a horas de citación y preocupación por aclararle las dudas sobre su enfermedad

A destacar

- Mejora en tiempos de espera para entrar en consulta de enfermería: 66,0% en 2005 frente a 90,7% en 2009
- El 75% de los indicadores en 2009 mejoran respecto al año anterior

CONCLUSIONES:

- Consolidación de un conjunto de indicadores para medir calidad percibida con cuidados de enfermería que permiten comparación entre los distintos centros y la Región
- La evaluación de indicadores de calidad percibida de cuidados enfermeros han pasado a

PALABRAS CLAVE: satisfacción, enfermería, usuario

1266 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 16:30 h.

CREACIÓN DE CONSULTA GINECO-OBSTÉTRICA PARA MUJERES DISCAPACITADAS CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD: MEJORANDO LA CALIDAD GRACIAS A LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES

Pascual Martínez, N (1), Padilla Vinuesa, C (2), Caño Aguilar, A (3), Barranco Castillo, E (4), Cruz Martínez, M (4), Aguilera Bermúdez, J (5)

(1) Subdirectora de Calidad y Participación Ciudadana, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (2) Directora de Unidad Clínica de Gestión de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (3) Miembro del Equipo Coordinador del Plan de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (4) Unidad Clínica de Gestión de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (5) Subdirector de Médico, Hospital Universitario San Cecilio, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

OBJETIVOS: La idea inicial de crear esta consulta médica de ginecología especializada partió de ASPAYM (Federación de Asociaciones de Personas con Lesiones Medulares y Gran Discapacidad Física), que detectó las demandas y necesidades especiales entre las mujeres con gran discapacidad y contactó con la Dirección del Hospital. Así, el objetivo es facilitar la asistencia y accesibilidad a consulta de gineco-obstétrica a mujeres con graves problemas de movilidad, que requerían colaboración para solucionar dificultades específicas, funcionales y de acceso a las consultas de ginecología.

MATERIAL: En este caso, poner a la ciudadanía en el centro del sistema sanitario, significa mejorar la calidad de la asistencia que prestamos coordinando procesos de atención entre servicios, instituciones y niveles asistenciales, para acercar la atención ginecológica a todas las mujeres, discriminando en positivo a aquellas que mas lo necesitan y sin hacer distincion por área geográfica o pertenencia a área hospitalaria.

- En la elaboración del protocolo de actuación y funcionamiento han participado las mujeres de la asociación, los/las ginecólogas/os de la UGC, la Dirección del Hospital San Cecilio y los distritos de Atención Primaria de la provincia.
- Estamos acudiendo a todas las asociaciones de mujeres con discapacidad para dar a conocer esta consulta, con una gran aceptación.
- Contamos el apoyo del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucia (PHAPA), que puso a nuestra disposición los medios materiales necesarios para hacer la compra de una mesa de exploración especialmente adaptada.

RESULTADOS: Se implanta en enero de 2010, una consulta provincial para asistencia gineco-obstétrica a mujeres con graves problemas de discapacidad con las siguientes características:

- La consulta médica está dotada con una camilla de exploraciones especial, con un diseño accesible, que facilita totalmente la exploración a mujeres con limitaciones de movilidad. El espacio físico es más amplio, de modo que las pacientes en silla de ruedas no tienen dificultades para las movilizaciones.
- Siempre que sea necesario, las pacientes cuentan con la ayuda de dos celadoras y una grúa que facilita las transferencias.
- El tiempo de consulta médica se amplía a 40 minutos por paciente, para que los facultativos/as puedan atender a cada mujer a un ritmo adecuado a sus limitaciones físicas.
- El horario de la consulta médica no comienza hasta media mañana, respondiendo a su demanda de que personas con discapacidades físicas severas necesitan más tiempo para levantarse, el aseo y los desplazamientos, desde cualquier parte de la provincia.
- La cita se obtiene a través del centro de salud que, a través del distrito de Atención Primaria correspondiente, gestiona la cita directamente a esta agenda.

CONCLUSIONES: Esperamos que avance el año para poder hacer una valoración global del funcionamiento de la consulta, aunque ya contamos con la alta satisfacción tanto de las mujeres atendidas y de las asociaciones de mujeres discapacitadas, como de los/las profesionales e instituciones participantes en su puesta en marcha.

PALABRAS CLAVE: PArticipación CIUDADANA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, DISCAPACIDAD

1285 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 16:40 h.

CONSULTA DE APOYO AL CUIDADOR FAMILIAR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

Alfonso Cortés MI (1), Pardo Diez MJ (2)

(1) Salud, Atención Primaria: Enfermera Enlace Sector I - Zaragoza. (2) Salud, H. Royo Villanova: Enfermera de valoración hospitalaria Sector I.

OBJETIVOS: Captar, dar atención, información y orientación sobre cuidados a las personas que deben proporcionarlos.

Ayudar a reconocer y asumir su rol para potenciar su nivel de autonomía como cuidador.

MATERIAL:

• Poner en marcha la consulta, ubicación y horario fijo: 2 horas, 2 días semanales
• Dar a conocer la consulta:
A profesionales en las unidades de hospitalización mediante hojas informativas sobre funcionamiento y derivación a consulta, para solicitar su colaboración en la captación y derivación de cuidadores a la misma
A familiares de pacientes ingresados con niveles de dependencia altos mediante elaboración de folletos, tarjetas y póster con lo que ofrece la consulta al cuidador
• Registrar la actividad de la consulta:
Recogida datos del cuidador principal y paciente
Motivos y demanda de consulta
Intervención y derivación a otros profesionales
• Recopilar información de la actividad en la consulta en base de datos para su seguimiento y evaluación

RESULTADOS:

•Total cuidadores: 65
Mujeres: 51 (78,5%) Hombres: 14 (21,5) Edad Media: 57 años
Parentesco : Hijas/os: 42(64,6%), Esposas/os: 13(20%), Hermanas/os: 3(4,6%),Sobrinas/os:3(4,6%),Amigas/os: 2(3,2%), Nietos: 2(3,2%)
• Nº aproximado de consultas por cuidador: 1 a 3 visitas
• Tº medio de dedicación: 35 minutos
• Demanda a petición propia: 33 (51,5%) , Derivados por otros profesionales: 32 (48,5%)
• La demanda en consulta han sido:
Cuidados para cuidar (dependiente): Movilidad: 30 Higiene: 14 Alimentación: 8 Otros cuidados: 8 Información sobre recursos: 37
Cuidados para cuidarme (cuidador): Orientación y apoyo: 46 Recursos de apoyo: 21 Relación de ayuda: 32
• Se interviene con información oral, escrita, audiovisual y apoyo emocional (escucha activa)
• Derivaciones:
En atención especializada a otras especialidades y otros profesionales (trabajo social, atención al paciente) mediante interconsulta.
En Atención Primaria a enfermería y otros profesionales (trabajo social, médico) mediante informe de valoración sociosanitaria al alta.

CONCLUSIONES:

1- Los cambios en el nivel de dependencia de personas mayores provocan en su entorno, familia, cuidadores… miedo y desconcierto para asumir el cuidado al alta hospitalaria.

2- En la consulta de enfermería de apoyo al cuidador, este expresa sus dudas y miedos recibiendo una respuesta veraz y realista que le permite afrontar decisiones sobre el cuidado en el domicilio con mayor seguridad y autonomía.

3- En los cambios de nivel de dependencia más altos, la institucionalización es planteada por los familiares al alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: consulta, cuidados, familiar

1290 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 16:50 h.

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO EN EL ÁREA NEONATAL, HOSPITAL INFANTIL "VIRGEN DE LA ARRIXACA"

Martínez -Navarro F (1), Pastor- Rodríguez JD (2), Pereda -Más A (3), De Ardanaz -Jorreto S (4), Guirao -Guerrero A (5), Sáez- Peñalver JP (6)

(1) Enfermera Neonatología, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (2) Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (3) Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (4) Enfermera Supervisora de Áreas Especiales Neonatal y Pediátrica, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (5) Enfermera Supervisora Neonatología, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud. (6) Enfermero Supervisor Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS:

- Dar a conocer la aplicación de los cuidados centrados en el desarrollo que se están llevando a cabo en las Unidades de Neonatología y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, del Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca".
- Favorecer el mejor desarrollo neurológico y emocional del niño prematuro.
- Garantizar la atención individualizada, colaborando con el bebé, en lugar de simplemente "hacerle cosas".

MATERIAL: Los niños prematuros, son neurológicamente inmaduros y por tanto vulnerables y sensibles a estímulos.

Mediante la reducción de agentes estresantes, la optimización de los cuidados por parte del personal sanitario y la interacción con sus padres, pueden obtener como resultado beneficios físicos, psicológicos y fisiológicos que repercutirán en la vida futura del niño.

El equipo sanitario de estas unidades, en los últimos años, ha tenido que cambiar la perspectiva de trabajo que junto con la participación en programas de formación específica, ha podido llevar a cabo los cuidados centrados en el desarrollo:

- Estímulos del entorno hospitalario: luz, ruido,….
- Manejo del Dolor.
- Posicionamiento.
- Técnicas de interacción y manipulación del Neonato: masaje.
- Lactancia materna.
- Contacto piel con piel.
- Participación y colaboración con los Padres.

Para cumplir nuestro objetivo, se integran en las Unidades de Neonatología de nuestro hospital infantil, dos profesionales (Pedagogo y Psicólogo) del Equipo de Atención Temprana pertenecientes a la Conserjería de Educación.

RESULTADOS: A día de hoy, reciben cobertura el 100% de los niños que permanecen ingresados en el Área de Neonatología del H.U.V.A. que son susceptibles de recibir este tipo de Cuidados, de acuerdo con las líneas básicas marcadas por el"Libro básico de la Atención Temprana"(2000), publicado por el Real Patronato de atención a las deficiencias.

CONCLUSIONES: Los Cuidados Centrados en el Desarrollo precisan un abordaje multidisciplinar, para lo cual la participación activa del equipo junto con la implicación de los padres, garantizará la consecución y mantenimiento de los objetivo propuestos.

PALABRAS CLAVE: Prematuro, Masaje, Desarrollo

1377 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 17 – 20/10/2010, 17:00 h.

ESTUDIO DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO CON LA RECETA ELECTRÓNICA EN CATALUÑA.

Aguado-Blazquez, H (1), Cerda-Calafat,I (2), López-Calahorra,P (2), Gilabert-Perramon,A (2), Brosa-Llinares,F (2)

(1) Área de Servicios y Calidad , Servicio Catalán de la Salud. (2) Área de Servicios y Calidad, Servicio Catalán de la Salud.

OBJETIVOS: La implantación de la receta electrónica en Cataluña es en estos momentos una realidad en los servicios de Atención Primaria (17M de recetas dispensadas), aunque los niveles de implantación son diferentes según las regiones sanitarias (entre 30%-70%). Incorporar la percepción de los ciudadanos sobre la calidad de servicio complementa y añade valor a los indicadores de evaluación existentes en el CatSalut y tiene un gran valor para la gestión, ya que permite evaluar la aceptabilidad de los esfuerzos de planificación y provisión de servicios sanitarios.

Objetivos:

Realizar las actividades necesarias para obtener una medida objetiva de la percepción de calidad de servicio relativa al proyecto de implantación de la receta electrónica y que da continuidad a la línea estratégica del CatSalut "mejorar la calidad de servicio percibida por los ciudadanos".

MATERIAL: Encuesta de percepción de calidad de servicio y satisfacción del CatSalut en la receta electrónica, mediante el diseño de un cuestionario de administración telefónica formado por 18 preguntas, basado en una investigación cualitativa previa con grupos focales, pre-test de comprensión y validación mediante estudio piloto (500 casos) y post-encuesta a la población usuaria de la receta electrónica en Cataluña. Trabajo de campo de 2001 casos estratificados en 9 grupos que corresponden a las áreas de gestión territorial del CatSalut

RESULTADOS: Se dispone de resultados globales de Cataluña y para cada uno de los 9 territorios que permiten conocer la percepción de los ciudadanos en cuanto al despliegue e implantación de la receta electrónica (accesibilidad, información, organización, continuidad, trato y satisfacción global).

CONCLUSIONES: La valoración de la receta electrónica es muy positiva, destacando como variable más importante la garantía de poder disponer de su prescripción, independientemente del circuito utilizado.

Las diferencias por territorio tienen relación con el tiempo de implantación, observándose una correlación positiva entre tiempo de implantación y valoración. Con el nuevo modelo de prescripción, los pacientes no perciben diferencias en cuanto a la actuación de los profesionales en el momento de la asistencia.

PALABRAS CLAVE: receta electrónica, implantación , satisfacción usuarios

609 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 12:40 h.

LA INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO, SU IMPORTANCIA EN LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y LA CALIDAD DE LOS PROCESOS.

Salvador Verges, A. (1), Pons Casanovas, I. (2), Ruano Mayolas, J. (3), Subirà Gómez, R. (4), Pujol Borrás, D. (5), Nicolas Alcón, I. (4)

(1) División Quirúrgica, Hospital Plató. (2) Anestésia, Hospital Plató. (3) Unidad de sistemas de la Información, Hospital Plató. (4) Consultores calidad, Athenea Solutions. (5) Consultor calidad, Athenea Solutions.

OBJETIVOS: El Hospital Plató tiene un fuerte compromiso con la excelencia en la gestión. Desde el año 2003 ha adoptado el modelo EFQM y desde el 2007 está trabajando en la adopción de la gestión basada en procesos. El primer proceso que se implantó fue el proceso de Atención quirúrgica, cuya definición e implantación ya ha finalizado y se encuentra ya en fase de mejora continua.
Derivado de esta metodología de mejora continua los propietarios y expertos del proceso fuimos conscientes de la necesidad de implantar un conjunto de herramientas informáticas y tecnológicas que nos facilitaran la gestión del proceso a los profesionales que trabajábamos en él y permitieran mejorar la calidad de la asistencia.

MATERIAL: Las mejoras que se han implantado giran alrededor de cuatro grandes ejes:
1. Adaptación del HIS (Sistema de Información Hospitalario) a los requerimientos del proceso
Una vez se tuvo definido e implantado el proceso quirúrgico empezó la modificación del Sistema Informático para dar respuesta a problemas y oportunidades de mejora identificadas por el grupo de expertos asistenciales durante la etapa de mejora continua.
Se aplica una metodología basada en la elaboración de Análisis Funcionales que recogen los requerimientos que han de cumplir las nuevas aplicaciones informáticas. Estos documentos se elaboran conjuntamente con los profesionales que trabajan en el proceso, el Departamento de Informática y los consultores de calidad, para asegurar que la nueva aplicación se ajuste a las necesidades reales de sus usuarios.
2. Modernización tecnológica de los quirófanos
Con el objetivo de mejorar la eficiencia y eficacia del bloque quirúrgico se han ido incorporando nuevas tecnologías al bloque quirúrgico.
3. Desarrollo de una herramienta de soporte a la gestión de los procesos
Se ha implantado una aplicación web, minerva, que facilita la gestión centralizada de la calidad del Hospital y permite a los propietarios de los procesos gestionar las incidencias, sugerencias y acciones de mejora de sus procesos, así como controlarlo mediante sus indicadores. También facilita el acceso a la documentación del mismo.
4. Informatización del cuadro de mando de los procesos (Business Intelligence)
Para dar más herramientas a los propietarios de proceso se ha instalado una aplicación de Business Intelligence de software libre (Pentaho) que permite extraer informes automáticos del Sistema Informático del Hospital. De esta manera los propietarios pueden tener al momento información que les facilita la toma de decisiones.

RESULTADOS:
1. Adaptación del HIS (Sistema de Información Hospitalario) a los requerimientos del proceso
Se han desarrollado los siguientes módulos:
- Informatización de la hoja de registro quirúrgico: procedimientos, diagnósticos, tiempos quirúrgicos, profesionales, recuento de gasas, tiempo de isquemia, etc.
- Registro de consumos quirúrgicos mediante packs por procedimiento
- Registro de incidencias asistenciales mediante catálogos
- Programación quirúrgica
- Informatización de los preoperatorios
- Enlace de peticiones con anatomía patológica, laboratorio y radiología
- Gestor de informes médicos
- Seguimiento del paciente mediante estados, desde su admisión hasta su alta
2. Modernización tecnológica de los quirófanos
Se han implantado:
3. Implantación de una herramienta de soporte a la gestión de los procesos
Mediante la implantación de la aplicación web minerva hemos mejorado la gestión de la calidad del proceso:
- minerva táreas: se han gestionado desde inicios de 2007 391 incidencias y acciones de mejora del proceso de atención quirúrgica
- minerva indicadores: se están gestionando 40 indicadores mediante este módulo.
- minerva documentos: a día de hoy se han creado 9 documentos tipo proceso, 127 procedimientos y 74 consentimientos informados 4. Informatización del cuadro de mando de los procesos (Business Intelligence)
Se tiene el cuadro de mando de la atención quirúrgica, con más de 40 informes de gestión definidos, entre otros:
- actividad quirúrgica
- anulaciones de intervenciones
- ocupación de los quirófanos
- ocupación de los boxes de UCSI
- incidencias en el bloque quirúrgico
- tiempo de preparación prequirúrgica a planta del paciente
- tiempo de permanencia del paciente en el área quirúrgica, desglosado en
- dolor EVA y incidencias de los pacientes de UCSI durante el seguimiento postoperatorio de 24 horas
- pacientes quirúrgicos que requieren hospitalización

CONCLUSIONES: La informatización del proceso quirúrgico básicamente nos ha aportado las siguientes mejoras:
- mejorar la eficacia y eficiencia del día a día del bloque quirúrgico; los profesionales disponemos de un soporte tecnológico que nos permite desarrollar mejor nuestro trabajo.
- mejorar la calidad asistencial y la seguridad.
- abrir un canal para que todos los profesionales del Hospital puedan comunicar incidencias y propuestas de mejora del proceso.
- poner las bases para la gestión integral del proceso: la informatización permite registrar mucha información que antes o no se registraba o se hacía en papel, y dicha información puede ser explotada mediante los distintos cuadros de mando informatizados con lo que los expertos del proceso pueden tomar decisiones basadas en datos y no en percepciónes.
- motivar a los profesionales que trabajan en el proceso, dado que trabajamos en un entorno tecnológicamente avanzado.

PALABRAS CLAVE: Informatización, proceso quirúrgico, Mejora continua

646 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 12:50 h.

COMISIÓN DE CALIDAD ENFERMERA: INFLUENCIA DIRECTA EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS

Muñoz-Lobo MJ (1), Cebrián-García M (2), González- Muñoz A (3), Mariscal- Aspuru C (4), Pérez-García MJ (5), Sánchez -Vicario F (6)

(1) Docencia, Investigación y Procesos, Hospital Ramón y Cajal. (2) Unidad de Calidad, Hospital Ramón y Cajal. (3) UCIS, Hospital Ramón y Cajal. (4) Quirófanos, Hospital Ramón y Cajal. (5) Banco de Sangre, Hospital Ramón y Cajal. (6) Investigación, Hospital Ramón y Cajal.

OBJETIVOS: "Determinar la influencia que tiene la CCE para los enfermeros en el aumento de la calidad de los cuidados que administran", con los siguientes objetivos específicos: "Detectar el conocimiento de los enfermeros sobre las actividades de la CCE", "Conocer como les llegan a los enfermeros los resultados de las mediciones" y "Evaluar como influyen los resultados en la aplicación de los cuidados, en las acciones de mejora y en su motivación profesional".

MATERIAL: Estudio descriptivo y transversal, dirigido a enfermeros de áreas hospitalarias. La población de estudio es de 806 profesionales, se planteo un tamaño muestral de 232 cuestionarios, un 25% de la población. Se recogieron 232 cuestionarios. El cuestionario está constituido por ochos variables. El análisis estadístico se realizó con el SPSS. Las variables categóricas se expresan en frecuencias, las variables continuas como media y desviación estándar, y las no paramétricas como su mediana y el intervalo intercuartílico.

RESULTADOS: De las variables estudiadas: Datos profesionales, áreas quirúrgicas (42,5%), áreas médicas (41,6%), turno de mañana (54,7%); Conocen la comisión (87%), sus actividades (71,4%) y algún miembro de la Comisión (71,9%); La perciben como medida de control (46,3%), como acción de mejora (53%). Han sido Informados de los resultados (64,6%), mediante: sesión formal (30%), tablón de anuncios (13,1%), reunión informal (29,1%) y no han sido informados (29,1%).

Conocer los resultados les resulta útil para realizar acciones de mejora (71,3%), para introducir cambios en los cuidados (66,8%), para conocer la evolución (72,1%) y les motiva (60,8%). Los resultados no reflejan sus expectativas al 30,1% y si al 28,8%.

Afirman Conocer los EPE (29,4%) y 62,3% demandan acciones formativas. El 81,1% pide que La comisión divulgue los resultados explicándolos.

Hay 48 Sugerencias, 12 son para pedir mayor implicación de la CCE e información sobre la medición, y 6 sobre la necesidad de conocer mejor los EPE.

CONCLUSIONES: 1. Los resultados influyen en la gestión de los cuidados, condicionan la incorporación de cambios en los cuidados y la realización de acciones de mejora.

2. La comisión es percibida como instrumento de mejora, además es determinante en la motivación e implicación de los profesionales.

3. Los enfermeros demandan acciones formativas.

4. Este estudio nos sirve de base para posteriormente poder profundizar en que cuidados son los que se han modificado y como ha repercutido en los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Cuidados, Comisión de calidad, Gestión

652 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 13:00 h.

COMPARABILIDAD DE LOS INDICADORES DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE CATALUÑA EN LA PROVINCIA DE GIRONA

Mª Àngeles Pérez García (1), Sergi Iglesia Reina (2), Àngels García Flores (3), Nereida Barneda Darias (4), Albert Nogué Font (5), Xavier García Balda (6)

(1) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Hospital de Figueres, Fundació Salut Empordà. (2) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, FP Hospital Sant Jaume. (3) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Corporació Salut del Maresme i la Selva. (4) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Clínica Girona. S. A. (5) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Institut d'Assistència Sanitària. (6) Comisión de calidad intercentros de las comarcas de Girona, Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà..

OBJETIVOS: Identificar y establecer la comparabilidad entre los centros hospitalarios de la provincia de Girona referida los indicadores de los estándares esenciales del subcriterio 9c " Resultados e indicadores operacionales clave" del modelo de Acreditación de los Hospitales de Agudos del Departament de Salut de la Generalitat de Cataluña.

Iniciar el proceso de comparabilidad intercentros que el modelo nos requerirá.

MATERIAL: Ámbito de estudio: se centra en 7 centros hospitalarios de la provincia de Girona.

Fuente de datos: estándares esenciales del subcriterio 9c del modelo.

Instrumento de medida: se confeccionó y consensuó una ficha específica para cada indicador que contenía nombre del indicador, descripción, fórmula de cálculo, explicación de términos, población, tipo de indicador, comentarios, frecuencia de cálculo, obtención de datos acumulados, expresión de resultados y estándar recomendado.

Se realizó una selección previa de los indicadores en los que todos los centros usaban de forma aproximada la misma fórmula de cálculo.

2010 se planifica la validación del contenido

RESULTADOS: Se realizó un análisis exhaustivo de los 93 estándares contenidos. Una vez revisados se identificaron 41 (44%) en los que nuestros centros podrían ser comparables elaborándose un total de 53 fichas.

El proceso de elaboración de las fichas fue laborioso y minucioso, requiriendo el consenso de todos los centros y un proceso de adaptabilidad en alguno de ellos.

Del total de las 53 fichas elaboradas 34 (64%) son aplicables en los siete centros participantes del estudio. Este porcentaje aumenta hasta un 83% (44 fichas) en el caso de comparabilidad en seis de los centros.

Somos mayoritariamente comparables en las áreas referidas a la medición de actividad y en los indicadores básicos de calidad.

Existe dificultad en la comparación de áreas referidas a la documentación clínica y en indicadores relacionados con la seguridad del paciente.

Poca comparabilidad en servicios de Radiología (1 de 8), Nutrición (0 de 3), Archivo, Gestión de Clientes y Documentación (3 de 13) , Hostelería, Almacén, Mantenimiento y Gestión de Residuos.

Durante el primer semestre del 2010 hemos iniciado el proceso de validación de los resultados.

CONCLUSIONES: métodológicamente hemos establecido la validación de los indicadores.

Conocemos el perfil común de monitorización de los indicadores de resultado del modelo de Acreditación hospitalario para los hospitales de la provincia de Girona.

Porcentaje bajo de comparabilidad intercentros. Sugiere una área de mejora al respecto mediante la creación de una guía única.

PALABRAS CLAVE: indicadores, comparabilidad, acreditación

643 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 13:10 h.

10 AÑOS FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA HACIA LA EXCELENCIA EN EL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD

Peñalva Segura PJ (1), Ayestarán Ruiz-Bazán JR (2)

(1) Dirección Económico Financiero y Ss Gg , Fundación Hospital Calahorra. (2) Director Gerente , Fundación Hospital Calahorra.

OBJETIVOS: El objetivo de la comunicación es poner en común, el camino hacia la excelencia en la gestión en nuestro hospital, el recorrido, la actualidad y los objetivos futuros como sostenibilidad del sistema, con un enfoque claro, un despliegue sólido, revisión del sistema (PDCA, DAFO, ...) y resultados que alimenten el sistema, para seguir avanzando bien realizando acciones de mejora en unos casos, y en los demás impulsando el trabajo en equipo para consolidar, fortalecer así como el despliegue y divulgación del mismo.

MATERIAL: El material utilizado es un sistema integral de calidad enfocado a la excelencia en la gestión y soportado en un software donde se recoge todo el sistema integrado de gestión en calidad, basado en la línea estratégica desplegada en la organización y divulgada a través de las comisiones de calidad mensuales y las reuniones del equipo de proceso de cada área.

El método es la gestión por procesos, basado en la línea estratégica de la organización que se alimenta con los indicadores establecidos en cada proceso y con el DAFO correspondiente, para establecer las áreas de mejoras y accione correspondienes a conseguir los objetivos establecidos en el contrato de gestión y que se reflejan con los indicadores clave de calidad e imagen de prestigio, y los cuales se van cumplimentando y evaluando el resultado, redireccionando o impulsando según corresponda.

RESULTADOS: los resultados se van recogiendo en los diferentes indicadores de proceso que entre todos alimentan el sistema integral de gestión de calidad y que sirven para gestionar la organización a través de los diferentes indicadores clave establecidos por la organización. Los resultados sirven para gestionar el sistema y actuar en aquellos procesos en los cuales el indicador no se encuentra dentro de los objetivos, estableciendo acciones de mejora a través de la mejora continua con los grupos de trabajo en equipo

CONCLUSIONES: El camino recorrido en la FHC a lo largo de estos diez años nos ha corroborado que la línea estratégica marcado de la gestión pro procesos y el trabajo en equipo, reforzado con la mejora continua es un elemento útil para conseguir los objetivos marcados y para seguir mejorando en el largo camino de la excelencia en la gestión. Entendemos que nos va liderando la gestión de la organización, nos alimenta con los indicadores que nos acercan o consiguen los objetivos marcados y establecen las acciones de mejora a través del DAFO, auditorias internas o externas, autoevaluaciones internas o externas, y nos consolidan la gestión

PALABRAS CLAVE: EXCELENCIA Gestión, ACCIÓN DE MEJORA, TRABAJO EN EQUIPO

860 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 13:20 h.

MANTENIENDO LA CALIDAD TRAS EL PROCESO DE CAMBIO

Limia - Sotelo L (1), Buezo - Serrano MJ (2), Martín - Hernández MT (3), Villar - Espantoso MP (4), Pérez - Contreras MI (5), Lucas - Fernández MI (6)

(1) Formación Continuada y Calidad, Hospital Virgen de la Torre. (2) Dirección de Enfermería, Hospiral Virgen de la Torre. (3) Subdirección de Enfermería, Hospital Virgen de la Torre. (4) Centro de especialidades Vicente Soldevilla, Hospital Virgen de la Torre. (5) Medicina Interna, Hospital Virgen de la Torre. (6) Cuidados Paliativos, Hospital Virgen de la Torre.

OBJETIVOS: En el año 2008, con la apertura de 8 nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid, y en concreto el Hospital Infanta Leonor (HIL), se produce un proceso de cambio, funcional, estructural organizacional y de plantilla en nuestro centro, el Hospital Virgen de la Torre (HVTR).

Nuestro objetivo es mantener los estándares de calidad con los que hasta entonces se había identificado nuestro centro. Y fomentar entre los nuevos profesionales una cultura de trabajo basada en la Calidad y en la Seguridad del paciente.

MATERIAL: Se proporciona un programa de formación continuada en calidad y especifico de los nuevos servicios del centro con el fin de que nuestros profesionales actualicen los conocimientos necesarios para proveer una asistencia de calidad. Incluyendo rotaciones externas.

Creación de comisiones clínicas, en conjunto con el HIL, y grupos de trabajo (seguridad, formación, Upps, prevención de caídas, calidad percibida, continuidad de cuidados…)

Realización de la Autoevaluación EFQM entre Noviembre de 2009 y Marzo de 2010.

Adaptación de la estructura del centro a la nueva cartera de servicios en base a las necesidades de nuestra población y valorando la sostenibilidad medioambieltal.

RESULTADOS: El HVTR y el HIL actúan funcionalmente como una única organización, bajo una misma Gerencia. La Unidad de Calidad se engloba dentro del Área de Gestión del Conocimiento que es única para las dos instituciones.

Durante los años 2008/2009 se realizan 91 acciones formativas destinadas a incrementar la calidad asistencial. Y 8 rotaciones externas.

La puntuación global obtenida tras la evaluación EFQM es de 427, siguiendo la curva normal de las organizaciones excelentes. Los principales proyectos que resultan de EFQM son la elaboración de un plan estratégico y realización de una encuesta de clima laboral (en proceso y conjunto con HIL) y la elaboración de un plan de comunicación.

La incidencia de Upps y caídas es de 4.6% y 2.8% respectivamente en 2009.

En la encuesta de Calida Percibida que realiza la Comunidad de Madrid nuestro centro es el mejor valorando por los ciudadanos.

CONCLUSIONES: Los profesionales muestran motivación hacia la calidad, participando activamente en acciones de formación continuada, comisiones clínicas y grupos de trabajo.

La incidencia de Upps disminuye, manteniéndose la de caídas en porcentajes similares.

La realización y participación en evaluaciones sistemáticas, en el plan estratégico y en la encuesta de clima laboral, crea entre los profesionales, mandos intermedios y miembros de la dirección una cultura basada en la mejora continua.

PALABRAS CLAVE: calidad, gestión, cambio

952 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 13:30 h.

ESTRATEGIA ANUAL DE IMPLANTACIÓN Y REVISIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES: RESULTADO DE LA PRIMERA EVALUACIÓN

Aloy-Duch A (1), Lledó-Rodríguez R (2), Martin-Sánchez E (2), Pla-Poveda C (3), Benavent-Navarro A (4), Padullés-García C (5)

(1) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (2) Dirección general, Hospital General de Granollers. (3) Dirección de Personas, Hospital General de Granollers. (4) Dirección de Organización y Sistemas de Información, Hospital General de Granollers. (5) Dirección Económica y Servicios Generales, Hospital General de Granollers.

OBJETIVOS: Describir los resultados de la ejecución de dicho procedimiento (elaboración-difusión-implantación-revisión) de los objetivos institucionales, simultáneamente, a todos los niveles de la organización, mediante un despliegue en cascada desde los equipos directivos hasta cada una de las áreas y profesionales, después de 1 año de funcionamiento

MATERIAL: Nuestro hospital 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 con el objetivo de establecer una política estratégica adecuada (criterio 1-EFQM), se elaboró un procedimiento para el despliegue-implantación a toda la organización, de los objetivos institucionales anuales. Se establecen: 1º) SESIONES de evaluación(noviembre), de cada equipo con su responsable inmediato (DAFO, %objetivos logrados y acciones de mejora); 2º) presentación conjunta e interdisciplinaria de propuestas en los Comités de Seguimiento (CS) Asistenciales (diciembre) por los Jefes, Médico/a y de Enfermería de cada Servicio; y, a nivel de Directores, en los CS Directivos; 3º) cada enero, se reúne la Comisión de Calidad con los responsables de todas las Comisiones (DAFO, % logros y propuestas); 4º) cada enero, el Equipo Directivo, a partir de las propuestas suprainstitucionales, de las líneas estratégicas propias y de las aportaciones de los CS, elabora los Objetivos Institucionales Anuales (OIA), que se difunden en sesión general; 5º) en febrero, éstos OIA determinan a cada equipo sus objetivos particulares, junto a los internos y externos (planes de salud), redactando los indicadores con renumeración variable de cada profesional (DPO) (simultáneamente se evalúan los del año previo y se pagan); 6º en marzo se elabora y publica un cuadro de mando desplegable con todos los objetivos macro y micro

RESULTADOS: En 2009 se programaron 17 objetivos institucionales. Se desplegaron un total de 574 objetivos (asistenciales y no asistenciales) repartidos en 167 a nivel de las 10 direcciones existentes, y en 407 más entre las distintas áreas. Su cumplimiento conjunto (media y desviación estándar) fueron, respectivamente: direcciones (81% y 8), servicios, unidades y áreas (72% y 11), comisiones y comités (78% y 12); los 17 objetivos institucionales (62% y 1,7); y los DPO (85%). El promedio total de resultados fue de 75,6%. Las acciones de mejora propuestas en 2009 se han incorporado en los objetivos de este año 2010

CONCLUSIONES: Este procedimiento de estrategia anual refleja el ciclo de mejora continua, y permite evaluar el desarrollo de objetivos y actividades de todos los equipos y profesionales de la institución

PALABRAS CLAVE: Objetivos, Despliegue, Resultados

959 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 13:40 h.

¿LA DIRECCIÓN POR VALORES LE DA "MÁS ALMA" A LA GESTIÓN DE CALIDAD?

Ferrari, María Cristina (1)

(1) Calidad , ICEM- Instituto para la Calidad Empresarial; Universidad Católica Argentina- Escuela de Salud Pública.

OBJETIVOS: Una organización de salud a nivel nacional en etapa de fortalecimiento institucional estratégico y cambio competitivo, orientado a superar la falta de procesos orientados al cliente, autonomía profesional, jefes facilitadores y estructuras planas y ágiles, se propuso implementar la Dirección con Valores, como herramienta eficaz para encauzar el cambio hacia la visión estratégica, y cubrir la brecha entre la Visión y la realidad presente de la organización, con un comportamiento participativo y cohesión de las personas, para superar las conductas defensivas de inhibición frente al cambio.

Objetivos:

Construcción colectiva de nuevas creencias y valores que sustenten las nuevas estructuras, nuevos procesos internos y nuevas políticas de personas, con el fin de llegar a producir nuevos y mejores productos y/o servicios, así como lograr una visión estratégica que facilite la generación de compromiso por parte de los profesionales médicos y empleados, disminuyendo la incertidumbre y la resistencia al cambio.

Desarrollar la DpV como marco que provea las condiciones necesarias para sostener un Sistema de Gestión de la Calidad en marcha.

MATERIAL: método:

Taller de Reflexión estratégica a nivel de alta dirección, y trabajo grupal de miembros restantes, que implicó un planteamiento sistematizado a todos los niveles de la organización para hacer explícitas la Misión, Visión y Valores Organizacionales: éticos, económicos y emocionales, definiendo esos conceptos en forma plural y participativa.

Implementación de los valores elaborados y su posterior medición mediante el Balanced Scorecard en sus cuatro dimensiones.

Indagación de la satisfacción bajo el nuevo modelo de organización mediante encuestas de satisfacción (cliente externo) y encuestas de clima laboral (cliente interno)

RESULTADOS: Resultado: Al año de la gestión, los resultados de la auditoría externa de la certificación de calidad ISO demostraron que la estrategia DpV y el Sistema de Gestión de la Calidad, disminuyeron los niveles de complejidad e incertidumbre del personal, manteniéndola en niveles adecuados y los índices de involucramiento del personal crecieron, así como su grado de cohesión con los valores institucionales, factor catalizador del cambio

CONCLUSIONES: Conclusiones:

Los integrantes de la empresa reconocieron que los Valores Institucionales les habían permitido recuperar "el alma" a la gestión. Las "Organizaciones con Alma", serían el nuevo paradigma a considerar en el diseño de la filosofía y estrategias gerenciales, que coloquen a los activos intangibles en el centro de escena, en rescate del sentido de pertenencia y realización del ser humano en el interior de las organizaciones

PALABRAS CLAVE: dirección por valores, activos intangibles, estrategia

973 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 13:50 h.

COMÓ MEJORAR UNA ORGANIZACIÓN COMPARTIENDO LAS EXPERIENCIAS INNOVADORAS "COMPARTIMOS, INNOVAMOS, AVANZAMOS"

Chicote Carquero, S (1), Figuerola Batista M. (1), Benavent Areu J. (1), Fabrellas Padrés N. (1), Torras Boatella Mg (1), De Haro Martín Ll. (1)

(1) Dirección Asistencial Centro Corporativo, Institut Català de la Salut.

OBJETIVOS:

- Crear un espació de conocimiento, análisis y reflexión estratégico compartido con los profesionales.
- Dar a conocer y compartir con los profesionales de los distintos ámbitos de atención las experiencias y proyectos en las que la innovación organizativa y tecnológica permiten mejorar los servicios.
- Promover el sentido de pertenencia en la empresa.
- Establecer una marco de relación más fluido y dinámico con las empresas colaboradoras y de participación del ICS.

MATERIAL: El despliegue está enfocado en base a dos proyectos: Jornada y herramienta informática de benchmarking en el 2009 se formó un comité estratégico integrado por el Comité Asistencial, el Comité de Dirección del ICS y el Institut d'Estudis de la Salut, para definir los objetivos, contenidos, y estructura de la Jornada de Benchmarking y se contactó con una empresa externa que diseñara la herramienta "cajón de experiencias", con las directrices establecidas en el Comité estratégico donde los profesionales (área sanitaria y no sanitaria) pudiesen introducir los proyectos más emblemáticos e innovadores que están llevando a cabo en tres áreas estratégicas de la organización: Atención al Ciudadano, Profesionales y Alianzas, e-health y organización.

RESULTADOS:

- La Jornada se celebró en Barcelona con 700 asistentes
- Participaron cinco empresas de provisión sanitaria participadas por el ICS
- Se habilitaron 16 puntos de ADSL en Hospitales y en ABS del territorio y más de 700 profesionales pudieron seguir en directo la Jornada desde sus Centros
- 70 experiencias presentadas en la Jornada.
- Se presentó la herramienta " Cajón de experiencias"
- Creación de un grupo multiterritorial que gestiona y valida los contenidos de "cajón de experiencias".

CONCLUSIONES: oCompartir los proyectos, promover la innovación, y aprender de las experiencias realizadas permite extraer resultados que mejoran las decisiones futuras y aportan valor al capital intelectual de la Organización.

PALABRAS CLAVE: Innovar, Capital intelectual, Benchmarking

1024 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 8 – 20/10/2010, 14:00 h.

¿INSISTIR EN MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS O AUMENTAR EL GASTO FARMACÉUTICO?: EL CASO DE LA DIABETES.

Collado Cucò, A (1), Basora , A (2), Glaria Navarro, T (1), Espejo Vidal, T (1), Esquius Rodríguez, M (1), Ocete Manero, M (1)

(1) ABS Vandellòs-Hospitalet, Grup SAGESSA. (2) GINSA, Grup SAGESSA.

OBJETIVOS: Conocer los costes directos en farmacia del tratamiento de la diabetes mellitas y su relación con la consecución de los objetivos terapéuticos

Conocer los factores terapéuticos que se relacionan con la consecución de dichos objetivos

MATERIAL: A partir de los registros de la historia clínica electrónica se recogen datos relativos a tratamiento, somatometria, resultados de analíticas y cumplimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas.

A partir de los listados proporcionados por el departamento de farmacia del Servei Català de la Salut se recogen datos relativos a las Prescripciones y sus costes.

A partir de un total de 307 diabéticos conocidos, (301 reciben tratamiento farmacológico) i una vez desestimados aquellos de los que no se dispone de todos los datos de control, la muestra final obtenida es de 151 individuos.

A partir de las variables "Hemoglobina Glicada" (HbA1C) y "Índice de masa corporal" (IMC) se crea la variable dicotómica "Control aceptable" (HbA1C>=7.5; IMC<30). Se generan variables dicotómicas para cada grupo farmacológico. El cumplimiento de las recomendaciones en dieta y ejercicio se expresa en forma de porcentaje del total de recomendaciones realizadas

Se realiza estadística descriptiva e inferencial bivariante y análisis multivariante para determinar los factores terapéuticos que se relacionan con la consecución de objetivos.

RESULTADOS:

El 42% (+/- 6%) corresponde a mujeres. La edad media fue de 66.4 años (+/- 1.7)

El 22% (+/-5%) recibe insulina (sola o combinada)

El gasto medio en fármacos para la diabetes por individuo y año fue de 884.84€ (+/- 160 €), siendo de 18.31 € (+/- 2.4 €) por receta.

La media del IMC fue de 31.15 (+/- 0.8). Solo el 22.8 % (+/- 4 %) presentaba criterios de control

El gasto en los no controlados fue 338 € superior al de los controlados (p>0.05)

El cumplimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas fue superior en los controlados que en los no controlados (un 33.7% más en ejercicio y un 24.7% más en dieta) (p<0.001)

El modelo de regresión logística binaria usado (sensibilidad=90.9, especificidad=44.4, R2=0.35) incluye el cumplimiento de la dieta y del ejercicio y la edad como factores favorecedores del buen control y el sexo femenino y el uso de glitazonas como factores desfavorables.

CONCLUSIONES: El control metabólico no se relaciona en nuestro estudio con el gasto farmacéutico

Existe una asociación significativa entre cumplimiento de medidas higiénico dietéticas y control metabólico, apareciendo como factor independiente del tratamiento farmacológico escogido.

PALABRAS CLAVE: Gastos en Salud, Diabetes Mellitus, Metas terapéuticas

582 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 15:40 h.

ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON INGRESOS ADECUADOS E INADECUADOS, Y COSTES ASOCIADOS

Lanzeta-Vicente I (1), Arrospide-Elgarresta A (2), Taboada-Gómez J (3), Gabari-Machín M (4), Landaluce-Lauzurica JI (5), Sánchez-Fernández M (6)

(1) Medicina Preventiva, Hospital De Zumarraga. (2) Unidad De Investigación, Hospital de Zumarraga. (3) Medicina Preventiva, Hospital De Mendaro. (4) Medicina Preventiva, Hospital Alto Deba. (5) Dirección médica, Hospital de Zumarraga. (6) Urgencias, Hospital Alto Deba.

OBJETIVOS: Cuantificar los ingresos inadecuados en los Servicios de Medicina Interna.

Analizar los factores relacionados con la inadecuación.

Analizar criterios de situación clínica y de servicios clínicos prestados en ingresos adecuados.

Calcular los costes por GRD de los ingresos inadecuados.

MATERIAL: Se estudian los pacientes dados de alta en los Servicios de Medicina Interna durante el año 2008, con ingreso urgente. Mediante muestreo aleatorio se seleccionan 300 pacientes.

Para cada paciente se recogen variables sociodemográficas y se cumplimenta retrospectivamente el cuestionario A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol). Los datos se introducen en Access y se analizan con SPSS 16.0.

Se realiza un estudio descriptivo para cuantificar los ingresos inadecuados. En el estudio analítico realizado a continuación, el análisis de diferencias se realiza mediante t de Student (variables continuas) y se calcula Chi-cuadrado para ver la asociación entre variables discretas.

Mediante métodos multivariantes de regresión lineal y logística se definen los factores demográficos (Edad y género) y clínicos asociados a los ingresos inadecuados.

En los ingresos clasificados como adecuados se analizan las posibles diferencias entre criterios de situación clínica del paciente y de servicios clínicos prestados.

Finalmente, se realiza un análisis de costes generados por los ingresos inadecuados basado en los costes por GRD.

RESULTADOS: Según el AEP, el 11% de los ingresos urgentes en los servicios de Medicina Interna fueron inadecuados.

Criterios más frecuentes: Todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas podían haberse realizado como paciente externo (63,6%). Requerían cuidados institucionales, pero de nivel inferior (12,1%).

La estancia media de los ingresos adecuados (7,5) es significativamente mayor que la de los inadecuados (5,03). La probabilidad de ser un ingreso inadecuado disminuye 1,14 veces por cada día de aumento de la estancia.

Criterios de adecuación: Sólo clínicos 12,2%, Clínicos más Servicios prestados 31,2%, Sólo servicio clínico prestado 56,6%; Criterio más frecuente: Necesidad de terapia intravenosa (75,7%).

Los costes por GRD de los ingresos inadecuados suponen, en total, 77.172,04 euros.

CONCLUSIONES: Tenemos un nivel aceptable de ingresos urgentes inadecuados en Medicina Interna

La inadecuación se debe fundamentalmente a que la actividad diagnóstica y terapéutica podría haberse realizado ambulatoriamente.

La adecuación se basa más en criterios de necesidad terapéutica que de cuadro clínico del paciente.

El gasto del total de inadecuaciones supone un coste importante añadido a los hospitales comarcales.

Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y orientar la gestión de pacientes crónicos/mayores a centros de nivel asistencial inferior, lograría una mayor eficiencia y un trato más adecuado a necesidades.

PALABRAS CLAVE: Appropriateness Evaluation Protocol, Adecuación, Costes por GRD

610 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 15:50 h.

HERRAMIENTAS PARA LA CONSECUCIÓN DE LA MEJORA CONTINÚA DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Salvador Verges, A (1), Moret Ferron, Ll. (2), Pujol Borrás, D. (3), Nicolás Alcon, I. (3)

(1) División quirúrgica, Hospital Plató. (2) Anestesia, Hospital Plató. (3) Consultores Calidad, Athenea Solutions.

OBJETIVOS: El Hospital Plató tiene un fuerte compromiso con la excelencia en la gestión. Desde el año 2003 ha adoptado el modelo EFQM y el 2007 se ha acreditado según el modelo de acreditación de centros hospitalarios de Catalunya con un 89% de cumplimiento de los estándares. Fruto de este compromiso, ha obtenido también una puntuación de 400+ del modelo EFQM (Sello de Plata) y el premio de la Fundación Avenis Donabedian a la gestión de la calidad en 2005 y 2009.
A raíz de este compromiso, una de las líneas que se plasmaron en el plan estratégico 2007 2010 fue la adopción de la gestión basada en procesos como modelo de gestión.
Con la aplicación de esta metodología se pretende sistematizar la mejora del proceso; y dar herramientas a los propietarios para que puedan priorizar qué acciones de mejora realizar, a partir del análisis de los indicadores que monitorizan, de las incidencias que van resolviendo en el día a día, de las sugerencias del resto de profesionales y de las encuestas de satisfacción de los pacientes.
Además, dado que el Hospital ha adoptado el modelo EFQM de excelencia en la gestión, con este proyecto se avanza en el criterio 5b: introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación.

MATERIAL: La herramienta web empleada por los propietarios y expertos de los procesos, minerva, nos ha dado soporte en todo el proceso, en la identificación de problemas, en la monitorización de indicadores y en la gestión de toda la documentación del proceso.
La metodología para la mejora continua que se sigue consta de las siguientes fases:

1 .Analizar el proceso identificando problemas y oportunidades de mejora
2. Priorizar y seleccionar los proyectos de mejora
3. Definir y planificar el plan de mejora del proceso
4. Ejecutar los proyectos de mejora
5. Seguimiento y cierre del plan de mejora

Este proceso es cíclico y se ejecuta anualmente.

RESULTADOS: Se han ejecutado ya dos planes de mejora del proceso quirúrgico, correspondientes a los años 2008 y 2009, y se está trabajando en el del 2010.
Hay distintos subgrupos de propietarios y expertos que mejoran los distintos subprocesos quirúrgicos: Planificación de la intervención, Preoperatorios, Admisión del paciente, Cirugía con ingreso, Cirugía ambulatoria y Cirugía menor.
Desde el inicio de la mejora continua se han implantado ya 65 acciones de mejora en el proceso de atención quirúrgica, divididas según sean proyectos de mejora o quick-wins (mejoras rápidas), habiéndose cuantificado para cada uno de ellos su impacto económico, su impacto sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre la calidad asistencial.
A modo de ejemplo, algunos de los proyectos de mejora trabajados por grupos multidisciplinares serían:

- aumentar la ocupación de quirófano
- reducir las anulaciones de intervenciones
- mejorar la información al paciente y acompañantes
- fomentar el registro de incidencias asistenciales
- implantar una check-list de seguridad

CONCLUSIONES: Junto con la metodología, la herramienta diseñada por nuestros consultores (Athenea Solutions) ha sido clave en la consecución de nuestros objetivos, por:

-La fiabilidad de la herramienta
-Por la facilidad de seguimiento y monitorización de las acciones
-Porque su visualización es transversal a todos los responsables
-Permite un seguimiento personalizado
-La comunicación de los resultados esta sistematizada.

Todo ello redunda en una mayor satisfacción tanto de los profesionales como de pacientes, mejorando la calidad ofrecida y la eficiencia de los procedimientos asistenciales.

PALABRAS CLAVE: metodología, Herramientas, Mejora continua

628 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 16:00 h.

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, UNA APUESTA POR LA CALIDAD: ISO 14001 MEDIOAMBIENTAL DESDE EL 2007 Y 60 UNIDADES ISO 9001

Visedo-López, JA (1), Granados-Ulecia C (2), Vinuesa-Sebastian M (1), Mateos-Romero M (1), Tafalla-Bordonada C (3), Manzano-Robles JM (1)

(1) Dirección, Hospital Universitario de Móstoles. (2) Gerencia, Hospital Universitario de Móstoles. (3) Calidad, Hospital Universitario de Móstoles.

OBJETIVOS:

1.- General: es la Implantación de un Sistema de Gestión Integrado (SGI) Ambiental y de Calidad basado en las normas UNE - EN ISO 14001:2004 y UNE - EN ISO 9001:2000 respectivamente en todo el Hospital, como forma de trabajo diario para alcanzar:
   - mejora continua de la calidad asistencial.
   - seguir avanzando en la innovación y desarrollo.
   - mejorar la formación de sus profesionales.
   - alcanzar altos niveles de eficiencia económica.
2.- Objetivos por unidades asistenciales y no asistenciales: de calidad, económicos, de formación, etc...
3.- Calidad medioambiental: más (calidad, eficacia, eficiencia y sostenibilidad) con menos (residuos, riesgos, contaminación y consumo de recursos).

MATERIAL:

- Normas UNE ISO 14001:2004
- Normas UNE ISO 9001:2000
- Unidad de calidad del Hospital Universitario de Móstoles, como órgano staff de Gerencia.
- Dirección Gerencia del Hospital como líder que impulsa y coordina la calidad del Hospital.
- Reuniones

RESULTADOS:

- 51 Unidades asistenciales y no asistenciales del Hospital acreditadas con las Normas UNE ISO 9001:2000.
- El Hospital obtuvo en diciembre de 2007 el certificado de conformidad con la Norma UNE - EN - ISO 14001:2004 Sistema de Gestión Ambiental en tod

CONCLUSIONES: La implantación del Sistema de Gestión Integrado Medioambiental y de Calidad en el Hospital Universitario de Móstoles según las normas UNE EN ISO 14001:2004 e UNE EN ISO 9001:2000 respectivamente permite el desarrollo de un modelo de Calidad Total. En el cual están implícitas: la participación de la Dirección, de los Profesionales, la mejora continua de los procesos, la satisfacción de los usuarios, y conservación del medio ambiente.

PALABRAS CLAVE: calidad, medioambiente, sistema

780 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 16:10 h.

DISTRIBURG: SOFTWARE DE DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

Mora Fernández-Pacheco, Eva Mª (1), Zazo Jiménez, Jose Antonio (2), Moreno-Chocano López-Astilleros, María Teresa (3), Ortiz Valdepeñas, Josefina (4), Pantoja (5), García Alcarazo, Juan Pedro (1)

(1) Urgencias, HGUCR. (2) Informática, HGUCR. (3) Farmacia, HGUCR. (4) Dirección de Enfermería, HCUCR. (5) Calidad, HGUCR.

OBJETIVOS:
1. Disminuir el tiempo de gestión con un programa informático.
2. Facilitar la gestión de personal.
3. Distribuir de forma equitativa las ubicaciones.

MATERIAL: El Hospital General Universitario de Ciudad REal (HGUCR) es un centro público perteneciente al SESCAM. El Servicio de Urgencias Cuenta con una plantilla de 59 enfermeras y 37 auxiliares. El aplicativo de gestión de turnos es M3 y la distribución de puestos se realizaba a mano por la supervisora de la unidad. La distribución de ubiaciones del personal de enfermería dentro del Servicio de Urgencias resultaba un trabajo tedioso donde se invertían muchas horas, para distribuir por turno a 13 enfermeras en 7 ubicaciones diferentes y 8 auxiliares en otras 6 ubicaciones. Esta labor se realizaba a mano semanalmente para los 3 turnos de cada día, y suponía rellenar una plantilla semanal con 368 posibles ubicaciones. Debido a la cantidad de combinaciones posibles era muy difícil conseguir la equidad en la distribución de puestos realizada a mano. Planteamos la necesidad de una mecanización e informatización del proceso de distribución de puestos.

Tomando como base el patrón de turnos de M3 de enfermeras y auxiliares, se creó una plantilla donde se incluyeron todas las ubicaciones posibles, así como número de profesionales, teniendo en cuenta todas las variables posibles (puestos de salud laboral, nuevas incorporaciones...). Con la ayuda del Servicio de Informática se diseñó el software "DISTRIBURG", que tomó como base las plantillas diseñadas.

RESULTADOS: La nueva herramienta informática "DISTRIBURG" nos permite:

1. Ahorrar tiempo en la distribución de puestos (de aproximadamente 10 horas a 2 minutos).
2. Facilidad y equidad en la gestión.
3. Volcado de datos de M3 a DISTRIBURG para no duplicar el trabajo a la hora de organizar permisos.

CONCLUSIONES: La creación de "DISTRIBURG" ha facilitado la gestión de la distribución de puestos en el servicio de urgencias, haciéndola una tárea fácil y rápida, que distribuye los puestos con equidad y contempla las variables posibles. Hemos conseguido más resultados de los esperados, como un mapa de urgencias que permite de un vistazo saber quién está trabajando y dónde, y el acceso del personal al "distriburg" para consultar históricos y solicitar permisos oficiales. Los buenos resultados obtenidos con este programa han planteado la posibilidad de extrapolarlo a otras unidades de este hospital con necesidades similares, siendo el Servicio de Cuidados Intensivos el que está iniciando el proceso para implantarlo.

PALABRAS CLAVE: DISTRIBUCIÓN, UBICACIÓN, PERSONAL

792 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 16:20 h.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD MEDIANTE EL MODELO ISO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO

Uriel Latorre B (1), Sande Meijide M (1), Rodríguez Rodríguez L (2), Méndez Diéguez C (1), Hidalgo Ramírez R (1), Suárez Soto R (1)

(1) Servicio Medicina Preventiva, SERGAS -Complexo Hospitalario Ourense. (2) Servicio Medicina Preventiva-UPRL, SERGAS -Complexo Hospitalario Ourense.

OBJETIVOS: En el convencimiento de que la implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) en el ámbito de todas las actividades desempeñadas por el Servicio de Medicina Preventiva- Unidad de Prevención de Riesgos Laborales del Complexo Hospitalario de Ourense podía mejorar los servicios ofrecidos, se inició un proceso con apoyo de la Dirección que culminó con la certificación por la norma ISO 9001-2008.

MATERIAL: Proceso participativo del conjunto de los trabajadores del Servicio que incluyó:
- Formación en gestión de calidad y norma ISO 9001
- Identificación de misión, visión del servicio, clientes, mapa de procesos y procedimientos normalizados de trabajo (PNTs)
- Redacción de PNTs
- Establecimiento del sistema de gestión de no conformidades, acciones correctivas y preventivas
- Medición de satisfacción de clientes
- Establecimiento de objetivos e indicadores de calidad
- Auditorias internas y revisión del sistema
- Certificación por AENOR del SGC

RESULTADOS: Partiendo de la Misión, se realizó la orientación a los procesos, obteniéndose el mapa de procesos:
Procesos estratégicos:
- Objetivos y metas
- Actualización de conocimientos

Procesos clave:
- Medicina Preventiva individual
- Higiene de laactividad hospitalaria y control de infección
- Epidemiología
- Prevención riesgos laborales
- Docencia
- Consultoría y asesoramiento en Medicina Preventiva

Procesos de soporte:
- Administración del Servicio
- Mantenimiento y control de equipos
- Pedidos y compras
- Organización de la información
- Formación de la enfermera de infección nosocomial
- Gestión de la calidad

Se identifican y documentan 39 PNTs, 4 protocolos y 39 instrucciones correspondientes a los distintos procesos. Se establece un sistema de control de los 104 registros asociados.
Sistemas de seguimiento y evaluación (año 2009):
- Se elaboran objetivos e indicadores anuales del Plan de Calidad (14 indicadores)
- Se gestionan 37 no conformidades, 34 acciones correctivas y 8 acciones preventivas
- Se determina la satisfacción de los clientes
- En Junio del 2009 se realiza una auditoría interna y en Septiembre, la revisión del sistema.

Finalmente, se obtiene la certificación del SGC en Enero de 2010 según la norma ISO 9001-2008 (ER-0019/2010 -IQNet ES-0019 /2010-)

CONCLUSIONES: – Importancia del proceso participativo, de la sistematización de procesos, distribución de táreas y responsabilidades, de las actividades de medición, análisis y mejora continua
– Racionalización y mejora de prestación de servicios, comunicación interna y con el resto del Complexo.
– Esta iniciativa puede aportar al Complexo experiencia y estímulo

PALABRAS CLAVE: Calidad, Gestión, ISO

810 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 16:30 h.

COMPARATIVO DEL IMPACTO DE LOS INCENTIVOS EN LOS RESULTADOS CUALITATIVOS. FACTORES QUE INCIDEN.

Pérez-Company P (1), Del-Oso-Morán J (1), Artigas-Lage M (1)

(1) Dirección de enfermería, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

OBJETIVOS: Conocer el impacto de dos tipos de incentivos, carrera profesional y productividad variable, sobre los resultados de la actividad enfermera. Conocer cuales son los factores que subyacen a los resultados de los objetivos cualitativos.

MATERIAL: Un estudio comparativo, evaluación de cinco indicadores de seguridad, mostró el impacto que produjo en el 2003 la implantación de la carrera profesional. Los resultados fueron de 9,96 puntos por encima de los resultados del 2002 y siguieron aumentando 5,5 puntos en el 2004. En el 2009 se ha vuelto ha hacer un comparativo, utilizando la misma metodología de evaluación, para ver el impacto que ha tenido la introducción en el 2007, de los incentivos de productividad.

Para conocer los factores se realizo, 2006, un estudio cualitativo. Los factores se detectaron mediante una técnica de Focus Group, en tres grupos de profesionales seleccionados de forma estratificada representando a cada grupo de opinión y practica. La priorización se realizo con un Delphi. En 2010 se ha hecho un comparativo utilizando la misma técnica cualitativa.

RESULTADOS: Los resultados en la mayoría de los cinco indicadores se mantienen en un porcentaje de consecución alto, entre 95 – 100%, durante el periodo 2006-09 e igual al conseguido en el 2004, a pesar de la introducción de un nuevo incentivo, solo uno de ellos "la información clínica" ha aumentado 1,68.

De los 40 factores del Delphi se han seleccionado 27 las enfermeras, 29 las supervisoras, 11 las directivas. En cuando a la priorización, las enfermeras que en el 2006 decían que el primer factor era el orgullo profesional, en este es el incentivo económico. Las supervisoras siguen manteniendo el incentivo económico como primer influyente. Y las directivas que lo adjudicaban a lo económico ahora lo relacionan con el liderazgo de los supervisores. En segundo lugar las supervisoras coinciden, en los dos estudios, en que los factores están relacionados con el trabajo que hacen de motivación y control de las evaluaciones. Mientras que las enfermeras siguen planteando un mix entre lo económico y los conocimientos. Las directivas lo achacan a la actividad de las supervisoras y al cambio cultural respecto a la calidad.

CONCLUSIONES: Los resultados cualitativos se mantienen durante seis años a pesar de que hay además otros incentivos. Se percibe un aumento de la visión economicista en las enfermeras y se mantiene la percepción del liderazgo como motor, en los directivos.

PALABRAS CLAVE: incentivos, factores influyentes, resultados calidad

858 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 16:40 h.

IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN

Carolina Crespo Palau (1), Ismael Peña Capsir (2), Ángeles Ibiricu Barro (3), Lidia Ríos Vallés (4), Olga Doblado López (5), Martín Martín Quiles (6)

(1) Atención Primária, Hospital Lleuger Cambrils. Grup Sagessa. (2) Atención Primaria, Hospital Lleuger Cambrils.Grup Sagessa. (3) Atención Primaria, Hospital Lleuger Cambrils.Grup Sagessa. (4) Atención Primaria, Hospital Ileuger Cambrils. Grup Sagessa. (5) Atención Primaria, Hospital Ileuger Cambrils.Grups Sagessa. (6) Atención Primaria, Hospital Lleuger Cambrils. Grup Sagessa.

OBJETIVOS: Diseñar, desarrollar e implantar un sistema de información periódico, consensuado, homogéneo, ágil y de fácil mantenimiento e interpretación, que incluya un mínimo de indicadores relevantes y comprensibles que, facilite la evaluación y gestión de un Servicio de Urgencias.

MATERIAL: 1. Selección y definición de indicadores, bimensuales, para el análisis de varios ámbitos: actividad (numero de visitas en consulta, número de visitas en boxes, número de domicilios, porcentaje derivaciones), consumo de productos intermedios(analíticas, radiología, ecografias), Seguridad clínica (Registro de incidencias, Control de Neveras, Control de caducidades, Control de mórficos, Check-in Box de críticos), Calidad asistencial (tiempo de espera en triaje, absentismo en triaje, implementación protocolo de triaje, implementación protocolos clínicos, implementación informe de enfermería), Clínicos (Pautas de procedimientos terapéuticos (Aerosoles/Curas/Vendajes/ Medicación oral, ev, sl./ Inyectables:IM) i de Productividad (Tiempo invertido por consulta y boxes)

2.- Algunos indicadores tienen un estandar extraído de la bibliografía, y en otros indicadores se calcula la media como valor de referencia.

3. Diseño de plantillas de MS Excel para la introducción de los datos base y cálculo automático de indicadores.

4. Información base recogida desde el sistema de información operativo e introducida en la plantilla .

5. Difusión de la información mediante la publicación de los cuadros de mando a través de SESIONES planificadas por los responsables del servicio.

6. Coordinación e incorporación de cambios (mantenimiento adaptativo).

RESULTADOS: Bimensualmente se elabora el cuadro de mandos de cada profesional, on line, para que realice la autoevaluación y se propongan las mejoras necesarias, conjuntamente con los responsables.

Durante el primer cuatrimestre del año, ya se han detectado mejoras de algunos indicadores, destacando: Derivaciones al hospital de referencia hemos pasado del 5.2 al 4.1 %, Tiempo de espera triaje de 5.9 a 5,2 minutos ; implementación protocolo triaje del 86.4% al 90%; Implementación de protocolos clínicos incremento del 15%; Check-in Box de críticos 100%, control de mórficos 100%, control de caducidades 100%,

CONCLUSIONES: El desarrollo e implantación de un sistema de recogida de datos e indicadores permite compartir información, facilita la coordinación y táreas de los agentes implicados y permite detectar áreas de mejora.

Actualmente, un cuadro de mandos integral es una herramienta imprescindible para la gestión clínica de un servicio i para conseguir la implicación de los profesionales

PALABRAS CLAVE: Urgencias, Indicador, Gestión

890 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 16:50 h.

ÁREAS DE MEJORA IMPLANTADAS EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA ACREDITADAS

Cruz-Salgado, O. (1), Carrasco-Peralta, JA (1), Núñez-García, D. (1), Castellano-Zurera, MM (1), De Burgos-Pol, R. (1), Turiño-Gallego, JM. (1)

(1) Área de Centros y Unidades Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: Analizar las áreas de mejora identificadas en las Unidades de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE) certificadas con el modelo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y el grado de resolución de las mismas.

MATERIAL: En la fase de autoevaluación, los profesionales tienen como referentes estándares que abordan las 5 dimensiones de la Calidad relacionados con el ciudadano, profesionales, Procesos Asistenciales, elementos de soporte y resultados.

Con la herramienta software ME_jora C (que da soporte a todo el proceso de autoevaluación) se realizó un análisis descriptivo de las áreas de mejora de 83 proyectos de AP y 67 de AE desde 2003 a 2010.

RESULTADOS: Las áreas de mejora identificadas se distribuyen de la siguiente manera:

- Generación de guías y procedimientos: 21,02%(AP) 24,37% (AE)
- Acciones de formación y difusión: 22,25% (AP) 18,3% (AE)
- Modificaciones organizativas: 10,72% (AP) 11,6% (AE)

De acuerdo con los criterios donde fueron identificadas:

- Usuarios satisfacción, participación y derechos: 23,91% (AP) 24,19% (AE)
- Estructura, equipamiento y proveedores: 11,56% (AP) 9,8% (AE)
- Sistema de calidad: 11,15% (AP) 11,69% (AE)
- Accesibilidad y continuidad de la asistencia: 10,25% % (AP) 11,02% (AE)
- Profesionales, desarrollo y formación: 8,69% (AP) 10,2% (AE)

El 47,65% en AP y 44,91% en AE de la áreas de mejora están referidas a estándares obligatorios, relacionados con seguridad, derechos y estrategias prioritarias del sistema Sanitario.

Globalmente el 70,6% de las áreas de mejora identificadas, se consiguen durante los cinco años de validez de la certificación.

Con respecto a las áreas de mejora conseguidas:

- El 85% fueron planificadas en el tiempo.
- El 41,29% le fue establecido una "alta" prioridad en esta misma planificación.
- El 84,9% tenían la figura de un responsable asignado para su consecución.

CONCLUSIONES: Tras el análisis realizado, se constata que el proceso de certificación permite a las Unidades identificar e implantar mejoras en sus Procesos Asistenciales y de soporte.

Para conseguir la implantación de las mejoras identificadas, se revela como factor de éxito la planificación y la asignación de responsabilidades.

Por último, destacar que prácticamente la mitad del esfuerzo de identificación e implantación de las mejoras se referían a los estándares considerados obligatorios para obtener la certificación.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención en salud, acreditación, mejora continua

894 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 18 – 20/10/2010, 17:00 h.

FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA CERTIFICADAS.

Carrasco-Peralta, JA (1), Castellano-Zurera, MM (1), De Burgos-Pol, R. (1), Cruz-Salgado, O. (1), Rodríguez-Benavente, A. (1), Nogueras-Ruiz, S. (1)

(1) Área de Centros y Unidades Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: El Programa de certificación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, es una herramienta orientada a garantizar la gestión de la calidad, reconocer los niveles de calidad asistenciales e impulsar la mejora continua.
Nos planteamos como objetivo analizar los resultados del Programa de Certificación de UGC, identificando como fortalezas los criterios con mejor cumplimiento y como oportunidades de mejora los criterios con resultados de cumplimiento más bajo.

MATERIAL: Estudio transversal descriptivo de los resultados de certificación de las UGC en Andalucía durante el periodo 2004-2010. Se utilizaron los registros de la herramienta online que sirve de soporte a los procesos de certificación, ME_jora C.
Se realizó un estudio descriptivo sobre el cumplimiento de estándares en el periodo estudiado. Posteriormente a través de un análisis del contenido establecemos unas categorías como claves de cumplimiento en los criterios de mayor cumplimiento y claves de incumplimiento en los criterios de menor cumplimiento

RESULTADOS: N= 163. 87 UGC de Atención Primaria (AP) y 75 de Atención Especializada (AE)
Resultados de certificación en AP:
- Cumplimiento global: 52,4%
- Criterios con mayor cumplimiento:
  - o Usuarios: satisfacción, participación y derechos. 73,4%
  - o Documentación clínica. 69,9%
  - o Estructura, equipamiento y proveedores. 69,5%.
- Criterios con menor cumplimiento:
  - o Profesionales: desarrollo y formación. 36,2%
  - o Resultados clave de la Organización: 52,4%
  - o Dirección: 53,8%

Resultados de certificación en AE:
- Cumplimiento global: 60,2%
- Criterios con mayor cumplimiento:
  - o Estructura, equipamiento y proveedores. 79,6%
  - o Usuarios: satisfacción, participación y derechos. 75.5%
  - o Documentación clínica. 72%
- Criterios con menor cumplimiento:
  - o Profesionales: desarrollo y formación. 43%
  - o Actividades de promoción y programas de salud. 54,3%
  - o Dirección: 55,6%

CONCLUSIONES: En primer lugar, se observan diferencias en el cumplimiento global en AP y AE. También se constata coincidencia en los criterios con mayor y menor cumplimiento en ambos ámbitos.
Como fortalezas, encontramos las estrategias desarrolladas para recoger y analizar la satisfacción de los usuarios, así como las medidas para garantizar sus derechos. De igual modo son fortalezas el trabajo desarrollado para normalizar y optimizar los registros de la historia clínica del paciente, garantizando su confidencialidad. Por último, destacar el trabajo desarrollado por mantener unas condiciones óptimas en las instalaciones y en el equipamiento.
En cuanto a las oportunidades de mejora, estas principalmente se centran en la necesidad de sistematizar procedimientos de desarrollo de los profesionales y la gestión de las Unidades.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención en salud, acreditación, resultados

1287 | Sistemas de Gestión

Sala 08 – Sesión: 9 – 20/10/2010, 12:40 h.

SISTEMA DE CALIDAD EN ÁREA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA, FORMACIÓN Y CALIDAD CERTIFICADO SEGÚN ISO 9001:2008

Llorente Parrado C (1), Rodríguez Cano T (2), Calahorra Fernández L (1), Armenteros Lechuga M (3), Gómez Arroyo M (4), León Martín A (5)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2) Subdirección Investigación, Docencia, Formación y Calidad (IDFYC), Hospital General Universitario de Ciudad Real. (3) Unidad de Calidad/ Formación, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (4) Unidad de Docencia, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (5) Unidad de Investigación, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVOS: La subdirección de Investigación, Docencia, Formación y Calidad (IDFYC) del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) es un área de gestión transversal, creada en 2006 con la misión de avanzar en un programa de mejora continua de la calidad, consolidar la actividad formativa y docente e impulsar la investigación como aspectos esenciales para el enriquecimiento de la calidad asistencial.

Para lograr su misión, el área IDFYC se marca como objetivo desarrollar e implantar un sistema de gestión de la calidad, con carácter transversal.

MATERIAL: Se establece un plan de trabajo en varias fases:
- Definición de marco general de IDFYC y de organigramas orgánicos y funcionales.
- Identificación y definición de procesos estratégicos, operativos y de apoyo. Mapa de procesos.
- Elaboración/ verificación de documentación y registros.
- Implantación y seguimiento del sistema.
- Evaluación de indicadores de procesos implantados y de la satisfacción de los clientes (profesionales).
- Auditoría interna del sistema y de las cuatro áreas de IDFYC.
- Revisión del sistema y planificación de objetivos.
- Auditoría de certificación.
- Seguimiento por el comité de calidad.

RESULTADOS: El área IDFYC, de acuerdo a su misión, implanta su sistema de gestión de la calidad en octubre de 2009. Este sistema se organiza en formato electrónico, a partir del mapa de procesos de IDFYC, mediante un sistema de hipervínculos con los siguientes apartados:

1. General: bienvenida, manual de calidad, política de calidad, procedimientos SGC, plan de formación, protección de datos, auditorías, comité de calidad, objetivos y revisión del sistema, documentación externa, estudios de opinión, proveedores, evaluación de indicadores y listados documentales y de registros.
2. Por áreas: organigrama, perfiles y funciones, formación, incidencias AP-AC, evaluación indicadores, procedimientos operativos y diseño y desarrollo.

La comunicación entre los profesionales de IDFYC se despliega a través del responsable de calidad y de los delegados de calidad de las áreas implicadas.

El sistema de calidad es certificado según norma ISO 9001:2008 en junio de 2010.

CONCLUSIONES: La implantación de un sistema de gestión de la calidad en el área IDFYC nos ha permitido alinear e integrar los procesos de formación, docencia, investigación y calidad del HGUCR de forma transversal, establecer un mecanismo de mejora continua a partir de la evaluación de indicadores, estudios de opinión, auditorías y detección de incidencias y desarrollar acciones de mejora en el seno del comité de calidad.
La certificación según norma ISO 9001:2008 es un incentivo para el seguimiento del sistema.

PALABRAS CLAVE: gestión de calidad, certificación, iso 9001

1302 | Sistemas de Gestión

Sala 08 – Sesión: 9 – 20/10/2010, 12:50 h.

MEJORA EN RECOGIDA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO PARASITOLÓGICO MEDIANTE IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS (NORMA ISO 9001:2008)

Pallarés M.A (1), Álvarez García P. (1), Formoso D (1), Sarmiento P. (1), García Campello M. (1)

(1) Servicio de Microbiología, Complexo Hospitalario de Pontevedra.

OBJETIVOS: Descripción de las medidas adoptadas para conseguir la reducción en el número de muestras con mala recogida para estudio de parásitos, procedentes de Atención Primaria, durante los años 2008 - 2009 cuando se pone en marcha la implantación de la norma ISO 9001:2008 en el laboratorio de Microbiología del Complexo Hospitalario de Pontevedra.

MATERIAL: Durante los años 2008-2009 se realizaron las siguientes actividades / responsables:

Año 2008 : Seguimiento de las incidencias detectadas en la recepción de la muestra. Se analiza el porcentaje de muestras de heces con mala recogida o conservación para el estudio parasitológico. (Responsable de Calidad / Facultativo Responsable del área Preanalítica / Supervisora)

Noviembre 2008 : Contacto con el responsable de área de Atención Primaria, Servicio de Suministros y distribuidor (Grifols) para acordar una presentación con embalaje de 25 envases de medio SAF . Supervisora.

Enero 2009: 1)Coordinación con el Servicio de Suministros para envío de medio SAF a los centros de Atención Primaria. Supervisora.

2)Comunicación y difusión del protocolo de recogida de heces para Estudio Parasitológico mediante correo electrónico y se facilita el acceso a la información mediante Intranet del Hospital. Responsable de Calidad / Responsable del área de Parasitología.

Febrero- Junio 2009:Seguimiento, análisis y comunicación activa de estas incidencias a los centros asociados, acompañadas del protocolo de recogida. Responsable de Calidad / Responsable del área de Parasitología.

RESULTADOS: El dato de partida en el porcentaje de incidencias detectado es de un 41,95% observando una notable mejoría en el período de seguimiento (primera reducción a 17,4% en el segundo trimestre del 2009).

Debido a que el objetivo marcado era la consecución de un 10%, se alarga el análisis durante los meses de verano y se logra un 7% final en Noviembre de 2009.

Distribución de medio SAF a los 21 centros de Atención Primaria del área con establecimiento del procedimiento de solicitud al servicio de suministros.

CONCLUSIONES: La implantación de un sistema de calidad ISO 9001:2008 permite la medición, análisis y corrección de errores en todas las fases, con especial énfasis en fase preanalítica donde se pueden crear procedimientos uniformes para recibir muestras representativas para el estudio solicitado.

Consideramos que difundir información acerca de toma de muestras y facilitar la llegada de material a centros de origen ha facilitado una mejor recogida por parte del paciente y mejora en la calidad de los resultados.

PALABRAS CLAVE: Preanalítica, ISO, Atención Primaria

1344 | Sistemas de Gestión

Sala 08 – Sesión: 9 – 20/10/2010, 13:00 h.

KIROZAINBIDE, INNOVANDO EN LA GESTIÓN DE CONOCIMIENTO ENFERMERO

Maestre Martínez M (1), Arteche Ferrero I (1), Gaztelu-Iturri Ortuoste A (1), Durán Diaz Del Real M (1), Barandica Bilbao A (1), Fernández Varela I (1)

(1) Quirófano, H. Galdakao-Usansolo. Osakidetza.

OBJETIVOS:
Kirozanbide es una herramienta informática que contiene un Manual de consulta interactivo online, que describe las actividades y cuidados de enfermería en el Área Quirúrgica del Hospital general de agudos Galdakao-Usansolo (HGU).

Basado en el software wikimedia, permite la gestión del conocimiento de enfermería, favoreciendo la seguridad y continuidad de los cuidados, porque sirve de herramienta docente, disminuye la variabilidad y aumenta la calidad de la atención.

OBJETIVO

Gestionar el Conocimiento enfermero para reducir la variabilidad en la práctica quirúrgica, mediante una herramienta que combine experiencia, evidencia científica y TICs.

MATERIAL:

• Utilización de técnicas cualitativas de consenso en un equipo de 25 personas, liderado por la supervisora.

• Ciclo PDCA:

P Se establece el cronograma de reuniones, y se marca la sistemática de trabajo y plazos de entrega.

Definición del grupo editor.

D Formación para edición wiki y multimedia

Comunicación en SESIONES para el HGU, direcciones de Enfermería de Osakidetza y utilización de otras herramientas de comunicación (intranet Osakidetza, Revista Galdakao, Revista Asepsia y Esterilización) así como la presentación a premios y otros foros.

C y A Revisiones semestrales para garantizar la actualización de contenidos.

Plan de gestión y memoria de evaluación anuales.

Evaluación mediante encuesta a usuarios del HGU y externos.

• Elección de la plataforma wikimedia por criterios de usabilidad y accesibilidad.

RESULTADOS: Se identifican 9 bloques temáticos principales y los artículos que componen cada bloque, asignando autores a cada bloque. Los autores elaboran artículos que se editan y se someten a discusión y revisión.

El estado actual es de cuatro bloques concluidos, tres en desarrollo avanzado y dos iniciados.

Los resultados de percepción de los usuarios se monitorizan mediante una encuesta de satisfacción.

Kirozainbide se utiliza como plataforma de docencia para alumnas pregrado (12 alumnas / año), postgrado (15 alumnas / año) y personal de nueva incorporación (8 incorporaciones en 2009)

CONCLUSIONES: Se ha obtenido una herramienta que conjuga evidencia científica, experiencia y TICs, permitiendo mejorar la adecuación de la práctica enfermera.

Ha favorecido el empowerment y la estimulación del talento creativo.

El formato wiki permite la edición autónoma por los autores.

Se establece una relación de mutuo beneficio entre Kirozainbide y la gestión por procesos, en lo que a la gestión del conocimiento se refiere.

Es una idea innovadora que refuerza la cultura de la excelencia y de la innovación.

Es versátil y aplicable a otros procesos y profesionales.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, multimedia, online

1368 | Sistemas de Gestión

Sala 08 – Sesión: 9 – 20/10/2010, 13:10 h.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS DESDE URGENCIAS EN EL HOSPITAL TXAGORRITXU

Lamiquiz-Linares E (1), Garitano-Tellería B (1), Lopetegui-Eraso P (2), Bustamante-Vega R (2), Baz-Carranza R (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Txagorritxu. (2) Urgencias, Hospital Txagorritxu.

OBJETIVOS: Cuantificar las admisiones inapropiadas en pacientes adultos desde Urgencias

Identificar las razones de ingresos inapropiados

Establecer el nivel de cuidados requerido por el paciente y las razones por las que este nivel no se aplica.

MATERIAL: Estudio observacional retrospectivo.

Población a estudio: pacientes ingresados desde Urgencias generales en mayo de 2009 (excluyendo urgencias pediátricas y de obstetricia y ginecología)

Evaluación de la adecuación de los ingresos utilizando la Versión Europea del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

Revisión de la Historia Clínica (HC) por dos evaluadores independientes expertos.

Variables recogidas: edad, sexo, turno, fecha de ingreso y alta, día de la semana, servicio de ingreso, adecuación del ingreso; criterios de adecuación; en ingresos inadecuados: causa de inadecuación y nivel de cuidados requeridos.

Ingreso inadecuado: cuando ninguno de los criterios establecidos por el AEP estaba documentado en la HC.

En una segunda fase, todos los ingresos inadecuados fueron revisados por un facultativo de Urgencias que confirmó o no la inadecuación (chequeo de criterios extraordinarios)

Análisis estadístico mediante SPSS v. 16.

RESULTADOS: Revisión de 233 urgencias ingresadas. 54,5% Hombres; 45,5% Mujeres. Edad media: 64,77.

Tasa de inadecuación: 5,2%. Inadecuación por sexo: hombres: 5,5%; mujeres: 4,7%.

Criterios de adecuación más frecuentes: criterio 11 (32,1%), criterio 3 (10,4%) y criterio 12 (10,9%).

Causas de inadecuación más frecuentes: evitar tiempo de espera para pruebas como paciente externo (41,7%), problemas sociales (16,7%)

No relación de la inadecuación con edad, sexo, turno, día de la semana, especialidad.

Nivel de cuidados requerido: 58,3%;consultas externas especializadas; 8,3% Salud mental; 8,3% Trabajadora social; 8,3% centro de crónicos.

CONCLUSIONES:

– Resultados similares a estudios anteriores en lo referente a: baja tasa de inadecuación, causas de adecuación e inadecuación y factores influyentes.

– El AEP permite un screening ágil

– Implicación de los facultativos en la gestión con datos

PALABRAS CLAVE: adecuación de ingresos, adecuación de estancias, evaluacion

1473 | Sistemas de Gestión

Sala 08 – Sesión: 9 – 20/10/2010, 13:20 h.

MODELO EFQM EN EL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO (HGU), 14 AÑOS DE EXPERIENCIA

Rabanal-Retolaza S (1), Gallego-Camiña I (2), Chueca-Ajuria A (2), Toro-Sánchez L (2), Villa-Valle R (2), Larrea-Zarate, I (1)

(1) Dirección Gerencia, Hospital Galdakao-Usansolo (Ospitalea). (2) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo (Ospitalea).

OBJETIVOS: Desarrollar el Modelo de gestión del Hospital de Galdakao-Usansolo (HGU) basado en el Modelo de Excelencia EFQM.

MATERIAL: El Modelo EFQM es un marco de trabajo no prescriptivo, basado en 8 conceptos fundamentales, apoyado en 9 criterios que permiten su puesta en práctica, y con una herramienta de evaluación (Matriz REDER) que facilita el aprendizaje, la creatividad e innovación.

RESULTADOS: En el 96 el HGU adoptaba el Modelo EFQM como referente en la gestión. Consecuencia de su recorrido ha sido la consecución en el 2007 de la Q Plata de Calidad (+400) que otorga la Fundación Vasca para la Excelencia y en 2009 la Q Oro (+500). Hitos; el nacimiento del Sistema de Calidad según ISO 9001:2000 en 2001. En el 2003 comenzamos a certificar los procesos, hasta hoy en día, en el que el 98% de los procesos están certificados. Así mismo, el compromiso con la Responsabilidad Social Corporativa (verificación GRI A+), la certificación ISO 14001, así como la apuesta por la Innovación y Creatividad con la certificación de Innovación (ISO 166.002) el pasado año 2009, pueden dar idea del despliegue del modelo. En la práctica el HGU ha desplegado; a) Liderazgo: definición y evaluación de competencias (media 6,8), b) Estrategia: aplicación de la Autoevaluación de Innovación y de RSC, desarrollo de una estrategia de RSC y del Plan de Innovación del HGU. Innovación en las fuentes de información como el Mystery Shopper y Grupos Focales. Diseño de encuestas a sociedad y proveedores. c) Personas: planificación de la formación, reconocimiento y comunicación interna. d) Alianzas y recursos: sistematización de procesos como tecnología y conocimiento, entre otros, así como impulso de la gestión medioambiental. e) Gestión por procesos: apuesta por un modelo de descentralización en la gestión. Aumento del porcentaje de personas implicadas en procesos (8,5%-2003, 24%-2010). Indicadores: satisfacción de los clientes por encima del 98,7%, satisfacción de las personas (paso de 4,0 en 2003 a 5,16 en 2008), la sociedad nos valora con un 8,12 y los resultados clave como la estancia media (4,94) y reingresos (6,33) alcanzan resultados excelentes.

CONCLUSIONES: 1) El Modelo EFQM como modelo de gestión mejora los resultados. 2) El paraguas del modelo recoge los conceptos más avanzados en la gestión; RSC, Innovación, creatividad, etc. 3) Las claves del éxito: implicación de las personas y liderazgo de la Dirección. 4) Cultura organizativa implicada con la mejora, innovación y gestión del cambio. 5) Evaluación externa: elemento cohesionador.

PALABRAS CLAVE: EFQM, Calidad Total, Gestión

1498 | Sistemas de Gestión

Sala 08 – Sesión: 9 – 20/10/2010, 13:30 h.

MODELO DE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN PRIMÁRIA. EXPERIENCIA DEL DISEÑO DEL MODELO EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

Davins Miralles, J (1), Gens Barberà, M (2), Lòpèz Viñas, Ll (1), Costa Vilar, N (1), Guzmàn Sebastià, R (1), Tirvió Gran, C (1)

(1) Dirección General de Recursos Sanitarios, Departament de Salut Generalitat de Catalunya. (2) EAP Salou, Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

OBJETIVOS: Diseñar el modelo de acreditación aplicable a Equipos de Atención Primaria propuesto por la Administración sanitària

MATERIAL: Propuesta técnica de estándares basada en el Modelo EFQM y el modelo de acreditación propuesto por la Joint Commission (comisión técnica de expertos).

Consenso mediante grupo de trabajo multidisciplinar, formado por representantes de las instituciones proveedoras de Atención Primaria, expertos en calidad y en modelos de acreditación (septiembre 2009-mayo 2010)

Reuniones cada mes para consenso de estándares con el grupo de trabajo.

Pilotaje del modelo (julio 2010-octubre 2010)

Proyecto de implantación (Octubre 2010-Mayo 2011)

Implantación del mismo

RESULTADOS: En estos momentos se dispone ya del total de estándares consensuados con el grupo de trabajo. El modelo sigue la estructura propuesta por la European Foundation for Quality Management, 9 criterios, con sus correspondientes subcriterios.

Del total de de 653 estándares propuestos al grupo de trabajo por el comité técnico, se han seleccionado como estándares esenciales un total de 440 que se reparten de la siguiente manera:

- liderazgo 40 estándares esenciales y 11 no esenciales;
- planificación 25 esenciales y 7 no esenciales;
- gestión de personas 46 esenciales y 19 no esenciales;
- alianzas y recursos 47 esenciales y 26 no esenciales;
- procesos 170 esenciales y 31 no esenciales;
- resultados en clientes 14 esenciales y 2 no esenciales;
- resultados en personas 20 esenciales y 26 no esenciales;
- resultados en la sociedad 4 esenciales y 0 no esenciales;
- resultados clave 74 esenciales y 40 no esenciales.

CONCLUSIONES: Disponemos en nuestra Comunidad Autónoma de un modelo que promociona la excelencia en los equipos de Atención Primaria. Asimismo, el modelo permite establecer en los contratos de compra de servicios, un nivel de calidad que garantiza al ciudadano que serán atendidos en servicios públicos que cumplen con estándares propuestos por la administración sanitaria, garante de la calidad de servicios.

PALABRAS CLAVE: Acreditación, Excelencia, Gestión

1568 | Sistemas de Gestión

Sala 08 – Sesión: 9 – 20/10/2010, 13:40 h.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD MEDIANTE ESTÁNDARES ESPECÍFICOS EN UN SERVICIO DE TRASFUSIÓN

Gómez De Merodio Sarri R (1), Polo Parada A (1), Sevilla Navarro J (2), Herreros López P (3), Ruíz Pato J (3), Cucarella Galiana M (4)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (2) Servicio de TRASFUSIÓN, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (3) Servicio de Oncohematología, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (4) Dirección médica, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

OBJETIVOS: Acreditar el Servicio de Transfusión según Estándares en transfusión sanguínea (CAT) mediante la implantación de un sistema de gestión de calidad.

Normalizar un proceso crítico de soporte para la unidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos.

MATERIAL: Se creó un comité de calidad encargado de velar por la correcta implantación y adecuado seguimiento de los estándares en trasfusión; ha llevado a cabo 14 reuniones (19 horas) desde su creación hasta primera auditoría interna.

La unidad de calidad crea los grupos de trabajo, coordina las actividades y establece objetivos.

Se mantuvieron 8 jornadas de asesoramiento externo con una duración de 7 horas cada una (total 56 horas).

Se emplearon 106 horas en el seguimento y coordinación de los grupos de trabajo.

Se emplearon, con los responsables de procesos de soporte, un total de 23 horas.

La Dirección de Calidad mantuvo reuniones con jefes de servicio responsables de procesos estratégicos y de soporte (total 51 horas)

Se dedicaron 13 horas a la preparación y entrenamiento en auditoría interna, la cual duró 8 horas y media.

Se elaboró, aprobó e implantó el sistema de gestión documental.

Se incorpora la figura de un técnico de calidad con el que se trabaja de forma conjunta (total de 40 horas).

RESULTADOS: Se ha consolidado el funcionamiento del Comité de Calidad, el cual se reúne bimensualmente.

Se ha generado el Sistema Documental de Calidad, el cual consta de: 7 documentos principales, 14 Procedimientos Generales, 8 Definiciones de puesto de trabajo, 63 Procedimientos normalizados de trabajo, 103 impresos, 7 consentimientos informados y un anexo.

Resultados de auditoría interna: 5 no conformidades, 13 observaciones,10 puntos fuertes y 11 oportunidades de mejora y con un grado de conformidad del sistema de gestión de la calidad como APTO para conseguir los objetivos fijados, satisfacer los requisitos de cliente, de la norma CAT y de la norma UNE-EN-ISO 9001:2008

CONCLUSIONES: La acreditación supone una motivación para el personal y un reto para mejorar día a día.

Optimiza la metodología de trabajo: unifica criterios y sistematiza los procesos.

Mejora de relación entre los diferentes departamentos que intervienen en los procesos (cliente interno)

Establece medidas de control y preventivas de error en el proceso crítico de trasfusión sanguínea.

PALABRAS CLAVE: TRASFUSIÓN, ESTÁNDARES, ACREDITACIÓN

1630 | Sistemas de Gestión

Sala 08 – Sesión: 9 – 20/10/2010, 14:00 h.

IMPORTANCIA DE MEJORAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA RECOGIDA EN EL INFORME DE ALTA

García - Sánchez FJ (1), Checa - Amaro MI (2), Graña - García E (3), Ybarra - Martín V (3), Herrero - Herrero S (3), Castillo - Fernández V (3)

(1) Admisión y Documentación Clínica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Análisis de la Información, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Codificación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

OBJETIVOS: Recuperar el máximo de información recogida en la historia clínica electrónica (HCE) e incrementar el peso de la casuística del hospital.

MATERIAL: Estudio retrospectivo. Periodo de estudio: noviembre y diciembre 2009. Se plantea la verificación de los GRD's no complicados y de aquellos procesos en los que el numero de estancias excediera a la media del GRD.

Esta revisión se realiza por los cuatro codificadores de la Unidad, de forma aleatoria, y mediante la comprobación de los datos recogidos en la HCE, incluyendo evolución medica y de enfermería.

RESULTADOS: Del total de 1748 altas habidas en el mes de noviembre, se revisaron 131 procesos (7,5% del total de altas producidas en el mes), mientras que en el mes de diciembre se revisaron 154 procesos de las 1821 altas (8,4 %). De los 131 procesos recodificados en noviembre, 21 cambiaron de GRD y en 17 de ellos se produjo un incremento del peso, fundamentalmente por pasar de ser GRDs sin complicaciones a GRDs con complicación o complicación mayor. En 4 de ellos se produce una disminución del peso motivada por el criterio establecido de indizar los casos de Gripe H1N1 como Diagnóstico Principal. En diciembre de los 154 casos, se modifico el GRD en 36 de los cuales 35 producían incremento del peso y solo 1 disminuía.

CONCLUSIONES: la revisión del CMBD de estos meses ha permitido confirmar que la información que se recoge en los informes de alta no incorpora datos relevantes del proceso que si son recogidos en la evolución y notas de enfermería y, por otro, ha producido un incremento de 1 centésima en el peso medio en las altas de noviembre y 345 centésimas en diciembre, lo que ha supuesto un incremento en la facturación de estos dos meses próximo a los 175.000 euros.

La modificación realizada en los criterios de codificación, al tener que considerar la gripe H1N1 como diagnóstico principal, ha generado una importante disminución en el peso, sobre todo, en el mes de noviembre pues solamente en dos de los casos revisados el peso paso de ser de 11,4140 a 1,8626 lo que provoco que el aumento del mes de noviembre fuera menor al esperado.

PALABRAS CLAVE: GRDs, Información Clínica, Case-mix

599 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 15:40 h.

TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS

Diaz -Beloso R (1)

(1) Sanidade, Hospitalización psiquaitrica de agudos. Meixoeiro .CHUVI, Xunta. Sergas.

OBJETIVOS:

El objetivo fundamental de esta experiencia fue proyectar un material audiovisual ante un grupo de pacientes que describe la vida del protagonista en varias etapas de su vida, diagnosticado de una enfermedad mental para potenciar la conciencia de enfermedad, clarificar que la salud mental es multifactorial: afectividad, resiliencia, y reconocer signos iniciales de la enfermedad

MATERIAL:

Descriptivo: Media edad 35 años. Sexo 3 H y 3 M Diagnósticos Clínico:3 trast. Bipolar,2 esquizofrenia, 1 trast. por ideas delirantes.

Recursos:proyector,material oficina,sala con pizarra y enfermera especialista y/o experiencia salud mental y dinamica grupal.

Explicación del objetivo y desarrollo del taller a los 6 pacientes reunidos , utilizando como herramienta terapéutica la proyección de los videos " La vida por delante "y "La crisis"

Proyeccion del video " La vida por delante" aplicando el cuestionario específico, con preguntas cortas, para conocer sus experiencias y percepción de las proyecciones, de forma abreviada

Escribir respuestas en soporte pizarra. Reflexión personal y grupal sobre las respuestas.

Intervención del profesional de enfermería aclarando aquellos conceptos que surgan, utilizando como herramienta fundamental la interacción con los pacientes

Se repite lo mismo con el segundo video

RESULTADOS: Los conceptos obtenidos del cuestionario del primer video fueron:normalidad, aislamiento .síntoma negativo, estigma, conciencia de enfermedad,ansiedad-depresión, conflictos familiares

Los obtenidos del segundo video: hospitalización y medicación como ayuda, cumplimiento terapéutico, educación en salud, autoestima,Esquizofrenia,realidad distorionada,estrés,crisis

CONCLUSIONES: Facilitar la expresión y reconocimiento de conceptos y emociones que identifican mejor de forma visual, que oral debido a síntomas como: déficit de introspección ,efectos secundarios de la medicación.

Se potencia la conciencia de enfermedad ,ya que los pacientes explican sus síntomas y experiencias en primera persona

- Fomentar una visión positiva de futuro
- Como conclusión los pacientes pensaron un título alternativo que resumiera sus impresiones de los videos proyectados Título Una historia por delante: el problema de mauro, el comienzo ,la historia de mi vida ,una vida cotidiana, mauro y su vida.
- Títulos crisis: la ilusión ,mauro en su mundo, el renacer,progresando, abriendo paso en la vida, historia de un dolor

PALABRAS CLAVE: esquizofrenia, psicosis, educación

625 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 15:50 h.

FORMACIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PARA LA ADOPCIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA.

Clara Abellán (1), M.José Muñoz (2), Jose Estrada (3), Nieves Izquierdo (4), Lola Martín (4), Mercedes M-Novillo (5)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Alicante. (2) Adjunta de Enfermería, Hospital General Universitario de Alicante. (3) Cirujano, coordinador de quirófano, Hospital General Universitario de Alicante. (4) Supervisora de Área, Hospital General Universitario de Alicante. (5) Directora Médica, Hospital General Universitario de Alicante.

OBJETIVOS:

1.Adoptar la lista de verificación con un pilotaje en 8 quirófanos.

2. Implantar una cultura de seguridad en los profesionales sanitarios de quirófano mediante la formación.

3. Adaptar la lista al entorno del hospital.

4. Implantar la lista en todos los quirófanos.

5. Evaluar los resultados comparativos tras la formación.

MATERIAL: Se realizaron 12 talleres para facultativos "ventajas de la lista de verificación quirúrgica" y 10 para enfermería de 1 hora. Contenido: Generalidades sobre seguridad del paciente, efectos adversos relacionados con la medicación e identificación de pacientes, Lista de verificación de seguridad quirúrgica. Se realizó una evaluación de conocimientos y actitudes al inicio del taller y otra de satisfacción al final. Se modifica la documentación de quirófano para evitar duplicidades y se acuerda la firma de anestesiólogos y cirujanos.

RESULTADOS: Realizaron los talleres el 95% de los facultativos del área quirúrgica y el 99% de enfermeros. El 75% de los profesionales enfermeros tenía más de 16 años de experiencia. El 51% no conocían la Lista de verificación. Sólo la habían utilizado el 30%. La cumplimentación de los 22 indicadores completa, pasa de un 70% a un 89,2%, de la 1ª fase " Antes Inducción" del 76% al 91,1%, la 2ª "Antes Incisión" del 81% al 98,4% y la 3ª "Antes Salida" del 83% al 98,7%. Antes de la formación firmaban los profesionales de enfermería, tras la formación de facultativos la firma de los 3 responsables (Cirujano, Anestesiólogo y Enfermería), es del 95%.

CONCLUSIONES: Al acabar los talleres: más del 90% opina que es de interés para su actividad profesional, lo recomendaría, el contenido es adecuado, está satisfecho de realizarlo y lo valora como muy adecuado. La cumplimentación ha mejorado. La formación a profesionales del equipo quirúrgico ha conseguido: Sensibilizar y reforzar las prácticas seguras y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo.

PALABRAS CLAVE: Lista de verificación quirúrgica, formación, equipo quirúrgico

649 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 16:00 h.

INDICADOR DE CONFIANZA DE LOS MÉDICOS (ICM)

Fornieles-Pérez H. (1), Marín-Gámez N. (1), Lago Andrés Mª V. (1), Durban-Reguera Fco. (1), Ataz-López P. (1)

(1) Sindicato Médico de Almería , CH Torrecárdenas. SAS. SSPA.

OBJETIVOS: Una empresa tiene como verdadera identidad aquella que subyace en la opinión de las personas que trabajan en ella. Líderes y directivos han de reflexionar periódicamente sobre el grado de satisfacción de sus empleados, de cuyo rendimiento dependen los resultados deseados. Los planes estratégicos abordan el futuro de las organizaciones y pretenden ir "por delante" de la realidad diseñando para ello estrategias sobre las dimensiones, digamos, nucleares. Pero los planes estratégicos y la realidad no suelen ir de la mano. Un índice (o indicador) de sentimiento, de confianza, puede expresar la realidad percibida en base a los hechos vividos. No nos consta la existencia de este indicador. Presentamos el Indice de Confianza de Médicos.

MATERIAL: ICM es un índice sintético estructurado, con expresión analógica-cuantitativa, que se erige desde la información dada por los facultativos obtenida a través de una intervención tipo cuestionario en un tiempo dado. Tamaño muestral: Universo de 40 servicios-unidades en tres áreas funcionales (finalistas, clínicos de apoyo al diagnóstico, administración-gestión). Se han obtenidodo160 respuestas validadas, y 16 excluidas, que es una representación diversa de los FEAs (unidades y servicios), predominio de los clínicos (83%) y de mujeres (56%), en un tiempo definido (primavera 2008-primavera 2010). Periodicidad: trimestral. Las Dimensiones fueron: Volumen de trabajo. Naturaleza del trabajo. Respeto –sentimiento- percibido. Desarrollo profesional continuado (formación, competencias, carrera profesional). Conciliación laboral-familiar-ocio. Rating: Cada dimensión se valoró cualitativamente como "peor", "igual" o "mejor".

RESULTADOS: Gráfico: "serie temporal 2 años del Indicador sintético de confianza médicos" (ICM de 1 a 10 puntos, siendo 1 la menor puntuación)

El ICM 08-09 muestra un valor medio de 4,97, siendo el valor de partida de 4,2 puntos, el peor 3,8, el máximo 5,2, y una dispersión escasa, (sd: +/-1,21; rango 3-7.5).

Conciliación. Los facultativos perciben dificultades para conciliar tiempo laboral, ocio y familia entre el 70%-80% de encuestados y estiman que éste aspecto esencial de sus vidas ha empeorado sobre los datos de abril 08. Volumen de trabajo ("cargas"): en abril el 60% contestó que esta dimensión estaba peor, ahora el descontento sube al 70% que creen que empeoran las cargas laborales asignadas. Desarrollo profesional Continuado: tanto en abril-08 como en la 1ª quincena de enero 10 entre el 60%-65% de los encuestados dijeron estar peor, percibir negativamente sus posibilidades de desarrollo, la valoración, pues, con tendencia negativa, no ha cambiado sustancialmente.

Autonomía –nivel o libertad de – para las actividades laborales y Respeto percibido (pacientes, familiares, trabajadores…) son las dimensiones que mejores resultados ofrecen a lo largo de la serie temporal: el 40% dijo que su autonomía no había variado, y entre el 30% y el 20% que mejoró; en cuanto al respeto, casi un tercio de los casos (33%) cree que ha mejorado y algo más que sigue igual.

CONCLUSIONES: El ICM describe una tendencia lateral después de haber tocado fondo en 2008, y durante 2 años se comporta de un modo consistente.

La conciliación vida familiar, ocio y trabajo NECESITAN MEJORAR.

El volumen de trabajo, también. Los médicos desean que mejore netamente sus posibilidades de desarrollo profesional, y es razonable dirigir esfuerzos en este sentido dado que ello aumenta la productividad y los resultados. El médico medio coloca la autonomía en el 4º lugar y cree que, siendo mejorable, no ha empeorado. Finalmente, parece mejorar levemente el respeto percibido en un tercio de los casos.

El ICM es un instrumento potencialmente útil. Naturalmente no pretendemos hacer una inferencia a otros contextos, tal vez muy diferentes. No sabemos si puede, además, anticipar expectativas o pulsar escenarios futuros. ICM probablemente permita aproximarse a las expectativas e intenciones laborales apoyándose en el sentimiento vivido y la propia percepción actual del entorno –o dimensiones en este caso- sociolaboral, el empleo, la economía familiar y el bienestar. Esto es importante pues sirve para interpretar y predecir la evolución del clima de sentimiento médico en el entorno sanitario publico dado. Aunque hay muchas opiniones sobre la utilidad de los llamados Indices de Confianza parece claro que las instituciones, organizaciones, corporaciones y gobiernos le prestan atención.

PALABRAS CLAVE: indicador de sentimiento, indicador de confianza, plan estratégico

672 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 16:10 h.

INCIDENCIA DE SANGRADOS EN HOMBRES Y MUJERES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO CON TRIPLE ANTIAGREGACIÓN

Eibe Mandiá MV (1), Castromán-Souto MJ (1), Outes-Velay MB (1), Neiro-Rey MC (1), Arufe-Manteiga MI (1)

(1) Cardiología, CHUS.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia de complicaciones hemorrágicas en las primeras 24 horas tras la coronariografía, en los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) a los que se les administró triple terapia antiagregante (Aas, Plavix, además un inhibidor de la glicoproteína IIb/IIIa (Inh GP IIb/IIIa)) y si existieron diferencias entre hombres y mujeres.

MATERIAL: Se incluyeron de forma consecutiva 198 pacientes con SCA de alto riesgo a los que se realizó ICP entre Julio del 2009 a Mayo del 2010. Se definió hemorragia como la presencia de sangrado cerebral, o a nivel del tracto digestivo o pulmonar, así como el sangrado gingival o nasal, la presencia de hematuria o desarrollo de hematoma mayor de 10 cm en la zona de punción y la caída de la Hb mayor de 3gr tras la ICP. Se estudió la variable edad, sexo y antecedentes personales.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 67.3 (rango 33-89). Siendo el 77.7% varones y el 22% mujeres. Recibieron triple terapia antiagregante 89 pacientes (44.9%) frente a 101 (51%) que sólo recibieron AAS y clopidogrel. En total, presentaron hemorragia el 17.6% (35 pacientes) de la muestra. Al analizar por subgrupos ésta fue de 10.6% (21 pacientes) en los pacientes que no recibieron Inhibidores GP IIb/IIIa y del 7% (14 pacientes) en el grupo tratado con ellos, de los cuales fueron hombres 12 (7.8%) y mujeres 2 (4.5%).

CONCLUSIONES: El uso de Inh GP IIb/IIIa en el SCA de alto riesgo no aumentó la incidencia de complicaciones hemorrágicas mostrando incluso una tendencia a presentar menos eventos, presentando más complicaciones hemorragicas los hombres que las mujeres.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia, Sexo, Coronariografía

700 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 16:20 h.

APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN HEMODIÁLISIS.

Fulquet M (1), Esteve V. (2), Pou M. (2), Duarte V. (2), Ramirez De Arellano M. (2), Ruiz R. (3)

(1) Servicio de Nefrologia, Hospital de Terrassa. (2) Nefrologia, Consorci Sanitari de Terrasa. (3) Gestión de la ACalidad, Consorci Sanitari de Terrasa.

OBJETIVOS: *Introducción*: El Grupo de trabajo de Gestión de Calidad de la Sociedad Española de Nefrologia (S.E.N) ha diseñado unos indicadores de calidad a fin de conseguir estándares aplicables a nivel nacional que permitan mejorar la atención a los pacientes en hemodiálisis (HD).

Objetivos: 1.- Evaluar la utilidad de trabajar mediante objetivos predeterminados periódicamente e implementar actividades de mejora 2.- Mejorar la actividad asitencial en hemodiálisis mediante indicadores de calidad del grupo S.E.N del metabolismo calcio-fósforo. Mejorar el % de pacientes: a) con Ca entre 8,4 y 9,5 mg/l. b).- con fósforo entre 3,5 y 5,5 mg/dl c).- PTH-i entre 150 y 300 pg/ml d).- con quelantes cálcicos y sevelamer.

MATERIAL: Material y métodos: 1.- Estudio longitudinal de un año de seguimiento de los pacientes en hemodiàlisis: 66 pacientes en HD (42% hombres), edad media de 67.5 años y tiempo de permanencia en HD de 59.8 meses. Principal etiología IRCT: DM en un 32%. Un 42% del pacientes tenía una edad > 75 años y el índice de Charlson modificado era 8.5. Controles (laboratorio i tratamientos) realizados con periodicidad trimestral. 2.- Actuación sobre pacientes que no cumplen criterio del grupo de indicadores de calidad S.E.N. 3.- Evaluación intervenciones y resultados .

RESULTADOS: Resultados: Expresados en % (1º trimestre vs 4º trimestre): Ca 8,4 - 9,5 mg/dl (43.75 vs 64.62), fósforo 3,5 - 5,5 mg/dl (46.88 vs 61.54), PTH-i entre 150 - 300 pg/ml (30.16 vs 42.19). Los objetivos en cuanto al % pacientes con quelantes cálcicos y sevelamer, pese a la mejoría (42.62 vs 40.32 quelantes cálcicos; 49.18 vs 53.23 sevelamer) no consiguieron entrar dentro de los rangos óptimos propuestos por el grupo de calidad SEN. Durante el seguimiento no se hicieron modificaciones significativas respeto a la duración y baño càlcico de las SESIONES de HD ni al tratamiento con vitamina D. No obstante, se incrementó el % de pacientes con calcimiméticos (9.6 %), quelantes alúminicos (3.2%) y carbonato de lantano (19,5%)

CONCLUSIONES:

1.- Se alcanzaron los objetivos de indicadores de calidad SEN en la totalidad de los parametros analiticos

2.- En el periodo de seguimiento, la elaboración de objetivos predeterminados y la aplicación de medidas correctoras en función de indicadores de calidad han sido útiles para mejorar los resultados en las alteraciones del metabolismo calcio-fósforo y la calidad asitencial en hemodiálisis.

3.- Implementación de los indicadores dentro de los procesos del sistema de gestión de calidad de hemodiàlisis que estamos elaborando.

PALABRAS CLAVE: INDICADORES, CALIDAD, HEMODIALISI

720 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 16:30 h.

ANÁLISIS DE NECESIDADES REALES/PERCIBIDAS DE LOS CUIDADORES/AS FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS: UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR.

Ramírez-López E (1), Castañeda-Palma MA (2), Asensio-Pérez MR (2), Reina-Perelló V (3), Blamco-Piñéro N (4), Sumariva-López MJ (4)

(1) Unidad de Atención al Cuidador, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Enfermera gestora de casos hospitalaria, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (3) CCEE Oftalmología , Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (4) Unidad de psicología Clínica, Facultad de Medicina, Uniiversidad de Sevilla.

OBJETIVOS: 1.Valorar las necesidades reales y percibidas de los cuidadores/as.
2.Determinar las características socio-demográficas y emocionales de los cuidadores/as de pacientes dependientes durante la hospitalización.
3.Analizar las manifestaciones afectivas que caracterizan su sufrimiento emocional.
4.Evaluar los efectos físicos y psicológicos de la hospitalización en los cuidadores/as.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal de evaluación de los cuidadores/as, mediante distintas escalas, cuestionarios y tests validados.
Material:
Estructurado en:
1.Evaluación enfermera: grado de dependencia del enfermo, salud del cuidador/a, conocimientos sobre la enfermedad del paciente y expectativas ante la vuelta a casa.
2.Evaluación psicológica: grado de ansiedad/depresión y percepción de capacitación para afrontar el cuidado.
Método:
Proyecto en curso, del cual han sido evaluados hasta ahora 43 sujetos.
Muestra: se estiman 60 cuidadores/as elegidos por muestreo consecutivo. Captada a través de la Unidad de Atención al Cuidador en plantas de Medicina Interna, Paliativos y Unidad de Media y Larga Estancia del HU Virgen Macarena y Área.
Criterios de inclusión:
Cuidadoras familiares de pacientes dependientes (Barthel =ó< de 60)hospitalizados.
Acompañamiento continuo del paciente o durante más de 10h al día, en un ingreso prolongado (siempre >48 h).
Que acceden voluntariamente a participar en el estudio.
Análisis de datos: tests de estadística descriptiva e inferencial.

RESULTADOS: *-Sociodemográficos*:
Edad media cuidador: 56 años.
81'4% mujer.
76'7% casados.
>2 años cuidando del familiar: 37'2%.
-Datos sobre el cuidado:
46'5% esposa, 37'2%hija.
93%cree que necesita supervisión permanente.
-Responsabilidades atribuidas: 79'1%

CONCLUSIONES: La situación de cuidado durante la hospitalización, implica cambios en el estilo de vida del/la cuidador/a y en su salud física y emocional. Estos efectos incidirán negativamente en la percepción de bienestar personal del/la cuidador/a y en la calidad de los cuidados que aportará, obteniendo conclusiones en estos dos sentidos:
1.Tárea de cuidado:
Alto sentido de responsabilidad.
Asignación de elevado número de táreas de cuidado.
Mayor conocimiento de su rol y menor conocimiento de la enfermedad del paciente.
2.Repercusión en el cuidador/a:
Presencia de ánimo depresivo y ansioso, con baja prevalencia de sintomatología de carácter clínico.
Expresión y apoyo emocional como medio de afrontamiento.
Disposición resolutiva, aunque no identifica recursos para ello, utilizando como estrategias de afrontamiento: expresión emocional, resolución de problemas, pensamiento desiderativo y apoyo social.

PALABRAS CLAVE: cuidadores, necesidades, emociones

761 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 16:40 h.

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROTOCOLO BASADO EN EL TRABAJO COLABORATIVO

Habas- Pérez, JC (1), Guerrero-García, MJ (1), Osuna-Corredera, M (2), Pérez Del Villar, JM (3), Fajardo De la Fuente, M (2), Morales-Prieto, JM (4)

(1) Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena. (2) Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, HU Virgen Macarena. (3) ZBS de la Sierra. Matrona, Sistema Andaluz de Salud. (4) Atención Primaria. Matrona, Sistema Andaluz de Salud.

OBJETIVOS: Implementar y evaluar un protocolo de fomento de la lactancia materna (LM) que contemple una estrategia de continuidad de cuidados

MATERIAL: Se aborda la implementación y evaluación de la efectividad de un protocolo de fomento de la LM, siguiendo los principios de la Investigación Acción Participativa (IAP). Así se garantiza la implicación de usuarias y profesionales de distintos perfiles en todo el proceso. Para implementar el protocolo se realizó un taller sobre la aplicación del protocolo, se pilotó durante 3 semanas, se evaluó la adhesión a la LM durante el mismo y la satisfacción de las profesionales y se incorporaron innovaciones para asegurar su adaptación al contexto. Para evaluar la efectividad durante la aplicación se comparan los resultados del grupo control y experimental aplicándose una metodología cuantitativa y cualitativa. Respecto a la primera se mide la adhesión a la LM al mes, a los tres y a los seis meses tras el nacimiento del bebé. Para la evaluación cualitativa se están realizando grupos focales con las madres y profesionales

RESULTADOS: Los resultados de los 4 primeros meses de aplicación del protocolo muestran que en la zona control y experimental predomina la LM mixta. En la zona control, al mes tras el nacimiento hay un mismo porcentaje de mujeres que proporcionan LM exclusiva y que no lactan (34,2%). En este mismo momento, en la zona experimental, hay un mayor porcentaje de mujeres que proporcionan LM exclusiva (51,8%). Los resultados del grupo focal de madres muestran algunos factores que hacen que se abandone la LM; presión familiar, tiempo de dedicación y pérdida inicial de peso del bebé. Valoran que la actuación de los profesionales depende de los turnos, que en ocasiones se ofrecen biberones con facilidad y a veces no se facilita información sobre el proceso de subida de la leche, la postura idónea para lactar o la forma de estimulación del pezón. Además mencionan las dificultades laborales para continuar con la LM. En el grupo focal de profesionales se mencionan las dificultades de aplicar el protocolo por la presión asistencial y la necesidad de más información sobre el proceso de seguimiento de la LM

CONCLUSIONES: La IAP facilita la aplicación del protocolo, incrementa los conocimientos, habilidades y cohesión grupal. Los primeros resultados indican la necesidad de incrementar los niveles de LM exclusiva al nacimiento y un mayor porcentaje de LM exclusiva en las zonas experimentales respecto a las control

PALABRAS CLAVE: protocolo, lactancia materna, implementación y evaluación

828 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 16:50 h.

MONITORIZACIÓN DE LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL COMARCAL

Martínez- López MA (1), Vázquez- López MI (2), Pérez- Rodríguez MT (3), Castro- Fernández I (4)

(1) Calidad y Docencia, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (2) Servicio de Informática, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (3) Planta de M. Interna , Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (4) Dirección de Enfermería, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde).

OBJETIVOS:

- Estudiar los registros de riesgo y las causas de las caídas en nuestro centro.

- Evaluar la repercusión de los registros de riesgo y de caídas en los planes de cuidados.

- Evaluar las características de la unidad, y de los pacientes, con incidencia ma

MATERIAL: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de los registros de riesgo de caídas y de las caídas producidas en el año 2009 (de enero a diciembre) en el Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. En este periodo se realizaron 3213 registros de riesgo de caídas y 51 de caídas. También se hace análisis de los planes de cuidados realizados a estos pacientes para ver el impacto de ambos registros en la planificación de los cuidados. Los registros son los del aplicativo de enfermería GACELA y el análisis de los datos se hace con Excel.

RESULTADOS: Se realizo evaluación del riesgo de caídas al 78 % de los ingresos y la incidencia de caídas en el centro es de 1,29 %. Las enfermeras modificaron el plan de cuidados para registrar medidas de prevención de caídas en el 17,3% de los pacientes. Se revisaron los planes de cuidados y se encontraron medidas de prevención de caídas y cuidados asociados a las caídas aunque no estaban introducidas desde estos registros; en un porcentaje alto el registro de riesgo fue realizado antes que el plan de cuidados.

En la unidad de M. Interna el porcentaje de registros de riesgo fue del 97 %, el 66,3 % de los pacientes era mayor de 75 años; 70,5 % tomaba medicamentos y el 69,3 % tenía alguna enfermedad que incrementan el riesgo; 50,5 % tenían inestabilidad motora y el 32,3 % tenía alguna alteración del estado mental. La incidencia de caídas es de 2,61 %. Las enfermeras modificaron el plan de cuidados al 28,6 % de los pacientes. La dotación estructural de la unidad es buena (mobiliario nuevo, camas con laterales incorporados).

CONCLUSIONES: Las áreas de mejora detectadas fueron:

- aumentar el porcentaje de registros de riesgo y la reevaluación.
- mejorar la sistemática de trabajo: realizar primero el plan de cuidados, luego el registro de riesgo y modificar el plan desde el registro.

En la unidad con mayor incidencia los motivos parecen relacionados con las características de los pacientes y el mayor número de días de estancia con respecto a otras unidades.

PALABRAS CLAVE: Monitorizacion, Incidencia, CAÍDAS

850 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 19 – 20/10/2010, 17:00 h.

EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL MEDIO LÍQUIDO DE PREENRIQUECIMIENTO PARA EL AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Bou G (1), Barba MJ (1), Candia B (2), Villanueva R (1)

(1) Microbioloxía, CHU A Coruña. (2) Unidad de Calidad, CHU A Coruña.

OBJETIVOS: La detección temprana de la colonización por microorganismos multirresistentes (MR)en pacientes hospitalizados es muy importante para un adecuado control de la infección nosocomial.

Pretendemos evaluar si la preinoculación en un caldo líquido de muestras obtenidas de pacientes colonizadas por MR aumenta el rendimiento en la identificación y el aislamiento de estos gérmenes.

Para ello, efectuamos una comparación de esta metodología respecto a la basada en la siembra directa en medios de cultivo específicos, la cuál se usa de manera rutinaria en el Servicio de Microbiología del CHUAC

MATERIAL: Como marcadores de MR se estudiaron los bacilos gram negativos multirresistentes (BGNR) y los Staphylococcus aureus resistentes a meticilina (SARM).

Medios de cultivo sólidos: para los BGNR se usó el medio MacConkey sin y con 2 mg/L de cefotaxima (bioMerieux). Para los SARM se usó el Chromoagar MRSA (BD).

Medios de cultivo líquidos de preenriquecimiento: para los BGNR el caldo BHI (BD) y el mismo caldo con 6.5% NaCl para los SARM (BD).

Las muestras de colonización se recogieron mediante hisopo en medio de transporte Stuart. A su llegada al laboratorio se sembraron primero en medio sólido y posteriormente se inocularon en el caldo líquido. Se evaluó crecimiento e identificación de colonias a las 24 y 48 horas de incubación a 37ºC. Sólo se consideró el medio líquido si el crecimiento primario en placa era negativo al tiempo estipulado. En este caso se daba un pase del caldo al medio sólido específico al gérmen en cuestión.

RESULTADOS: Durante un mes de estudio se procesaron 283 muestras: 139 para BGNR y 144 para SARM. Para BGNR y SARM, 18.70% y 49.30%, respectivamente fueron positivas en medio sólido de cultivo primario. La incubación de la muestra clínica en medio de cultivo líquido de preenriquecimiento permitió incrementar el rendimiento de recuperación en un 0.9 y 4.1% en BGNR y SARM, respectivamente, respecto al medio de cultivo sólido primario.

CONCLUSIONES: El bajo rendimiento obtenido en la preincubación de las muestras en medio líquido no justifica la utilización de esta metodología en la práctica rutinaria hospitalaria

PALABRAS CLAVE: Evaluación, metodología, Rendimiento

1450 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 12:40 h.

LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE PULSERA ES UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD PRIORITARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Luengo T (1), Martínez M (1), Cediel C (2), Morales E (3), Sánchez-Escribano M (4), Díaz Al (5)

(1) Formación e Investigación de Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Bloque Obstétrico, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Urgencias, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (4) Hospital de Día, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (5) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

OBJETIVOS: Describir la implantación del procedimiento de identificación inequívoca.

Evaluar los indicadores propuestos en el procedimiento.

Detectar áreas de mejora en la implantación del procedimiento.

MATERIAL: El diseño del estudio es descriptivo, de carácter prospectivo.

Criterio de inclusión: estar ingresado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, con fecha posterior al 25 de Mayo de 2009 (primer día de implantación) o siendo atendido en Urgencias Generales el día de la evaluación.

El método utilizado ha sido la observación directa de las pulseras, la comprobación de los datos identificativos de dicha pulsera y el cotejado con otras fuentes de información.

La evaluación se ha efectuado entre las 12:00 y las 14:00 horas del 25 de Noviembre de 2009.

La muestra se ha estimado para mantener una tasa de recogida de datos del 60% de los pacientes ingresados y del 60% de los pacientes atendidos en Urgencias en dicho periodo.

Para la recogida de datos se ha diseñado una base de datos en Access en la que se recogían 6 variables iniciales que permitían medir el indicador de cobertura , que posteriormente fue exportada al paquete estadístico SPSS 15, para Windows, para su análisis descriptivo y bivariado.

RESULTADOS: La muestra ha estado constituida por 261 pacientes, que teniendo en cuenta que las camas abiertas el día de la evaluación, suponen una tasa de recogida de datos del 66,9%.

La edad de los pacientes se situaba en un rango entre los 17 y los 101 años, con una Media (DE) de 63,54 (18,92).

El 41,9% eran hombres y el 58,15 mujeres.

Los pacientes evaluados tenían como día de ingreso las fechas comprendidas entre el 17 de Agosto de 2009 y 25 de Noviembre de 2009.

El 91,5% de los pacientes evaluados estaban correctamente identificados mediante pulsera identificativa.

CONCLUSIONES: El proceso de implantación de dicho procedimiento se ha iniciado el 21 de Mayo de 2009, con alcance a todos los pacientes ingresados en las diferentes unidades asistenciales o atendidos en Urgencias.

A los seis meses de la implantación se ha llevado a cabo una evaluación del procedimiento de Identificación del paciente, para valorar el proceso de implementación del mismo, siendo la cobertura del indicador planteado para la monitorización del 91,5%. Los datos cualitativos aportados por los evaluadores han permitido detectar áreas de mejora en el proceso de implementación.

PALABRAS CLAVE: Identificación, Implantación, Seguridad

1469 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 12:50 h.

EFECTOS ADVERSOS EN DOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN DOS PERIODOS DE 2009

Skodova M (1), Fernández Sierra MA (1), García Martín M (2), Bueno Cavanillas (2)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.. (2) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada.

OBJETIVOS: Donabedian en su clásico tratado sobre la calidad de la atención sanitaria, establece una relación entre la presencia de efectos adversos (EA) en la atención sanitaria y las causas fundamentales de las deficiencias de la calidad asistencial: la estructura, el proceso y los resultados. Conocer los factores implicados en la presentación de los EA podrá facilitar el diseño de estrategias de prevención y control específicas. El objetivo fue describir los EA y los factores asociados, en dos servicios asistenciales de un hospital de tercer nivel, dos periodos de tiempo

MATERIAL: Estudio de cohortes prospectivo. Pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna (MI) y de Cirugía General (CG) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) seguidos durante toda la estancia hospitalaria, buscando la aparición de EA. Periodos: agosto y noviembre 2009. Variables: sociodemográficas, factores de riesgo intrínsecos (FRI) y extrínsecos (FRE). En el análisis estadístico se realizó un estudio descriptivo, análisis bivariable y regresión logística

RESULTADOS: En agosto 2009 hubo 81 ingresos: 38-MI y 43-CG. Los pacientes presentaban de media 5,78±1,6 de FRI y 1,47±0,9 de FRE. Se detectaron 27 EA: 12- CG y 15-MI. Se notificaron 26 incidentes. En noviembre 2009 hubo 100 ingresos 37-MI y 63-CG. Los pacientes presentaban de media 1,75±1,6 de FRI y 1,16±0,7 de FRE. Se detectaron 17 EA: 8-CG y 9-MI. Se notificaron 17 incidentes. Hubo diferencias significativas en el número medio de FRI y FRE, numero de cambios de cama, pacientes con diabetes y enfermedad pulmonar crónica, uso de sonda nasogástrica y proporción de intervenciones quirúrgicas urgentes. Los riesgos fueron mayores durante el mes de agosto que en noviembre de 2009 tanto de EA [RR=1,96 (IC 95% 1,15-3,34)], de incidente [RR=1,89 (IC95% 1,10-3,23)] como de infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS) [RR=2,96 (IC95% 1,09-8,06)]. En la regresión logística se mantiene la significación de la presencia de incidente y EA, de la IAAS y los reingresos al mes a causa de EA

CONCLUSIONES: La incidencia de efectos adversos e incidentes fue mayor en agosto que en noviembre de 2009 y a su vez mayor que en otros estudios. La vigilancia epidemiológica prospectiva detectó los factores relacionados con la presentación de EA. Parece viable extender la vigilancia de infección hospitalaria a todos los tipos de EA, tanto en servicios médicos como en los quirúrgicos

PALABRAS CLAVE: Seguridad de Paciente, Efectos Adversos, Vigilancia Epidemiológica

1476 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 13:00 h.

APLICACIÓN DE INMOVILIZACIÓN O CONTENCIÓN FÍSICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sánchez - Linares A. (1), Peñalba - Novo M. (1), García - Mantas A. (2)

(1) metodología y gestión clínica , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. (2) Adjunta Dirección de Enfermería. metodología y gestión clínica , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de pacientes con inmovilización o contención física (CF) y su vigilancia en un hospital de tercer nivel.

Minimizar su aplicación.

MATERIAL: Estudio descriptivo retrospectivo de 5 cortes de prevalencia (CP) sobre CF. Períodos: Mayo/Noviembre 2008/2009. Mayo 2010. Población: Pacientes hospitalizados en un hospital de tercer nivel (unidades convencionales y psiquiátricas).

Indicadores: 1.Prevalencia de pacientes con CF.2.Pacientes inmovilizados con material homologado. 3. Pacientes con registro de localización de la CF 4. Pacientes con registro de razón/causa que justifique la CF. 5.Total razones y distribución. 6.Pacientes con registro por turno de la revaluación de la necesidad de continuar con CF. Limitaciones estudio: No se ha evaluado: existencia de consentimiento informado, ni reformulación diaria de prescripción médica. Recogida/Análisis de datos: Observación directa y revisión historias. Base de datos ACCES 97.

RESULTADOS: 1.Pacientes con CF:61/2043=2,99% (Máx.5,38%Mín.1,66%). Por CP: 2,92%;1,66%;3,29%;5,38;2,26%. 2.Pacientes inmovilizados con material homologado:61/61=100%. 3.Registro de la localización de CF:45/61=73,77% (Máx.100%Mín.52,94%). 4. Registro de razón que justifica la CF:42/61= 68,85% (Máx.85,71%Mín.55,56%). 5. Se observa un total de 47 razones en los 42 pacientes con registro (Media razones 1,09). Distribución: A.Prevenir autolesiones:5/47=10,64% (Máx.40%Mín.0%). B.Prevenir heterolesiones:4/47=8,51% (Máx.20%Mín.0%). C.Garantizar tratamientos médicos y/o cuidados:18/47=38,30% (Máx.60%Mín.25%). D.Evitar fuga:3/47=6,38% (Máx.8,33%Mín.0%). E.Evitar caídas:17/47=36,17%(Máx.505Mín.0%). 6.Reevaluación en cada turno de la necesidad de continuar con CF:18/61=29,51% (Máx.57,14%Mín.11,76%).

Los resultados globales muestran una prevalencia de CF inferior a los datos bibliográficos, con tendencia a mantenerse entre límites bajos en los diferentes CP. Uso correcto de material homologado. Registro aceptable de la localización de la CF. La tendencia en los registros de la razón que justifica la CF ha sido descendiente a lo largo de los 5 CP.

Las razones prioritarias observadas para aplicar CF son: Garantizar tratamientos médicos y/o cuidados y evitar caídas. Como hecho positivo: el progresivo descenso del uso de la CF para evitar caídas. Se observa un bajo registro de la reevaluación de la necesidad de continuar o no con CF en cada turno, según protocolo establecido. Existe solamente un registro diario.

CONCLUSIONES: El análisis de los resultados muestra que se mantiene una prevalencia aceptable de CF pero no está consolidado el seguimiento del protocolo. Se propone: Feedback de los resultados obtenidos a los equipos y como acciones de mejora: Reforzar aplicación y evaluar cumplimiento del protocolo, especialmente la reevaluación de la necesidad de seguir con CF. Mantener en monitorización la CF. Seguir en el proyecto "Prevención de Caídas/ Inmovilización física" (Aliança per a la Seguretat del pacient de Catalunya)".

PALABRAS CLAVE: Contención física, Caídas, Evaluación

1486 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 13:10 h.

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA UTILIZACIÓN DEL CHECK LIST DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE MURCIA

Soria-Aledo V (1), Campillo-Soto A (2), Carrillo-Alcaraz A (3), Grau-Polán M (4), Lorca-Parra F (4), Aguayo-Albasini Jl (2)

(1) Unidad de Investigacion, Hospital Morales Meseguer. (2) Cirugía General, Hospital Morales Meseguer. (3) Unidad de Formación Continuada, Hospital Morales Meseguer. (4) Investigación, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias.

OBJETIVOS: El listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS ha sido implantado de forma oficial en los hospitales de la Región de Murcia desde enero de 2010. El objetivo de este trabajo es estudiar el grado de utilización real de este listado en los quirófanos de los hospitales públicos de la Comunidad de Murcia.

MATERIAL: Estudio observacional directo sobre 85 intervenciones quirúrgicas de las especialidades de cirugía, traumatología, ginecología y oftalmología en los 9 hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud. Se elaboraron 2 indicadores a evaluar por observación directa para comprobar si se realiza correctamente la verificación de seguridad quirúrgica: el marcado del sitio quirúrgico y la pausa quirúrgica, este último con tres subindicadores (pausa de enfermería, anestesista y cirujano). La observación la realizaron 2 enfermeros (los mismos) entrenados para esta finalidad. Los resultados se correlacionaron con otras variables que pudieran influir como el hospital, el día de la semana, el turno de trabajo o la especialidad quirúrgica; también se comprobó la concordancia entre lo observado y lo cumplimentado en la hoja de verificación.

RESULTADOS: Se han analizado los resultados de la observación sobre 85 intervenciones quirúrgicas. Se ha hecho el marcaje correcto del sitio quirúrgico en 34 pacientes (40%) y no se ha hecho de forma correcta en 51 (60%) siendo traumatología y oftalmología las especialidades con cifras más bajas de cumplimentación. La pausa quirúrgica se ha realizado de forma correcta en 21 pacientes (24.7%) y no se ha hecho o se ha realizado mal en 64 pacientes (75.3%) sin diferencias estadísticamente significativas entre especialidades. Se revisaron los eventos críticos por parte del cirujano en 43 casos (50.3%), por parte del anestesista en 34 casos (40%) y en 36 casos (42%) por parte del enfermero instrumentista. En sólo 11 casos (12.9%) hubo concordancia entre lo observado y lo que se había escrito en la hoja de verificación sin que se hallaran diferencias significativas por especialidades quirúrgicas.

CONCLUSIONES: El listado de verificación quirúrgico está ampliamente implantado en los hospitales públicos de la Región de Murcia, aunque su utilización adecuada y la correcta cumplimentación debe mejorarse de forma notable.

PALABRAS CLAVE: seguridad, cirugía segura, listado verificación quirúrgica

1514 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 13:20 h.

MEJORA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Alcaraz-Martínez J (1), Carrillo-Alcaraz A (2), Pérez-García MC (2), Leal-Llopis J (2), Sánchez- Oro I (3), Martínez-García RM (3)

(1) Unidad de Calidad y Urgencias, Hospital Morales Meseguer. (2) UDICA, Hospital Morales Meseguer. (3) Urgencias, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: Mejorar la cultura de seguridad en el personal de enfermería en nuestro Servicio de Urgencias

MATERIAL: En el año 2008 y con el fin de tener un análisis inicial de la situación en cuanto a cultura de seguridad en nuestro servicio de urgencias, utilizamos un cuestionario, la version española de la encuesta de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) adaptada y traducida al español por la Universidad de Murcia. Este cuestionario consta de 42 items para responder usando una escala de likert (del 1 al 5que luego se reagrupaban en positivo, negativo o neutro en 12 dimensiones. Además había una valoración global del 0 al 10 en cuanto a sensación de seguridad en el servicio.

Tras el resultado obtenido en 2008 se realizaron dos cursos básicos sobre seguridad del paciente y uno más sobre mejora de la seguridad del paciente quirúrgico. Además se crearon dos grupos de trabajo para mejorar aspectos de la seguridad del paciente en urgencias. Después de un año se pasó de nuevo el cuestionario.

RESULTADOS: Se ha obtenido una tasa de respuesta del 80% en el 2008 y del 73% en el 2009.

Se ha obtenido una mejora significativa en tres de las dimensiones estudiadas:

Percepción global de seguridad, del 38,4%(±9%) al 52,3% (±10.4%),

Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente del 22,6% (±8,9%) al 40,9% (±11,8%) y Problemas en cambios de turno y transición entre servicios / unidades del 37,5% (±8,9%) al 53,4% (±10,4%).

CONCLUSIONES: Después de las acciones formativas y la puesta en marcha de grupos de trabajo se ha mejorado en tres de los doce aspectos de la cultura de seguridad en el personal de enfermería en el servicio de urgencias.

PALABRAS CLAVE: cultura de seguridad, servicio de urgencias, mejora

1523 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 13:30 h.

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

PROYECTO E INVESTIGACIÓN DEL FISCAM CON Nº DE REGISTRO PI-2006/41

Francisco Javier Lucas-IMbernón (1), Jesús María Aranaz Andrés (2), María Teresa Gea Velázquez De Castro (2), Daniel Gallardo Martínez (2), Ramón Limón Ramirez (2), Carlos García Fernández (3)

(1) Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Univeristario de Albacete. (2) Medicina Preventiva, Hospital Gerenal Universitario San Juan de Alicante. (3) Servicios de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: La seguridad es un principio fundamental del cuidado del paciente y un componente clave en la calidad de gestión. La mejora de la seguridad conlleva tres acciones complementarias: prevención de los efectos adversos, hacerlos visibles y mitigar sus efectos cuando sucedan. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.

El Objetivo general de este estudio es determinar la incidencia de Efectos Adversos (EAs) y de pacientes con EA en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

Los objetivos específicos: Identificar y definir los EA ligados a la asistencia en el CHUA; Estimar la incidencia de los EA en los diferentes servicios del hospital; Analizar los EA evitables y conocer su impacto; Planificar las acciones de mejora.

MATERIAL: Diseño. Estudio retrospectivo de cohortes.Ámbito de estudio. Pacientes dados de alta hospitalaria en el período del 5 de Noviembre al 19 de Noviembre de 2006, ambos incluidos. Periodo de seguimiento. Se realizó un seguimiento de todos los días de estancia del proceso de hospitalización. Criterios de inclusión en el estudio. Pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, cuya estancia fuera superior a 24 horas, que tuviesen historia clínica en los mismos, y que hubiesen sido dados de alta a lo largo de la segunda y tercera semana del mes de Noviembre de 2006. Criterio de exclusión. Paciente con hospitalización inferior a 24 horas o en unidades de observación de urgencias o de corta estancia.

Variables estudiadas:

1.- Variables ligadas a la asistencia:

2.- Variables ligadas a la enfermedad o procedimiento:

3.- Variables ligadas al sujeto:

4.- Variables ligadas al impacto

Instrumentalización:

1.- Formularios utilizados en el estudio de los efectos adversos en el hospital:

1.1.- Guía para el cribado de efectos adversos, adaptada del estudio de Harvard.

1.2.- Versión española del Formulario Modular para revisión retrospectiva de casos, MRF217. El formulario consta de 5 módulos.

2.- Base de datos del Proyecto IDEA. Análisis de datos:

1.- Descripción de los EAs. Global y por estrato (por tipo de servicio médicos y quirúrgicos)

2.- Cálculo de Incidencias.

3.- Análisis de causalidad. A partir de la descripción de los resultados de los módulos C y D del formulario MRF2, y del análisis cualitativo del resumen de la descripción del EA del mismo formulario.

4.- Análisis de los EAs del periodo de prehospitalización. Descripción de los resultados del módulo C0 del formulario MRF2.

5.- Análisis de los EAs que causan reingreso. Descripción de los resultados del módulo C0 del formulario MRF2.

6.- Análisis del impacto de los EAs. Descripción de las consecuencias de los EAs y su evitabilidad.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis univariante para la descripción de la muestra (media, mediana, desviación típica y amplitud intercuartil para variables continuas y frecuencias para variables categóricas), un análisis bivariante para establecer relaciones entre las variables (mediante la U de Mann-Whitney para comparar medias y la Chi cuadrado -χ2- para comparar proporciones) y un modelo de regresión logística por pasos hacia delante por razón de verosimilitud para controlar la confusión y/o interacción de las mismas. Los contrastes de hipótesis fueron bilaterales, con un nivel de significación de 0,05, exceptuando el modelo de regresión logística, en el que se utilizó un p-valor menor de 0,05 para la inclusión y menor de 0,10 para su exclusión. Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0.

RESULTADOS: De los 1.143 pacientes, 477 fueron cribados como posibles EA y el resto fueron descartados, por no cumplir ninguna de las alertas de la guía de cribado. Al revisar los pacientes cribados positivos, se encontraron 192 falsos positivos (no se identificó ni EA ni incidente tras cumplimentar el MRF2) y 17 pacientes que sólo presentaban incidentes.

Fueron detectados 268 pacientes con alguna lesión, invalidez y/o prolongación de la estancia, de ellos, en 147 pacientes, fue debidos a un natural proceso de su propia enfermedad y en 121 fue debidos a la asistencia sanitaria en mayor o menor medida. En 39 pacientes había mínima o ligera probabilidad de que el manejo del paciente o los cuidados sanitarios fueran el origen del EA.

En consecuencia, quedaron 81 pacientes con EA ligados a la asistencia sanitaria y que acumularon un total de 98 Efectos Adversos.El valor predictivo positivo de la guía de cribado (alertas positivas que fueron confirmadas como EA) fue de un 17,0% (IC95%: 13,6% - 20,4%), considerando todo tipo de EA, es decir, también los inevitables. La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue de 7,1% (81/1.143); IC95%: 5,6% - 8,6%. En 78 pacientes alguno de sus EA estaba directamente relacionado con la asistencia hospitalaria (excluidos los de Atención Primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) y que acumularon un total de 95 EA. Por lo que la incidencia de pacientes con EA íntimamente asociados a la asistencia hospitalaria fue de 6,8% (78/1.143); IC95%: 5,4% - 8,3%. Siendo esta incidencia muy superior en servicios UTI y afines que en resto de servicios. Se produjeron 11 (11,2%) EA en el periodo de prehospitalización, 5 (5,1%) durante la admisión en planta, 27 (27,4%) EA durante un procedimiento, 6 posteriores a un procedimiento (6,1%), 47 EA (48,0%) durante los cuidados en sala, 1 (1,0%) EA durante el asesoramiento (recomendaciones) al alta, y en 1 (1,0%) casos no se indicó el origen del EA. El 8,2% de los EA (8) han estado relacionados con los cuidados, el 14,3% (14) con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 26,5% (26) del total de los EA, un 35,7% (35) estaban relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento, el 11,2% (11) relacionados con el diagnóstico y el 4,1% (4) restante con otros tipos de EA y pendientes de especificar. El 50,0% de los EA tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia, y en un 34,7% el EA condicionó el ingreso (algunos pacientes que reingresaron por EA presentaron más de un EA) y, por lo tanto, toda la hospitalización fue debida a éste, teniendo en cuenta que el 2,0% están sin clasificar. Esta carga suponía como mediana 5,0 días (AI: 6,5) en los EA que alargaron la estancia y de 7,5 días (AI:10) en los que causaron un reingreso. Así pues el total de estancias adicionales provocadas por EA fue de 712 (7,34 estancias adicionales por paciente con EA). Del total de EA, en un 83,7% se precisó la realización de procedimientos adicionales (p.ej.: pruebas de radiodiagnóstico) y en un 78,6% de tratamientos adicionales (p.ej.: medicación, rehabilitación o cirugía). El 1,0% están sin clasificar. De los pacientes seguidos, 43 fueron estudiados por presentar el criterio de exitus inesperado en la Guía de Cribado o posteriomente se marcó exitus como deterioro físico del paciente en el MRF2. De estos 43 (el 3,76% del total de pacientes), 8 presentaron EA (el 18,6% de los exitus). En consecuencia, la incidencia de exitus en sujetos que presentaron EA fue del 9,9% (IC95% 3,4 – 16,4). El 63,3% (62/97) de los EA eran evitables, mientras que el 35,7% (35/97) de los mismos fueron inevitables.

CONCLUSIONES:

Las conclusiones de este estudio son:

- La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue de 7,1% y la asociados a la asistencia hospitalaria fue de 6,8%, siendo esta incidencia muy superior en servicios UTI y afines que en resto de servicios.
- Los factores de riesgo extrínseco condicionan la aparición de Eas.
- Los EAs se dan sobre todo relacionados con la realización de un procedimiento, con las infecciones nosocomiales y con la medicación.
- Los EAs relacionados con un procedimiento se dan más en los Servicios Quirúrgicos y los relacionados con los cuidados con los Servicios Médicos.
- Un error diagnóstico es la causa prehospitalaria más frecuente que determina un ingreso.
- La mayoría de los EAs producen un impacto moderado: un tercio de los EAs condiciona el ingreso del paciente y la mitad de ellos producen un aumento de la estancia.
- La mayoría de los EAs eran evitables y la incidencia de exitus en sujetos que presentaron EA fue de 9.9%.

PALABRAS CLAVE: Eventos adversos, Seguridad Clínica, Gestión de Riesgos

1532 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 13:40 h.

DENTRO DE TU LABORATORIO.....

Bailén García MA (1), Ruiz Acosta AM (2), Jiménez Álvarez T (2), Andrade Mateos AM (3), Mateo-Sidrón Pérez MD (4), Gutiérrez Romero J (5)

(1) Unidad de Gestión de Laboratorios Clínicos, Hospital Universitario Puerta del Mar. (2) Servicio de Informática, Hospital Universitario Puerta del Mar. (3) Dirección de Enfermería - Área de Consultas externas y Apoyo al Diagnóstico, Hospital Universitario Puerta del Mar. (4) Enfermería -Supervisora de Laboratorios, Hospital Universitario Puerta del Mar. (5) UG de Laboratorios Clínicos, Hospital Universitario Puerta del Mar.

OBJETIVOS: El laboratorio del Hospital Puerta del Mar (HUPM) recibe diariamente 1200 solicitudes analíticas, de las que 800 proceden de los puntos de extracción situados en los once centros de salud del área sanitaria.
La tecnología y los desarrollos informáticos (SIL) de los laboratorios permiten asimilar masivamente dichas peticiones.
Los formularios de petición son identificados con un código de barras numérico y escaneados automáticamente, para capturar la información y conservar la imagen. Las muestras extraídas están etiquetadas con los mismos códigos.
Los datos demográficos del paciente aún deben ser escritos manualmente por el facultativo solicitante. Esto origina muchos problemas de legibilidad a quienes las transcriben al SIL y, en ocasiones, errores graves en la atribución de correspondencia muestra-paciente.
Actualmente no podemos modificar la "manualidad" pero necesitamos aumentar la seguridad del paciente.
Hemos diseñado una actividad formativa con tres objetivos:
Homogeneizar los procedimientos de obtención de muestras de todos los enfermeros del área.
Implicar al paciente en su propia seguridad sin causarle desconfianza en el sistema.
Poner en valor la calidad del trabajo de los laboratorios, la preparación de sus profesionales y los avances tecnológicos disponibles.

MATERIAL: Revisión de registros de incidencias y reclamaciones 2008-2009.
Visitas y encuestas a ciudadanos y profesionales en centros extractores.
Filmación de los diferentes procesos de extracción de sangre y montaje de cortometrajes con recursos audiovisuales y animación.
Organización de cursos de formación online, utilizando la plataforma telemática Moodle.
Filmación de cortos destinados al ciudadano (en forma de anuncios publicitarios), destacando los detalles importantes para el paciente (la solicitud, cómo prepararse para la extracción, los horarios y procedimientos correctos, la obtención de muestras propias, la revisión de sus datos, teléfonos y correo del laboratorio, a quién preguntar qué y cómo). Estos visuales se proyectarán en las pantallas de las salas de espera de los centros de salud.
Filmación de los procesos intra-laboratorio de registro de muestras, análisis y presentación de los profesionales (proyección en ambas).

RESULTADOS: La respuesta de enfermería a la acción formativa ha sido ejemplar.
Los errores pre-analíticos de obtención de muestras por el profesional y por el propio ciudadano han disminuido en un 34%.
Las consultas previas a nuestro correo de información y teléfono de comunicación han facilitado el acercamiento y el abandono de hábitos dados por correctos.
Esperamos una importante reducción de incidencias de ilegibilidad.

CONCLUSIONES: Desde fuera : el "clima" de confianza en el nivel profesional de los laboratorios ha aumentado.
Desde dentro: El personal de laboratorio siente el reconocimiento de su trabajo.

PALABRAS CLAVE: Peticiones, Extracción, Filmación

1538 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 13:50 h.

ESCALA DE SEGURIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES ASISTIDOS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS COMO NUEVO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

Péculo-Carrasco JA (1), Rodríguez- Ruiz HJ (1), Gómez-Escorza J (1), Puerta-Córdoba A (1), Martínez-Faure Je (1), Baena-Gallardo C (1)

(1) Servicio Provincial 061 en Cádiz , Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

OBJETIVOS: Diseñar y validar una herramienta para medir la seguridad percibida por los pacientes que son trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica "061".

Evaluar la validez de "seguridad percibida" como indicador de la calidad asistencial relacionado con la seguridad del paciente.

MATERIAL: Estudio multicéntrico, observacional descriptivo, de corte transversal, de validación de una escala administrada mediante entrevista telefónica. El proceso de creación de la nueva herramienta se ha basado en tres pilares fundamentales: 1.- el conocimiento sobre percepción de seguridad, mediante la revisión de la bibliografía, 2.- la experiencia de los familiares de pacientes asistido y/o trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente, mediante la participación en grupos focales, y 3.- la aportación de los profesionales expertos en urgencias y emergencias extrahospitalarias, mediante la participación en grupos focales. Son sujetos de estudio los pacientes que son trasladados al hospital de referencia tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica "061". Participan los ocho servicios provinciales en Andalucía de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Se estima un tamaño muestral de 615 sujetos, incluyendo pérdidas.. Además de los criterios básicos de validación del cuestionario (frecuencia de endose y capacidad de discriminación entre grupos) se realiza una evaluación de validez y fiabilidad. Se evalua la validez de la herramienta atendiendo a dos de sus dimensiones: validez de contenido y validez de constructo o concepto. La evaluación de la fiabilidad del cuestionario se basa en la estabilidad y la homogeneidad.

RESULTADOS: Se obtienen 580 encuestas de 3197 llamadas (18,1%). Los motivos principales de pérdidas son Teléfono erróneo (37,1%) y Teléfono No Responde (19,7%). Sólo el 0,9% de las veces el paciente se niega a responder al cuestionario. Un 31,5% no tiene estudios, el 39,0% tiene estudios primarios, y un 7,9% son universitarios. El 51,8% eras mujeres, y la edad media fue de 56 años (DE 16,5 años). El estadístico de fiabilidad Alpha de Cronbach alcanza hasta el 0,938.

CONCLUSIONES: La cuantificación de eventos adversos no debería constituirse como único indicador de la Seguridad del Paciente durante el proceso asistencial. Esta herramienta cuantifica la Seguridad Percibida, por el propio paciente de la asistencia, posibilitando la investigación de factores que modifican esta percepción, fomentando aquéllos que la aumentan y eliminando los que la disminuyen.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD PERCIBIDA, EXTRAHOSPITALARIA, URGENCIAS

1543 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 10 – 20/10/2010, 14:00 h.

LA PERCEPCIÓN DEL TESTIGO DE LA ASISTENCIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS COMO INDICADOR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Péculo-Carrasco JA (1), Sánchez-Almagro CP (1), Martínez-Faure Je (1), Rodríguez-Aguado Oo (1), García-Pelayo JA (1), Jiménez-Cordero JP (1)

(1) Servicio Provincial 061 en Cádiz , Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

OBJETIVOS: Validar una nueva herramienta para medir la seguridad percibida por los familiares de pacientes trasladados a hospital, tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica "061".

Evaluar la "seguridad percibida del familiar" como indicador de calidad asistencial en urgencias y emergencias extrahospitalarias.

MATERIAL: Estudio multicéntrico, observacional descriptivo, de corte transversal, de validación de una escala administrada mediante entrevista telefónica. Son sujetos de estudio los familiares, testigos de la asistencia, de pacientes que son asistidos y/o trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica "061". Participan los ocho servicios provinciales en Andalucía de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. La recogida de datos se realiza desde Marzo hasta Junio de 2010. Se estima un tamaño muestral de 385 sujetos (se amplia a 615 por pérdidas esperadas). Además de los criterios básicos de validación del cuestionario (frecuencia de endose y capacidad de discriminación entre grupos) se realiza una evaluación de validez y fiabilidad. Se evalua la validez de la herramienta atendiendo a dos de sus dimensiones: validez de contenido y validez de constructo o concepto. La evaluación de la fiabilidad del cuestionario se basa en la estabilidad y la homogeneidad. Para evaluar la estabilidad utilizamos la técnica de Test-Retest, La homogeneidad se examina a través de dos propiedades: consistencia interna de sus ítems (se determina el coeficiente de correlación ítem-escala corregido) y consistencia interna de la escala (se determina el coeficiente Alpha de Cronbach).

RESULTADOS: Se obtienen 847 encuestas. Sólo el 0,7% de las veces el testigo se niega a responder al cuestionario. Un 15,7% no tiene estudios, el 36,1% tiene estudios primarios, y un 17,9% son universitarios. El 62,5% eras mujeres, y la edad media fue de 45 años (DE 14,6 años). El estadístico de fiabilidad Alpha de Cronbach alcanza hasta el 0,927.

CONCLUSIONES: La cuantificación de eventos adversos no debería constituirse como único indicador de la Seguridad del Paciente durante el proceso asistencial. Esta herramienta cuantifica la Seguridad Percibida por el testigo de la asistencia, permitiendo la comparación con la que percibe el propio paciente.

PALABRAS CLAVE: TESTIGO, URGENCIAS, SEGURIDAD PERCIBIDA

1257 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 15:40 h.

PROMOCIÓN Y APOYO AL AMAMANTAMIENTO EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

Terol-Claramonte M (1), Rodríguez-Rieiro C (1), Pla-Mestre R (1), Seriña-Ramirez C (2), Sanchidrian-Deblas C (1), Cantero-Caballero M (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2) Coordinadora de Calidad, Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.

OBJETIVOS: Promocionar la Lactancia Materna (LM) en la población de referencia del Hospital Gregorio Marañón, en base a la evidencia científica, el respeto a la decisión de la mujer y la coordinación entre niveles asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Evaluar la situación del amamantamiento en nuestra población.
2. Elaborar un Protocolo de LM común del hospital y del área de referencia de Atención Primaria (AP).
3. Implantar una estrategia de sensibilización y formación.

MATERIAL: 1. DINAMIZACIÓN: En Octubre de 2009 se constituyó el Comité de LM con representación de todos los implicados en la atención a la madre y a su bebé, asistenciales y directivos, del hospital y de AP, y el S. Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Se obtuvo financiación por el Ministerio de Sanidad y Política Social con cargo a Fondos de Cohesión del SNS.

2. EVALUACIÓN INICIAL: Mediante encuesta a 400 mujeres que dieron a luz en nuestro hospital y seguimiento al alta; encuestas a 281 profesionales sobre formación previa e interés en LM (224 hospital y 57 AP).

3. INTERVENCIÓN:

1) Consenso de Protocolos de LM.

2) Estrategia de formación con un Curso de Formadores en Diciembre de 2009, 8 cursos de 18 horas y 4 cursos de 8 horas.

3) Plan de cartelería para la promoción de la LM.

4. REEVALUACIÓN

RESULTADOS:

1. En la actualidad colaboran activamente con el Comité 50 profesionales.
2. En la Encuesta al alta se obtuvo una prevalencia de 40,3% de LM completa, 55% de Lactancia Mixta y 4,7% de Lactancia Artificial. El 95% de las madres deseaban LM.
3. De los profesionales encuestados, un 80.6% tiene un interés alto o muy alto y un 67.3% refieren autoformación o sin formación. El 83,7% declara interés en formación básica.
4. Contamos con 31 formadores y hemos formado a 312 profesionales.
5. Se ha elaborado el primer borrador de los protocolos de LM.
6. La reevaluación está programada para Enero de 2011.

CONCLUSIONES:

1. La baja prevalencia de LM al alta hospitalaria en nuestra población de referencia reflejan el área de mejora existente para adecuarnos a los deseos y decisiones de las madres.
2. Los profesionales presentan un alto interés en la formación que se configura como una herramienta crítica en la implantación de un cambio cultural.
3. La coordinación entre niveles de atención sanitaria y entre distintos profesionales son necesarias para la continuidad y la satisfacción en la atención al proceso de la LM.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna, promoción de la salud, protocolo

1261 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 15:50 h.

ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN FASE PREANALÍTICA EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA EN DOS PERÍODOS DIFERENTES.

Palacián-Ruiz MP (1), Colmenarejo-Serrano C (1), Egido-Lizán, MP (1), Omeñaca-Teres, M (1), Yagüe-Larriba, MD (1), Revillo-Pinilla, MJ (1)

(1) Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario MIguel Servet.

OBJETIVOS: La fase preanalítica representa una parte crucial del proceso analítico. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se trasladó en el año 2009 a unas nuevas instalaciones que obligaba a un nuevo circuito de preanalítica. En él se incluía la incorporación de una unidad central de laboratorio (UCL) como lugar de recepción de muestras, previa al Laboratorio de Microbiología.

MATERIAL: Se realiza un estudio retrospectivo para estudiar el tipo de las incidencias en fase preanalítica durante el segundo semestre del año 2009, fecha del traslado del laboratorio y del nuevo circuito de preanalítica; se comparan con las incidencias detectadas en el mismo período del 2008. Las incidencias se han clasificado en tres grupos:

-Incidencias derivadas de la documentación: falta de cumplimentación de volante de petición o etiquetado de la muestra, muestras discrepantes, muestra no recibida.

-Incidencias derivadas de la obtención o recogida de la muestra: errores en la elección de tubos, muestras enviadas en medio de transporte inadecuado o mala elección del tipo de muestra.

-Incidencias derivadas de un fallo en el transporte: fallo en la cadena de temperaturas, muestras derramadas durante el transporte al laboratorio, demoras en el tiempo superiores a los criterios del laboratorio para la aceptación de la muestra.

RESULTADOS: El total de incidencias detectadas en el Laboratorio fueron 390 y 587 en los años 2008 y 2009 de las que hemos podido analizar 350 y 492 respectivamente.

En el segundo semestre de 2008 se obtuvieron los siguientes datos:

- Incidencias derivadas de un fallo en la documentación: 274 (78,2%)
- Incidencias derivadas de la obtención o recogida de la muestra: 70 (20%)
- Incidencias derivadas de un fallo en el transporte: 6 (1,7%)

Y en el 2009:

- Incidencias derivadas de un fallo en la documentación: 417 (84,7%)
- Incidencias derivadas de la obtención o recogida de la muestra: 68 (13,8%)
- Incidencias derivadas de un fallo en el transporte: 6 (1,2%)

CONCLUSIONES:

- En el año 2009 se detectaron un mayor número total de incidencias, que relacionamos con el cambio del circuito y con una posible mejor implantación del registro de las mismas.
- El aumento de incidencias relativas a fallo en la documentación tiene su or

PALABRAS CLAVE: incidencias

1274 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 16:00 h.

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA ENFERMERÍA, EN MUTUA UNIVERSAL.

Colominas-Balada, G (1), Blanco-González, F.D (2), Gomez-Marzo,E (3)

(1) Coordinación de Enfermería, Mutua Universal. (2) Clínica ON LINE, Mutua Universal. (3) Prestaciones Economicas, Mutua Universal.

OBJETIVOS: Estandarizar las intervenciones y actividades de enfermería en los Accidentes de Trabajo, de Mutua Universal y así garantizar unos cuidados integrales mediante la implantación de unas Guías en Planes de Cuidados Estandarizados.

MATERIAL: Para poder desarrollar el Plan de Cuidados Estandarizados, en primer lugar se realizo el estudio mediante el Case-Mix, donde nos indico las patologías con alta frecuencia y con mayor impacto en coste, en Accidente de Trabajos en el 2009. A partir de aquí una vez seleccionadas las patologías y clasificadas mediante la codificación de ICE-9 se empezó a trabajar y a desarrollar los planes de cuidados de manera estandarizada.

Para garantizar una estandarización se aplico la metodología científica, el Proceso de Atención de Enfermería, donde se contempla los Diagnósticos de Enfermería NANDA, los Criterios de Resultados y los Criterios de Intervenciones.

RESULTADOS: Como resultados tenemos la creación de Planes de Cuidados Estandarizados, creados para aquellas patologías clasificadas por el ICE-9 con más frecuencia en el 2009.Con los Planes de Cuidados garantizamos unos registros y unas actividades estandarizadas para toda atención asistencial de enfermería.

Además se han desarrollado las recomendaciones sanitarias para el propio trabajado, mediante la creación de dípticos educativos para cada uno de los planes de cuidados realizados.

Case-Mix 2009: Fractura de Calcáneo Fractura de Colles , Esguince de Tobillo, Lumbago , Cervicalgias, Epicondilitis, I.A.M (entre otros)

Ejemplo: Planes de Cuidados Estandarizados para Fractura de Calcáneo

Diagnósticos de Enfermería: 00085 Deterioro de la movilidad física, 00085 Deterioro de la deambulación, 00132 Dolor Agudo, 0086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica, 000047 Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea

Objetivos: 0200 Ambular, 0208 Movilidad, 1605 Control del dolor, 0407 Perfusión tisular, 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Intervenciones: 0910 Inmovilización por Orden Médica, 0764 Cuidados del paciente escayolado, 0910Inmovilización retirada,0202 Fomentar ejercicio de extensión, 00221 Terapia ejercicios deambulación, 6490 Prevención de caídas,1400 Manejo del Dolor, 2300 Administración mediación por O.M,1380 Aplicación frio/calor,407 Precauciones circulatorias,3590Vigilancia de la piel,3540 Prevención de ulceras por presión.

Dípticos educativos: Normas domiciliarias para portadores de vendajes enyesados, Pautas dietéticas para mantener salud ósea, Técnica de administración de la heparina.

CONCLUSIONES: La aplicación de los Planes de Cuidados Estandarizados, ha conseguido contribuir a la mejora de la calidad de los servicios asistenciales de enfermería en Mutua Universal, mediante la estandarización de los mismos y fomentando la relación con el trabajador protegido mediante el soporte de recomendaciones e dípticos educativos por su patología que le causa baja laboral por sufrir un Accidente de Trabajo.

PALABRAS CLAVE: Planes de Cuidados Estandarizados, Proceso de Atención de Enfermería, Diagnóstico enfermero

1277 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 16:10 h.

LEAN HEALTHCARE Y GESTIÓN DE ALTAS: "LOS SEÑORES CLIENTES DEBERÁN ABANDONAR LA HABITACIÓN ANTES DE LAS 12H".

Mompó-Avilés C (1), Rubio-Álvarez M (2), Matute-Valls B (3), Armario-García P (4), Caro-Cebador B (2), Jiménez-San-Juan R (3)

(1) Coordinación de calidad, Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral). (2) Dirección Enfermería, Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral). (3) Gestión asistencial, Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral). (4) Dirección médica, Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral).

OBJETIVOS: Aplicar la metodología Lean Healthcare para mejorar la gestión de las camas en el Hospital General de l'Hospitalet mediante:

a) 20% altas antes de las 10h y 65% antes de las 12h.

b) 70% altas planificadas.

c) estancia media inferior o igual a 6.

d) reducir tiempo de espera para ingresar desde urgencias, UCI i quirófano.

MATERIAL: -Análisis de posibles factores condicionantes (trayectorias clínicas, ambulancia, pruebas complementarias el día del alta...).

-Identificación de familias de productos: altas simples y complejas.

-Observación directa de circuitos en el lugar de trabajo

RESULTADOS: Resultados de los objetivos en abril 2010 con el 43% acciones finalizadas (entre paréntesis situación inicial, julio09):

Altas <10h: 7% (2%)

Altas <12h: 48.1% (26.5%)

Altas planificadas: 59.91% (53%).

EM: 6.26 (6) días.

Minutos de espera entre alta médica y administrativa: 116 (74)

Minutos de espera entre alta administrativa y cama limpia: 100 (134)

Tiempos intermedios (Marzo 2010):

9.56% Altas médicas <9h; 4.40% altas enfermería <9.30h; 7.67% altas administrativas <10h.

45.52% Altas médicas <11h; 44.15% altas enfermería <11.30h; 49.18% altas administrativas <12h.

CONCLUSIONES:

-La evolución favorable de la mayoría de los indicadores, junto con las acciones que esperamos completar, nos hacen creer en la factibilidad de los objetivos.

-Altas <10h: se está analizando la organización de enfermería para poder dar respuesta a la de

PALABRAS CLAVE: Lean, Altas, Procesos

1314 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 16:20 h.

GESTIÓN POR PROCESOS COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN SECTOR SANITARIO

Vela Marquina MI (1), Marta-Moreno, J (2), Gotor-Lazaro, MA (3), Villa-Gazulla, MT (4), Noya-Castro, Mcc (5), García Mata JR (1)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Dirección Hospital, Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Subdirección Médica, Hospital Universitario Miguel Servet. (4) Subidrección Medica, Hospital Universitario Miguel Servet. (5) Subdirección Enfermería, Hospital Universitario Miguel Servet.

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

MATERIAL: Identificación de procesos prioritarios, nombramiento del gestor de proceso y constitución del grupo de trabajo.

Formación del equipo, apoyo métodológico 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: 10 procesos implantados, 3 diseñados y pendientes de aprobación y publicación, 3 en fase de diseño y 4 que han iniciado su formación en el año 2010

De los 10 procesos implantados, los 5 siguientes se evaluación mediante contrato de gestión anual: Cáncer de colon; Ictus; Infarto agudo de miocardio; Formación Continuada; Cuidados de Enfermería

En el contrato de gestión se evalúan los siguientes aspectos:

1.- Proceso documentado, actualizado en el año, evaluado como requisito necesario

2.- Indicadores de proceso, al menos dos indicadores por subproceso: 40 puntos

3.-Objetivos específicos del proceso alcanzados: 50 puntos

4.- Revisión y mejora: Constancia de acciones emprendidas en acta o ficha de revisión y mejora del proceso: 10 puntos

En la evaluación del Contrato de Gestión del año 2009, todos los procesos han superado el 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

CONCLUSIONES: Para que la gestión por procesos se difunda, aplique y sirva como instrumento de gestión clínica, es necesaria la implicación de la dirección al más alto nivel.

El contrato de gestión es una buena herramienta para la mejora de los procesos.

Es imprescindible el apoyo métodológico y continuo a los profesionales en el diseño, implantación y evaluación de los procesos.

PALABRAS CLAVE: Gestión Clínica, Procesos, Calidad

1318 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 16:30 h.

LAS CONSULTAS INNECESARIAS AL ESPECIALISTA: UNA VISIÓN ALTERNATIVA

Enríquez-Martín N (1), Abad-Díez JM (1), Castán-Ruiz Y (1), Moreno-Budría A (1), García-Encabo M (2)

(1) Salud y Consumo. Gobierno de Aragón, Servicio de Evaluación, Acreditación y Calidad. D.G. Planificación y aseguramiento. (2) Salud y Consumo. Gobierno de Aragón, Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

OBJETIVOS: Analizar la demanda de consultas externas de atención especializada en el sistema público de Aragón, según su procedencia.

MATERIAL: El Sistema Público de Salud de Aragón ha diseñado un sistema de explotación de indicadores corporativos sobre consultas externas (CEX) de atención especializada (AE) que se ha puesto en marcha a finales de 2009.

Se analizan las solicitudes de primera consulta especializada con fecha de indicación dentro del periodo de estudio (del 1 de enero de 2010 al 30 de abril de 2010.

RESULTADOS: En el periodo analizado se solicitaron 249 interconsultas por cada 1000 habitantes, de éstas el 55,3% proceden de Atención Primaria (AP).

La tasa mediana por zona básica de salud es 135 por 1000 habitantes (rango intercuartílico de 103,6 a 154,4).

Las especialidades más demandadas desde AP fueron: oftalmología (21,24 por 1000 habitantes), dermatología (16,4 por 1000), cirugía ortopédica y traumatología (13,9 por 1000), otorrinolaringología (11,1 por 1000) y ginecología y obstetricia (8,1 por 1000).

Desde AE se solicitaron en todo el territorio aragonés 109 interconsultas por cada 1000 habitantes (por sectores sanitarios el mínimo fue de 62 y el máximo de 141 por 1000 habitantes). El 45% de estas peticiones son para la realización de procedimientos. El resto, que supone unas 60 consultas por 1000 habitantes, tienen como origen el propio hospital (64%), otro hospital (9%) o las consultas externas (27%).

Las primeras consultas solicitadas por AE que no incluyen la realización de procedimientos son principalmente para: anestesiología y reanimación (13,7 por 1000 habitantes), cirugía ortopédica y traumatología (5,4 por 1000), rehabilitación (5,5 por 1000), oftalmología (4,6 por 1000) y ginecología y obstetricia (3,4 por 1000).

De éstas coincide la especialidad de la unidad solicitante con la de destino en más de un tercio de la demanda en las siguientes especialidades: obstetricia (76%), ginecología (64%), pediatría (64%), reumatología (50%), otorrinolaringología (50%), urología (49%), oftalmología (47%), neurología (46%), endocrinología (46%), dermatología (45%), aparato digestivo (39%) y traumatología (37%).

Se desconoce la unidad peticionaria en el 1% de las solicitudes de AP y en el 10% de AE.

CONCLUSIONES:

- Destaca la elevada proporción de primeras consultas con origen en Atención Especializada.
- La generación de autodemanda dentro de la misma especialidad es práctica frecuente en algunas especialidades.
- Un análisis del itinerario de los pacientes en aquellas especialidades con un volumen importante de "autoderivación" es recomendable para la mejora de determinados Procesos Asistenciales

PALABRAS CLAVE: derivaciones, procesos, eficiencia

1373 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 16:40 h.

ALTERNATIVAS A LA ASISTENCIA SANITARIA URGENTE EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

Unanue-Munduate, JM (1), Pérez-Irazusta I (2), Alcorta-Michelena I (3), Gurruchaga-Arriola, MI (4), Lasa-Garmendia M (5), Arrese-Igor - Etxeburua A (6)

(1) Calidad, Emergencias de Osakidetza. (2) Dirección Médica, Hospital Bidasoa. (3) Punto de Atención Continuada, Comarca Ekialde - Osakidetza. (4) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia. (5) Osakidetza, Proyecto de coordinación Atención Primaria y Atención Especializada. (6) Punto de Atención Continuada, Comarca Mendebalde Osakidetza.

OBJETIVOS: 1) Describir el entorno socio-demográfico, profesional, tecnológico y organizativo de la asistencia urgente. 2) Conocer y describir la atención urgente que se presta en el País Vasco (CAPV), tanto en su carácter cuantitativo como cualitativo. 3) Analizar posibles alternativas, su eficacia y su posible aplicabilidad en nuestro medio. 4) Conforme a los resultados y tras su análisis por grupo de expertos, proponer alternativas eficaces y contextualizadas para la CAPV.

MATERIAL: 1º) Descripción y análisis del entorno de la asistencia urgente en la CAPV: mediante informes y publicaciones realizados tanto a nivel de oferta como demanda. 2) Conocimiento de la demanda asistencial urgente en nuestra Comunidad: Mediante análisis de series históricas y exploración del perfil del usuario de los dispositivos de asistencia urgente mediante encuesta a usuarios. 3) Reflexión estratégica llevada a cabo por grupo de expertos y 4) búsqueda bibliográfica de estudios que abordaran alternativas testadas para la gestión de la asistencia urgente.

RESULTADOS: Se obtiene una foto del usuario de los distintos tipos de asistencia urgente, así como una previsión epidemiológica y demográfica. Se realiza un DAFO de la asistencia urgente en la CAPV, que identifica elementos a potenciar o mejorar. Se analizan las experiencias testadas en comunidades asistencialmente similares así como su aplicabilidad a la CAPV.

CONCLUSIONES: Se realizan 26 propuestas, siendo las principales:

-Necesidad de elaboración de un Plan estratégico para la atención urgente y emergente en la CAPV que contemple a esta como un sistema integral en el que la accesibilidad, la continuidad de cuidados y el flujo de información mediante una herramienta de registro común, sean los valores clave.

-El modelo de proceso es el más indicado para la gestión de la atención urgente de forma global, incluyendo a los dispositivos asistenciales implicados: Atención Primaria, Emergencias y servicios de urgencia hospitalarios, así como a la ciudadanía.

-Existencia de sistema de triaje único y común para todas las posibles puertas de acceso a la atención urgente, que garantice la accesibilidad al sistema.

-Las salidas de dicha clasificación se adaptarían a estándares a legislar.

-El proceso debe establecer interacción con el proceso de asistencia sociosanitaria con carácter preferencial, al ser el paciente crónico y anciano una potencial y frecuente entrada al proceso urgencia.

-Potenciar las medidas organizativas, tecnológicas y de apoyo con el paciente crónico es estratégico para aminorar su entrada en el circuito urgente y para que tras el alta de este circuito se asegure su control integral y continuado.

PALABRAS CLAVE: Urgencias, Proceso, Organización

1390 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 16:50 h.

PROYECTO PARA MEJORAR LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DEPRECAM EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID

Bayón-Cabeza M (1), Arroyo-Morollón J (1), López-Palacios S (1), López-Gómez Ca (1), Regules-Azuara MP (1), Gómez-Pesquera C (1)

(1) Gerencia, Área 7 Atención Primaria.

OBJETIVOS: General: Mejorar el control y seguimiento del Programa Deprecam (PD) en el Área 7 de Atención Primaria. Específicos: Simplificar el procedimiento establecido, mejorar la satisfacción de profesionales implicados e incrementar la cobertura del Servicio de Cartera Diagnóstico precoz del Cáncer de Mama.

MATERIAL: Se inicia en febrero de 2009 con el cambio de Responsables en Gerencia. Se forma un grupo de trabajo (Dirección médica, Enfermera de apoyo técnico (Responsable del Programa) y Secretaria referente). Se revisa el Procedimiento que consiste en citación masiva, captación activa, exploración mamográfica, información y seguimiento. Se detectan incidencias y oportunidades de mejora: En Centros de Salud (CS): ausencia de Responsable y desconocimiento por parte de profesionales; en Gerencia: única secretaria con sobrecarga de trabajo, única línea telefónica con dificultad de contacto para mujeres; baja cobertura de realización: desconocimiento del programa por mujeres, realización de pruebas en clínicas privadas o en consultas de ginecología hospitalarias, elevado porcentaje de cartas devueltas (base de datos no actualizada) y fechas cerradas planificadas para CS, única clínica asignada muy alejada de algunos CS. En marzo se elaboran las propuestas de mejora para ponerlas en marcha hasta diciembre. El grupo se reunió bimensualmente para seguimiento.

RESULTADOS: En abril se designan Responsables en 21 CS, se elabora Resumen del PD, se informa y envía a profesionales (equipo y cupo), se cuelga en Biblioteca OMI y Portal en formato electrónico. La dirección médica obtiene colaboración con Ginecología. El R. Gerencia mantiene reuniones de repaso con CS, previas a campaña, vuelca automáticamente resultados en OMI-AP y elabora un guión para solucionar citas fuera de campaña. En septiembre se habilita otra línea telefónica y se designa una secretaria colaboradora. En octubre cambia el programa informático, los responsables reciben formación para su manejo y en Gerencia se compatibiliza la aplicación de volcado automático. La cobertura de Cartera pasa de 35,5% (2008) a 43,9% (2009. Madrid: 41,7%).

CONCLUSIONES: La puesta en marcha del proyecto ha conseguido agilizar el funcionamiento del Programa en la Gerencia. Se ha simplificado el procedimiento, estableciendo por escrito cómo intervenir ante incidencias. El grupo ha mejorado la relación entre los profesionales implicados, incrementando su satisfacción laboral. Ha clarificado y extendido el conocimiento del programa en los CS y ha mejorado la cobertura, superando la media de Madrid. A pesar de que e cambio de programa ha enlentencido el trabajo, seguimos trabajando en esta línea.

PALABRAS CLAVE: Deprecam, Gestión, Programa

1404 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 20 – 20/10/2010, 17:00 h.

GRUPOS DE INTERÉS DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Reyes-Alcázar V. (1), Casas-Delgado M. (1), Torres-Olivera A. (2)

(1) Gestión del Conocimiento , Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Dirección Gerencia, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como organismo encargado de promover y garantizar la calidad sanitaria en Andalucía necesita conocer sus grupos de interés como punto clave en su Plan Estratégico y para poder orientar sus procesos internos. Un grupo de interés es todo individuo, institución, comunidad o grupo que afecta o puede ser afectado por una organización. Así, el objetivo del trabajo es la identificación y categorización de los grupos de interés de la Agencia para poder mejorar las futuras relaciones con estos grupos, ser más ágiles en la detección de sus expectativas y necesidades y proporcionar mejores servicios.

MATERIAL: Las fases del análisis de grupos de interés fueron:

1. Constitución del grupo de trabajo: la Comisión de Dirección de la Agencia de Calidad Sanitaria ha sido el grupo de trabajo de este proceso, en representación de todas las áreas funcionales de la organización.
2. Identificación de los grupos de interés mediante un mecanismo de lluvia de ideas y teniendo en cuenta todos los potenciales actores.
3. Priorización de los grupos de interés.
4. Caracterización cualitativa de los grupos de interés según dos atributos: importancia e influencia.

RESULTADOS: Los grupos de interés identificados y categorizados según los dos atributos analizados son los siguientes:

1. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: Patronato y Dirección, Profesionales de la Agencia
2. Sistema Sanitario Público de Andalucía: Consejería de Salud, SAS, Organizaciones sanitarias regionales
3. Grupos científico-profesionales: Sociedades Científicas, Asociaciones profesionales, Organizaciones sindicales, Comunidad científica, Sociedades de calidad asistencial y/o seguridad, Directivos y profesionales de otros sistemas sanitarios, Medios de comunicación
4. Ciudadanía: Ciudadanos y Usuarios de redes sociales
5. Entidades homólogas: Otras agencias de calidad y/o acreditación, OMS-OPS, Observatorios de calidad y de seguridad
6. Financiadores de investigación: financiadores públicos y privados de investigación
7. Organismos fiscalizadores: Agencia Tributaria, Tribunal de Cuentas, Consejería de Economía y Hacienda
8. Organizaciones que promueven la calidad y la acreditación: EFQM, ISQua, ENAC
9. Proveedores: Suministradores de servicios y material y Desarrolladores de software

CONCLUSIONES: La identificación y categorización de los stakeholders de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía genera conocimiento sobre los grupos relevantes facilitando no sólo el entendimiento de su comportamiento, interrelaciones, agendas e intereses, sino también facilitando la mejora de los procesos de decisión de la organización.

PALABRAS CLAVE: Grupos de interés, Stakeholders, Liderazgo

785 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 11:10 h.

UTILIZACIÓN DE LAS TICS, EN LA FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL: LEARNING COFFEE.

López-Vaamonde M (1), Gómez-Ruiz R (2), De Castro-Acuña Iglesias N (3), Galego-Feal P (4), Grela-Piñeiro R (1), Villaverde-Gómez A (1)

(1) Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (2) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Jefa de Servicio de la Subdirección General de Gestión y Políticas de Personal, Servicio Gallego de Salud. (4) DirectorFundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVOS: Implementar metodologías pedagógicas innovadoras, denominadas learning coffee, que facilitan la actualización de competencias de los profesionales del ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Utilizar nuevas metodologías docentes que engloben todos y cada uno de los aspectos que lleva la gestión del conocimiento, dirigidos a actualizar y avanzar en las competencias de los profesionales de nuestro sistema público de salud.

MATERIAL: A lo largo del año 2010, se trabajará en un novedoso proyecto denominado "learning coffee", accesible a través del aula virtual de la Escuela y descargable en mp3, que pretende a través de pequeñas píldoras de 30-45 minutos difundir formación e información en determinadas materias.

RESULTADOS: Se han formado desde el año 2007, más de 5.000 profesionales a través de metodologías elaboradas en formato e-learning o blended learning e implementadas con pedagogía constructivista utilizando herramientas participativas como foros, lecciones, wikis, etc a lo largo de más de 90 actividades online. En el año 2010 están diseñados 31 learning coffee de prevención de riesgos laborales, que se difundirán a más de 2.000 profesionales del Servicio Gallego de Salud como herramienta de apoyo para cumplir con los requerimientos establecidos en la normativa vigente en riesgos laborales en relación con la formación e información a los trabajadores.

CONCLUSIONES: En la Escuela consideramos que el conocimiento es un valor básico para cualquier organización y mucho más para una organización sanitaria. La actualización de este conocimiento es imprescindible para conseguir los objetivos permanentes de eficiencia, equidad y modernización que se necesitan con el fin de cumplir cada vez mejor las demandas de la sociedad y aumentar el nivel de salud de los ciudadanos y ciudadanas.

PALABRAS CLAVE: INNOVACIÓN, FORMACIÓN

794 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 11:20 h.

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA SIMULACIÓN MÉDICA

Sánchez-Santos L (1), Rodríguez-Nuñez A (2), Iglesias-Vázquez JA (3), Gómez-Ruiz R (4), Martínez-Rendo M (5), Galego-Feal P (6)

(1) Coordinador de la Red de Capacitación Sanitaria de Galicia de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (2) Coordinador del Aula de Simulación Médica Avanzada de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Director Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061, Servicio Gallego de Salud. (4) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria., Servicio Gallego de Salud. (5) Conductor de Instalaciones de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (6) Director Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVOS: Diseño de un plan de capacitación profesional a través de la simulación médica avanzada como método eficaz que evita molestias a los pacientes, permite la comisión y rectificación de errores y contribuye a mejorar la seguridad y eficacia de los procedimientos médicos.

MATERIAL: La Escuela Gallega de Administración Sanitaria incorpora la simulación robótica como innovación formativa. Esta formación está considerada como la más idónea para la adquisición o el perfeccionamiento de distintas competencias profesionales. En ella se combinan metodologías pedagógicas innovadoras con la más alta tecnología y la experiencia de un equipo humano constituido por profesionales de nuestro sistema sanitario ampliamente reconocidos dentro y fuera de nuestra Comunidad Autónoma.

Esta metodología emplea maniquís que reaccionan de forma similar al ser humano en determinados procesos patológicos, permitiendo al participante actuar en entornos similares a la realidad de su actividad cotidiana. Este adiestramiento permite adquirir destrezas de actuación para manejo de distintas situaciones clínicas antes de ponerlas en práctica sobre pacientes reales.

Para este curso académico 2010 la oferta docente planificada inicialmente es de 10 actividades formativas, destinadas a los profesionales que atienden a pacientes en los dispositivos de Urgencias extrahospitalarias.

RESULTADOS: A lo largo de los seis primeros cursos desarrollados en los primeros meses del año se han formado a 96 profesionales, que han concluido: 1/ La simulación es un método esencial para el aprendizaje de habilidades y la capacitación en general; 2/ La simulación contribuye a la estandarización de la enseñanza, permitiendo la autoevaluación, auto-corrección y autoaprendizaje, facilitando la práctica de situaciones clínicas poco habituales, enfermedades raras o situaciones críticas y potencialmente catastróficas y 3/ La simulación resulta un método eficaz para evitar molestias a los pacientes, permitir la comisión y rectificación de errores y contribuir a mejorar la seguridad y eficacia de los procedimientos médicos.

CONCLUSIONES: En muchas ocasiones los errores o retrasos en la asistencia son irreversibles. Frecuentemente el problema en la asistencia no es la falta de conocimientos teóricos de los profesionales sanitarios o la escasez de medios materiales, sino la incapacidad de aplicación de estos conocimientos en situaciones críticas, por la falta de práctica.

En el momento actual en que existe un claro movimiento a favor de incrementar la seguridad de los pacientes la simulación tienen un papel clave a la hora de potenciarla

PALABRAS CLAVE: CAPACITACIÓN, SEGURIDAD PACIENTE, INSTRUCCIÓN

801 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 11:30 h.

EFICIENCIA DEL NUEVO DISPOSITIVO DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE RENAL PORTADOR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA

Gallego -González-Aller FJ (1), Quintero -Pérez Y (2), Jiménez-Jaén P (1), Luque- Sánchez EM (2), Maldonado- López LA (3), Gras- Baeza MA (4)

(1) Dialisis, Hospital Comarcal Melilla. (2) Urgencias, Hospital Comarcal Melilla. (3) Diálisis, Hospital Comarcal Melilla. (4) Consultas Externas, Hospital Comarcal Melilla.

OBJETIVOS: Nuestra intención es crear, a través de un dispositivo, un nuevo elemento estructural que amplíe la seguridad del paciente renal portador de FAVI y al mismo tiempo analizar la aceptación cognitiva y adhesión del paciente a dicho dispositivo.

OBJETIVOS:

- Crear, a través de la pulsera, una Conciencia Sanitaria de visualización e identificación del paciente renal portador de FAVI alertándole de "SÓLO AQUÍ" manipulación del brazo portador de la pulsera.
- Evitar, por personal no entrenado, eventos adversos sobre la FAVI
- Analizar y evaluar la aceptación cognitiva de nuestro dispositivo de seguridad
- Valorar con estudios retrospectivos una mejora en la pulsera identificativa

MATERIAL: Se crea una pulsera de caucho negro con dispositivo de cierre de acero. En el centro de la pulsera figura una placa de acero esmaltada con el logotipo de un riñón en fondo rojo y un mensaje de alerta, también en fondo rojo, que dice "SÓLO AQUÍ":

1. Para crear la llamada "Conciencia Sanitaria de Identificación" se difunde el proyecto entre el personal sanitario explicándoles qué simboliza la leyenda "SÓLO AQUÍ": Sólo aquí tomar tensión arterial., extraer sangre, admón. de medicación Subc., IV, IM, sólo aquí canalizar vía periférica-central, movilizar, apretar, cizallar…

Para evaluar el sentimiento de aceptación de la pulsera por parte del paciente:

2. Se realizan, tras un mes de colocación de la pulsera, un cuestionario voluntario y retrospectivo a 17 pacientes de 14 ítems donde se valoran, con respuestas alternativas y descriptivas múltiples factores (diseño, abandono de la pulsera, aceptación, interés del entorno, ocultación, sentimiento de estigmatización…etc)

RESULTADOS: 1) Se colocan voluntariamente 41 pulseras identificativas de 41 pacientes potenciales de llevar pulsera (100%).

2) Durante un mes, a raíz de la colocación de la pulsera, 11 pacientes acudieron a Urgencias por distintos motivos. A 10 de ellos SÍ los identificaron como pacientes renales portadores de FAVI sin necesidad de identificarse ellos mismos. Sólo a 1 de ellos intentaron manipularle el brazo de la FAVI lo que representa el 9.09% de los 11 que acudieron.

3) De las encuestas se deduce que:

- El 100% creen que es un excelente mecanismo de seguridad
- Un 5,88% le incomoda el cierre de la pulsera
- El 88,24% no se quitaron NUNCA la pulsera
- El 11,76% de los que se la quitaron en algún momento, fueron todos para ducharse y la mitad para dormir
- El 5,88% intentó ocultar la pulsera a sus amistades confesando que el dibujo del riñón le hacía recordar su enfermedad y que le creaba un cierto sentimiento de estigmatización. (Aún así la llevaba y sentía seguridad con ella)

CONCLUSIONES: 1) Se demuestra la buena aceptación que ha tenido el dispositivo para los pacientes renales ya que ha sido aceptada por TODOS.
2) La incidencia de posibles eventos adversos, en un mes de andadura de la pulsera, ha disminuido considerablemente y ronda ya niveles inferiores a los que marca la OMS en pacientes en general, por lo que concluimos que la pulsera es un excelente sistema de seguridad.
3) Un mínimo porcentaje de pacientes a pesar de referir un cierto sentimiento de ocultación de la pulsera en su entorno, por evitar etiquetarse, creen que la pulsera les aporta muchísimos más beneficios que perjuicios.

PALABRAS CLAVE: Pulsera, Seguridad, Sólo Aquí

809 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 11:40 h.

HERRAMIENTA PREVENTIVA DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR DISCREPANCIAS ENTRE TRATAMIENTO HABITUAL Y PRESCRIPCIÓN AL INGRESO

Zoni Ac (1), Jiménez-Muñoz AB (1), Pla-Mestre R (1), Rodríguez-Gijón L (1), Rodríguez-Steinbauer C (1), Rodríguez-Pérez Paz (1)

(1) Servicio de medicina preventiva y gestión de calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañon.

OBJETIVOS: Estudios españoles consideran que los errores por medicación causan entre un 4,7% y un 5,3% de los ingresos hospitalarios. Originan un coste medio por estancia de 3000E euros. Este tipo de errores pueden prevenirse mediante sistemas de detección y control, siendo fundamental conciliar la medicación a la llegada al hospital y en los traslados entre unidades.
OBJETIVOS
PRINCIPAL: Disminuir los errores debidos a discrepancias no intencionadas entre la medicación prescrita en el hospital y el tratamiento habitual del paciente.
ESPECIFICOS:

- Estimar las discrepancias no intencionadas entre la medicación prescrita en el hospital y la medicación previa al ingreso; y su potencial impacto clínico.
- Medir la efectividad de una herramienta de conciliación de la medicación, comparando los indicadores antes y después de su implementación.
- Mejorar la técnica de entrevista clínica realizada por enfermería

MATERIAL: TIPO DE ESTUDIO: Cuasiexperimental antes-después
INTERVENCIÓN:

1. Entrenamiento de la técnica de entrevista clínica a personal de enfermería.
2. Implementación de herramienta informática de conciliación de la medicación.

UNIDADES SELECCIONADAS:
Medicina interna y cirugía general
POBLACIÓN DIANA:

1. Pacientes ingresados con 3 o más medicamentos antes de ingresar
2. Ingreso superior a 24 h
3. Criterios de exclusión:
    - Pacientes incapaces de comunicarse y sin cuidador
    - Traslado de otra unidad clínica
    - Cargos en/de otras unidades

VARIABLES:
Datos del paciente, historia farmacológica crónica, medicación pautada el día del ingreso, discrepancias encontradas y gravedad de las discrepancias no justificadas

RESULTADOS: En la fase previa a la intervención se entrevistaron un total de 306 pacientes.
Fueron incluidos el 48,85% de cirugía general con una media de fármacos por pacientes de 6,85 (DS:2,73). Se encontraron un 45,74% (IC95%: 35,14 a 56,34) de pacientes con al menos una discrepancia no justificada.
En medicina interna fueron incluidos el 79,2%, con una media de fármacos por pacientes de 7,36 (DS:3,04). Se encontraron 22,5% (IC95%: 12,72 a 32,27) de pacientes con al menos una discrepancia no justificada.
Actualmente se esta realizando el análisis de datos posterior a la intervención. Los resultados preliminares arrojan resultados favorables en cuanto a la mejora de la técnica de entrevista y la disminución de las discrepancias no justificadas.

CONCLUSIONES: La técnica de la entrevista ha mejorado sensiblemente. La sensación subjetiva del personal implicado es que la utilización de la herramienta ha sido efectiva.

PALABRAS CLAVE: errores de medicación, conciliación, herramienta informática

813 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 11:50 h.

CALIDAD DE LOS REGISTROS RELACIONADOS CON LAS ULCERAS POR PRESIÓN, CUMPLIMENTADOS EN SOPORTE INFORMÁTICO, GACELA, EN EL COMPLEXO HOSPITALARIO XERAL- CALDE.

Morado Quiñoá P (1), Pena Meilán MC (2), Rego Docando MJ (3), Álvarez Vázquez (4), Riveira Seijas E (4), Vila Iglesias I (5)

(1) Calidad, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (2) Docencia, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (3) Recursos Materiales, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (4) Hospitalización, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (5) Hospitalización a Domicilio, Complexo Hospitalario Xeral-Calde.

OBJETIVOS: Concordancia entre el registro de úlceras por presión (UPP) en el sistema informatizado y la observación "in situ" de las mismas.

MATERIAL: Estudio observacional realizado en diferentes unidades del Complejo Hospitalario Xeral-Calde entre el 23 de febrero y el 5 mayo de de 2010. Durante este periodo se llevaron a cabo una serie de auditorías periódicas por parte de 6 enfermeras de las áreas de Calidad, Formación y Recursos Materiales del centro. Los trabajadores del servicio evaluado desconocían el día y hora de la auditoría. Siempre que era posible, el responsable de cada paciente acompañaba a los miembros del grupo durante la observación.

Se evaluaron las UPP, medidas de prevención y tratamiento de los pacientes ingresados, registrando la información en una hoja de recogida de datos elaborado específicamente para el estudio. Después de la recogida, los datos fueron introducidos por los miembros del grupo en una base de datos elaborada para este estudio y se compararon con los registros en el programa GACELA cumplimentados por el personal de la unidad.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos y se compararon las variables de interés registradas in situ y en el GACELA utilizando un test de la chi-cuadrado para variables categóricas y la prueba de la t de Student-Fisher para las variables cuantitativas.

El análisis se realizó con ayuda del programa SPSS versión 15.0.

RESULTADOS: Se estudiaron 150 pacientes, 59% hombres y 41% mujeres, con una edad media de 74 años (D.E.=16,5). En la evaluación in situ se registraron un total de 55 UPP en 30 pacientes; en los registros de GACELA solo constaban 30 UPP en 20 pacientes ($p<0,001$). La media de úlceras entre los pacientes con úlcera fue de 1,9 y 1,5 úlceras por paciente respectivamente, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,398$). Destacar que solo 14 de las 30 úlceras registradas (47%) en GACELA presentaba información sobre el estadío de la misma

CONCLUSIONES: En el test de observación se detecta un registro inferior al que aparece en Gacela, que puede minimizar la percepción del problema, y disminuir las acciones de mejora encaminadas a la excelencia de los cuidados

PALABRAS CLAVE: CALIDAD, REGISTROS, ÚLCERAS

818 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 12:00 h.

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE COLOSTOMIZADO/ ILEOSTOMIZADO

Pérez-Taboada MJ (1), Fernández-Camiñas JA (2), Pazos-Orosa MC (3), Rego-Docando MJ (1), Ares-Aldariz AM (1)

(1) Dirección de Enfermería, C. H. Xeral Calde, Lugo. (2) Unidad de Cirugía, C. H. Xeral Calde, Lugo. (3) Consulta de Cirugía, C. H. Xeral Calde, Lugo.

OBJETIVOS: - Mejorar la información y adiestramiento que recibe el paciente durante su ingreso y al alta
- Mejorar los registros específicos de enfermería en Gacela.
- Formar a los profesionales de enfermería en conocimientos y habilidades para manejo del

MATERIAL:
A) Elaboración e implantación de:
1- Manual de enfermería sobre el cuidado integral al paciente con ostomía de derivación intestinal.
2- Plan de cuidados estandarizado de cáncer colorrectal
3- Protocolo de intervención educativa a estos pacientes
4- Protocolo de marcaje de colostomías/ileostomías
5- Protocolo de seguimiento al alta: Informe de continuidad de cuidados
B) Elaboración de una Guía para el paciente colostomizado/ileostomizado
C) Formación del personal de enfermería.
D) Elaboración de un Proyecto de creación de la Consulta de Estomaterapia.

RESULTADOS: Previa y posteriormente a la formación del personal, se entrega un cuestionario de conocimientos con los siguientes resultados:
o Preguntas bien contestadas: antes 75%, después 79,5%
- Realizada la intervención, se hace estudio descriptivo del 13/05/09 al 31/12/09. Tomando como referencia los pacientes ingresados en la unidad con diagnóstico de colostomía/ileostomía y utilizando las mismas variables que se utilizaron para evaluar la situación inicial, los datos comparativos serían:

Diagnósticos de Enfermería Prevalentes en ostomizados: 58%, después 89.39%,
Complicaciones potenciales Relacionadas: 6%, después 2.2%
Objetivos Relacionados: 36%, después 79.1%
Objetivos Evaluados: 21%, después 76.7%
Acciones Relacionadas: 34%, después 97.7%
Comentarios de Enfermería Relacionados: 8%, después 97%
Informe de cotinuidad de cuidados al alta: 22%, después 86%
Recomendaciones al alta: 25%, después 81.4%
Recomendaciones adicionales: 13%, después 79.1%

- Se realiza estudio descriptivo-transversal: a los pacientes dados de alta, se les entrega un cuestionario de valoración.

Se reciben un total de 35 encuestas (77.7%).
Las cuestiones mejor valoradas, fueron las relacionadas con la educación sanitaria e información por parte de los profesionales sanitarios

- Consulta de Enfermería de Ostomías:

El 13/05/2009, se pone en funcionamiento la Consulta.
Hasta el 31/12/2009, se atienden un total de 65 pacientes , con una citación entre 1 y 8 consultas con una media de 2,8 consultas por paciente.

CONCLUSIONES: - La elaboración e implantación de protocolos, guía para el paciente y manual para el profesional permiten trabajar de forma estandarizada evitando la variabilidad en la práctica clínica.
- La formación del personal de enfermería e incorporación de l

PALABRAS CLAVE: colostomía , ileostomía, cuidados

819 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 12:10 h.

CULTURA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO CURSO DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA

Grau J (1), Prat A (1), Vilella A (1), Santiñà M (1), Bertran MJ (1), Trilla A (2)

(1) Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic Barcelona. (2) Dirección Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic Barcelona.

OBJETIVOS: Las actitudes y creencias de los médicos son fundamentales para una buena implantación de la seguridad clínica del paciente en las instituciones sanitarias. El período de formación académica es un momento óptimo para aportar conocimientos y mejorar las actitudes de los futuros médicos.

El objetivo de este trabajo es identificar los conocimientos y las actitudes de los estudiantes de sexto curso de medicina respecto a la seguridad clínica de los pacientes.

MATERIAL: La población estudiada han sido los alumnos matriculados durante el curso académico 2008-2009 en sexto curso (2º cuatrimestre) de la Licenciatura de Medicina de la Universidad de Barcelona . Se elaboró un cuestionario específico adaptado al perfil de estudiante, tomando como referencia los contenidos de las principales encuestas de cultura en seguridad del paciente existentes. Integrada por 30 preguntas (ítems) con respuestas según escala tipo Likert de cinco niveles y distribuidas en nueve dimensiones: conocimiento sobre errores, percepción de seguridad, liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, entorno del puesto de trabajo, notificación de errores, respuesta a los errores y proceso de mejora continua. Su cumplimentación tuvo carácter anónimo y voluntario.

RESULTADOS: De un total de 80 estudiantes se obtuvieron 62 encuestas válidas (77,5%) . Las dimensiones que presentan un porcentaje de respuestas positivas superior al 75% (de acuerdo/muy de acuerdo) son: percepción de seguridad, liderazgo, comunicación, entorno del puesto de trabajo y notificación de errores. Las que presentan un mayor número de respuestas neutras o negativas son: conocimiento sobre errores, trabajo en equipo i respuesta no punitiva a los errores. No obstante, ninguna de estas tres dimensiones presenta un índice de respuestas negativas igual o superior al 50%.

CONCLUSIONES: La información obtenida permite identificar los conocimientos y actitudes de los estudiantes de medicina de sexto curso respecto a la seguridad clínica del paciente en la etapa previa a su especialización. A nivel general presentan una sensibilidad alta y una cultura fuerte. No obstante, también se evidencian debilidades en apartados como conocimientos en seguridad clínica, trabajo en equipo y respuesta no punitiva a los errores. Estos resultados nos ayudan a mejorar las estrategias educativas realizadas para los estudiantes, en base a sus conocimientos y necesidades formativas detectadas.

PALABRAS CLAVE: Cultura, Estudiantes Medicina, Seguridad Clínica

824 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 12:20 h.

EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Fernando Groba Pérez (1), Rafael Cabadas Avion (2), Cristina Iglesias Cabaleiro (3), Ernesto Toscano Novella (4), Lucia Berride Soto (5), Rocio Castaño Pérez (5)

(1) Supervisor enfermería quirofano y unidad de críticos, Hospital POVISA . (2) Jefe servicio anestesia y unidad de críticos, Hospital POVISA . (3) Coordinadora quirofano, Hospital POVISA . (4) Jefe Servicio Cirugía General, Hospital POVISA. (5) Quirofano, Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Implantar un programa de seguridad quirúrgica en el Hospital POVISA que sistematice prácticas seguras y minimice riesgos evitables:
- Diseño y aplicación de un listado de verificación para el 100% de las cirugías programadas y urgentes no emergentes
- Sistema de monitorización de indicadores de proceso y resultado que periódica y sistemáticamente evalúen su cumplimentación, extrayendo las áreas de mejora vinculadas a cada criterio
- Implantación de un sistema de registro y análisis de incidentes y casi-errores

MATERIAL:
- Grupo de mejora interdisciplinar con representación de los colectivos implicados, pilotado por el Jefe de servicio de Anestesia y coordinado por la Coordinadora de Calidad
- Cronograma de acciones con evaluación mensual de su desarrollo y determinación de responsables
- Con el Manual de Aplicación de la lista de verificación de la OMS como referencia, se diseña un primer listado iniciándose un pilotaje de 3 meses en un quirófano de C. General
- Los resultados marcan el inicio de acciones de formación al conjunto de los colectivos, la readaptación estructural de quirófanos y antequirófanos, la informatización del listado y la creación de la figura de "coordinadora de lista"
- Tras pilotaje previo, se definen 40 criterios a evaluar, confeccionando el listado definitivo
- Definición de criterios críticos (su no conformidad obliga a suspensión y/o declaración de incidente) y casi-fallos (criterio subsanado pero fuera de los rangos de espacio o tiempo predefinidos)
- Sistema de información mensual con indicadores de cumplimentación general, para cada uno de los criterios, tasa de casi-fallos y tasa de suspensiones vinculadas a no cumplimentación de criterios críticos
- Análisis mensual de resultados por parte del equipo que articula y realiza seguimiento de las acciones correctivas

RESULTADOS: 4130 Intervenciones evaluadas
98% de intervenciones con listado realizado.
85% de listados cumplimentados correctamente
0,5 % de casi fallos sobre 140770 criterios evaluados con posibilidad de ser subsanados, distribuyendose en:
profilaxis antitrombótica 13,5% de casi errores
profilaxis antibiótica 11,25% de casi errores
rasurado 11% de casi errores
tasa de suspensiones vinculadas 0,16%
time -out con presencia de todo el equipo: 88% de las intervenciones

CONCLUSIONES: El modelo introduce valiosas aportaciones en diseño, metodología y sistema de información de resultados. Permite objetivar áreas de mejora mediante su monitorización, discriminando los casi-fallos y EA vinculados al incumplimiento, con el análisis posterior de sus actores.

PALABRAS CLAVE: seguridad, quirúrgica

833 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 29 – 21/10/2010, 12:30 h.

¿CÓMO HEMOS MEJORADO LA SEGURIDAD DEL CIRCUITO DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL GENERAL?

Quintela Valle (1), Villamayor Blanco,L (2), De Miguel-Bouzas JC (2), Freire,Mcarmen (2), Pimentel Alonso,A (3), Faccio López, S (4)

(1) Coordinadora de Procesos Asistenciales, Hospital POVISA. (2) Farmacia, Hospital POVISA. (3) Logística, Hospital POVISA. (4) unidad de calidad, Hospital POVISA.

OBJETIVOS: Implantar una estrategia que incremente la seguridad del circuito de medicamentos, minimizando los eventos adversos relacionados.

MATERIAL: Dentro de la estrategia global de seguridad al paciente , inscrita en el Proyecto de Implantación Joint Commission del Hospital POVISA, a principios del año 2009 se crea un grupo de mejora interdisciplinar que aborda un cronograma de acciones centradas en la implantación, desarrollo y evaluación de 6 protocolos de seguridad del circuito . El grupo asume la implantación, realizando hasta el 30 de abril de 2010, 10 talleres con la asistencia de 389 profesionales, el asesoramiento, la evaluación mensual y análisis de resultados. Actualmente, el sistema de información consta de 21 indicadores (15 de proceso) de cuyo seguimiento son informados los profesionales en el Cuadro de Mando de Seguridad. Los indicadores de más reciente incorporación al sistema de información son:

1. Registro efecto terapéutico analgésicos, antitérmicos y sedantes administrados "a demanda" (estándar: 95%)
2. Antibióticos administrados dentro del rango horario (estándar: 90%)
3. Medicamentos multidosis en uso correctamente etiquetados con fecha de apertura y caducidad postapertura (estándar: 95%)
4. Medicamentos multidosis en fecha correcta de uso (estándar: 95%)
5. Registro diario de las neveras de medicación activando alerta ante temperatura fuera de rango (estándar: 100%)
6. Medicamentos en fecha correcta de uso almacenados en unidades de hospitalización (estándar: 100%)
7. Medicamentos de aspecto similar almacenados correctamente (estándar:100%)
8. Medicamentos de alto riesgo con registro de doble chequeo (estándar 90%)
9. Electrolitos concentrados no conformes con protocolo de almacenamiento (estándar: 0%)

RESULTADOS: Los Valores obtenidos por indicador en enero 2009 (1 y 2) y septiembre 2009 (3,4,5,6,7,8y 9) y abril 2010 son:

Indicadores

1: 33%; 2010: 72%
2: 75%; 2010: 96%
3 82%; 2010: 87%
4: 66%; 2010: 80%
5: 93% ; 2010: 95%
6:: 83%; 2010: 100%
7: 90%; 2010: 100%
8: 27%; 2010: 57%
9: 0%; 2010: 0%

CONCLUSIONES: La evaluación sistemática y comunicación de resultados a los profesionales ha mejorado la adherencia de éstos a prácticas seguras. Se ha constatado la mejora de la seguridad del circuito de medicamentos desarrollando una evaluación periódica de los procedimientos implantados de manera progresiva. El compromiso de la Dirección del Hospital y coordinación del equipo de mejora de enfermeras y farmaceúticos, añade valor a la intervención que asume la formación, evaluación y acciones correctivas necesarias.

PALABRAS CLAVE: Circuito, seguro, medicamentos

845 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 15:40 h.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:UNA HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

Villar-Arnal MT (1)

(1) CME Ramón y Cajal - Endoscopias, Salud.

OBJETIVOS: Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias en la salud de los pacientes hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.

En la actualidad la endoscopia digestiva se ha convertido en un procedimiento que facilita el diagnóstico y permite realizar técnicas terapéuticas mínimamente invasivas que antes requerían intervención quirúrgica. Trabajando en la línea de evitar la aparición de posibles efectos adversos a los pacientes no hospitalizados que no reciben sedación, se tomó como ejemplo la Lista OMS de verificación (checklist) de la seguridad de la cirugía © OMS, 2008, para elaborar una Lista de Verificación de la endoscopia digestiva alta.

Objetivo: Utilizar una Lista de Verificación de la endoscopia digestiva alta o gastroscopia (LVG) como una herramienta de mejora de la seguridad de los pacientes en un entorno ambulatorio.

MATERIAL: La LVG es breve pero exhaustiva. Cumple los principios de simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad. Consta de 16 ítems dispuestos en una página que comprueban una serie de requisitos repartidos en 3 etapas: entrada (recepción del paciente), pausa endoscópica (momento antes de la prueba) y salida (posterior a la endoscopia). La enfermera que colabora en la técnica es la responsable de efectuar la LVG.

RESULTADOS: La LVG ha sido aplicada a 600 pacientes desde el mes de marzo de 2010, comparados con 566 pacientes anteriores a la implementación de la LVG. Se evaluaron dos indicadores: la suspensión de procedimientos que fue del 11% antes y 7% después ($p<0,001$) y la derivación de pacientes al Hospital por complicaciones 1,5% antes y 0,8% después ($p=0,003$). En ambos casos encontramos diferencias significativas. Actualmente hemos comenzado a medir el grado de satisfacción de los pacientes.

CONCLUSIONES: Los profesionales de enfermería que trabajamos en unidades de endoscopia hemos de proporcionar al paciente todos los cuidados necesarios antes, durante y después de la exploración para minimizar los riesgos y posibilidades de error en el proceso y disminuir la ansiedad del paciente, mejorando la tolerancia a la prueba. Los resultados obtenidos hasta ahora avalan la utilización de la LVG como instrumento de mejora de la seguridad de los pacientes ambulatorios.

PALABRAS CLAVE: Lista de Verificación, gastroscopía

854 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 15:50 h.

PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES DIABÉTICOS: LA ASPIRINA SALVA VIDAS

López-Picazo (1), Ruiz JC (2), Sánchez-Ruiz JF (3), Ariza MA (4), Aguilera B (2)

(1) DGAS, Servicio Murciano de Salud. (2) Farmacia, Servicio Murciano de Salud. (3) Tecnologías de la INFORMACIÓN, Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. (4) Farmacia, Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: Los diabéticos tienen un riesgo de muerte por complicaciones cardiovasculares 2-4 veces superior al resto de la población, relacionado con la ateroesclerosis y el funcionamiento plaquetario. Existe amplia evidencia de la utilidad de terapia antiagregante como prevención primaria en diabéticos de riesgo, como los mayores de 40 años o con otros factores cardiovasculares. Las recomendaciones incluyen el uso de acetilsalicílico a dosis antiagregante en diabéticos tipo 1 (evidencia A) y 2 (evidencia C).

La terapia antiagregante en estos pacientes no es habitual (coberturas inferiores al 50%), existe un problema de infrautilización de medicamentos, que expone a los diabéticos a una situación de riesgo cardiovascular. El objetivo del proyecto es prevenir la aparición de efectos adversos cardiovasculares en pacientes diabéticos mejorando las coberturas de tratamiento antiagregante con AAS.

MATERIAL: La población diana son los pacientes diabéticos de 40 ó más años adscritos a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, 41.796 individuos en enero 2009.

Diseñamos un programa informático para identificar pacientes diabéticos que cumplan criterios de antiagregación a partir de la historia clínica informatizada de Atención Primaria (OMI-AP; cobertura cercana al 100%).

Se contactó con los médicos para informarles del proyecto y solicitar su consentimiento para ser incluidos en él.

Elaboramos un informe por médico que incluía una justificación a los beneficios de la antiagregación en este tipo de pacientes, difundido a través de carta personal entregada en el centro y la intranet. Se envió a cada médico por correo al centro un listado con la relación de sus pacientes candidatos a iniciar antiagregación. También construimos un mensaje recordatorio de la indicación de antiagregación que fue introducido como un "flash" en la historia clínica electrónica de los pacientes candidatos, que aparece automáticamente cuando un profesional sanitario accede a los datos de salud de éste.

RESULTADOS: Médicos participantes: 421 (99,5%), pertenecientes a 41 centros (100%). Al inicio, un 41% de la población diana recibía antiagregación. Se instauró tratamiento antiagregante en 5.482 diabéticos (22,4%), Tras éste, el porcentaje subió al 51% (mejora relativa 16%), p<0,001.

CONCLUSIONES: Uno de cada cuatro diabéticos en riesgo se ha beneficiado del proyecto. Hemos mejorado su seguridad disminuyendo el riesgo a sufrir un evento cardiovascular. Los médicos expresaron su satisfacción a con el proyecto y en especial con el mecanismo de recuerdo a través de mensajes en la historia clínica electrónica. Creemos que este procedimiento debería extenderse a otros proyectos de seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: DIABETES, ANTIAGREGACIÓN, SEGURIDAD

873 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 16:00 h.

CONTROL DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CRÓNICO EN CONSULTAS DE ENFERMERÍA

Prieto-Perdigón D. (1), Ibiricu-Barro A. (1)

(1) Atención Primaria, Grup SAGESSA.

OBJETIVOS: La adherencia es un término utilizado para designar el cumplimiento por parte del paciente del tratamiento que el profesional aconseja.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema altamente relevante en enfermedades crónicas.

La complejidad de este fenómeno involucra factores asociados al paciente, a la patología, ambiente, medicación y a la interacción médico/enfermera-paciente

MATERIAL:

- En Enero de 2010 se desarrolla nuevo procedimiento para control y seguimiento por enfermería de la adherencia al tratamiento (tt^{o}) farmacológico de los pacientes con medicación crónica en las patologías más prevalentes: Diabetes Méllitus (DM), EPOC, Hipertensión (HTA) y Dislipemia (DLP).
- Se modifican protocolos informatizados de Historia Clínica recogiendo ítems adherencia.
- Se elabora listado de consulta alfabetizado de fármacos prevalentes en relación a las patologías crónicas así como cronología óptima de la toma.
- Se elabora material de apoyo para los pacientes.
- En SESIÓN clínica se explica el protocolo al Equipo de Enfermería.

En consulta de enfermería programada se cita a los pacientes con patologías DM,EPOC,HTA y DLP en tratamiento con medicación crónica para que traigan todos los envases de los fármacos que están tomando en la actualidad.

Se revisa con el paciente el fármaco, la dosis y la hora que se lo está tomando.

Se comprueba que no haya duplicidad de fármacos: genéricos y comerciales.

Se le proporciona gráfico con el número de dosis y la hora en que se lo ha de tomar y se acompañan aclaraciones generales sobre los fármacos.

Se registra en Protocolo OMI AP la actividad y los resultados: toma correcta, omisión toma, dosis y/o abandono.

El seguimiento de la adherencia se realiza anualmente.

RESULTADOS: Desde que se inició el procedimiento en Febrero hasta el 30 de Abril se ha comprobado la adherencia al tratamiento a 671 pacientes, siendo el 19,5% del total de las visitas realizadas a pacientes con patología crónica.

- Fármaco, dosis y hora correctas 77%
- Omisión tt^{o} 10%
- Dosis incorrecta11%
- Abandono tt^{o} 2%

CONCLUSIONES: La adherencia al tratamiento ha de formar parte de la práctica asistencial programada de enfermería para asegurar el correcto cumplimiento y evitar errores que pueden ocasionar graves efectos adversos.

Con frecuencia las personas mayores se refieren a "la pastilla amarilla" o la "caja azul" siendo difícil la comprobación si no traen los envases.

Hemos de incrementar el número de pacientes con comprobación de medicación.

En un año evaluaremos la efectividad del procedimiento.

PALABRAS CLAVE: ADHERENCIA, TRATAMIENTO , Enfermería

884 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 16:10 h.

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE HIGIENE DE MANOS EN EL CHOU

Sande-Meijide M (1), García-García MJ (1), Azuara-García MJ (1), González-Vázquez A (1), Uribe-Espinosa JI (1), López-Alvárez S (1)

(1) Servicio Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario Ourense-SERGAS.

OBJETIVOS: La higiene de manos (HM) forma parte esencial del programa integral de prevención de las infecciones asociadas al cuidado de pacientes en el Complexo Hospitalario de Ourense.

MATERIAL: De acuerdo con la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de las prácticas de HM se distinguen:
CICLO 1 (ENERO 2007-JUNIO 2008)
Proyectos de mejora en 7 unidades hospitalización

Fase 1 : preparación del Complexo
- Creación grupo de trabajo multidisciplinar para analizar, planificar y canalizar las actividades que conlleva la estrategia

Fases 2, 3 y 4: estudio de la situación basal, implementación y evaluación del impacto
Realizadas a través de proyectos de mejora de la HM en 7 unidades de hospitalización. El personal objeto de la intervención incluyó a 301 trabajadores.
- Análisis situación basal Encuesta sobre conocimientos, hábitos y barreras para la HM y observación adherencia recomendaciones HM
- Implementación
- SESIONES formativas en grupo : ±70
- Actividades divulgativas
- Introducción de puntos de uso de soluciones hidroalcohólicas (SHA) dentro de las habitaciones (± 130)
- Evaluación impacto (en resultados)

Fase 5. Plan de acción
Planificación de extensión de estrategia a todo el Complexo e integración de promoción de prácticas HM como actividad estable
CICLO 2 (JULIO 2008 HASTA ACTUALIDAD)
Extensión de la estrategia multimodal a todo el Complexo

Fase 3. Implementación.
- Mejora de puntos para realizar HM.

Se introdujeron ± 500 nuevos puntos de uso de SHA (incluida antisepsia quirúrgica)
- Actividades educativas/formativas y divulgativas
  - SESIONES formativas en grupo: ± 80
  - De modo individual en ± 1900 reconocimientos médicos
- Participación en jornadas mundiales de la HM (años 2009 y 2010)
  - Cartelería y material divulgativo
  - Comunicación a cargos de responsabilidad para reforzar su implicación activa

Fase 4. Evaluación impacto (en resultados)

RESULTADOS: Evaluación impacto
Mayo-Junio 2008:
- Monitorización adherencia HM (5 momentos OMS). Adherencia inicial prácticas HM: 7,6%. Adherencia post-intervención 52,0%.
- Encuesta conocimientos HM. Porcentaje respuestas correctas inicial: 78,3% . Respuestas correctas post-intervención: 84,2%

Noviembre 2009:
- Encuesta conceptos HM. Porcentaje respuestas correctas superior al 80%

Mayo 2010:
- Monitorización adherencia HM (momento 1 OMS). Adherencia prácticas HM: 31%

Todo el período:
- Descenso en tasas de infección quirúrgica global (incidencia acumulada de 2,7% a 2,3%) y cirugía limpia (de 1,1% a 0,9%)
- ñAumento consumo SHA

CONCLUSIONES: • Necesidad de una mejora sostenida en el tiempo de las prácticas de HM: continuar con actividades estables y plantear actividades adicionales

PALABRAS CLAVE: higiene, manos, estrategia

886 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 16:20 h.

RESULTADOS DE IMPACTO CON EL DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Henríquez-Salamana Ignacio (1), Ezpeleta-Sáenz Estíblaiz (1), Rey-Barbosa Teresa (2), Rua-Santerbas Begoña (3), González-Gómez Nuria (4), Faccio-López Susana (1)

(1) Calidad, POVISA. (2) Medicina Interna, POVISA. (3) UCI, POVISA. (4) Gestión, POVISA.

OBJETIVOS: Diseñar e implantar un sistema de información para la seguridad del paciente que, con la evaluación periódica de indicadores de proceso y resultado, objetive la adopción de prácticas seguras permitiendo el desarrollo de acciones correctivas

MATERIAL: En enero de 2007 se define la estrategia para desarrollar el Plan de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital POVISA:
1. Se determinan las coordenadas del sistema de gestión del riesgo clínico integrando la seguridad del paciente en la Misión del Hospital, adoptando un enfoque multisistémico y multifactorial y considerando los eventos consecuencia de condiciones latentes
2. Se implantan las directrices a seguir, identificando las áreas críticas de intervención prioritaria
3. Se desarrolla el Cuadro de Mando de seguridad que consta de 88 indicadores para 12 programas de gestión del riesgo: 61 corresponden a indicadores de Proceso y 27 de Resultado. Mensualmente se trasladan los resultados a los profesionales quienes, a través de los equipos de mejora de cada programa, elaboran las acciones correctivas

RESULTADOS: UPP

PROCESO
Tasa de pacientes con valoración de riesgo de UPP realizada en periodicidad establecida
Mayo 2007:72% Febrero 2010:90%
Tasa de pacientes con las medidas de prevención desplegadas según grado de riesgo
Junio 2007:37% Febrero: 201097%
RESULTADO
Tasa de UPP hospitalaria (Nº UPP hospitalaria nueva por cada mil estancias de riesgo)
Mayo 2007: 9,06‰ Febrero 2010: 0,77‰
Adecuación de contención mecánica

PROCESO
Porcentaje de equipos utilizados adecuados.
Enero 2007:75% Febrero 2010:100%
RESULTADO
Ningún paciente sufrirá lesiones derivadas de la contención.
Febrero 2010:0%
Prevención BAC

PROCESO
Porcentaje de curas realizadas según periodicidad descrita en protocolo
Septiembre 2007:67,74% Febrero 2010:100%
RESULTADO
BAC UCI Abril 2006:3,39‰ Febrero 2010:0‰
BAC no UCI Enero 2007:4,76‰ Febrero acumulado 12 meses:2,47‰
Prevención ITU

PROCESO
Porcentaje de sondas vesicales sin criterio de permanencia
Junio 2007:17,7% Febrero 2010:0%
RESULTADO
Densidad de Incidencia ITU asociada a Sondaje Vesical
Septiembre 2007:4,76‰ Febrero 2010:2,95‰

CONCLUSIONES: Durante tres años hemos ido corrigiendo nuestros procedimientos para mejorar nuestra práctica y disminuir eventos. Paralelamente a la readaptación de éstos, hemos diseñado criterios e indicadores para evaluar su implantación y los resultados de su aplicación sobre el paciente. Reportar estos resultados a los profesionales ha permitido una mejora continua y un enorme avance en la cultura de seguridad

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Monitorización, Resultados

889 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 16:30 h.

DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS, UNA FORMA DE SENSIBILIZAR A LOS PROFESIONALES SOBRE LA SEGURIDAD DE PACIENTES

González-Formoso (1), Martín-Miguel Mªv (2), Rial-Boubeta A (3), Lago-Deibe F (1), Delgado- Martín JI (2), Clavería- Fontán A (4)

(1) XAP Vigo, SERGAS. (2) CS Sárdoma, SERGAS. (3) Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela. (4) Avalia_T, SERGAS.

OBJETIVOS: 1. Valorar la sensibilización en seguridad de pacientes (SP) mediante talleres formativos, medida a través de la declaración de eventos adversos (EA) en todas las Unidades Docentes de nuestra Comunidad Autónoma

2. Estudiar la frecuencia, gravedad y características de los EA detectados y registrados por residentes y tutores en sus consultas de Medicina de Familia

MATERIAL: Diseño: estudio de prevalencia durante el período Febrero-Mayo de 2009.

Profesionales participantes: del total de residentes de último año y sus tutores, por colaboración voluntaria.

Primera fase: Talleres con el objetivo de formar en conceptos de Seguridad de Pacientes, tipos y análisis de errores, procedimiento para registro de EA según "Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud".

Segunda fase: Registro de eventos adversos por profesional, 15 días en fechas previamente establecidas y de forma sincrónica para todos los participantes, durante su actividad diaria y según metodología APEAS.

RESULTADOS: De los profesionales participantes 35 (77,7 %), 21 residentes y 24 tutores, identificaron al menos 1 EA. El total de EA registrados fue de 139 y la media de episodios por profesional de 3.97 con un mínimo de 0 y un máximo de 15.

En cuanto a la gravedad de los EA declarados, el 31% se consideraron moderados, el 5% graves y el resto leves. El 72% se consideraron EA evitables.

En el análisis de los factores causales, de los EA registrados el agente más frecuentemente relacionado con estos era la medicación (36,2%), seguido por los problemas de comunicación (34,2%), gestión (25,6%), diagnóstico (8,5%), cuidados (8,5%) y en el 21,4% restante se declaran otras causas.

Estudiando el nivel asistencial donde se originaron los EA, un 63% ocurrieron en consultas médicas de Atención Primaria, un 11% en consultas de Atención Hospitalaria, un 7% en Urgencias del Hospital, un 4% en Urgencias de Atención Primaria, un 3% en oficinas de farmacia, un 2% en consultas de Enfermería de Atención Primaria, otro 2% durante el ingreso en el hospital y 8% en otros (herboristería, fisioterapia).

Atendiendo al impacto que estos EA tuvieron sobre los pacientes los daños en los mismos se debieron mayoritariamente a la medicación (28,2%), seguidos por los procedimientos (4,3%) y por cuidados e infecciones asociadas a estos (0,9%). En el 63%, estos daños no requirieron asistencia sanitaria, en el 12% precisaron observación y monitorización en Atención Primaria, en 10% fue necesario realizar pruebas adicionales en Atención Primaria y en otro10% derivación a atención especializada, así mismo en el 4% fue menester aplicar tratamiento médicoquirúrgico adicional y en un 1%, incluso, hospitalización.

CONCLUSIONES: La mayoría de profesionales han detectado y declarado al menos un Evento Adverso

2. Realizar talleres formativos en Seguridad de Pacientes es útil para sensibilizar a los profesionales sanitarios en el tema y las Unidades Docentes podrían ser un recurso fundamental en la instauración progresiva de una cultura de Seguridad de Pacientes en Atención Primaria
3. Las características de los EA analizados son similares a las publicadas en otros estudios

PALABRAS CLAVE: Eventos Adversos, Seguridad de pacientes, Atención Primaria

902 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 16:40 h.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI: INDICADORES DERIVADOS DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

Díaz-Agero Pérez C (1), Pita López MJ (1), Robustillo Rodela A (1), Valdeón García MA (1), Gómez Pizarroso (1), Monge Jodra V (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

OBJETIVOS: Estimar indicadores de calidad de la asistencia sanitaria en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), como punto de partida para el establecimiento de medidas de mejora para la seguridad del paciente.

MATERIAL: Estudio prospectivo observacional en la UCI Médica del hospital Ramón y Cajal (Madrid), incluyendo todos los pacientes ingresados durante más de 48 h. del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2009. Se recogieron datos referentes a variables demográficas, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, intervenciones quirúrgicas, infecciones y tratamiento antibiótico y se registraron en un formato prediseñado del programa de vigilancia INCLIMECC. Las fuentes de información fueron las historias clínicas y de enfermería, técnicas de diagnóstico, resultados microbiológicos, así como el contacto directo con el equipo asistencial de la UCI. Los diagnósticos de ingreso y los procedimientos invasivos se codificaron según CIE-9-MC. Los criterios de infección fueron los establecidos por el CDC y el NHSN. Siguiendo el modelo conceptual de calidad de Donabedian, los resultados se dividieron en indicadores de estructura, proceso y resultado.

RESULTADOS: Se incluyeron 503 pacientes. La mortalidad durante el ingreso fue del 15,7%. El 7,4% desarrolló una infección atribuible a su ingreso en UCI. La estancia media fue de 9,3 días (±8,8), siendo la de los pacientes sin infección de 8,5 días (±7,6) y de 19,5 (±14,2) días la de aquellos con infección, ($p<0.001$). La incidencia acumulada (IA) de neumonía asociada a ventilación mecánica fue de 1,9%, con una densidad de incidencia (DI) de 3,8 por mil días de dispositivo. La IA de infección urinaria asociada a sondaje vesical fue de 3,6%, con una DI de 4,5 por mil días de dispositivo. La bacteriemia asociada a catéter venoso central presentó una IA 1,8% y una DI de 2,2 por mil días de dispositivo.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados no difieren de los de otros estudios con metodología similar, (ENVIN-HELICS en España, NHSN en EE. UU.). Un sistema de vigilancia de la infección relacionada con la asistencia sanitaria es un punto clave para establecer un sistema de mejora de la calidad en UCI. Los indicadores obtenidos actúan como señales de alarma que identifican desviaciones de la práctica sanitaria habitual. Permiten compararnos con nosotros mismos a lo largo del tiempo y con otros hospitales similares, y monitorizar medidas de control para reducir el riesgo de infección, y por tanto mejorar la calidad asistencial y en definitiva la seguridad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: seguridad paciente, infección hospitalaria, vigilancia

903 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 16:50 h.

AMFE DEL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

Barrios García R. (1), Mora Banderas A.M. (2), Faus Felipe V (3), Sepúlveda Sánchez J. (4), Martín Escalante M.D. (5), Martín Escalante C (6)

(1) Hospitalización Quirúrgica y Hemodiálisis, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (2) Unidad de Calidad, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (3) Farmacia, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (4) Hospitalización Médica, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (5) Medicina Interna, Empresa Pública Hospital Costa del Sol. (6) CIRUGÍA, Empresa Pública Hospital Costa del Sol.

OBJETIVOS: Los errores de medicación constituyen una de las causas principales de eventos adversos en los hospitales (35,1% estudio ENEAS). El Hospital Costa del Sol cuenta con un sistema propio de declaración de incidentes de Seguridad, en el análisis de 2009 el 46% de los incidentes declarados estaban relacionados con el uso de medicamentos. Por ello se decide analizar este proceso utilizando la metodología de Análisis Modal de fallos y efectos (AMFE). OBJETIVOS: Identificar los puntos débiles o críticos del proceso de administración de medicamentos en dosis unitarias que tienen impacto en el paciente, analizar sus causas, planificar las propuestas de mejora que deben incorporarse.

MATERIAL: Se crea un grupo multidisciplinario de diez profesionales que representan todas las áreas implicadas con formación en AMFE. Se realiza un diagrama del las fases del proceso, identificando los fallos, causas, efectos, acciones recomendadas, responsables de su desarrollo y planificación cronológica para su implantación. Se seleccionan intervenciones para aquellos puntos críticos con un Índice de Priorización del Riesgo > 100 puntos.

RESULTADOS: Acciones recomendadas del análisis:

Se han identificado veinte puntos críticos: dos en la fase de prescripción, seis en la trascripción, dos en la dispensación y diez en la administración.

Las medidas de mejora propuestas son: Tres medidas relacionadas con los recursos informáticos: acceso Diraya, implantación de la prescripción electrónica y etiquetas identificativas con código de barras.

Trece medidas de carácter organizativo: cumplimiento de los procedimientos existentes, reordenación de recursos y definición de nuevos procedimientos.

Cuatro medidas relacionadas con la formación: reforzar y difundir los procedimientos de actuación

Acciones puestas en marcha:

- -Protocolo de manejo de la unidosis
- -Video formativo sobre el uso de la unidosis
- -Curso formativo sobre uso seguro de medicamentos y bombas de infusión
- -Difusión de los registros existentes de notificación de errores de medicación y RAM
- -Presencia del farmacéutico en los servicios
- -Elaboración y difusión de un tríptico informativo a pacientes sobre "Recomendaciones para la Seguridad del paciente"
- -Elaboración y difusión de un tríptico informativo a profesionales sobre "Recomendaciones sobre el uso seguro del medicamento"
- -Preparación de un 60% de los medicamentos IV por el servicio de farmacia

CONCLUSIONES: Este análisis ha permitido centrar los esfuerzos humanos y económicos en aquellos puntos débiles del proceso que lo hacen más vulnerable, reforzando la declaración de incidentes como elemento fundamental de control para la identificación de puntos críticos de mejora

PALABRAS CLAVE: AMFE, EVENTO ADVERSO , DOSIS UNITARIA

910 | Seguridad

Sala 01 (Santiago) – Sesión: 40 – 21/10/2010, 17:00 h.

RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD.

Vázquez-Vizoso FI (1), Martín-Rodríguez MD (2), Abraira MI (3), Rodríguez-Durán Lf (1), Álvarez-Gil RM (4), Lorenzo-García V (5)

(1) Servizo de Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario de Pontevedra (SERGAS). (2) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade, Servizo Galego de Saúde (SERGAS). (3) Medicina Preventiva, Hospital Comarcal de Valdeorras (SERGAS). (4) Medicina Preventiva, Hospital da Costa de Burela (SERGAS). (5) Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide-NS de Ferrol (SERGAS).

OBJETIVOS: Evaluar la estrategia de higiene de manos en la comunidad autónoma gallega.

MATERIAL: Utilizamos para la evaluación los indicadores de estructura, proceso y resultado definidos por el MSPS en 2008 para evaluar la implantación de la estrategia en los hospitales, gerencias de Atención Primaria y servicios de emergencias de las comunidades autónomas. Evaluamos el año 2009.

RESULTADOS: Hospitales: camas con preparado de base alcohólica en el punto de atención 14,5% (camas de UCI 51,94%); camas con preparado de base alcohólica en habitación 54,14%; centros que realizaron acciones formativas básicas 100%, sobre los cinco momentos 66,6%; profesionales formados 13,92% (7% del personal facultativo, 12.96% de enfermería, 19,6% del resto); consumo de productos de base alcohólica 10,95 litros ‰ pacientes-días; centros que realizaron estudio observacional 20%, encuestas de percepción de OMS 100% , encuesta de conocimientos 60%.

Atención Primaria: disponen de preparados de base alcohólica en el 50% de consultas 53,48% de los CS; disponen de preparados de base alcohólica en el 100% de las consultas el 33,68% de los CS; realizaron acciones formativas el 42,8% de las gerencias de AP (28,9 del personal facultativo, 35,6% de enfermería); el consumo de productos de base alcohólica fue de 0.35 litros ‰ consultas-día.

CONCLUSIONES: Es necesario seguir trabajando en la implantación de la estrategia en todos los servicios y aumentar la disponibilidad de productos de base alcohólica en el punto de atención al paciente, en la habitación tanto de las unidades de hospitalización como de UCI.

Es necesario insistir en la formación dirigida al personal facultativo, en el que se observa un menor porcentaje de profesionales formados.

El consumo de productos de base alcohólica es muy bajo, hay que seguir trabajando en la sensibilización y formación del personal en contacto con el paciente para mejorar la adherencia de los profesionales.

PALABRAS CLAVE: Seguridade Paciente, Higiene de Manos, Hospital

942 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 11:10 h.

CITA WEB NO PRESENCIAL: CREACIÓN DE UNA NUEVA MODALIDAD DE ATENCIÓN SANITARIA.

Andrés Cánovas Inglés (1), Alfonso Muñoz Ureña (2), Alberto Barragán Pérez (3), Paz Rodríguez Martínez (4), Alfonso Piñana López (1), Elisardo Roig Angosto (5)

(1) Centro de Salud "Virgen de la Caridad" de Cartagena, Servicio Murciano de Salud. (2) Unidad Docente de la Gerencia del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (3) Gerencia del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (4) Dirección General de RR.HH. , Servicio Murciano de Salud. (5) Centro de Salud "Torre Pacheco Oeste", Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: En la última década se viene utilizando el correo electrónico como una herramienta más de comunicación entre los médicos y los pacientes.

El objetivo de este trabajo es ofrecer a los ciudadanos la posibilidad de "utilizar las TIC" para contactar con profesionales sanitarios de sus Centros de Salud.

MATERIAL: Ámbito de estudio: Centro de Salud, Gerencia Área II –Cartagena-Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Murcia. Muestra: Zona Básica de Salud, que corresponde al Centro de Salud de Cartagena: Virgen de la Caridad (19.535 de población atendida). De la –Tarjeta Individual sanitaria (TSI)- se utiliza la base informática (OMI-CS) de Pacientes por Facultativo –cupo establecido-. Diseño: hemos desarrollado "una consulta on-line" a través de un servicio intermedio de reenvío de formulario (Melodysoft). Se ha contratado un dominio: www.salud-e.es. El correo se accede a través de webmail en: https://webmail.1and1.es. El Proyecto cumple estrictamente con las normas de la Comisión Permanente de Médicos Europeos para las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y con la Ley de Protección de Datos. Se realizó previamente una campaña de difusión mediante: pantalla de video en sala de espera, paneles y folletos informativos (dípticos) sobre la creación de esta nueva modalidad de atención. Tiempo de estudio: 11-10-09 a 11-4-2010.

RESULTADOS: Ofrecemos un servicio de correo electrónico para consultas que no requieran exploración física. Una nueva atención asistencial: "Cita web no presencial". En la www.salud-e.es, donde se comunican los pacientes con los profesionales, fue programada en PHP y enlazada a una base de datos MySQL y es donde se produce la captación del paciente. Se deriva a un formulario específico que conectamos a la Historia Clínica Electrónica de OMI. El profesional responsable, contesta (respuesta diferida en 24h), tras un análisis del problema. Se registra la información en un formulario estructurado. Se soluciona el problema con un nuevo correo o una programada cita presencial.

CONCLUSIONES: La principal limitación es la aceptación por parte de los pacientes para la utilización de las TIC. La creación de un "circuito electrónico" para el inicio de la cita web no presencial con correo electrónico (web 2.0 basado) representa una oportunidad de mejora, así como un valor añadido para facilitar la comunicación paciente-profesionales sanitarios. En estos momentos de crisis económica, en donde se menciona "el copago por asistencia presencial", la cita web no presencial lo evitaría en parte.

PALABRAS CLAVE: Atención sanitaria, Correo electrónico, internet

972 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 11:20 h.

MEJORA DE LA CALIDAD Y CONTINUIDAD ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALISTAS CON HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA COMÚN

Atrian Casanova S (1), Elviro-Bodoy T (2), Escolar Castellón F (3), Piñol Moreso J LI (4), Garbajosa Cabello A (5), Estadella Servalls MJ (6)

(1) Proyectes , Diputacio Tarragona . (2) Cap Salou, Médico Mfyc , Instituto Català de la Salut . (3) Dirección Médica , Hospital Clínico de Universitario Zaragoza. (4) Unitat de Docencia Reus , Instituto Català de la Salut . (5) Mir -3 MFYC , Instituto Català de la Salut . (6) Mir-2 MFYC , Instituto Català de la Salut .

OBJETIVOS: Estudiar el uso de la derivación electrónica entre Atención Primaria y atención especializada con una historia clínica electrónica(HCE) común, comparando con el uso de la derivación entre los dos niveles a través de métodos tradicionales.

MATERIAL: Estudio observacional retrospectivo, un EAP y un centro de especialidades estableció una comunicación por HCE común.

Estudio de 4492 derivaciones separadas en dos grupos.

El grupo I, interconsultas de primaria creadas por ordenador, eran contestado por especialistas del hospital en papel. 2060 derivaciones.

El grupo II, ordenador para derivar y era contestado por especialistas del centro de especialidades por ordenador con una (HCE) común. 2432 derivaciones.

Criterios inclusión: Todas las derivaciones emitidas en 9 meses.

Criterios exclusión: No incluyó patología urgente, graves o enfermedades raras.

Variables independientes: Edad y sexo pacientes. Edad, sexo y formación profesionales.

Variables dependientes: La calidad de información (niveles de cumplimentación) de las derivaciones al especialista.

Para estudiar la significación estadística entre variables dependientes, se utilizó "Chi-Cuadrado" (nivel de significación ($p< 0,05$).

RESULTADOS: En las derivaciones del grupo I: El nivel de cumplimentación de los médicos de primaria era malo 98,90%(IC95%98,38-99,32). Bueno1, 1%(IC95% 0,67-1,61) muy bueno el 0%. La respuesta de los especialistas en el grupo I mala 99%, buena 1%, muy buena 0.

El nivel de cumplimentación de los médicos de Atención Primaria (grupo II) fue mejor, malo 78,12%.(IC95% 76,43-79,75). Bueno 21,13 %(IC95%19,53-22,80) y muy bueno 0,75%(IC95% 0,43-1,16). Hubo una importante mejoría en los niveles de cumplimentación de la derivación contestada en el grupo II por especialistas. El nivel malo fue 35%(IC95%33,13-36,96), bueno 40,80% (IC95% 38,95-42,89), y muy bueno 24,2% IC (95% 22,37-25,80).

Existían diferencias significativas en el segundo grupo $p<0.001$, siendo mejor la cumplimentación de la contestación por los especialistas, cuando electrónicamente la derivación esta comunicada.

CONCLUSIONES: Existen experiencias en HCE común pero no hay estudios que muestren su efectividad en derivaciones. Este estudio muestra la mejoría en la respuesta y los niveles de cumplimentación son más altos en asistencia especializada, si el sistema de información ésta comunicado electrónicamente; siendo posiblemente mejor que HCE independientes entre primaria y hospital. Este avance tecnológico probablemente ayudara al progreso, de sistemas sanitarios, procesos integrales, protocolos mixtos…) y de la salud de la población (seguridad para el paciente, telemedicina, participación comunitaria…)

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria , Hospitales, Computadores

979 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 11:30 h.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE APROVISIONAMIENTO Y CONTROL DE CONSUMOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Alfonso Pimentel Alonso (1), Cristina Iglesias Cabaleiro (2), Fernando Groba Pérez (2), Sonia María Román Román (2)

(1) Servicio de Logística, Hospital POVISA. (2) Quirófano, Hospital POVISA.

OBJETIVOS: Los sistemas tradicionales de gestión han buscado en todo momento la mejora de todos aquellos aspectos logísticos que garantizaran el abastecimiento de consumibles en la calidad, cantidad, momento y lugar requerido por los consumidores.
Los avances conseguidos se han traducido en importantes ahorros de costes y evidentes mejoras en la calidad del servicio.
En el entorno actual no es suficiente el hacer las cosas "bien", hay que hacerlas "bien" con el menor consumo de recursos posible, es decir, no es suficiente con ser eficaces hay que ser eficientes.
Conceptos:
– El desencadenante del reaprovisionamiento es el consumo con lo cual la filosofía ha de ser realizar reposiciones y no pedidos.
– Automatización de la gestión (envío automático de pedidos a proveedor, cálculo automático de cantidades a reaprovisionar)
– Mejorar el control de los stocks
– Optimizar los flujos de recepción y reparto de mercancía (equilibrado de cargas de trabajo)
– Estandarización de los productos

MATERIAL: Primera fase: Mejoras fruto de la reingeniería de flujos logísticos:
– Control del stock existente ajustándolo a necesidades de consumo (incremento de rotación del inventario).
– Optimización del espacio.
– Mejora de la facilidad de localización de los artículos.
– Reducción de los costes de gestión.
– Reducción del gasto en fungible.
– Reducción de roturas de stock y urgencias.
– Mejora de la gestión de caducidades y obsolescencias.
Segunda fase: Establecimiento de un sistema integral de monitorización de la adecuación de consumos con los estándares y protocolos establecidos en el área Quirúrgica.
– Planillas de registro de consumos por intervención.
– Sistema de monitorización que alimenta el sistema de toma de decisiones:
  – Nivel operativo
  – Nivel estratégico

RESULTADOS:
– Reducción de las urgencias de aprovisionamiento en el bloque quirúrgico de un 80%.
– Identificación del coste real en fungible por intervención en el 85% de las intervenciones.
– Reducción de los stocks de artículos específicos de uso en el Bloque Quirúrgico.
– Reducción de la reposición manual con aumento proporcional de la automatización.

CONCLUSIONES: La identificación del coste real por intervención permite el establecimiento de estándares que facilitan el seguimiento de la adecuación de consumos. A su vez favorece la posibilidad de aprovisionamiento contra programación quirúrgica.
La estructura diseñada permite la detección de desviaciones de consumo y el establecimiento de acciones correctoras inmediatas.
La tendencia será la puesta en práctica de sistemas de gestión e implantación de mecanismos que promulguen la racionalidad de los costes sanitarios.

PALABRAS CLAVE: quirofano, logistica, stock

1013 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 11:40 h.

SCASEST EN URGENCIAS. A LA TERCERA VA LA VENCIDA

Raigal-Jurado S (1), Nicolas-Galvez J (1), García-Caravaca JC (1), García-Rodríguez JC (1), Alcaraz-Martínez J (2), Sierra-Prefasi FJ (1)

(1) Urgencias, Hospital Morales Meseguer. (2) Unidad de Calidad, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: Mejorar el tratamiento al paciente con SCASEST (Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST) en urgencias

MATERIAL: En el año 2007, tras revisión de las últimas recomendaciones para el manejo de esta patología se elaboraron 4 criterios diagnósticos y 5 terapéuticos con sus correspondientes excepciones y aclaraciones. Entre octubre y diciembre de 2007 se realizó un muestreo entre los pacientes ingresados con GRD al alta 411.1 y 410.71 y que su ingreso hubiera sido desde urgencias, descartándose aquellos en los que el motivo principal de ingreso no hubiera sido el SCASEST. En estos mismos meses del año siguiente se volvió a realizar un muestreo para comprobar las diferencias tras actividades de mejora y como no se alcanzaron los objetivos previstos, se repitió el proceso en 2009. Se analizaron las diferencias con el test de la Chi cuadrado.

RESULTADOS: Se han obtenido unas muestras de 86 casos en 2007, 63 en 2008 y 55 en 2009 con una edad media de 71,2 años, en los que el 62,8% son hombres y el 37,2% mujeres.

De de los cuatro criterios de diagnóstico, tres de ellos estaban con porcentajes superiores al 85% desde la primera medida, pero el que indicaba realizar el ECG inicial antes de 10 minutos sólo se cumplía en el 47,9%(intervalo de confianza ±10,4%) de ocasiones en la primera revisión, pasando al 51% (±13,2%) sin diferencias significativas. En los criterios de tratamiento se ha apreciado mejora significativa ($p<0,05$) en la administración de betabloqueantes, que ha pasado del 33,3% (±10,4%) de cumplimientos al 78,3% (±10,9%) y en la administración de nitritos intravenosos de un 55,8%(±10,3%) al 67,9 (±12,3%). Los restantes se mantienen sobre el 80% de cumplimiento.

CONCLUSIONES: Se ha mejorado en los indicadores de tratamiento, quedando sólo un criterio diagnóstico con cumplimientos bajos.

PALABRAS CLAVE: Urgencias Medicas, Síndrome Coronario Agudo , ciclo de mejora

1046 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 11:50 h.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA VÍA CLÍNICA DE MASTECTOMÍA EN EL HOSPITAL SIERRALLANA

Pino-Domínguez L (1), Fariñas-Álvarez C (1), García-Rodríguez J (2), Olavarría-Beivide E (3), Rodríguez-Cundín P (1), Ansorena-Pool L (4)

(1) Servicio de Medicina Preventiva, Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Sierrallana. (2) Servicio de Ginecología, Hospital Sierrallana. (3) Unidad de Hospitalización de Cirugía, Hospital Sierrallana. (4) Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital Sierrallana.

OBJETIVOS: Analizar la evolución temporal de la vía clínica de mastectomía a través de sus indicadores (cobertura, efectividad, seguridad y satisfacción) y detectar oportunidades de mejora.

MATERIAL: La vía se implantó en diciembre de 2001. El periodo analizado se extiende desde esta fecha hasta diciembre de 2009. En este periodo se han incluido un total de 278 pacientes. A través de la explotación de la base de datos diseñada al efecto, se han calculado los indicadores específicos de cobertura, efectividad (grado de cumplimiento de la duración de la estancia; lo establecido en el protocolo del proceso es una estancia de 8 días), seguridad (aparición de complicaciones o incidencias) y satisfacción (la satisfacción global se evalúa mediante la pregunta de si recomendaría el hospital a algún familiar). Los documentos analizados han sido la hoja de registro de incidencias y la encuesta de satisfacción.

RESULTADOS: La cobertura hasta el año 2006 fue del 100%; sin embargo, en los últimos tres años, este indicador ha descendiendo, alcanzando la cifra más baja en 2009 (70,9%). La efectividad ha ido subiendo progresivamente desde un 48,5% en 2001 hasta un 95% en el último año. La estancia media ha disminuido desde 9,5 días (DE=2,69) en 2001 hasta 5,10 días (DE=1,99) en 2009. En cuanto a la seguridad sigue descendiendo la aparición de efectos adversos, de forma que en 2009 sólo 5 pacientes de las 20 incluidas en la vía (25%) presentaron alguna incidencia. Todas ellas de carácter leve. La tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción en el último año ha sido del 100%. La satisfacción volvió a alcanzar altos porcentajes, el 95% de las mujeres coinciden en recomendar el hospital a un familiar.

CONCLUSIONES: Los indicadores de efectividad, seguridad y satisfacción de la vía clínica han ido mejorando desde su implantación. Sin embargo, la cobertura ha descendido en los últimos 3 años. En consecuencia, se proponen como áreas de mejora para el 2010: Aumentar la cobertura, redefiniendo los criterios de inclusión con la incorporación de nuevos procedimientos quirúrgicos y rediseñar la vía clínica, adaptando la duración de la misma, los tratamientos y cuidados específicos en función de los distintos procedimientos quirúrgicos que se incluyan en la vía.

PALABRAS CLAVE: vía clínica, mastectomía, indicadores

1056 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 12:00 h.

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS PERSONAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE LA ISO 9001:2008

Ballesteros Muñoz, María F. (1), Salas, A (1), Ruiz Cortinas, Rosa (1)

(1) direcció de qualitat, consorci sanitari de terrassa.

OBJETIVOS: Mejorar la gestión de los recursos humanos en un centro de dia, en el servicio de prevención de riesgos laborales y en el servicio de anatomia patològica, a través del desarrollo de herramientas que facilitan y ayudan en la planificación efectiva respondiendo a las necesidades de capacitación concretas de la actividad, permitiendo evidenciar su influencia en los objetivos de calidad.

MATERIAL: Listados de profesionales, organigrama, fichas de lugares de trabajo, fichas de requisitos y responsabbilidades, registros de formación y valoración de las actividades formativas. Registros de indicadores de resultados.

-Determinación de la competencia necesaria:se desarrollaron fichas de lugares de trabajo como punto de partida.A partir del listado de profesionales se definieron perfiles y fichas de requisitos y responsabilidades.

-Satisfacción de la competencia:se desarrolló un plan de capacitación y de formación que contempla las acciones necesarias para satisfacer la relación entre lugares de trabajo y capacitación de empleados.

-Evaluación de la eficacia:se midió la evaluación de la formación del adiestramiento (tanto por parte del trabajador como por el responsable de área para dirigir eficazmente los recursos, siguiendo con los requisitos del sistema de gestión y asegurando que las acciones emprendidas han cubierto las necesidades detectadas.

RESULTADOS: Los resultados mostraban que el personal, tanto el de nueva incorporación como el personal adiestrado por cambio de tècnica o lugar de trabajo, era más competente a la hora de realizar su trabajo. Se identificaron necesidades de capacitación no contampladas hasta ese momento y garantizó que los empleados fuesen competentes y tomasen conciencia de la importantica de sus actividades y de cómo contribuyen a los objetivos de calidad.

Se registraron datos del seguimiento y eficacia, permitiendo la replanificaciñón de una nueva formación si ésta no se consideró eficaz.

CONCLUSIONES: Una buena planificación en la formación de los empleados aumenta la tasa de aprendizaje reduciendo el tiempo de capacitación y maximizando su eficacia en las táreas y funciones de desenpeño.

PALABRAS CLAVE: personas, recursos humanos, competencia

1297 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 12:10 h.

IMPLANTACIÓN DE CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA MEDIANTE RETINOGRAFÍA DIGITAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rodríguez García LC (1), Gómez De Cádiz Villarreal A (1), Pérez Rivas J (1), Muñoz González JJ (1), García Álvarez G (1), Alonso Salazar MT (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria Área 11 de Madrid, Servicio Madrileño de Salud.

OBJETIVOS: Mejorar la cobertura del cribado de retinopatía diabética (RD) en diabéticos tipo 2 mayores de 14 años (DM2>14) mediante retinografía digital (RGD) en dos centros de salud (CS) del Área 11 de Atención Primaria (AP) de Madrid.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal de cobertura del cribado de RD en DM2>14 y definición del proceso de implantación de RGD.

Revisión bibliográfica sobre efectividad de la telemedicina y cribado de RD con RGD.

Población diana: DM2>14 incluidos en Servicio de Atención a Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus de Cartera de Servicios Estandarizados de AP (S407) o con registro en historia clínica informatizada de episodios CIAP T89, T90 (edad media 62,5, 53% mujeres, 47% hombres).

Criterios de exclusión: pacientes<14 años, diabéticos tipo 1, RD controlada en Oftalmología, cataratas, glaucoma y enfermedades que dificulten la colaboración.

Descripción de la técnica: 3 fotografías/ojo (central, nasal, temporal).

Determinación de recursos humanos, materiales y estructurales.

Presentación del proyecto y formación teórico-práctica a profesionales participantes.

Explotación de datos de DM2 sin registro de fondo de ojo en los dos últimos años (FO2a), remisión a los sanitarios para facilitar la captación.

Variables: Sexo, DM2 con FO2a, diagnósticos RD, control metabólico (HbA1c).

RESULTADOS: La población>14 años de los CS seleccionados era 51.977 al inicio del proyecto (noviembre-09). La cobertura del S407 para DM2>14 era 5,48%(n=2850), la cobertura de FO2a era 6,7%(n=190) y la prevalencia de RD del 4 %(n=114). Diagnóstico de RD en el 60% de pacientes con FO2a.

A los 6 meses de la implantación del cribado, el nº de DM2>14 era 3290 (población=52279), siendo la cobertura del 6,3%; de ellos 389(11,8%) tenían FO2a y 188(5,7%) RD. El 48,3% de los pacientes con FO2a fue diagnosticado de RD, 54,3% hombres, 45,7% mujeres (p=0,045). El 33%(n=62) de DM2>14 con RD tenía registro de HbA1c en los 2 últimos años (recomendación: cada 6 meses) y valor medio de 7,9 (criterio de buen control<=7).

CONCLUSIONES: El cribado de RD incrementó porcentualmente la cobertura del S407 para DM2>14 en un 14,96%, el nº de DM2>14 con FO2a en un 76,12% y el diagnóstico de RD en un 42,5%.

La disponibilidad de una tecnología que facilita la exploración de fondo de ojo puede favorecer el cribado de RD.

Para una prevalencia esperada de DM2>14 del 6,5%, la cobertura del S407 para DM2>14 es elevada. Sin embargo, en la realización de FO2a, diagnóstico de RD y control metabólico hay un amplio margen de mejora.

PALABRAS CLAVE: retinografía digital, Atención Primaria, cribado retinopatía diabética

1399 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 12:20 h.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS.

Silvia Vidal (1), Eduardo Briones (1), Guillermo Velázquez (2), Claudio Bueno (2)

(1) Calidad y Documentación Clínica, Hospital de Valme. (2) Dirección Médica, Hospital de Valme.

OBJETIVOS: La extracción de cataratas es la intervención quirúrgica más común en los países desarrollados y se ha demostrado que es una intervención coste-efectiva cuando se utiliza adecuadamente. El grupo IRYSS-catarata (Investigación en resultados y servicios de salud) ha desarrollado y validado unos criterios de adecuación de la indicación de la cirugía de cataratas. Estos criterios fueron creados mediante el método RAND con un panel de expertos formado por oftalmólogos que valoraron el grado de adecuación de la cirugía en una lista de escenarios. La validación se realizó en una muestra de pacientes, observándose que en los pacientes en los que la indicación fue necesaria o apropiada presentaron mejores resultados.

El objetivo de este trabajo es evaluar la adecuación de la indicación de la extracción de cataratas utilizando los criterios explícitos de adecuación mediante una aplicación informática.

MATERIAL: Estudio prospectivo en el que se recogieron pacientes consecutivos que acudían al Servicio de Oftalmología para valorar la indicación de la cirugía de cataratas. La aplicación informática permite introduciendo las variables que componen el algoritmo conocer el grado de adecuación de cada caso.

RESULTADOS: De un total de 84 casos recogidos, 7 no fueron validos por estar incompletos o por tener datos incoherentes. Finalmente, 77 casos fueron válidos e incluidos en la aplicación. Las características generales y clínicas de la muestra estudiada fueron las siguientes: 52% mujeres, edad media 69,45 (9,47), 56% presentaban catarata simple y en un 61% la afectación era bilateral. En relación a la agudeza visual (AV) y la AV contralateral, previa a la intervención, fue menor de 0,2 en un 47% y en un 48%, respectivamente. Respecto a la función visual, un 47% presentaban problemas con las actividades de la vida cotidiana debido a su problema visual. Introduciendo estas variables para cada caso, la indicación de extracción de cataratas fue adecuada o apropiada en un 81,8% de los casos, dudosa en un 13% e inapropiada en un 5,2%. Los resultados fueron analizados con los profesionales implicados.

CONCLUSIONES: Las conclusiones que podemos extraer tras el análisis de los datos, son un alto grado de adecuación de la indicación de la cirugía de cataratas en nuestro centro. Si bien los casos etiquetados como dudosos o inapropiados suponen un porcentaje no despreciable (18%) sobre todo si consideramos el elevado volumen de este tipo de cirugía.

La incorporación este tipo de herramientas permite a los profesionales la aplicación de criterios científicamente validados en la toma de decisiones clínicas. Por otro al gestor, le permite la evaluación de la calidad de la asistencia de forma transparente y explícita, favoreciendo la interlocución y el cambio hacia una prestación sanitaria más eficaz y eficiente.

PALABRAS CLAVE: adecuacion, cirugía, cataratas

1098 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 30 – 21/10/2010, 12:30 h.

UTILIDAD Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS DE DRENAJE

Lueiro F, (1), Candia B (2), Bastón C, (3), Barba MJ (1)

(1) Servicio de Microbiología, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS. (3) Servicio de Microbiología, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Valorar la utilidad de los estudios microbiológicos sobre las muestras de drenaje para obtener un diagnóstico.

Determinar el rendimiento del estudio microbiológico en drenajes quirúrgicos, para el global y según tipo de cirugía.

MATERIAL: Se realiza un estudio transversal, sobre todas las solicitudes de estudio microbiológico de drenajes que llegan durante un año al Servicio de Microbiología. Inicialmente se realiza una revisión bibliográfica en Medline a través de Pubmed, y en los recursos electrónicos disponibles en el centro.

Se considera que la muestra tiene "utilidad diagnóstica" cuando forma parte de una serie de 2 muestras consecutivas en los estudios de drenaje del mismo paciente. Se valora el "rendimiento del estudio de drenaje" como: la capacidad del mismo para obtener un diagnóstico microbiológico (positivo, o negativo). La presencia de contaminados consideramos carece de utilidad diagnóstica.

Se analiza la información disponible en la base de datos de Microbiología, identificando las solicitudes de cultivos de drenajes quirúrgicos en el año 2008, y se complementa la información con la revisión de la historia clínica y la clasificación del tipo de cirugía, de acuerdo a los criterios de los CDC (Cirugía limpia, limpia contaminada, contaminada y, sucia-infectada). Se asocia el grupo de cirugía limpia con limpia-contaminada.

Se elabora una base de datos ad hoc que recoge las variables a estudio. Se determina el tamaño muestral necesario, y se procede al estudio estadístico en el paquete SPSS/PC v16.

RESULTADOS: Se determinó que el tamaño necesario para el estudio era de 100 muestras. Pertenecen a 62 pacientes.

En el caso de la cirugía sucia, un 81,8% de los pacientes (9/11) no son clasificables (tienen una sola muestra o los resultados de las mismas son discordantes). Sólo un 18,2% (2/11) de los estudios de drenaje en cirugía sucia pueden tener utilidad para el diagnóstico. Teniendo en cuenta que en uno de éstos el resultado es "contaminante" y no permite establecer un diagnóstico, el rendimiento diagnóstico en las muestras de cirugía sucia es de un 9,1% (1/11).

En el caso de la cirugía limpia y/o limpia-contaminada, un 66,7% (34/51) reúnen criterios de inclusión (2 muestras consecutivas); tienen utilidad diagnóstica. El rendimiento diagnóstico es de 79,4% (27/34), ya que 4 muestras fueron consideradas como "contaminadas. De ellos, se observaron negativos 21/34 (61,8%) y positivos 6/34 (17,6%). Este valor positivo es más elevado de lo esperable; no tiene poder estadístico suficiente, aunque sí valor epidemiológico para emitir una recomendación al respecto.

Del análisis de los estudios microbiológicos se observó que el porcentaje global de informes positivos era de 9,6% (6/62). Estratificando por tipo de cirugía, fueron positivos en cirugía limpia o limpia-contaminada el 10,5% (4/38); en cirugía contaminada 0,15% (2/13), y en cirugía sucia no detectaron positivos.

CONCLUSIONES: En cirugía sucia la utilidad del estudio de drenaje en nuestro centro es muy baja (18,2%), y el rendimiento diagnóstico de los estudios microbiológicos de drenaje es muy bajo (9,1%), lo que impide la utilización adecuada del resultado de la muestra por el clínico.

Sorprende el elevado número de cultivos de drenaje practicados en cirugía limpia.

Se hace imprescindible una estrecha comunicación con los cirujanos, estableciendo un lenguaje común que favorezca la adecuada utilización de los recursos (indicación de cultivos de drenaje y criterios diagnósticos) y, que permita que la interpretación de los resultados microbiológicos sean útiles para el diagnóstico y/o el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: CULTIVO, DRENAJE, UTILIDAD CLÍNICA

1106 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 15:40 h.

DISEÑO DEL SUBPROCESO DE URGENCIAS DENTRO DEL PROCESO: "MANEJO DEL POLITRAUMATIZADO GRAVE"

Javierre Loris MA (1), Garcés San José C (1), Javierre Loris I (2), Bustamante Rodríguez B (1), Herrer Castejón A (1), Gros Bañeres B (1)

(1) Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. (2) Unidad de salud laboral, FREMAP Zaragoza.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN

El trauma grave es la principal causa de mortalidad entre 1 y 44 años de edad. Sobre la muerte en el lugar del suceso solo pueden influir las medidas preventivas, pero la atención médica adecuada inicial al paciente politraumatizado puede evitar muchas muertes que ocurrirán tras las primeras horas del accidente.

MATERIAL: SITUAción DE PARTIDA

El Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, es un hospital terciario, referencia del resto de hospitales de la comunidad con un alto número de atenciones a pacientes politraumatizados, tanto en primera asistencia como en recepción de pacientes de otros puntos del sistema sanitario aragonés.

En el momento actual, se realiza una atención adecuada al paciente según las recomendaciones del comité de trauma americano para la valoración del paciente en la primera hora, con buena coordinación con el resto de especialistas que determinarán los cuidados definitivos. Como proceso clave del sector, desde la unidad de calidad asistencial se pone en marcha el grupo del paciente politraumatizado con la finalidad de generar un proceso de asistencia al trauma grave con la complejidad que conlleva una patología tan variada con gran número de especialistas implicados.

RESULTADOS: OPORTUNIDAD DE MEJORA

En primer lugar se ha desarrollado en nuestro hospital formación específica en gestión de procesos con orientación personalizada al grupo formado por miembros de las diferentes áreas que más frecuentemente se ven implicadas en el proceso de asistencia del politraumatizado: Atención prehospitalaria, Urgencias, Intensivos, Radiología, Cirugía, Anestesia y Traumatología.

Hemos definido 6 subprocesos diferenciados que se adaptan a las características de un hospital de tercer nivel con la totalidad de las especialidades disponibles de presencia o en guardia localizada.

Subproceso 1: Atención extrahospitalaria

Subproceso 2: Manejo en área de urgencias

Subproceso 3: Radilogía diagnóstica

Subproceso 4: Anestesia-Actividad quirúrgica

Subproceso 5: Radilogía intervencionista

Subproceso 6: Manejo en área de cuidados críticos-intensivos.

CONCLUSIONES: Queremos presentar los anexos diseñados para el funcionamiento dentro del subproceso de urgencias que vienen definidos por documentos que no se pueden incluir en este resumen pero se detallan a continuación:

1- Anexo triaje: Define que pacientes deben ser atendidos en el área de críticos basados tanto en las características del accidente, como en los resultados de la atención inicial y la presencia de lesiones y estabilidad/inestabilidad del paciente.

2- Anexo recogida de datos inicial: Se ha diseñado una hoja de flujo que pasará junto a la historia clínica por todos los servicios donde sea atendido que recoge datos sobre el accidente, la exploración, pruebas realizadas, evolución de las constantes, medicación administrada y destinos.

3- Anexo de radiología: Define que pacientes deben ser candidatos a un protocolo de TAC cuerpo completo

4- Algoritmo completo del subproceso del área de urgencias. Con anexos de manejo inicial del politraumatizado

Al tratarse de un resumen con límite de palabras, nos ha resultado imposible describir completamente nuestra propuesta métodológica y la documentación generada hasta el momento del proceso.

PALABRAS CLAVE: politraumatizado, proceso, urgencias

1143 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 15:50 h.

LA LACTANCIA NATURAL, ES POSIBLE.

Ortiz Otero, MM (1), Flores Antón, B (2), Rivero, MJ (2)

(1) Calidad, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (2) Pediatría, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

OBJETIVOS: 1- Cumplir los Diez Pasas para una Lactancia Natural de la IHAN (UNICEF).

2- Crear una cultura sobre la lactancia materna en el hospital y en el área de asistencia sanitaria asignada.

3- Fomentar las buenas prácticas para una lactancia natural en el hospital.

MATERIAL: Creación de un Comité de Lactancia, multidisciplinar.

Sistematizar las reuniones del comité y elaboración de un cronograma de actividades y reparto de táreas, entre los miembros del Comité. Creándose varios grupos de trabajo específicos en determinados objetivos y táreas.

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: Se han programado un gran número de cursos en lactancia materna, con el fin de mantener la formación de todos los profesionales relacionados con la maternidad y la lactancia (Atención Primaria (profesionales relacionados con el recién nacido y la mujer embarazada), Pediatras, matronas, Ginecólogos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería) También aquellos que precisan sólo de una actualización de conocimientos, se ha realizado talleres prácticos - teóricos.

- Se ha fomentado durante estos años 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 evaluación externa por UNICEF.

CONCLUSIONES: 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 táreas relacionadas con el fomento de la lactancia materna.

Esperamos que la evaluación externa por UNICEF, sea favorable para nuestra re/acreditación como IHAN.

PALABRAS CLAVE: lactancia, natural, acreditacion

1148 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 16:00 h.

TÍTULO: MIRADA ATRÁS: OCHO AÑOS DE VIDA DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (CAR) DE GERIATRÍA.

Cucullo López JM (1), Vial Escolano R (1), Solsona Fernández S (1), Navarro Cirugeda M (1), Ciercoles Sierra MJ (1), Guajardo Sinusia I (2)

(1) Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, Salud-Aragón Sector I. (2) Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, Salud- Aragon Sector I.

OBJETIVOS: Conocer las características de la población geriátrica que es derivada a un CAR con vistas a un posible inicio de Recuperación Funcional en un Hospital de Día Geriátrico.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal. Variables: Edad, sexo, procedencia del anciano, tiempo de duración del proceso y causa de la pérdida funcional, tiempo de demora asistencial, comorbilidad, fármacos, escalas de valoración (Barthel, MSQ), adecuación de paciente según programa, destino final. Programa estadístico SPSS

RESULTADOS: Consultas: 1551. 63.1% mujeres. Edad media: 80.47± 6.62.

Origen de la demanda: 50.7% geriatras (consultas externas, hospitalización, equipos de valoración sociosanitaria), resto: 45.7% Médicos Familia, 3.6% otros especialistas.

Motivos y origen de la derivación: 25.7% fractura cadera (65.7% por geriatras), 20.2% ACV (52.9% por geriatras), 18.2% deterioro funcional (58.4% por médicos de familia).

Tiempo medio desde inicio de la causa hasta inclusión en programa: 61 ± 77.9 días (54.4% de pacientes con causas de más de un mes de evolución).

Comorbilidad media (número de enfermedades): 4.6.

Número fármacos previos: 6 ± 2.85 (polifarmacia -> 6 fármacos-: 38% pacientes).

Barthel medio de inclusión: 52 ± 28. Grados de dependencia y frecuencia de remisión: Barthel 100 (independiente): 5%, 60-95 (dependencia leve): 39%, 40-55 (dependencia moderada): 22%, 20-35 (dependencia grave): 21%, <20 (dependencia total): 13%.

Nivel dependencia y demora según patología de derivación:

Deterioro funcional: 47.3% dependencia leve (de ellos, 70% tras más de un mes de inicio del proceso) y 39.8% dependencia moderada-grave (de ellos, 62% tras más de un mes de inicio del proceso).

ACV: Dependencia leve: 26.9% (50% tras más de un mes de inicio del proceso) y moderada-grave: 51.6% (44.1% tras más de un mes de inicio del proceso).

Fractura de cadera: Dependencia leve: 34% (40% tras más de un mes de inicio del proceso) y moderada-grave: 52.1% (41.5% tras más de un mes de inicio del proceso).

Número errores MSQ: 2.5 ± 2.6 (ausencia de deterioro cognitivo –MSQ ≤ 2-: 58.2%).

Demora asistencial: 5.5 ± 4 días (76% inferior a 7 días).

CONCLUSIONES:

1. No existen diferencias en la utilización de la CAR entre geriatras y otras especialidades, con alta demanda por parte de Atención Primaria.

2. La demora en la remisión del paciente a la CAR es mayor cuanto más inespecífico es el diagnóstico.

3. Debemos potenciar la relación con los niveles de derivación para disminuir el tiempo desde que se inicia la causa y remisión a CAR.

PALABRAS CLAVE: anciano, recuperacion, historico

1173 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 16:10 h.

ANALIZAR LAS INTERRUPCIONES EN LA CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD

Ciorba E (1), Álvarez-Luy M (1), Magrané-Francesch E (1), Serra-Farriol D (1), Hospital-Guardiola I (1), Gens-Barberá M (1)

(1) Atención Primaria, institut Català Salut.

OBJETIVOS: Analizar las interrupciones en la consulta de un CS utilizando la metodología de mejora continua, con el objetivo de mejorar la fluidez del acto asistencial preservando la confidencialidad y/o intimidad y garantizar una atención de calidad.

MATERIAL: En el CS se plantea elaborar un proyecto de mejora, se utiliza una tabla de priorización según criterios, escogiendo entre diferentes oportunidades "las interrupciones en las consultas" con puntuación de 20. En las consultas de CS hay interrupciones internas y externas frecuentes, que interfieren en la atención al paciente y en desarrollo óptimo de la consulta y que afecta la confidencialidad y/o intimidad, acabando con un retraso y una sensación de malestar del profesional. Para ello se crea un equipo de mejora, mide la situación basal mediante: registro interrupciones en las consultas: nº de interrupciones, llamadas telefónicas pacientes, personales, carácter interno, externas, móvil pacientes, otras, pertinente (si/no); encuesta para pacientes y profesionales mediante preguntas cerrada. Análisis causa-efecto utilizando el diagrama de Ishikawa, análisis causa-intervención y plan de acción.

RESULTADOS: Nº de interrupciones 184. Interrupciones pertinentes(34%). Causas más frecuentes: 1- interrupciones causadas por pacientes: consulta urgente por el teléfono interno, el móvil del paciente, el paciente que llama a la puerta, ruido en la sala de espera. 2-Interrupciones causadas por el profesional: consulta personal entre profesionales; consulta de enfermería sobre pacientes no citados y viceversa, dudas entre profesionales, móvil del médico conectado, llamadas internas por teléfono y megafonía. 3-Interrupciones por causa de la organización: falta de un procedimiento específico de cuando interrumpir, material sanitario utilizado por varios profesionales, llamadas organizativas por parte de los administrativos. Se establecen diferentes acciones: reuniones de equipo para elaboración el procedimiento especifico (uso de móvil consultas, cribado de urgencias por enfermería, información a los pacientes mediante carteles en las consultas, formación en gestión sanitaria y confidencialidad y intimidad) y difusión al resto del personal mediante SESIONES clínicas.

CONCLUSIONES: La utilización de la metodología en mejora continua es un instrumento necesario para mejorar la atención sanitaria. El análisis ha objetivado la falta de procedimiento específico y de proporcionar información al usuario. La creación de un equipo de mejora potencia el trabajo en equipo y actúa como elemento clave para motivar e implicar a los profesionales en la implantación de la mejora.

PALABRAS CLAVE: Centro Salud, Interrupciones, Plan de mejora

1178 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 16:20 h.

MODELO DE RELACIÓN DEL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD CON LA CIUDADANÍA.

Aguilera -Terrado R (1), Vicent -Nicolau F (1), Rabadà- Arnau, T (1), Beberide -Nodal M (2)

(1) Unidad de Atención al Ciudadano, Servicio Catalán de la Salud. (2) Unidad de Atención al Ciudadano, Servicio Catalán de la Salud.

OBJETIVOS: Objetivo:

Era preciso ajustar la organización de CatSalut para homogeneizar la respuesta de sus recursos a este complejo escenario y poder analizar e integrar la información para la gestión.

MATERIAL: metodología:

En una primera fase, se estableció un marco estratégico, liderado por la División de atención al ciudadano, en el que estuvieran integradas las diferentes instituciones y organizaciones, para ordenar decisiones y actuaciones.

Se organizó un grupo de trabajo compuesto por los responsables de la atención al ciudadano de proveedores, regiones sanitarias, servicios centrales, que consensuó el modelo organizativo y funcional de procesos clave de atención al ciudadano y todos los subprocesos que los integran, así como los procesos de soporte necesarios para asegurar un nivel óptimo de calidad en la prestación de los servicios.

Desde una perspectiva funcional se estableció, un mapa de 7 procesos claves, ya consolidados, de las relaciones no asistenciales de los ciudadanos con el servicio catalán de la salud, y uno en desarrollo:

- Gestión de la Accesibilidad al sistema
- Acreditación del ciudadano
- Gestionar la opinión del ciudadano
- Proporcionar servicios complementarios
- Gestionar las prestaciones
- Atender las demandas de información
- Gestionar la garantía de la voluntad del ciudadano
- Gestionar las relaciones con entidades, asociaciones...

En una segunda fase, cada uno de los responsables de región sanitaria elaboró respecto a un proceso clave concreto , los atributos del servicio, las salidas estandar y las actuaciones nesessarias para conseguir estos estándares.

De la puesta en común destacar que los valores eran coincidentes , no plantearon discusión o debate en el grupo, se incorporaron las aportaciones de los asistentes ,elaborando un listado final de actuaciones a realizar.

RESULTADOS: Finalmente se estableció la metodología, para impulsar el modelo y un plan de trabajo:

- Establecer unas garantías para cada proceso
- propuestas de mejora
- priorizar los compromisos
- identificar las dificultades/necesidades

Se marcó un calendario para la elaboración del trabajo, con una fecha de aplicación de estos compromisos, que serían publicitados al ciudadano.

CONCLUSIONES: Actualmente el trabajo está pendiente de finalización, no obstante la conclusión de todo lo realizado lleva a reafirmarnos en la necesidad del objetivo planteado inicialmente.

PALABRAS CLAVE: Modelo

1183 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 16:30 h.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA CERTIFICADO POR LA NORMA ISO

García-Pérez M (1), González-Álvarez I (2), Lorente-Fernández Mf (1), López-Romero J (2), Mira-Cerver R (2), Ibañez-Pérez J (2)

(1) Radiología, Hospital Universitario San Juan. (2) Radiología, Hospital Universitario de San Juan.

OBJETIVOS: Desarrollo e implantación de un mapa de riesgos asociado a todas las fases del proceso asistencial en Radiología.

Constitución y consolidación de un equipo de riesgos en el Servicio

MATERIAL: se analiza la conexión entre la gestión de riesgos y la gestión de procesos de acuerdo con la Norma ISO 9001:2000

Se constituye un equipo de riesgos y se aplica el ACR a los riesgos y eventos centinela identificados y de acuerdo con una metodología de trabajo

RESULTADOS: desde el año 2006 hemos trabajado en el análisis, corrección y prevención de los siguientes efectos adversos que han ocurrido asociados a las diferentes fases del proceso asistencial : error de identificación de paciente, caídas, radiación a embarazada , radiación en la TC, contaminación, alergia a contraste, extravasación de contraste, aire intravascular post inyección de contraste, complicaciones post-intervencionismo no vascular, errores en el informe. Se han puesto en marcha acciones para mitigar los efectos adversos y medidas preventivas para evitar / reducir su aparición.

CONCLUSIONES: El trabajo en equipo , la diseminación de los resultados y las medidas adoptadas han potenciado la cultura de seguridad en el Servicio.

Se ha establecido un circuito de notificación de efectos adversos en el Servicio

Se han reducido el número porcentual de caídas y de extravasación de contraste

La alta tecnificación del los Servicios de Radiología, obliga a extremar las medidas de seguridad de pacientes y profesionales.

Gestionar los riesgos , con la finalidad de prevenir, asociados a la getión de procesos permite abarcar todo el ámbito asistencial desde la cita a la llegada del informe al médico.

PALABRAS CLAVE: seguridad , procesos, riesgos

1212 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 16:40 h.

PAPEL DE LA GLICOHEMOGLOBINA, MICROALBUMINURIA Y OTRAS VARIABLES EN EL CONTROL DE LA DIABETES TIPO-2

Moreno Campoy Ee (1), Mérida De la Torre FJ (2), Moraga Ropero I (1), Garrido Martínez JA (3), Morillo Martín A (4)

(1) Farmacia, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. (2) Laboratorio Clínico, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. (3) Gestión del Conocimiento y Sistemas de Información, Área de Gestión Sanitaria Serranía. Servicio Andaluz de Salud. (4) Dirección-Gerencia, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

OBJETIVOS: Son muchas las variables que pueden influir en un buen control de la Diabetes. Según el Proceso Asistencial de Diabetes (PAIDiabetes) de Andalucía, el control de la diabetes se basa, entre otros aspectos, en un uso adecuado de medidas analíticas y del tratamiento farmacológico, así que un uso inadecuado de los recursos, se podría traducir en un control deficiente de la enfermedad. Por ello, el objetivo es determinar la influencia de variables, incluidas en el PAI-Diabetes, sobre el control de la Diabetes Mellitus tipo2 (DM2).

MATERIAL: Estudio descriptivo-transversal.

Población: pacientes con DM2 durante el 2009 del Área Sanitaria (N = 3.267).

Variables: La dependiente es la última medida de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Las variables independientes son: nº de HbA1c del último año, edad, sexo, tratamiento, consumo de tiras reactivas, nº determinaciones de microalbuminuria (MAU).

Análisis: Regresión logística binaria (bivariante y multivariante) y análisis de Linealidad, de significación (test de Wald) y de validez (test de Hosmer-Lemeshow).

RESULTADOS: La variable de referencia considerada es el no control glucémico.

Cada prueba de más de HbA1c no favorece el control glucémico (OR=0,66 p<0,001).

El tratamiento combinado insulina+antidiabéticos orales (OR=13,47 p<0,001) favorece más el control glucémico que solo con insulina (OR=10,69 p<0,001) o solo con Antidiabéticos orales (OR=2,87 p<0,001).

La no determinación de MAU favorece el no control (OR=2,01 p<0,001).

El autoanálisis glucemico favorece el control ((OR=1,23 p<0,048).

Los sujetos de 45 años o menos tienen un peor control que los mayores de 45 años, aunque la variable edad, al igual que la de género, no mostró significación.

El modelo explica en un 22,7% el objetivo planteado (R2 de Nagelkerke = 0,227).

El modelo se ajusta a los datos (Test Hosmer-Lemeshow p < 0,894).

CONCLUSIONES: 1.Los tres factores que contribuyen a un mejor control diabético son el tratamiento combinado (frente a los tratamientos por separado o la ausencia de éstos), la determinación de MAU y el uso de tiras reactivas.

2.A pesar de su utilidad, los resultados indican que mayor número de determinaciones de HbA1c no favorece el buen control glucémico, sin embargo este resultado de HbA1c se pueden explicar porque sean los pacientes peor controlados los que se realicen más determinaciones, siendo esta la consecuencia y no la causa del no control glucémico.

3.Se han analizado parte de los datos que se recogen necesarios para realizar el seguimiento del paciente con DM2, así que sería interesante ampliar este estudio incluyendo más factores.

PALABRAS CLAVE: Diabetes, Control, Variables

1253 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 16:50 h.

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE ÁREA

Leal-Llopis, J (1), Paredes-Sidrach De Cardona, A (2), Pérez-García, MC (1), Calvo-Bohajar, M (1), Crespo-Carrión MJ (2)

(1) Unidad de Docencia, Investigación y Calidad, Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVOS: Conocer la evolución de la calidad de los cuidados de enfermería

MATERIAL: Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo. Sujetos de estudio: pacientes ingresados en unidades de hospitalización. Periodo de estudio: 2006-2009. 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% y 98%. La incidencia de UPP de cada año fue de 0,5%, 6,2% 7,4% y 4%. Los CE en pacientes con riesgo de UPP tuvieron una cumplimentación del 78%, 87% , 80% y 90%. La prevalencia de UPP fue de 7,42%, 9,5%, 8,9% y 4%.

Los CE en paciente con de sonda vesical se evaluaron en todos los paciente y los datos de cumplimentación fueron de 37%, 62%, 53% y 32. Se evaluaron 192 pacientes por año en la valoración del riesgo de caídas (16%, 66%, 84% y 90%) y cuidados adecuados en prevención de caídas (98%, 96% ,98%, 98%). Los CE en pacientes con riesgo de caídas tuvieron una cumplimentación del 97%, 92%, 97% y 89% respectivamente. Los CE en pacientes portadores de CVC se evaluaron en todos los pacientes obteniéndose una cumplimentación del 64%, 95%, 95% y 78%. Los CE en pacientes portadores de CVP se evaluaron en todos los pacientes obteniéndose una cumplimentación del 57%, 73%,76% y 72%.

CONCLUSIONES: 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.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Calidad, Cuidados

1256 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 02 (Compostela) – Sesión: 41 – 21/10/2010, 17:00 h.

APLICACIÓN DE AMFE PARA MEJORAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HGUCR

Armenteros Lechuga M (1), Izquierdo Alcolea B (2), Llorente Parrado C (3), Lagos Pantoja E, (3), Vera Ruiz FM (4), Sobrino González J L (5)

(1) Unidad de Calidad-Formación, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2) Servicio de ADMISIÓN , Hospital General Universitario de Ciudad Real. (3) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (4) Servicio de ADMISIÓN, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (5) Servicio de ADMISIÓN, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVOS: En 2009, el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) diseñó un sistema de gestión del proceso de hospitalización en el área médica. Posteriormente, se realizó un análisis del mismo mediante Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Dentro de las áreas de mejora detectadas como prioritarias se detecta la gestión de las camas de hospitalización.

Por ello, con el objetivo de definir un plan de mejora del sistema de gestión de camas de hospitalización en el HGUCR, se decide realizar un análisis mediante la aplicación de AMFE.

MATERIAL: Se establece un plan de trabajo en varias fases:

1.Definición del proceso de gestión de camas de hospitalización: flujograma y profesionales implicados

2.Presentación de la herramienta AMFE y metodología a seguir a los profesionales de los Servicios y Unidades asistenciales implicados.

3.Aplicación de la herramienta AMFE para el análisis del proceso.

RESULTADOS: El equipo de trabajo está formado por facultativos, enfermeras y personal administrativo del Servicio de Admisión del HGUCR y de los Servicios y Unidades implicados con el apoyo de la Unidad de Calidad. El análisis mediante aplicación de la herramienta AMFE se realiza en 3 SESIONES de trabajo:

-Análisis de riesgo. Los profesionales implicados, desde su propia perspectiva, analizan el proceso diseñado y describen los posibles fallos, sus causas, impacto en la actividad asistencial y calidad percibida y los puntúan de acuerdo a su gravedad, frecuencia y detectabilidad.

-Acciones de mejora. A partir de las áreas prioritarias (con mayor número de priorización del riesgo –gravedad x frecuencia x detectabilidad), los profesionales proponen acciones de mejora.

Los problemas y acciones de mejora consideradas como prioritarias por los miembros del equipo de trabajo están relacionadas con los siguientes aspectos: programación quirúrgica de pacientes, ingresos desde CCEE, organización de la llegada de pacientes a la Unidad, traslados internos, notificación de altas y liberación de camas de hospitalización, organización de altas con ambulancia y gestión de traslados externos.

-Desarrollo de plan de mejora por parte de la Dirección del HGUCR en coordinación con el Servicio de Admisión, a partir de las acciones de mejora propuestas por el equipo de trabajo, con el cronograma previsto para implantación de las soluciones seleccionadas.

CONCLUSIONES: La herramienta AMFE es un instrumento sencillo, fácilmente entendido por los profesionales del hospital, y ágil, para la mejora de procesos implantados en el hospital.

PALABRAS CLAVE: AMFE, calidad total, gestión de camas

1157 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 11:10 h.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL PROCESO DE VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Olivera Cañadas G (1), Serrano Molina L (2), Jurado Balbuena JJ (3), Amengual Piego M (4)

(1) Unidad Funcional de gestión de riesgos UFGR. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS. , Técnico de salud. (2) Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR). Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Subdirectora de enfermería. (3) Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR). Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Director de enfermería. (4) Unidad funcional de Gestión de Riesgos (UFGR). Área 6 de Atención Primaria, Director Gerente.

OBJETIVOS: Se viene prestando mayor importancia a la seguridad de los productos de vacunación que al proceso de vacunar en si mismo, siendo éste susceptible de errores que se traducen en una inmunización incorrecta. La vacunación es una medida preventiva cuyo fin es proporcionar inmunidad al paciente con el mínimo riesgo de reacciones adversas. Por ello se deben implantar medidas y procedimientos que ayuden a evitar errores en el proceso de la vacunación.

MATERIAL: La Unidad Funcional de Gestión de riesgos (UFGR) analiza el número de errores de vacunación desde enero de 2008 hasta diciembre de 2009 y establece recomendaciones o barreras para evitarlos.
Además y teniendo en cuenta lo que se llaman los " 5 factores adecuados para la vacunación " que son: paciente, vacuna, dosis, vía y momento adecuado, elabora un listado de verificación para realizar por el profesional antes de proceder a vacunar al paciente.
Las recomendaciones y el listado de verificación elaborado se implantan a través de los responsables de vacunas de cada equipo de Atención Primaria.

RESULTADOS: El número de errores de vacunación analizados en dicho periodo fue de 25, sobre un total de 111 incidentes de seguridad. La mayoría debidos a error en la selección (n=8) y error en la preparación (n=10) del producto. Ninguno de ellos produjo daño al paciente, hubo que revacunar en 17 de los 18 casos estudiados.

Se elabora documento con un listado de recomendaciones para los equipos tales como:

- Separar vacunas infantiles de adulto.
- Identificarlas con etiquetas.
- Separar las de cartonajes similares.
- Dar SESIONES informativas cuando hay nuevas presentaciones de vacunas.
- Colocar calendarios actualizados en las neveras.
- El listado de verificación realizado consta de cuatro pasos (cada uno de ellos con varios subítems de comprobación). Estos cuatro pasos se hacen antes de proceder a vacunar y son:
- Verificar el paciente (identidad, alergias, indicaciones, contraindicaciones).
- Verificar el estado vacunal del paciente (edad, vacuna según calendario, dosis adecuada)
- Verificar las condiciones de la vacuna (temperatura, caducidad, vía de administración, condiciones físicas, preparación especial).
- Registrar la vacunación (registrar/comprobar nombre, laboratorio, lote y fecha).

Para reforzar el cambio de orden en el proceso de vacunación habitual, se elaboran carteles que recomiendan el registro previo a administrar la vacuna.

CONCLUSIONES: El listado de verificación elaborado comprueba los cinco factores adecuados para una correcta vacunación.

El resto de recomendaciones junto con el cambio de orden en el proceso (registrar antes que vacunar) son barreras que pueden evitar errores en la selección de la vacuna.

PALABRAS CLAVE: vacunación, seguridad del paciente, medicación

1167 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 11:20 h.

APLICACIÓN EN EL HSCSP DE LA PROPUESTA DE LA ALIANZA PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES.

Valls- Guallar C. (1), Navarro-Arranz P. (2), Picas -Vidal JM. (2), Vilanova-Cardenal F. (3)

(1) Calidad y Acreditación, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona . (2) Tecnologías de la Información y Comunicación y Sistemas de Información , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona . (3) Servicio de Anestesiologia y Reanimación, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona .

OBJETIVOS: Mejorar la seguridad clínica de los pacientes a partir de un hospital mas seguro

MATERIAL: La Alianza para la Seguridad de los Pacientes promovida por el Departament de Salut de la Generalitat propone para el año 2009 diferentes proyectos multicéntricos: 1-Gestión seguridad en 4 áreas de riesgo: hospitalización, urgencias, críticos y área quirúrgica. 2- Identificación pacientes. 3- Prevención de caídas. 4- Cirugía segura. 5- Lavado de manos. 6- Infección en cirugía colon. 7-Bacteriemia zero. 8.-Valoración anestésica. El hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona se adhiere a todas las iniciativas para mejorar la seguridad de los pacientes.

La metodología de los proyectos la lidera la Fundación Avedis Donabedian, se han realizado: 1- Reuniones de consenso donde se deciden los objetivos comunes a los centros e indicadores del cuadro de mando. 2-Formación a los participantes para que ésta se haga extensiva a todos los profesionales. 3- Creación de un Núcleo de Seguridad para seguimiento e implementación de las mejoras. 4- Utilización de metodología para la consecución de los objetivos – previamente consensuados con la dirección-, mediante planes de trabajo y de mejora. 5-Promoción de la notificación de los errores y el análisis mediante un registro de incidencias 6- Auto evaluación de los proyectos y reuniones de seguimiento de los objetivos y comparación con otros centros.

RESULTADOS: En el 2009 se ha conseguido: un cuadro de mando para cada una de las áreas de riesgo; aumentar el número de pacientes correctamente identificados; valorar el riesgo de caídas y aplicar las medidas preventivas; utilizar y evaluar el checklist quirúrgico; realizar 1820 observaciones del lavado de manos; mejorar las valoraciones preanestésicas; disminuir bacteriemia de CVC aplicando medidas Stop-BZ; implantar y evaluar el protocolo de traslado paciente crítico; disponer de un sistema de triage validado; crear una nueva figura que es la enfermera referente de seguridad . El hospital ha desarrollado un sistema propio para notificación de incidencias, análisis de errores y implementación de acciones que permiten mejorar la seguridad de los pacientes y trabajadores

CONCLUSIONES: El impulso de la Alianza para la Seguridad de Pacientes ha acelerado los cambios y mejoras.

La utilización de planes de trabajo y mejora han permitido implantar las estrategias necesarias para la consecución de los objetivos.

Estamos aprendiendo del análisis de los errores.

Durante el 2010 hay que continuar con el desarrollo y consolidación de los objetivos.

PALABRAS CLAVE: Seguridad clínica, Plan de mejora, Evaluación

1218 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 11:30 h.

HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DE UN ÁREA SANITARIA: HOMEGENEIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA

De la Hija Diaz M.B (1), Tofiño González M.I (1), Arroyo Pineda V (1), Torijano Casaslengua M.L (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina, SESCAM.

OBJETIVOS: Disminuir la probabilidad de aparición de errores de medicación en situaciones de urgencia con consecuencias graves para el paciente mediante la homogeneización en la medicación de emergencia disponible en los carros de parada de los Puntos de Atención Continuada (PAC) del área sanitaria

MATERIAL: Plan de homogeneización de los medicamentos del carro de parada, integrado por las siguientes acciones:

Elaboración del listado de medicamentos consensuado por profesionales de la Comisión de uso racional de medicamentos y del servicio de urgencias emergencias.

Elección del maletín de medicación.

Elaboración del protocolo de revisión y mantenimiento de los medicamentos.

Difusión de información a los profesionales sanitarios.

Implantación, seguimiento y control de los maletines.

RESULTADOS: La difusión de la información relativa a la implantación del proyecto se ha realizado mediante dos SESIONES-talleres cuya asistencia ha sido del 60.49%, superior al objetivo marcado.

La valoración de las SESIONES-talleres en una escala del 1 al 5, ha sido: interés de 4.2, utilidad de 4.1, y calidad del docente de 4.3.

CONCLUSIONES: Se ha alcanzado la implantación del maletín de medicamentos de urgencia en el 100% de los PAC.

La utilidad e interés suscitado han originado la petición de ampliación del proyecto a consultorios locales, y la homogeneización del material sanitario del carro de parada.

PALABRAS CLAVE: fármacos, seguridad, emergencia

1233 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 11:40 h.

AUMENTANDO LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

De la Hija Díaz, M.B (1), Torijano Casalengua, M.L (1), García Flores S (1), Sánchez Holgado J (2), Galán Montañes, M.J. (1), Tofiño González, M.I (1)

(1) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM . (2) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM.

OBJETIVOS: Establecer una sistematización en la comunicación en el momento de administrar medicamentos en situaciones de urgencia y/o emergencia, para evitar fallos de emisión y/o recepción de los mensajes y disminuir la probabilidad de errores de medicación con consecuencias graves para el paciente.

MATERIAL: Plan para sistematizar de la comunicación oral en la administración de fármacos en situaciones de urgencia, integrado por las siguientes acciones:

Elaborar y aprobar por la Comisión de Uso Racional del Medicamento del protocolo de órdenes verbales para la administración de medicamentos en situaciones de urgencia.

Elaborar un vídeo ilustrativo del citado protocolo.

Difundir información y emitir el vídeo a los profesionales sanitarios del área.

Refuerzo y seguimiento del protocolo.

RESULTADOS: Resultados:

La difusión de la información realizada mediante una sesión ha tenido una asistencia del 66.67%, superior al objetivo marcado.

La valoración de la sesión en una escala del 1 al 5, ha sido: interés de 4.1, utilidad de 4.0, y calidad del docente de 4.1.

Se ha difundido el protocolo en el 100% de los centros de salud del área.

CONCLUSIONES: La sistematización de órdenes verbales puede servir para concienciar al personal sanitario de lo importante que es tener todo a punto en una guardia y así mejorar la seguridad en la asistencia sanitaria.

Creemos que es una medida eficaz para poder evitar sucesos adversos en los puntos de atención continuada en situaciones de urgencia.

PALABRAS CLAVE: comunicacion, fármacos, seguridad

1235 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 11:50 h.

LAS DOS CARAS DE LA MONEDA: PLANIFICACIÓN VS IMPROVISACIÓN.

Garrido MJ, (1), Vázquez O, (2), Míguez E, (3), Carrajo L, (2)

(1) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS. (2) Informática, CHUAC-SERGAS. (3) Unidad de INFECCIOSAS, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Descirbir la planificación de la gestión de caso de paciente con sospecha de gripe A ante una posible pandemia.

Analizar el impacto de las medidas acordadas sobre la asistencia al paciente en el servicio de urgencias.

MATERIAL: Ante la alerta de pandemia emitida por la OMS sobre la gripe A, un grupo de profesionales expertos trabaja para elaborar un documento y un aplicativo informático sobre el manejo clínico del paciente adulto con sospecha de gripe A en el Complejo Hospitalario.

RESULTADOS: Se elabora un documento y un aplicativo informático para registrar los datos de anamnesis y la exploración física, que contempla alergias, profesión, comorbilidad, datos de la enfermedad actual (signos y síntomas), exploración física y clasificación de la gravedad.

A partir de la comorbilidad y de los criterios de gravedad del paciente, se planifica la realización de exámenes complementarios y la revisión de los resultados. Se valora si cumplen los criterios de ingreso y la posibilidad de observación previa al ingreso en un área especialmente designada.

Ante la evolución favorable del paciente se emitirá un informe de alta que incluya tratamiento y recomendaciones para contactar nuevamente con el sistema sanitario.

La utilización de este aplicativo en el servicio de urgencias permitió una mayor seguridad ante el riesgo de pandemia y de diseminación de la gripe en el hospital.

El número de casos detectados fue mucho menor a lo esperado, no provocando colapso en el servicio de urgencias y ofreciendo una asistencia ágil.

CONCLUSIONES: La preparación seria e importante de la situación con elaboración de un documento y aplicativo de apoyo para la gestión de casos sospechosos de gripe A supuso un gran esfuerzo y dedicación por parte de los profesionales, superior a lo que hubiera sido necesario. Sin embargo esta planificación permitió trabajar con seguridad y evitar la improvisación ante situaciones de magnitud incierta.

Nos preguntamos si mereció la pena, y la respuesta es unánime: estamos convencidos de que a pesar de la gran dedicación para el limitado número de casos detectados, la planificación de esta prevención nos hizo ser conscientes de nuestra capacidad para organizarnos ante cualquier situación de características similares.

PALABRAS CLAVE: GRIPE A, TRIAJE, APLICATIVO Informático

1246 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 12:00 h.

RESULTADO DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DEL HOSPITAL POVISA

Cabadas R (1), Rey M (1), Penelas-Cortés Y (2), Enríquez-Salamanca I (3), González-Gallegos M (4), Cabezas C (5)

(1) Anestesiología y Reanimación, Hospital POVISA . (2) Recepción y Documentación Clínica, Hospital POVISA . (3) Preventiva , Hospital POVISA . (4) Calidad, Hospital POVISA . (5) Dirección Asistencial, Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Presentación de los resultados obtenidos tras la implantación de un sistema de gestión integral de eventos adversos (EA) a nivel hospitalario.

MATERIAL: Constitución de una Comisión de análisis de EA encargada del análisis y seguimiento de la implantación de medidas.

Fuentes de datos: a) Indicadores de eventos adveros monitorizados en el cuadro de mando integral. b) Declaración de los profesionales (con metodología similar al sistema SENSAR).

Formación de equipos de trabajo:

1. Creación de equipos de trabajo por servicios. Se crearon 7 grupos de trabajo en los servicios de Anestesiología, Cirugía general, Oncología, Medicina Interna, Enfermería, Farmacia y un grupo general con miembros de todas las otras especialidades.
2. Se establece declaración de los eventos en el sistema informático del hospital. Se enlazan programas informáticos de historia electrónica con el programa de eventos adversos.
3. Se crean equipos de analizadores en cada grupo y se imparte la formación necesaria para dicho análisis. Se realizan SESIONES con los servicios implicados y SESIONES formativas para todo el hospital.

RESULTADOS: Indicadores de resultado: A) Tasa de UPP hospitalaria: (nº de UPP hospitalaria nueva por cada mil estancias de riesgo) mayo 2007 9,06‰ - febrero 2010 0,77 ‰; B) Densidad incidencia BAC UCI: abril 2006 3,39 - febrero 2010 0; C) Densidad incidencia BAC no UCI: enero 2007 4,76 ‰ - febrero 2010 2,47 ‰; D) Densidad de Incidencia ITU asociada a Sondaje Vesical: septiembre 2007 4,76 ‰ - febrero 2010 2,95 ‰; E) Densidad de incidencia de caídas por fallos de seguridad (nº de caídas por fallos de seguridad por cada mil estancias): febrero 2008 1,66 - febrero 2010 0.

Resultados de la declaración de los profesionales (abril 2009-mayo 2010): A) Nº de Eventos Adversos: 213. B) Clasificación de los EA: Organización 13; Infraestructuras 4; Equipamiento 36; Medicación 37; Clínicos 79; Traslado 4; Conducta 17; Accidente 1; Comunicación 22. C) Nº de medidas adoptadas: 404. D) Medidas ya finalizadas: 341 (84,4%).

SESIONES clínicas realizadas tituladas "Aprender de los errores": 20.

CONCLUSIONES: El éxito del Sistema de Gestión de EA se basa en:

1. Establecer la seguridad del paciente como un objetivo estratégico del Hospital.
2. Alinear a toda la organización con este objetivo.
3. Generar cultura de seguridad dentro de la organización.
4. Trasladar la información de los resultados y las acciones de mejora a los profesionales.

PALABRAS CLAVE: evento adverso, gestión, seguridad

1248 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 12:10 h.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: ESTUDIO EVADUR

Tomas Vecina S (1), Chanovas Borras M (1), Roqueta Egea F (1)

(1) Programa Seguridad del Paciente, Sociedad Española Medicina Urgencias y Emergencias (SEMES).

OBJETIVOS:

1) Analizar la incidencia de eventos adversos (EA) y sus características en términos de causas, evitabilidad y consecuencias, en pacientes visitados en Servicios de Urgencias de Hospitales españoles(SUH.

2)Conocer la proporción de visitas realizadas a los SUH motivadas por EA derivadas de asistencias previas hospitalarias y no hospitalarias (EA por episodio previo).

3)Conocer el valor predictivo de las herramientas de cribaje aplicadas a los SUH.

MATERIAL: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y multicéntrico realizado en 21 SUH españoles. Durante siete dias diferentes (equivalentes a dias semanales)entre octubre y diciembre-2009 se siguió en tiempo real (24 horas) la asistencia en pacientes seleccionados aleatoriamente, registrando la aparición de EA, sus características y tipificación de acuerdo a un mapa de riesgos diseñado para un SUH. Cada EA fué revisado posteriormente por evaluadores externos. Se realizaró también seguimiento posterior a los 7 días del alta del SUH en búsqueda de EA tardíos. Previo al estudio se practicó un pilotaje para validación de herramientas y concordancia de exploradores.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 3854 pacientes, de los que 462 (12%) presentaron 1 ó más EA. El total de EA detectados fueron 505 (1,03/paciente; 0,18/visita). De ellos, 44 (1,1%)eran incidentes quen no llegaron al paciente, 184 (4,86%) llegaron sin daño y 277 (7,2%)incidentes con daño. Un 43%(217)se detectaron en el seguimiento. Se encontró relación significativa entre factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos y la aparición de un EA. En un 54,8% la atención sanitaria no se vió afectada. Se consideró evitable un 70% de los EA detectados y videncia de fallo de actuación en el 54,6% de EA. La mortalidad relacionada con el EA fue del 1,7% de los pacientes con EA (mortalidad global 0,18%). Solo constaban en el informe asistencial el 17% de todos los EA. Un 7,3% de las visitas a Urgencias son debieron a un EA previo. Una edad media más elevada, la gravedad y las horas de estancia en urgencias fueron variables de riesgo. Los efectos derivados del proceso, medicación y procedimientos fueron los mas frecuentes, mientras que las causas más involucradas fueron las relacionadas con cuidados, medicación, diagnóstico y comunicación

CONCLUSIONES: El EVADUR detectó un 12% de EA en los SUH, destacando el porcentaje de incidentes sin daño, que pudieran ser tributarios de acciones de mejora. Los EA en los SUH tienen una elevada evitabilidad. Un 43% fueron EA tardíos, siendo recomendable establecer medidas en el seguimiento para prevenir la aparición de EA.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, URGENCIAS, EVADUR

1263 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 12:20 h.

LA SEGURIDAD EN LAS SALAS DE CIRUGÍA MENOR MEDIANTE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Sánchez Holgado J (1), Torijano Casalengua M.L (1), López Gutiérrez M.J (2), Carbayo García J.J (2), Bonilla Escobar B.A (1), Fliriache García. Caro García P (1)

(1) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM. (2) Centro de Salud La Algodonera Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM.

OBJETIVOS: OBJETIVO GENERAL:

Establecer medidas preventivas de potenciales eventos adversos derivados de la Cirugía Menor, a través del diseño y adaptación de un Listado de Verificación Quirúrgica de Seguridad para Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los puntos críticos dentro del proceso de Cirugía Menor que puedan ser susceptibles de causar un evento adverso en el paciente.

2. Diseñar un protocolo de verificación adaptado a la actividad quirúrgica en Atención Primaria.

3. Difundir e implementar el protocolo entre los profesionales responsables de la actividad quirúrgica.

MATERIAL: Descripción y diagramación del proceso de Cirugía Menor en Atención Primaria con un equipo multidisciplinar implicado en el mismo.

Estudio de los puntos críticos del proceso susceptibles de causar un evento adverso en el paciente.

Elaboración conjunta y diseño del Listado de Verificación Quirúrgica de Seguridad adaptado a la actividad quirúrgica en Atención Primaria y basado en los puntos críticos anteriormente detectados.

Aprobación por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos.

Difusión e implementación del Listado de Verificación (se han incluido SESIONES -Talleres y material gráfico explicativo y un video demostrativo).

Registro de indicadores, análisis y propuestas de mejora.

RESULTADOS: Tras elaboración de un flujograma en el que se detectaron sus puntos críticos, se elaboró y diseñó conjuntamente el Listado de Verificación Quirúrgica de Seguridad adaptado a nuestra actividad quirúrgica.

Se expone el vídeo demostrativo sobre la aplicación del listado de verificación quirúrgica.

Se han realizado un total de 8 SESIONES clínicas de difusión del listado y el vídeo en aquellos Centros de Salud donde más cirugía menor se realiza cuya asistencia ha sido del 69,70 %.

La valoración de las SESIONES-talleres en una escala del 1 al 5, ha sido: interés de 43,9, utilidad de 3,9, y calidad del docente de 4.

CONCLUSIONES: El protocolo ha servido para concienciar al personal sanitario de lo importante que es tener todo a punto en una sala de cirugía menor y así mejorar la seguridad en la asistencia sanitaria.

El video ha sido de gran utilidad para la docencia en la aplicación correcta del consentimiento informado en el ámbito concreto de la cirugía menor.

Se debe potenciar la utilización de este listado a todos las ZBS del Área.

PALABRAS CLAVE: cirugía, seguridad, check list

1281 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 31 – 21/10/2010, 12:30 h.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO.

Bolumar Castellvi, A (1), Brull Royo, Montserrat (2), Sabido Mauri, Rosa M (3), Bonet Pla, Anna (4), Estopiña Vitutia, Sheila (1), Domínguez López, Mª De la O (5)

(1) Larga Estancia, Hospital de la Santa Creu. (2) Supervisión, Hospital de la Santa Creu. (3) SEVAD, Hospital de la Santa Creu. (4) Convalescencia, Hospital de la Santa Creu. (5) Residencia Asistida y Psicogeriatría, Hospital de la Santa Creu.

OBJETIVOS: 1.Promover la evaluación e identificación de factores de riesgo de caer en los pacientes ingresados en un sociosanitario. 2.Estimular la aplicación de medidas preventivas que disminuyan el nº de caídas y las lesiones asociadas.

MATERIAL: Estudio incluido dentro del "Projecte de prevenció de caigudes de l'Aliança per la seguretat dels pacients a Catalunya", realizado durante 1 año (junio 2009 - mayo 2010), en las unidades de Convalecencia, Larga Estancia, Psicogeriatría y Cuidados Paliativos. Definimos caída como cualquier incidente que precipita a una persona al suelo en contra de su voluntad.

Las principales características de la intervención incluyeron actividades de:

- Formación del profesional sanitario al inicio.
- Difusión de material informativo al inicio.
- Checklist de instauración de medidas preventivas.
- Utilización de un logotipo de identificación de pacientes con riesgo de caída.
- Registro de factores de riesgo de los enfermos que han caído y de las consecuencias de las caídas.
- Análisis descriptivo de los factores de riesgo detectados, de las medidas preventivas implementadas y cálculo de la tasa de caídas por cada 1000 estancias.

RESULTADOS: Nº caídas: 104; 64% mujeres; edad: 79+/-12,2 años; Patologías: cardiovascular 58%; neurológica 59%; respiratoria 29,8%; traumatológica 46%; psiquiátrica 30,8%; 51% caída en los 6 meses previos ; 50% situación cognitiva alterada; 86,5% movilidad alterada; 72,1% incontinencia urinaria; 62,5% incontinencia fecal; 98,1% medicación de riesgo para las caídas; 57,7% identificados como enfermos con riesgo de caer; 99% de caídas producidas dentro del centro; 47,1% se producen con enfermo en reposo, 45,2% en bipedestación; 41,3% calzado inadecuado; 8,7% de caídas producidas sobre suelo resbaladizo. Fármacos: 44,4% antihipertensivos; 35,6% diuréticos; 34,6% antipsicóticos; 19,2% benzodiazepinas. 34,6% caídas con lesiones; 7,6% lesiones moderadas-severas; 0% muerte inmediata; 1 caída produjo muerte diferida. Implantación de medidas preventivas (corte cada 4 meses): Evaluación del riesgo de caer: 62,5%/ 72%/ 92%; uso calzado adecuado: 66,7%/ 60%/ 76%; información preventiva al paciente/familia: 70,8%/32%/84%; ajuste medicación: 100%/68%/84%. Tasa caídas cuatrimestral: 1º: 1,24; 2º: 1,02; 3º 1,49.

CONCLUSIONES: 1.Alta prevalencia de múltiples factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos en los enfermos que han caído. 2.A pesar de la realización de trabajo formativo y de sensibilización sobre la prevención de caídas no se consigue una disminución en la tasa de las mismas. 3.Son precisas medidas que favorezcan la implantación y mantenimiento de las actividades preventivas más allá de las realizadas

PALABRAS CLAVE: prevención, CAÍDAS, factores de riesgo

1346 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 15:40 h.

FACTORES CONTRIBUYENTES Y SUCESOS ADVERSOS RECOGIDOS EN UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN MEDICINA INTENSIVA

Álvarez-Morezuelas MN (1), Alcalde-Bezhold G (1), Manzano-Ramirez A (2), Ruiz De Ocenda- Sanz E (3), Pérez-Heredia M (3), Corral-Lozano E (3)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Santiago. (2) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago. (3) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago-Osakidetza.

OBJETIVOS: Identificar acciones de mejora para 1) mejorar la implicación de los profesionales y por tanto mejorar las tasas de notificación de Sucesos Adversos (SA) y 2) actuar en la reducción de las causas favorecedoras de los SA en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

MATERIAL:

1. Notificación por parte de los profesionales del SMI en un Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad de Pacientes (SNASP) anónimo.
2. Preanálisis de los registros por el grupo de seguridad del SMI formado por personal multidisciplinar y experto en seguridad de pacientes (SP).
3. Explotación estadística de los casos registrados desde el 1 de diciembre del 2006 hasta el 31 de diciembre del 2009. Análisis cualitativo y cuantitativo de los SA y de los Factores Contribuyentes (FC) que los profesionales refieren en sus notificaciones.
4. Comparación con otros estudios.

RESULTADOS: Se han registrado 188 casos, cuya evolución ha sido de 10 casos en 2006, 54 en 2007, 64 en 2008 y 60 en 2009. Los profesionales registraron SA que alcanzaron al paciente en el 79,3% y el 20,7% restante como casi incidentes. Los profesionales que mas notificaron fueron los DUEs (45,2%) seguido por los médicos (39,4%), MIR (8,5%) y Aux. enfermería (5,3%). Los lugares donde ocurrieron los SA con mas frecuencia fueron en el SMI (86,2%), seguido por los servicios intermedios (3,7%) y radiología (2,7%). En cuanto a la evitabilidad, el 75,5% consideraban evitable el SA y un 20,7% como no evitable. Los profesionales que reflejaban la gravedad, en el 42% de las veces esta era baja, en un 33,3% moderada y en un 21% sin afectación. En cuanto a los tipos de SA, los mas notificados eran los relacionados con equipos (33,5%), la medicación (25,5%) y diagnóstico clínico (14,9%). En cuanto a los FC destacan los relacionados con los equipos (26,6%), factores relacionados con el paciente (22,3%) y la comunicación entre profesionales (15,4%), entre otros.

CONCLUSIONES: En base a los resultados podemos deducir que no ha aumentado en el tiempo la implicación de los profesionales, por lo que es preciso realizar SESIONES de formativas y de sensibilización que mejore las tasas de notificación.

Comparando con otros estudios mas exhaustivos, podemos concluir que el uso de estos SNASP son una herramienta útil para conocer las debilidades en SP de nuestro servicio. Dada la gran evitabilidad de los SA, debemos continuar en la definición de acciones dirigidas hacia los FC mas críticos.

PALABRAS CLAVE: Sistemas notificación, Seguridad, Medicina intensiva

1362 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 15:50 h.

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE OBJETIVOS DIARIOS (LVOD): HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO.

Cavallé MC (1), L González (1), P Tomás (1), I Vallverdú (1), MJ Bueno (2)

(1) UCI, Hospital Sant Joan de Reus. (2) Calidad Asistencial, Hospital Sant Joan de Reus.

OBJETIVOS: Elaborar, implantar y evaluar un LVOD en la asistencia al paciente ingresado en UCI

MATERIAL: Estudio prospectivo realizado en una UCI polivalente de 8 camas de un Hospital de nivel II. Formando parte del proyecto Bacteriemia Zero y dentro el Proyecto de Seguridad Integral, se diseña un listado del plan de cuidados de pacientes (LVDO). El equipo asistencial revisa diariamente, durante el pase de visita, los objetivos para cada paciente ingresado, cumplimentando el LVOD. Análisis de la información: tabulación de los LVDO, clasificación por categorías y cuantificación de la frecuencia a través de porcentajes. Posterior discusión de resultados en SESIONES de servicio y elaboración de medidas de mejoras.

RESULTADOS: Periodo de elaboración del LVOD: febrero-abril 2009. El LVDO se verifica mañana y noche, incluyendo: 1-revisión del plan de cuidados médico-enfermera; 2- Detección de efectos adversos (EA) relacionados con catéteres, tubo endotraqueal (TET) y drenajes; 3- Retirada de catéteres venosos centrales (CVC) innecesarios; 4- Posición semi-incorporada del paciente en ventilación mecánica (VM); 5- Profilaxis hemorragia gastrointestinal; 6- Profilaxis enfermedad tromboembólica, 7- Detección de EA: caídas accidentales, aparición de úlceras por presión y de flebitis; 8- Incidencias relacionadas con aparataje. Recogida de datos: agosto-diciembre 2009. Nºestancias: 1060. LVDO obtenidos: 1533 (72%). Resultados objetivos planeados:1-LVOD realizados turno mañana 72.1%, y turno noche 67.3% En un 6% constan EA del nº2, considerándose relevantes 28: catéteres arteriales (2), centrales (5), periféricos (2), TET (5), sondas torácicas (6), drenajes abdominales (4), SNG (1), y otros (3). 3- Resultaron innecesarios un 5.6% de los CVC. 4 y 5-El paciente sometido a VM estaba en posición semi-incorporada y recibía profilaxis para hemorragia gastrointestinal en un en un 98% de los casos. 6- En un 83% se registra el cumplimiento de profilaxis para enfermedad tromboembólica. 7- Se detectan un 4% de EA, siendo relevantes 15: caídas accidentales (2), úlceras por presión (7) y flebitis (6). 8- Incidencias con aparataje en un 5%, siendo relevantes 21: colchones de aire (5), bombas de infusión (3), ventiladores (2) módulos de monitorización (5), diálisis (2), monitor central (2) y miscelánea (2). Medidas de mejora propuestas: Realización del LVOD tres veces al día, necesidad de protocolo de sedoanalgesia, de retirada de la VM y de manejo de las sondas nasogástricas.

CONCLUSIONES: EL LVOD mejora la comunicación entre profesionales, permite identificar áreas de mejora al objetivar incidencias y efectos adversos y como herramienta de seguridad es dinámica y cambiante en el tiempo

PALABRAS CLAVE: seguridad, objetivos, efectos adversos

1367 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 16:00 h.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD A TRAVÉS DEL CUADRO DE MANDO DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD

Del Nozal Nalda M. (1), Vilaplana García AM. (1), Comisión De Mortalidad (2)

(1) Subdirección de Calidad, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Dirección, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área.

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: 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 según los criterios de Rutstein. Los datos se obtienen a través del Centro 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(neumonia simple y otros trastornos respiratorios excepto bronquitis y asma con complicaciones mayor); y el análisis pormenorizado de la mortalidad específica y evitable. Señalar que en función de las publicaciones relevantes en la materia (indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) se ha ampliado los análisis a realizar como actividad de la Comisión.

CONCLUSIONES: 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.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad, Cuadro de Mando, Criterios de Rutstein

1412 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 16:10 h.

REVISIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL A LOS FALLECIDOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Alcalde G (1), Álvarez-Morezuelas MN (1), Fonseca F (2), Grases R (3), Manzano A (2), Beltrán De Heredia B (4)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Santiago. (2) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago. (3) Servicio de Traumatología, Hospital Santiago. (4) Servicio de Anestesiología, Hospital Santiago.

OBJETIVOS: A comienzos del año 2006 se puso en marcha la Comisión de mortalidad del Hospital. Esta Comisión asesora interdisciplinar tiene como fin evaluar la asistencia en el episodio en que se produce el fallecimiento para detectar áreas de mejora. Como áreas de especial interés destacan la atención al paciente terminal, la detección de mortalidad potencialmente evitable y la promoción de la autopsia como herramienta de aprendizaje profesional.

MATERIAL: Cada paciente fallecido del periodo de estudio se distribuye mensualmente (con un desfase de 6 meses) para revisión por dos vocales. Se excluyen únicamente los episodios con estancia <2 días tras comprobar en el informe de alta que no precisa una revisión completa. Por cada caso, se cumplimenta una ficha de revisión con los siguientes campos: Realización de necropsia (sí/no, motivo), indicación de necropsia (sí/no), calidad del evolutivo médico y de enfermería, utilización adecuada de medios diagnósticos o terapéuticos (exceso/defecto) y adecuación del proceso de atención al paciente terminal, incluyendo aspectos como: existencia de plan de cuidados, información a la familia, comprobación de voluntades anticipadas y adecuación de la analgesia o sedación. Los aspectos relevantes se consensúan en la reunión mensual de la Comisión y si se plantean dudas sobre el proceso de atención, se crea un grupo revisor. Si se considera necesario, se solicita un informe explicativo al Servicio responsable.

RESULTADOS: Se ha completado la revisión del periodo 2006-2008 (1080 fallecidos), revisándose 951 historias (88%). La tasa de necropsias ha aumentado en el periodo del 11,5% (2006), 12% (2007) al 14,75% (2008).

Se han solicitado 29 informes a los Servicios responsables por diferentes motivos relacionados con la asistencia a fallecidos, además de elaborarse dos informes internos por reclamaciones. Como consecuencia de aspectos detectados por la Comisión se han elaborado los siguientes documentos: Protocolo de actuación ante sospecha de muerte violenta (consensuado con forenses); Protocolo de cierre de historias de fallecidos; Formulario de solicitud de autopsia; Consentimiento para necropsia y Manual de solicitud de necropsias. Las áreas de mejora detectadas en la atención a pacientes terminales han impulsado la puesta en marcha de la Unidad de Cuidados Paliativos.

CONCLUSIONES: La revisión del proceso asistencial de los episodios en los que se produce el fallecimiento es una importante herramienta de mejora, al analizar el proceso asistencial de forma transversal. La puesta en marcha de una Comisión de Mortalidad ha supuesto una mejor atención al paciente terminal, junto con un incremento en la tasa de necropsias.

PALABRAS CLAVE: Auditoría clínica, Autopsia, Mortalidad

1413 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 16:20 h.

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL QUIRÓFANO EMPIEZA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Pau Llobera, N (1), Guillot Morales, M (2), Soler Catalán, FJ (3), Jareño Talero, J (4), Reixach Costa, M (5), Martínez Pillado, M (1)

(1) Subdirección de Innovación y procesos, Hospital Universitario Son Dureta. (2) Coordinadora médica de calidad, Hospital Universitario Son Dureta. (3) Enfermero coordinador de lista. Quirófano, Hospital Universitario Son Dureta. (4) Supervisor quirófano, Hospital Universitario Son Dureta. (5) Supervisora quirófano, Hospital Universitario Son Dureta.

OBJETIVOS: La seguridad en la práctica quirúrgica es un tema de interés general que está orientado a elaborar estrategias para reducir los errores, principalmente de procedimiento, de paciente y de localización. La Joint Commissions of Accreditation of Health Care (JCAHO)empezó a partir de los 90 a desarrollar prácticas para mejorar la seguridad. El grupo de estudio de la Safe Surgery Saves Lives demostró que con la implementación de un listado de seguridad quirúrgico disminuía la tasa de complicaciones asociadas a la cirugía

En el año 2010 decidimos mejorar la seguridad de los pacientes en la práctica quirúrgica con la implementación del listado de verificación de la OMS adaptado a nuestro centro .

MATERIAL: Adaptamos el listado de la World Health Organization a Son Dureta , Hospital de referencia de 800 camas con unas 18.000 intervenciones quirúrgicas anuales. Definimos un grupo promotor del proyecto : supervisores quirúrgicos, responsable de calidad, subdirección de enfermería e innovación y procesos.Diseñamos un cronograma para una implantación gradual, empezando en febrero del 2010 por cuatro servicios que se habían fijado en contratode gestión acciones de mejora sobre la seguridad quirúrgica Se solicitó a cada servicio responsable médico y de enfermería.Establecimos una acción paralela : averiguar cómo y dónde se registraba la preparación quirúrgica en la planta de hospitalización, y al observar la variabilidad decidimos añadir una columna previa en el mismo listado de verificación del quirófano, donde el personal de enfermería de la planta de hospitalización registraba la primera verificación de los items claves de la preparación del paciente , y posteriormente, adjuntaba esta hoja en la historia y era completada en el quirófano por enfermería coordinadora de la lista de verificación. Las hojas se quedaban en secretaría del quirófano para evaluar el grado de cumplimentación

RESULTADOS: Dada la buena aceptación , en el mes de mayo se extendió como proyecto de seguridad del hospital a todos los servicios quirúrgicos.

La cumplimentación del listado es de un 85%, y se ha comentado la información evaluada con los responsables de cada servicio

CONCLUSIONES: De forma cualitativa podemos establecer que hemos obtenido un mayor control sobre los pasos del acto quirúrgico , y por tanto una mayor seguridad.

Faltaría un estudio cuantitativo comparando datos previos y posteriores a la introducción de la medida, que realizaremos en una segunda fase del estudio,y a largo plazo se debería formar un grupo de seguridad quirúrgica multidisciplinar que periódicamente revisara los incidentes quirúrgicos.

PALABRAS CLAVE: quirófano, verificación, seguridad

1444 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 16:30 h.

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Torregrosa MA (1), Alcolea MI (1), Macanas A (1), Vivancos V (1), Pujante C (1), Hidalgo I (1)

(1) UCI, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVOS: Analizar la seguridad percibida en los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante su estancia en la misma y tras el alta, durante su estancia en el área de hospitalización.

MATERIAL: Estudio transversal de pacientes ingresados en UCI entre el 1 de abril hasta 31 de Mayo. Se excluyeron los fallecidos en UCI, pacientes con deterioro neurológico/cognitivo previo, o secundario a la enfermedad que motivó el ingreso en la unidad. Herramienta utilizada: encuesta validada de recogida de información sobre percepción de seguridad de los pacientes. Consta de; datos socio-demográficos (edad, sexo y nivel cultural), 15 ítems sobre seguridad, escala Lickert 3 y 5 posibilidades, agrupándose en 4 dimensiones: (información/comunicación, entorno, seguridad y aspectos generales) y finalmente una escala de puntuación entre 0 y 10 sobre el dolor y la seguridad percibida durante la estancia hospitalaria. La encuesta fue realizada en planta (tras 24 horas del alta de UCI, a pie de cama), y en domicilio (tras 24 horas del alta hospitalaria, a través de contacto telefónico).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio han sido dados de alta 150 pacientes, 50 de ellos con criterios de exclusión, habiéndose encuestado 80 de los 100 restantes (80%). La edad media era de 63.3± 15.5 años, 53 varones (66.3%) y sin estudios 30 (37.5%). Del total, 44 pacientes (55%) respondieron la encuesta telefónica. Sobre el ítem que indaga sobre normas de funcionamiento de la unidad, 15 pacientes contestaron de forma negativa (20.3%), sobre participación en decisiones sobre tratamientos fueron respuestas negativas 29 (40.8%), 23 pacientes contestaron de forma negativa sobre información recibida sobre continuidad de cuidados al alta. Sólo 2 pacientes se sentían muy inseguros y 1 inseguro en relación con los cuidados de enfermería, 1 paciente presento una caída y otro un resbalón, y 13.3% relataban lesiones secundarias a la contención mecánica de miembros. Cinco pacientes (6.4%) otorgaron una puntuación global de seguridad en UCI ≤5. La percepción del dolor es mayor en planta (1.5 ± 2.5 frente a 0.7 ± 2; p=0.043) pero la percepción de seguridad no difiere (8.5 ± 1.7 frente 8.9 ± 1.7, p=0.108)

CONCLUSIONES: En nuestra unidad existen problemas de seguridad que son percibidos de forma negativa por nuestros pacientes. La seguridad percibida en la UCI es similar a la percibida en planta tras el alta.

PALABRAS CLAVE: seguridad, paciente, UCI

1286 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 16:40 h.

LEAN HEALTHCARE: UN SISTEMA DE GESTIÓN AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ferrús-Estopà L (1), Rotllan M (2)

(1) Área de Seguridad del Paciente. Dirección de Organización y Planificación, Consorci Sanitari Integral. (2) Direción de Planificación y Organización, Consorci Sanitari Integral.

OBJETIVOS: Presentar la aplicación de la metodología Lean Healthcare como sistema de gestión para mejorar la seguridad del paciente

MATERIAL: La metodología Lean Healthcare persigue mejorar la calidad, eliminar el despilfarro (tiempos espera, reprocesos…) y reducir el tiempo de ciclo. Cuando se produce un error en un proceso disminuye la calidad, incrementa el tiempo de resolución o se produce un despilfarro. Utilizar esta metodología ayuda a mejorar la seguridad del paciente

Un aspecto muy innovador de la metodología Lean es su enfoque a la rapidez en la acción. Esta metodología permite relacionar la estrategia y los objetivos (Que) con la forma de conseguirlo (Como), Lean dispone de diferentes técnicas e instrumentos muy específicas y potentes para el diagnóstico y la mejora los más importantes (por útiles) en relación a la seguridad del paciente son: las 5S, el poka-yoke (a prueba de errores), la gestión visual y las semanas Gemba Kaizen.

Se identificaron 19 proyectos de mejora, 6 de ellos relacionados con la seguridad de los pacientes, que se pusieron en marcha a partir de Mayo de 2009,

RESULTADOS: En total se han formado unas 100 personas que han destinado 2.200 horas y los resultados más significativos de los distintos proyectos son:

1. Limpieza y desinfección manos y objetos: con un incremento lento pero continuado de la adherencia al lavado de manos y a la limpieza y desinfección de los objetos críticos.
2. Seguridad en la utilización de equipos de electromedicina: implantación del mantenimiento autónomo.
3. Gestión visual de información clave de pacientes en una residencia, con incremento de seguridad y satisfacción usuarios y profesionales.
4. Riesgos hospitalización en el Sociosanitario: acciones implantadas, pero no tenemos la referencia del punto de partida para comparar.
5. Riesgo en CMA: disminución indicador NPR a valores inferiores al 50% del nivel inicial.
6. Reducción de errores en la dispensación de medicamentos del servicio de farmacia. Aún no disponemos de resultados pero se están llevando a cabo las acciones derivadas del proyecto.

CONCLUSIONES: La formación que permita conocer la metodología es imprescindible para el éxito.

La implantación del Lean es una tárea a medio-largo plazo

El sistema de gestión LeanHealthcare que implica un liderazgo fuerte y cercano a "donde pasan las cosas", es de gran ayuda la mejora continua de los procesos, la estandarización y la eliminación de los riesgos y permite conseguir una base sostenible en le tiempo para construir organizaciones seguras.

PALABRAS CLAVE: Lean Healthcare, Seguridad del Paciente, Sistemas de gestión

1317 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 16:50 h.

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

Vela Marquina MI (1), García-Jiménez I (2), Belkebir S (3), Lapresta-Moros C (4), Vergara-Ugariza JM (5), García Mata JR (1)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Unidad de Calidad Asistencial - Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón. (4) Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Miguel Servet. (5) Servicio de Neurofisiología, Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: Normalizar e Impulsar la protocolización en el Sector Zaragoza II

MATERIAL: Periodo inicial: 2001-2003: Protocolización de la Urgencia Pediátrica-colaboración Unidad de Calidad Asistencia-Servicio de Pediatría.

Periodo 2007-2010: Liderazgo de la Comisión Tecnología y Adecuación de Recursos (CTyAR)

- Normalización del proceso de protocolos. Se estable la sistemática de trabajo:

1.- Identificación y búsquedas de diferentes modelos y formatos de protocolos, y localizar el más acorde con nuestra necesidades.

2.- Diseño de modelo del Sector II y elaboración y aprobación de reglamento. Accesible en la Intranet tanto la norma como modelo y formato de protocolo

3.- Formación a los componentes de la Comisión y otros implicados en metodología y diseño de protocolos

4.- Difusión y realización de talleres a los profesionales en "mancha de aceite", priorizando a aquellos que ya están realizando protocolos, impartidos por profesionales del centro que ya han elaborado e implantado protocolos

5.- Aprobación y difusión de los protocolos en la Intranet del Sector

6.- Base de datos con los protocolos aprobados, vigentes, caducados, etc.

7.- Evaluación y seguimiento.

Desde 2009 hasta la actualidad, en los contratos de gestión de los servicios se incluye un objetivo sobre protocolización.

RESULTADOS: El sector tiene 109 protocolos aprobados por la Comisión de Tecnología y Adecuación de Recursos, pertenecientes a 28 Servicios y/o Comisiones, con un rango de 1 a 60 (Servicio de Pediatría). La evolución de protocolos aprobados por años ha sido la siguiente: Año 2003, 1; año 2004, 10; año 2005, 17, año 2006, 7; año 2007, 23, año 2008, 98; año 2009, 40.

Cursos y talleres de elaboración de protocolos desde el año 2003 se han realizado 2 talleres por año con más de 150 profesionales formados, y evaluación muy positiva

Grupo especifico en la CTyAR dedicada al impulso de la protocolización protocolos.

CONCLUSIONES: Se ha normalizado la implantación de protocolos con la participación de la CTyAR, el apoyo de la Unidad de Calidad y la implicación de los Servicios.

La implantación de los propios profesionales en el desarrollo de este proceso ha dado credibilidad e impulso al mismo.

La utilización de la Intranet del Sector para mantener la accesibilidad de los protocolos vigentes

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Protocolos, Calidad

1334 | Seguridad

Sala 03 (Obradoiro) – Sesión: 42 – 21/10/2010, 17:00 h.

IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LA REGIÓN DE MURCIA

Soria-Aledo V (1), Valbuena-Moya S (2), Carrillo-Alcaraz A (3), Grau-Polán M (4), Lorca-Parra F (4), Ramos-Hernández MP (5)

(1) Unidad de Investigacion, Hospital Morales Meseguer. (2) Seguridad del paciente, Servicio Murciano de Salud. (3) Unidad de Formación Continuada, Hospital Morales Meseguer. (4) Investigación, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias. (5) Dirección General Asistencial, Consejería de Sanidad de Murcia.

OBJETIVOS: Estudio de la implantación y cumplimentación del listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS para mejorar la seguridad del paciente quirúrgico en los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud. Dicho listado se ha considerado obligatorio en todos los hospitales de la Región de Murcia desde enero de 2010.

MATERIAL: Estudio observacional sobre una muestra de 40 historias clínicas de cada uno de los 9 hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud seleccionadas mediante un muestreo aleatorio proporcional de 4 especialidades quirúrgicas (cirugía, traumatología, ginecología y oftalmología). Se ha estudiado la relación entre la presencia o no del listado de verificación, la cumplimentación del mismo con el hospital, la especialidad quirúrgica, el tipo de anestesia, el día de la semana o la hora de la intervención. La revisión de historias se ha realizado por dos enfermeros no vinculados a ninguno de los hospitales estudiados.

RESULTADOS: Se han estudiado 365 historias clínicas. Globalmente consideradas, el listado se encontraba en la historia clínica en 316 casos (86.6%) y no estaba en la historia en 49 casos (13.4%). El listado estaba completo en 102 casos (27.9%) e incompleto en 263 casos (72.1%). El apartado de la entrada estaba completo en 172 casos (47.1%) ; el apartado de la pausa se ha completado en 162 casos (44.4%); y el apartado de la salida en 207 casos (56.7%). Con respecto a la existencia de la hoja, ha habido diferencias significativas según el hospital: desde el H1 con un 56% de casos de existencia de la hoja de verificación hasta el H5 con un 100%. Con respecto a su cumplimentación completa, varía desde el 87.2% del H5 hasta el 7.7% del H2. El listado se ha rellenado de forma completa con diferencias estadísticamente significativas entre especialidades quirúrgicas, oscilando entre el 11.5% de ginecología y el 38.1% de oftalmología. No hemos encontrado relación significativa entre la cumplimentación del listado y la hora o el día de la intervención o el tipo de anestesia.

CONCLUSIONES: El listado de verificación quirúrgico está ampliamente implantado en los hospitales públicos de la Región de Murcia, aunque su utilización adecuada y la correcta cumplimentación debe mejorarse de forma enérgica. Existen diferencias significativas entre los distintos hospitales lo que se explica por la diferencia ente ellos y la distinta forma de difusión que han tenido. Dicho listado de tiene un largo camino por recorrer y hay que mejorar de forma notable su implantación y la concienciación de los profesionales para que sea realmente efectivo.

PALABRAS CLAVE: seguridad, cirugía segura, listado verificación quirúrgica

1386 | CIUDADANO

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 11:10 h.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE HOSPITALIZACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Latorre M (1), San Sebastian JA (1), Bilbao I (1), Jauregui I (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces .

OBJETIVOS:

1. Analizar conjuntamente la Importancia que los pacientes conceden a los atributos que componen el servicio y la Valoración que realizan de los mismos tras haberlos experimentado.
2. Identificar acciones de mejora optimizando los esfuerzos y los recursos de la organización.

MATERIAL:

1. Población: pacientes atendidos en régimen de hospitalización 2. Muestra: muestreo aleatorio simple de los pacientes dados de alta de los servicios de hospitalización entre los días 28 de mayo y 3 de junio de 2009. El tamaño de la muestra se estimó con un margen de error de ±4% sobre una proporción teórica de satisfacción del 85% y para un nivel de confianza del 95% 3. El análisis de importancia-valoración (AIV) es una herramienta de priorización de resultados que se utiliza ampliamente en otros sectores de actividad diferentes al sanitario. Gráficamente, el AIV se representa biaxialmente. En el eje de ordenadas se describen las Importancias, mientras que el eje de abscisas corresponde a las valoraciones o resultados. La posición de los ejes divide a los gráficos en cuatro zonas. Los atributos que se localizan en la zona superior izquierda son los que tienen más importancia y han sido peor valorados

RESULTADOS:

1. Las áreas prioritarias de mejora son seis: a) Información proporcionada por el médico b) Organización del equipo de médicos y enfermeras que le atendió

c) Información proporcionada por el personal de enfermería d) Capacidad de tranquilizarle y el apoyo ofrecido por el personal sanitario e) Información del cirujano respecto a las alternativas terapéuticas f) Información sobre lo que podía hacer y lo que no cuando volviera a su casa

2. 16 servicios y 23 unidades obtienen de esta manera un informe personalizado con las áreas de mejora obtenidas de la percepción de sus propios pacientes

CONCLUSIONES:

1. El método de análisis utilizado identifica las áreas más asociadas a la Valoración Global del servicio. Al cruzar esta información con la satisfacción obtenida en estas áreas se obtiene un marco de importancia/valoración que identifica las áreas de mejora desde la perspectiva del paciente, añadiendo un valor al análisis simple de los resultados
2. Este análisis permite concentrar los esfuerzos en aquellas áreas que van a permitir mejorar los resultados globales

PALABRAS CLAVE: SATISFACCIÓN DE LOS CONSUMIDORES

1408 | CIUDADANO

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 11:20 h.

LA RADIO COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Boqué Cavallé M (1), Alegre-Bultó C (1), Vallejo García E (1), Verdura-Anglada T (2)

(1) Enfermería, FASS. (2) Enfermería, URV.

OBJETIVOS: Puesta en marcha de un programa de radio en la ciudad de Reus que tiene como objetivo transmitir información de forma práctica y sencilla sobre diferentes aspectos de la salud .

MATERIAL: La secuencia que da continuidad al programa es una familia llamada Fortuny formada: Padre de 50 años con patologías crónicas –Madre de 41 años trabajadora, sana y estresada -Abuelo paterno de 83 años frágil - Abuela materna de 80 años frágil - bebe 9 meses - hijo de 9 años – hija adolescente 15 años.

Semanalmente se realiza una cuña promocional de la familia Fortuny donde se producen diferentes situaciones de salud. El objetivo es dar a conocer previamente la temática del siguiente programa e informar a la población como pueden dirigirse a la radio para las consultas que desee (e-mail-sms-teléfono)

La temática se explica mediante una entrevista cómoda y sencilla de 20' de duración que realiza el equipo coordinador con el invitado que siempre será experto en el tema a tratar.

RESULTADOS: Actualmente no se disponen datos de audiencia del programa, aunque en breve se obtendrán, pero disponemos de los datos generales de la emisora de la temporada 2008-09.

Un total de 15.000 oyentes residentes en el Camp de Tarragona este último año la cuota de audiencia del canal "share" ha aumentado un 2%.

El perfil de la audiencia esta entre los 18 y los 40 años.

Cabe destacar que dicha emisora emite vía Internet, única emisora local que lo realiza.

Temas tratados: Menopausia-Alimentación sana – enfermedades de la infancia- Ejercicio físico- Final de la vida – Documento de voluntades anticipadas- Gripe estacional y Gripe A – Tabaco – Insomnio – Recién nacido i lactante – Poner los límites – Colesterol – Diabetes – problemas de próstata – vacuna del papiloma – obesidad

CONCLUSIONES: Ø Adaptación a un lenguaje popular y acercamiento a una población con un intervalo de edad que acude a los centros de salud solo para atención aguda y a la que es difícil realizar promoción de la salud.

– El marco multidisciplinar e interdisciplinar en el que se ha desarrollado ha favorecido la comunicación entre niveles asistenciales y disciplinas de la salud.

– La percepción de los profesionales de la salud que han colaborado en el proyecto ha sido muy satisfactoria.

Proyectos de futuro: 1. Abordaje de algunos programas en directo con enfoque holístico de la salud y para ello contaremos con personas con un reconocido prestigio profesional y humano. 2- Utilizar otros medios de promoción de la salud, para ello nos planteamos las representaciones teatrales "performance" aprovechando las pequeñas cuñas promocionales elaboradas dónde la familia Fortuny experimenta diferentes situaciones de salud-enfermedad.

PALABRAS CLAVE: medios de comunicación, promoción de la salud

1414 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 11:30 h.

JUNTO AL PACIENTE UN ENTORNO DE CONOCIMIENTO

Fuente-Blanco MC (1), Cómes-Górriz N (2), Fabregat-Sancho JF (3), Rodríguez-Alejandre JM (4), González-Contreras M (1)

(1) Calidad, Fundación Jiménez Díaz. (2) Directora de Enfermería, Fundación Jiménez Díaz. (3) Dirección Médica, Fundación Jiménez Díaz. (4) Gerencia, Fundación Jiménez Díaz.

OBJETIVOS: Asegurar que los profesionales de la Fundación Jiménez Díaz mantengan el compromiso de bienestar, respeto y confidencialidad del paciente, señas de identidad que han perdurado durante 75 años en nuestra Institución. Son precisamente estas señas de identidad las que implican y motivan a los profesionales, integrándoles en una Institución de la que se sienten orgullosos.

MATERIAL: La Fundación Jiménez Díaz ,desde el año 2003, utiliza la Autoevaluación EFQM como herramienta de Gestión del Hospital. El Proyecto que aquí presentamos surge de la necesidad de mejorar los resultados de los criterios 3,6 y 7 de la Autoevaluación EFQM realizada en 2009.
Fases del proyecto:
- Planificación del Plan Formativo por el Comité de Calidad Percibida del Hospital.
- Diseño de acciones formativas por empresas colaboradoras: SESIONES de trabajo, grupos focales, paciente misterioso,..El Contenido de los cursos en grandes bloques era:
  - Imagen por colectivo de la FJD
  - Habilidades de comunicación con paciente/clientes
  - Gestión positiva de conflictos y reclamaciones
  - Trabajo en equipo
- Realización cursos eminentemente prácticos dirigidos a profesionales que trabajan en primera línea en la atención al paciente/ cliente diferenciando los siguientes colectivos en todos los turnos de trabajo:
  a) Personal médico y de enfermería.
  b) Personal administrativo, telefonistas y personal del Servicio de Información y Atención al paciente
  c) Personal de limpieza y mantenimiento.
-Evaluación y seguimiento a través de las encuestas de satisfacción de los alumnos, planes de acciones personales y de las evaluaciones del desempeño de la formación: grupos focales, paciente misterioso,

RESULTADOS: Las acciones formativas se están realizando desde Mayo y continuarán hasta dar cobertura a todos los profesionales.
En los meses de Mayo y Junio, se han realizado 19 ediciones, con 274 horas formativas teórico-prácticas y 356 participantes.
La asistencia de los profesionales ha sido del 98,5%, la media del índice de satisfacción global ha sido de 9,39.
Las acciones formativas finalizan con la evaluación del desempeño de aspectos como:
- Atención telefónica: tono, presentación, mensaje despedida..
- Comunicación no verbal
- Escucha activa
- Empatia
- Actitud preactiva

Informes de las Evaluaciones y seguimiento durante el curso, de los planes de acción individualizados por parte de los docentes.
Los grupos han elaborado un resumen consensuado de actuación, que recoge las mejores Prácticas en la Atención al Paciente/Cliente, a este documento lo han llamado Decálogo FJD, en formato plastificado de bolsillo para facilitar su uso.
Este Decálogo se va actualizando y mejorando con la aportación de los integrantes a las siguientes ediciones de los cursos.

CONCLUSIONES: El grado de implicación tanto de la Gerencia como de las Direcciones en planificar la formación dentro del horario laboral de los profesionales ha sido clave para el éxito de la formación y de la motivación de los profesionales.
Este proyecto es estratégico para la Fundación Jiménez Díaz, a la vez que nos permite estar preparados y ser líderes en la implantación del objetivo de de la Comunidad de Madrid en Libre Elección de Centro y Especialista.
Dado los resultados se concluye la necesidad de la realización de estos cursos de forma periódica para todo el personal, incluyendo talleres prácticos: Aprender y trabajar en equipo, adaptación al cambio, asertividad y gestión de conflictos, impacto e influencia personal,etc.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, TRATO, EXCELENCIA

1460 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 11:40 h.

MANUALES DE COMPETENCIAS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

Salguero-Cabalgante R (1), Galiot-Torres A (1), Carrascosa-Salmoral MP (1), Rojas-De Mora Figueroa A (1), Martín-García Sm (1), Torres-Olivera A (2)

(1) Acreditación de Competencias Profesionales, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Dirección Gerencia, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: Describir la puesta en marcha del Programa de Acreditación de profesionales que trabajan en el ámbito de los Cuidados Paliativos

MATERIAL: En el contexto del Modelo de Gestión por Competencias de la Consejería de Salud, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha puesto en marcha el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales para el Sistema Sanitario Público, (SSPA) mediante la elaboración de un total de 65 Manuales de Competencias. En la actualidad, 11.579 profesionales están acreditando sus competencias profesionales.

Coincidiendo con la aprobación de la Ley de Muerte Digna publicado el mes de abril en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, la Agencia de Calidad Sanitaria crea los manuales de competencias profesionales destinados a la acreditación de los médicos y enfermeras que trabajan en cuidados paliativos.

Estos manuales están estructurados en torno a 5 Bloques y 10 Criterios comunes a todas las disciplinas, en los que se recogen los aspectos que promueven la calidad y la atención sanitaria en el SSPA. Durante su Acreditación, cada profesional verifica la proximidad entre sus Buenas Prácticas reales y las contenidas en su Manual, identificando posibles áreas de desarrollo y mejora

Se constituyeron sendos Comités Técnicos Asesores (CTA) en los que se ha contado con la colaboración de destacados profesionales de este ámbito, la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos y el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Esta composición posibilita que el contenido de los manuales recoja buenas prácticas extraídas del ejercicio profesional diario. Ambos CTA se han reunido en 5 ocasiones cada uno, llevándose a cabo la validación del contenido del trabajo de cada grupo para asegurar su homogeneidad y procediéndose a su inclusión en la aplicación informática ME_jora P

RESULTADOS: Ambos manuales recogen evidencias del trabajo de los profesionales que atienden a pacientes en situación avanzada, como el registro en la historia de salud de los valores y deseos manifestados por el paciente en la atención al final de su vida, la valoración integral del dolor, las necesidades espirituales de los pacientes atendidos, o la identificación y registro de la capacidad de entendimiento de la persona cuidadora principal del paciente, detectando sus necesidades de apoyo.

Los manuales se distribuyen de la siguiente forma:

Competencias: 18 en el caso de médicos y 16 en el caso de enfermeras

Buenas prácticas: 32 y 30, respectivamente.

Evidencias: 70 y 68 respectivamente.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha del Programa de Acreditación de Competencias para profesionales de Cuidados Paliativos es pionera en el ámbito nacional, suponiendo un elemento facilitador del reconocimiento de los logros alcanzados y favorecedor del Desarrollo Profesional Continuo

PALABRAS CLAVE: ACREDITACIÓN , CUIDADOS PALIATIVOS, COMPETENCIAS

1487 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 11:50 h.

¿REALIZAREMOS FONDO DE OJO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SISTEMÁTICAMENTE PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL?

L. Sayagues-Moreira (1), R. Casado-Arroyo (2), J. Chico-Carballas (3), A. Acevedo-Prado (4), J. Abalo-Lojo (5)

(1) Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (2) Cardiología, Hospital Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Medicina Intensiva, Hospital de Motecelo. Pontevedra. (4) Coordinador de Calidad, Docencia e Investigación, Área Sanitaria de Ferrol. (5) Oftalmología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Evaluar la necesidad de realizar un fondo de ojo en pacientes con hemorragia retiniana (HR) tras traumatismos craneoencefálicos (TCE) graves para mejorar la calidad asistencial.

MATERIAL: Estudio prospectivo durante siete meses en en pacientes ingresados en UCI por TCE grave. HR fue diagnosticada por un oftalmólogo en los primeros cuatro días de ingreso en la unidad. Se recogieron variables como edad, ISS, RTS, SAPS, SOFA, APACHE, niveles de lactato, GCS tras su ingreso en UCI. Edema cerebral, hallazgos en TAC, días de ventilación mecánica y necesidad de neurocirugía en algún momento a lo largo de su ingreso fueron registradas.

RESULTADOS: Un total de 22 pacientes fueron incluidos en el estudio (19 hombres). Edad 55+/- 21.32 años. Siete HR fueron descritas en este grupo (seis hombres). El mecanismo del traumatismo fue caída en el 50% y accidente de tráfico en 50%. En cambio, caídas en 35.7% y accidente de tráfico en 42.9% en el grupo sin hemorragia retiniana. No se evidenciaron diferencias en el grupo en edad, ISS, RTS, APACHE, SAPS, SOFA, niveles de lactato y días de ventilación mecánica. El GCS al ingreso en UCI fue de 3 en el 66.6% de los pacientes HR, y 35.7% en el NHR. Dos de los pacientes HR presentaban ceguera unilateral al alta de UCI. El grupo con HR presentaba mayor incidencia de contusión frontal, hematoma epidural o subdural, edema cerebral y requirió más intervenciones quirúrgicas.

CONCLUSIONES: La incidencia de HR es frecuente en nuestro estudio 31.3%. Se trata de pacientes varones y asociadas a otras patologías intracraneales agudas. A pesar de que no es posible inferir conclusiones con un tamaño muestral limitado, son necesarios más estudios para corroborar estos hallazgos. Debido a la alta morbilidad asociada a la HR se debería valorar realizar estudio de fondo de ojo en TCE graves.

PALABRAS CLAVE: hemorragia, ojo, traumatismo

1494 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 12:00 h.

DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA EN UNIDADES DE CRÍTICOS. OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.

L.Sayagues-Moreira (1), R. Casado-Arroyo (2), J. Chico-Carballas (3), E. Savorido (3), C. Rivero (1), J.L.García-Allut (1)

(1) Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (2) Cardiología, Hospital Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Medicina Intensiva, Hospital de Montecelo. Pontevedra.

OBJETIVOS: Analizar si la utilización de diferentes fármacos en SDA se asocia a aumento de la estancia en unidades de críticos

MATERIAL: Estudio retrosprospectivo durante tres años en pacientes ingresados en nuestra unidad por SDA grave analizando escalas (MELD, Child, APACHE II) y caracterizando la respuesta al protocolo de manejo de SDA grave utilizado en nuestras unidades.

RESULTADOS: Un total de 50 pacientes ingresaron en nuestro medio (85.7% hombres y 14.3% mujeres). La edad media fue de 49.1 años. El 70% (25) de los pacientes recibió propofol como primer tratamiento y 30% (14) midazolam. 9 pacientes 26.5% de los pacientes inicialmente tratados con propofol requirió otra medicación iv. El grupo de propofol presento un mayor porcentaje de complicaciones en comparación con el de midazolam. El grupo que requirió una segunda sedación presentó mayor número de complicaciones neurológicas (66% vs 21%), infecciosas (77% vs 21%) y un aumento de la estancia hospitalaria de dos días.

CONCLUSIONES: La utilización de propofol como tratamiento en SDA se ha asociado en nuestra serie a un aumento de la estancia hospitalaria y mayor número de complicaciones infecciosas y neurológicas. A pesar del reducido tamaño de la muestra se debería valorar modificar nuestros protocolos para intentar evitar fármacos que se asocian a aumento de la morbilidad en nuestro medio

PALABRAS CLAVE: deprivacion, alcohol, calidad

1522 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 12:10 h.

GRUPO FOCAL HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Muiño Bové, I. (1), Lorente Ten, E. (1), Palau Vendrell, A. (1), Vidal Esteve, E. (1), Fernández García, M. (1), Gens Barberà, M. (1)

(1) Atención Primaria - ABS Salou, ICS Àmbit Tarragona-Valls.

OBJETIVOS: Evaluar la satisfacción de una intervención comunitaria "Charlas de salud para padres" mediante la realización de un grupo focal

Se realizó un ciclo de charlas en las 5 guarderías urbanas dirigidas a los padres, que trataban 5 patologías (fiebre, resfriado, vómitos, diarreas y traumatismos craneoencefálicos), su tratamiento en domicilio y signos de alarma para acudir a urgencias/pediatra.La duración fue 1'30h cada charla.

MATERIAL: Se convocó a representantes de los participantes de las 5 guarderías en las que se realizó la intervención.Local: Centro de Salud urbano. Guión: En reunión previa se consensuaron las siguientes preguntas: Horario de las charlas, temas tratados, lenguaje utilizado, presentación gráfica(diapositivas). ¿Se cumplieron las expectativas previas?,¿asistirían a futuras SESIONES?, ¿les ha aportado nuevos conocimientos?, ¿los conocimientos aprendidos fueron útiles?, ¿qué mejoras sugieren?.

Intervinieron 4 profesionales sanitarios: conductor (enfermera), observadores (1enfermera, 2médicos). Sistema de registro: vídeograbación y anotaciones. Se pidió permiso para videograbación y su análisis. Durante los 60 minutos de la reunión, se estableció un diálogo entre los participantes a raíz de las preguntas formuladas. Análisis e interpretación de la información mediante la video grabación y anotaciones. Se realizó análisis métodológico cualitativo.

RESULTADOS: Estan satisfechos en el horario, temas tratados, lenguaje utilizado y presentación, enfatizando en la comprensión del lenguaje y la profesionalidad de la presentación, y remarcan el valor añadido de las facilidades prestadas por las guarderías. Los participantes manifiestan que se cumplieron las expectativas con creces, ya que esperaban una sesión más teórica y fue dinámica y útil. Opinan que la metodología fue adecuada para ofrecer educación sanitaria, y valoran ser grupos pequeños para poder participar activamente.

Expresaron tener más recursos para afrontar patologías y lo han aplicado.

Desean que la intervención se realice periódicamente en sus guarderías, considerando que habrá más participación.

Solicitaron se les administrara material escrito como resumen de la charla. Ampliarían el tiempo del tema de traumatismos craneoencefálicos y aportaron ideas de nuevas charlas como primeros auxilios o enfermedades emergentes.

Valoraron positivamente la realización del grupo focal, como método de mejora, mostrando nuestro interés en su opinión.

CONCLUSIONES: Las intervención aporta conocimientos y recursos a los participantes, para saber actuar frente a patologías leves de sus hijos. La actividad ha favorecido la relación de los padres con el centro de salud.

Creemos que la realización de grupos focales con los ciudadanos, es un buen instrumento para analizar de forma directa la satisfacción en relación a los servicios prestados.

PALABRAS CLAVE: grupo focal, intervención , comunitaria

1584 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 12:20 h.

LA ATENCIÓN AL CUIDADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR III ZARAGOZA

Esquivis Jaramillo MC (1), Grima Moliner JI (2), Alutiz Peña Luis (3), González García M (4), Villafranca Escosa A (5), Isasa Cuartero L (6)

(1) Sector III Zaragoza, Enfermera de Enlace . (2) C.S: Miralbueno Zaragoza, Médico de A. Primária. (3) C. Salud Bombarda Zaragoza, Enfermero. (4) C. S. Valdefierro Zaragoza, Enfermera. (5) C.S. Valdefierro, Enfermero. (6) C.S. Garrapinillos- Miralbueno, Médico.

OBJETIVOS: Los cuidadores necesitan consejos útiles. Pretendemos ampliar la información y la atención, con la finalidad de que estén preparados para los retos que se les plantean en los domicilios o en la atención que deben prestar en las residencias y que tanto nos preocupa alos profesionales sanitarios.

MATERIAL: SE ha hecho un análisis grupal de la situación de los cuidadores de nuestro sector III Zaragoza así como la formación de consultas de enfermería básicas y especializadas, de trabajo social y actuaciones médicas específicas para el cuidador.

SE ha realizado una experiencia piloto en tres centros de salud(Valdefierro, Bombarda y Miralbueno).

También se ha hecho formación a los profesionales para la impartición de talleres.

Los talleres se han ido esxtendiendo en número de 12 centros de salud de los 22 que componen el sector.

La realización de folletos informativos en la actualidad es de 9 con la consiguiente y progresiva evolución en este sentido, con la crreación durante el 2009 de los folletos de disfagia y relajación

Así mismo hemos elaborado 3 planes de cuidados estandarizados de enfermería y acoplados a las carácterísticas que hemos ido viendo en nuestros cuidadores

RESULTADOS: CEntrándonos en el 2009 se han hecho 6 SESIONES formativas e informativas en distintos centros de salud y 9 talleres a cuidaores en los centros de (Ejea de los Caballeros, María de HUerva ; Garrapinillos y Tarazona).

La asistencia ha sido de 55 personas con edades comprendidas enter 38 a 50 AÑOS EN EL CASO DE LAS CUIDADORAS DE CARÁCTER PROFESIONAL, 2 varones de 73 y 75 años y 32 mujeres de 52 a65 años de carácter no profesional.

Las encuestas de satisfacción nos dicen que el 50% están satisfechos con la actividad y el otro 50% muy satisfechos.

En los cuidadores profesionales se ve en un 80% de los casos una actitud positiva frente al aprendizaje.

Además se han efectuado 30 consultas de enfermería en la zona de Garrapinillos y 8 de Trabajo social en la zona de Bombarda, todas ellas dentro del tipo de consultas elaboradas en nuestro proyecto

CONCLUSIONES: La idea original de ayuda al cuidador se va extendiendo por todo el sector.

La aplicación de los folletos informativos están siendo de buena aceptación tanto por parte de los profesionales como por parte de los cuidadores.

Hemos ido mejorando el formato y contenidos de las fichas de valoración, para lo caul el último paso ha sido la informatización en el Sistema OMI- Ap en forma de plantillas para los centros de salud de Valdefierro, Miralbueno y Bombarda que son referentes piloto en nuestro sector.

Queremos seguir trabajando en esta línea y ampliando los planes de cuidados de enfermería

PALABRAS CLAVE: Ayuda, Cuidador, Primária

1598 | Ciudadano

Sala 04 – Sesión: 32 – 21/10/2010, 12:30 h.

AGUA, LIMON Y PARACETAMOL. TRIAJE TELEFÓNICO DURANTE PANDEMIA DE GRIPE, NOVEDOSA OFERTA DE CUIDADOS ENFERMEROS.

Oñate-Calvo, C (1), Teruel-Maicas A (2), Díez-Romeo A (3), Martínez-Marco MA (4), Mateo-Bernal T (5), Pallarés-Sisamón F (6)

(1) C.S Sástago, Salud Atención Primaria Sector 2. (2) C.S Valdespartera, Salud Atención Primaria Sector 2. (3) Urgencias, Salud Hospital Clínico Universitario. (4) Traumatología, Salud Hospital Royo Villanova. (5) C.S Ateca, Salud Atención Primaria Sector 3. (6) Urgencias, Salud Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: Dentro de las actividades del plan ejecutivo de respuesta a la pandemia de gripe en Aragón se contempla la creación de un Grupo de Triaje Sanitario(GTS) telefónico con los objetivos de facilitar respuestas sobre gripe a la población, clasificarla por gravedad de síntomas, proporcionar información sobre autocuidados en casos leves para contener la demanda y reconducir al nivel asistencial apropiado los casos que precisaban asistencia sanitaria. Objetivos:

1. Describir la experiencia de los profesionales sanitarios del GTS
2. Evaluar la utilización del aplicativo web creado ad hoc para el triaje de las llamadas telefónicas en relación con la pandemia.
3. Evaluar la percepción de la comunidad respecto a este servicio.

MATERIAL:

1. Descripción de la población atendida.
2. Registro de incidencias sobre las preguntas del algoritmo de triaje y propuestas de mejora sobre la aplicación.
3. Revisión de los registros personales de las entrevistas telefónicas por parte de los profesionales del GTS entre 1/11/2009 y 23/12/2009.
4. Encuesta telefónica de satisfacción de la población atendida por el GTS.

RESULTADOS: Total de pacientes atendidos: 3627. El 56,5% mujeres.

Tramos de edad: 0-19 años 31,2%, 20-40 años 29,8%, 40-60 años 24,1%, >60 años 14,9%.

Picos horarios de llamadas: 8h a11h y 17h a 21hs.

El algoritmo de preguntas fue reorganizado conforme se utilizó; ante sintomatología leve, se obviaron preguntas de investigación de gravedad. Se introdujeron preguntas nuevas que matizaban los casos. Se rellamó al 3% de los atendidos con una acogida satisfactoria, reforzando la imagen de un servicio no presencial novedoso. Los registros personales reflejan que los pacientes solicitaban información y cuidados para varios miembros de la familia. Al preguntar por convivientes de casos, los profesionales anticipaban cuidados para la familia en su conjunto en caso de inicio de síntomas.

Se encuestó a un total de 174 pacientes. El servicio les resultó novedoso porque se resolvían sus problemas de salud por teléfono, les atendía un profesional de enfermería, se recomendaban medidas farmacológicas y no farmacológicas y se les dedicaba el tiempo necesario.

CONCLUSIONES: El servicio ofertado por el GTS ha sido valorado como adecuado en el 91.4% con una respuesta rápida y satisfactoria. Los profesionales perciben que el servicio ha sido una oportunidad para la educación sanitaria, promocionando el autocuidado, las medidas no farmacológicas y la responsabilidad del paciente sobre su salud. La experiencia del GTS genera una nueva oferta de servicio por parte de los profesionales de enfermería a la sociedad.

PALABRAS CLAVE: triaje, telefonico, autocuidado

659 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 15:40 h.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN CONFIDENCIALIDAD.

Barrado- Narvión MJ (1), López- Ibort N (2), Del Pino -Jiménez MD (3), González-De la Cuesta D (4), Bara-Machín G (5)

(1) Hospitalización-Uci, Salud-HRV. (2) Calidad, Salud-HCLB. (3) Codificación, Salud-HCLB. (4) Hospitalización-UCI, Salud-HRV. (5) Hospitalización-Bloque Quirúrgico, Salud-HUMS.

OBJETIVOS: 1. Analizar la influencia de la formación en confidencialidad en el trabajo diario

2. Conocer si ha aumentado el grado de responsabilidad de los profesionales formados

3. Identificar las actitudes que se han modificado

4. Conocer las aportaciones de los profesionales para adoptar nuevas medidas de mejora de cara a garantizar la confidencialidad

MATERIAL: Investigación cualitativa, a través de la Técnica de Grupo Nominal. Desde la Comisión de Historias Clínicas de HCU de Zaragoza se identificó como un área de mejora, la confidencialidad. Para ello se decide mejorar la formación de los profesionales diseñando un programa de formación específico.

Se realizaron 9 talleres formativos de 12 horas de duración cada uno (4 para personal sanitario, 4 para personal no sanitario y 1 para celadores).

Se han realizado tres Grupos Nominales, uno por grupo, con la pregunta a estudio: "¿En qué y cómo ha influido esta formación en confidencialidad en tu trabajo diario".

RESULTADOS: Los profesionales se sienten satisfechos con este programa formativo, identificando que los talleres deberían ser formación obligatoria para todas las categorías profesionales. Aunque existen diferencias cualitativas, según el grupo sea sanitario, no sanitario o de celadores (debido a su diferente perspectiva en el abordaje del problema), existen unas conclusiones comunes a todos ellos:

– La formación les ha llevado a aumentar la concienciación, la empatía y la responsabilidad en confidencialidad. Por ello están intentando modificar hábitos, aunque reconocen que es difícil ya que están muy interiorizados y la mayoría de las veces no se dan cuenta y es complicado ir contra – cultura.

– Se están formando pequeños grupos de mejora para modificar circuitos (Proceso Quirúrgico, Diagnóstico por imagen, Pruebas funcionales….) en la medida de lo posible y crear normas y protocolos para garantizar la confidencialidad.

– Son los profesionales los que están actuando como mecanismo de transmisión de formación, información y concienciación.

– Solicitan la participación activa del usuario en la exigencia de su derecho.

CONCLUSIONES: Es necesario un cambio en la cultura organizacional en Atención Primaria y hospitalizada respecto al tema de confidencialidad. Estos talleres formativos contribuyen eficazmente a tomar conciencia y responsabilidad por parte de los profesionales en esta materia, lo que conducirá, paulatinamente, a un cambio en la cultura. Todo ello contribuye a un aumento de la garantía de la confidencialidad con un coste relativamente bajo para las administraciones (formación) y para los profesionales en ejercicio (cambio de hábitos).

PALABRAS CLAVE: CONFIDENCIALIDAD, FORMACIÓN, SEGURIDAD

719 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 15:50 h.

UNIDAD DE DONACIÓN DE TIEMPO

Serrano Ramos, M (1), Castilla Álvarez, C. (2), Suárez Carrasco, J. (3)

(1) Participación Ciudadana, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Subdirección de Atención al Ciudadano, Hospital Universitario Virgen Macarena y Á rea. (3) Subdirección de Proyectos, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área.

OBJETIVOS: Este programa se encuentra enmarcado en el Área de Participación Ciudadana y forma parte del conjunto de iniciativas (como Programa Diver o Arte y Salud) que, en el Hospital Universitario Virgen Macarena y su Área, se vienen poniendo en marcha con la misión general de crear valor añadido a la asistencia sanitaria a través de la humanización y la atención de las necesidades de los ciudadanos a los que prestamos servicios. En el hospital hay personas que nunca reciben visitas o que sufren algún tipo de exclusión social y que necesitan de otras para poder salir de su aislamiento. La soledad es un factor que influye muy negativamente en la recuperación del paciente. La Unidad de Donación de Tiempo une dos elementos fundamentales, el esfuerzo de los profesionales y la solidaridad de los voluntarios, para conseguir que, todos estos paciente que se vean en una de estas situaciones, encuentren el apoyo necesario para no sentirse solos. Objetivos generales: -Intentar aliviar la soledad de los pacientes que se encuentran hospitalizados y que no tienen a nadie que los visite y acompañe. -Conseguir, a través del acompañamiento, que el paciente manifieste deseos de recuperación. -Unir el esfuerzo de los profesionales con la participación ciudadana y el voluntariado.

MATERIAL: ¿Cómo se organiza la Unidad de Donación de Tiempo?

- Detección de casos de soledad por parte de los profesionales del hospital
- Elaboración del perfil del paciente que se encuentra en esta situación
- Aviso a la Unidad de Donación de Tiempo por medio del teléfono solidario
- Adecuación del voluntario según el perfil del paciente
- Puesta en marcha del dispositivo que une al voluntario con el paciente.

RESULTADOS: El programa cuenta con el apoyo de los profesionales y de los voluntarios de las asociaciones, federaciones y ong´s que colaboran con el hospital.El estudio de pacientes que reciben visitas y se encuentran acogidos revela que el impacto de la hospitalización es mucho menor en ellos y que, tanto su recuperación como el número de días que tiene que permanecer hospitalizado, se reduce considerablemente. Del tipo de atención depende buena parte la recuperación del enfermo.

CONCLUSIONES: Se ha comprobado que, mediante una adecuada atención al paciente hospitalizado (así como a sus familiares) se influye, no solo en su pronta recuperación, sino en la calidad de la misma. Para ofrecer una atención sanitaria adecuada y eficaz, es necesario que ésta tenga en cuenta las necesidades globales del paciente.

PALABRAS CLAVE: Acompañamiento, , Voluntariado, Humanización

851 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 16:00 h.

BASE DE DATOS DE BUENAS PRÁCTICAS

Toro-Sánchez L (1), Solozabal-Orbegozo K (1), Villa-Valle R (1), Gallego-Camiña I (1), Sainz Del Molino A (2), Maestre-Martínez MT (3)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo. (2) Informática, Hospital Galdakao-Usansolo. (3) Bloque Quirúrgico, Hospital Galdakao-Usansolo.

OBJETIVOS: Las actividades de benchmarking y de aprendizaje son muy frecuentes en nuestro sector, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones dicho conocimiento no se socializa en nuestras organizaciones. Con el objetivo de compartir las buenas prácticas y difundir el conocimiento generado en el Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) se ha desarrollado una aplicación informática que pretende ser una exposición permanente y de intercambio de información a través de la intranet de la organización.

MATERIAL: El HGU, continuando con la línea de innovación y gestión del conocimiento, ha diseñado una 'Plataforma de Buenas Prácticas' (soportada en Access) en la que se recopila la información referente a buenas prácticas, comunicaciones a congresos y premios de los diferentes servicios, unidades y/o procesos. El diseño de dicha aplicación se ha realizado en el contexto del equipo de Proceso de Gestión del Conocimiento.

RESULTADOS: La aplicación recoge cuatro ámbitos clave: buenas prácticas internas, premios y reconocimientos, memoria científica y benchmarking. Cada uno de estos ámbitos se estructura en los siguientes campos: servicio/unidad, proceso, año, título y descripción. La base de datos está desarrollada con opciones de exportar a Excel o generar informes en PDF, permitiendo realizarla con múltiples opciones de búsqueda. Está pensada para que los líderes del HGU puedan gestionar esta información en una aplicación específica. Todo el personal del HGU puede consultar esta información con la ventaja de realizar búsquedas por año, servicio, título o descripción. Para la fase de implantación de la plataforma, se han utilizado las herramientas de comunicación interna del HGU (boletín quincenal y correo electrónico) y, además, se ha publicado un manual de uso que facilita el manejo de la misma. En la actualidad, la aplicación recoge la información desde el año 2007 y disponemos de los siguientes registros: 1) Registro total de buenas prácticas: 42 2) Registro total de premios: 44 3) Registro total Memoria Científica: 772 4) Registro total visitas: 9.

CONCLUSIONES: 1) Necesidad de recoger en una aplicación el conocimiento que se está generando en nuestra organización. 2) Importancia de que dicha plataforma sea dinámica, activa y con carácter de exposición permanente para lograr la implicación de los líderes. 3) Necesidad de impulsar el uso de las TICs. 4) Supone un reconocimiento explícito a las personas del HGU generadoras de conocimiento. 5) Es un impulso de la Memoria Científica 6) Importancia de realizar un pilotaje y ajuste continuo durante su implantación.

PALABRAS CLAVE: BUENAS PRÁCTICAS, MEMORIA CIENTÍFICA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

1071 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 16:10 h.

COMPETENCIAS PROFESIONALES EN UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA:EXPLORACIÓN DE LAS ACTITUDES ÉTICAS

Babarro-Cid H (1), González-Nuñez B (2), García-Fernández Y (2), Liceras-Pascual O (2), Varela-González B (2), Martínez-Ques AA (2)

(1) Unidad de Cuidados Intensivoa, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Complexo Hospitalario de Ourense.

OBJETIVOS: Describir las actitudes éticas de los profesionales de intensivos que conforman los rasgos de un buen profesional.

MATERIAL: Estudio transversal exploratorio, realizado en enero de 2010. Muestreo por conveniencia entre profesionales de intensivos. Cuestionario autoadministrado anónimo y voluntario de elaboración propia, que constaba 3 partes:

-variables demográficas,

-Pregunta abierta: ¿Cuáles son los rasgos más significativos de "ser un buen profesional en cuidados intensivos"?

-escala de actitudes éticas de 37 ítems, agrupados en cuatro categorías, con respuesta numérica de 1 (menos valor) a 10 (más valor).

Estadística descriptiva mediante frecuencias (media y desviación estándar) y porcentajes. Consistencia interna con coeficiente Alpha de Cronbach.

RESULTADOS: Contestaron el cuestionario 53 profesionales, 20,8% hombres; 79,2% mujeres. Edad media: 39,25 ± 7,86 años. 67,9 % enfermeras; 18,9 % auxiliares; 13,2% médicos. Años de ejercicio: 13,96 ± 7,8 años; Experiencia: 8,36 ± 4,82 años. Cursos realizados en los 2 últimos años: 3,24 ± 2,9 cursos. Coeficiente Alpha Cronbach= 0,944. Rasgos priorizados: compañerismo, trabajo en equipo, respeto, conocimiento y honestidad. Ítems mas valorados: trabajar adecuadamente (9,64) y respeto hacia el paciente (9,56). Menos valorados: preocupación por la transformación de la sociedad (6,88) y capacidad de mediación (7,92).

CONCLUSIONES:

1. No se hallaron diferencias entre competencias éticas, cognitivas, emocionales y sociales
2. Las actitudes éticas son muy valoradas y el compañerismo se identifica como el rasgo mas valorado de un buen profesional
3. Consistencia interna elevada de la escala.

PALABRAS CLAVE: competencias profesionales, cuidados intensivos, enfermería

1140 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 16:20 h.

¿CONSEGUIREMOS GESTIONAR ADECUADAMENTE EL IMPACTO AMBIENTAL DE NUESTRO COMPLEJO HOSPITALARIO?

Larriba L, (1), Candia B, (2), Fraga JA (3), López-Mihura JM (4), García FJ (5)

(1) Unidad de MEDIOAMBIENTE y Calidad- OFICINA TÉCNICA, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS. (3) ServicioS Genreales, CHUAC-SERGAS. (4) OFICINA TÉCNICA- ARQUITECTO, CHUAC-SERGAS. (5) Subdirección ServicioS Genreales, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: 1. Mostrar la utilidad de la Comisión de Protección Ambiental y sus Grupos de Trabajo, para el asesoramiento permanente en materia de Gestión Ambiental en el complejo hospitalario.
2. Exponer las líneas estratégicas en PROTECCIÓN AMBIENTAL, que permitan consolidar en el Centro, una Política que ayude a avanzar hacia modelos de producción sostenibles que redunden en una mejora de la salud laboral, de la seguridad, y de la calidad ambiental del entorno.

MATERIAL: Al amparo de lo dispuesto en el Decreto 297/02 de 18 julio de la Consellería de Sanidade, que regula los órganos de dirección, asesoramiento, calidad y participación del Complejo Hospitalario y, en las Normas de funcionamiento de las Comisiones, se crea la Comisión de Protección Ambiental.
Este Complejo dispone de 5 Centros sanitarios además de otros establecimientos de apoyo. Se pretende abordar la Gestión conjunta de los impactos ambientales que se generan como consecuencia de la actividad: por la Gestión de los residuos (sólidos y líquidos, peligrosos y no peligrosos), y por las emisiones, los vertidos, el uso de los recursos: agua, combustibles, energía, otros materiales…
Se constituye la Comisión de PROTECCIÓN AMBIENTAL por técnicos en la materia y por responsables de las áreas/centros implicados: personal de Dirección (Subdirector de Servicios Generales y Logística, representante de la Dirección), Jefes de Servicio (Medicina Preventiva, Hostelería, Mantenimiento), personal técnico del complejo (Técnico de Medioambiente, Ingeniero Técnico, personal sanitario del área de calidad) y, representantes de organismos relacionados de interés (Atención Primaria y otros Centros del Área sanitaria).
Se definen las funciones de la Comisión y son aprobadas por el Director Gerente.

RESULTADOS: La Comisión de Protección Ambiental aprueba las Normas de funcionamiento interno. Crea dos Comités técnico-sanitarios dependientes de ella: Comité de Gestión de Residuos y, Comité de Eficiencia Energética, compuestos por profesionales expertos y personal involucrado.
Su misión consiste en el análisis de Procesos Asistenciales y no asistenciales para, mediante el control de sus operaciones y actividades, detectar oportunidades e incluir mejoras en su faceta ambiental.
Define las áreas prioritarias para el año 2010. Así, son objetivos de esta Comisión: seguimiento de la implantación del Plan de Gestión de Resíduos y, evaluación de la situación Energética del complejo (auditoría energética).
A partir de datos históricos y de una auditoría, se identifican los aspectos críticos y, se determinan los aspectos más relevantes por su gravedad y/o magnitud. Algunos de los aspectos eran ya bien conocidos en el área de medioambiente; otros, sin embargo, no habían sido percibidos como importantes y los profesionales del centro los identifican como prioritarios (por ejemplo: recogida selectiva de determinados materiales). Del mismo modo, aspectos de gravedad no son valorados por los profesionales ajenos al área de medioambiente (por ej: consumo recursos, pérdidas energéticas, vertido de químicos, etc).
Se detecta desconocimiento y "mala información" de los profesionales sobre la Gestión Ambiental interna y sobre la Gestión Ambiental en general.

CONCLUSIONES: La Comisión de Protección Ambiental ha supuesto un avance en la participación de los profesionales en la Gestión Ambiental del Centro. La creación de los Comités que de ella dependen agiliza la toma de decisiones y el respaldo de la Dirección; facilitan nuevas soluciones, y aportan metodología para la implantación adecuada de las recomendaciones en los diferentes niveles de la organización.
Se concluye que es necesario hacer una Campaña de sensibilización ambiental, tanto de la Gestión interna medioambiental como de Gestión Ambiental en general.

PALABRAS CLAVE: Gestión AMBIENTAL, CENTROS SANITARIOS, DESARROLLO SOSTENIBLE

1164 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 16:30 h.

JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS EN EL HGU: ACERCAMIENTO DEL HOSPITAL A ESTUDIANTES DEL ÁREA DE INFLUENCIA

Villa-Valle R (1), Solozabal-Orbegozo K (1), Toro-Sánchez L (1), Ingunza-Basterra N (2), Ortigosa-De la Hoz M (2), Antolin-Mugarza A (3)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo. (2) Dirección de enfermería, Hospital Galdakao-Usansolo. (3) Recursos Humanos, Hospital Galdakao-Usansolo.

OBJETIVOS: El Hospital Galdakao-Usansolo (HGU), continuando con su línea estratégica "Referentes en RSC" y como consecuencia del Plan de acción derivado de la Autoevaluación de RSC, ha organizado unas jornadas de puertas abiertas destinadas a centros de enseñanza de nuestra área de influencia.

Los objetivos perseguidos son: 1) Acercamiento a la sociedad: dada nuestra función social y estrecha relación con nuestro entorno se pretende dar a conocer más de cerca nuestra actividad aportando información sobre lo qué es un hospital, sus servicios, empleo y gestión. 2)Fomentar la elección de estudios sanitarios acercando las profesiones sanitarias a los jóvenes con el fin de favorecer la elección de estos estudios. Además hemos tenido en cuenta el progresivo envejecimiento de la plantilla y la escasez de profesionales sanitarios. A ello debemos sumarle, la tradición de acoger estudiantes en prácticas y anteriores experiencias (Jornadas de puertas abiertas hace 20 años y visitas guiadas dirigidas a becarios de EUSKALIT).

MATERIAL: Estas jornadas están destinadas a estudiantes de instituto que han optado en su educación secundaria por la rama sanitaria y deben elegir una carrera. Tras enviar una carta de invitación, a todos los centros de enseñanza secundaria de la Comarca se organizaron las SESIONES con aquellos que estaban interesados. Las visitas se han estructurado en dos partes:1) Charla informativa 2) Visita guiada a algunos servicios: Laboratorios, Rehabilitación, Esterilización, Hemodiálisis, Farmacia y plantas de hospitalización.

RESULTADOS: Durante dos meses se han realizado seis SESIONES a las que han acudido más de 170 alumnos de doce centros.

Para conocer su satisfacción se ha realizado una encuesta que muestra un alto grado de satisfacción: Satisfacción Global de los alumnos: 8.91 y de los profesores: 9.36. Se destaca el ítem del trato (9.41). El resto de ítems: comunicación de los ponentes, utilidad de la visita, presentación de contenidos, expectativas, recomendación a otras personas, etc. han superado la media de 8.

CONCLUSIONES: 1) Han surgido mejoras en la organización: reducir la duración de la visita 2) Se ha demostrado un gran interés por lo que se ha planteado repetir esta actividad anualmente 3) Surge la idea de realizar otro tipo de actividades de difusión dirigidas a estudiantes. 4) Se ha demostrado que un centro hospitalario puede aportar un valor añadido a la sociedad más allá de la propia actividad asistencial. 5) Dado que somos un referente en nuestra sociedad y nuestro entorno surge la oportunidad de fomentar aspectos de educación en salud.

PALABRAS CLAVE: RSC, Sociedad

1320 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 16:40 h.

UN BALANCE DE NARICES: EL PRIMER AÑO DE PAYASOS DE HOSPITAL

Vela Marquina MI (1), Ilzarbe-Simorte D (2), López-De la Osa JA (3), Domínguez-García M (3), Clemente-Roldán E (4), Noya-Castro MC (5)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. (3) Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. (4) Unidad de Calidad Asistencial- Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón. (5) Subdirección Enfermería, Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: Clowntagiosos es una asociación constituida por 45 estudiantes de medicina que visitan semanalmente de forma voluntaria y personalizada a niños ingresados del Hospital Infantil, Hospital Miguel Servet (HI) implantando el modelo de Clown-Doctors (años 70, Nueva York)

Minimizar el stress que supone la hospitalización ofreciendo momentos de distracción a los niños ingresados y sus familiares. Colaborar estrechamente con el equipo sanitario para personalizar la atención y humanizar la asistencia. Integrarse en la dinámica hospitalaria aportado un nuevo enfoque psicosocial en la relación con el paciente

MATERIAL: En 2008 se constituye formalmente la asociación y en Mayo de 2009 junto con la Subdirección de Enfermería del HI y con el apoyo de la Unidad de Calidad, inicia su actividad en el HI. A pesar de que su presencia es totalmente voluntaria, garantizan su profesionalidad con una importante formación inicial y trabajo en grupo semanal para preparar las "actuaciones" con los niños. Dada su condición de voluntarios es frecuente la rotación anual de payasos por lo que tienen establecido un plan de formación e integración de nuevos voluntarios. Todos los jueves por la tarde acuden al HI, el personal de enfermería les facilita información de interés de cada niño para poder personalizar su actuación. Todos los Clowntagiosos firman un compromiso de confidencialidad y tienen un plan de evaluación continuada mediante encuestas a padres y a los propios payasos

RESULTADOS: Visita a una media diaria de 25 niños de 3 a 16 años.

Integración con el personal sanitario, actividades del hospital y con el resto de Voluntariado del HI.

173 encuestas a padres con 6 preguntas: 99,4% considera positiva la actividad y el 97,4% que esta actividad contribuye a mejorar el ánimo de sus hijos. Al 91,4% de los niños y al 98,8% de los padres les gustaría que se repitiera, con un 92,5 de satisfacción global Los clowns cumplimentaron 374 encuestas; el 69,1% de los niños parecen estar muy o bastante interesados con un 70,3% de satisfacción general, con diferencias respecto a la edad (mayor en niños de 5-10 años).

Existe una correlación entre los resultados y muestras de agradecimiento de niños y familiares. La actividad semanal de Clowntagiosos forma parte de la rutina hospitalaria, y los profesionales colaboran activamente proporcionando su experiencia y conocimiento

CONCLUSIONES: La actividad ha sido positiva para el HI, personal sanitario, pacientes y sus familias; se ha de mantener y plantear nuevos objetivos (acompañamiento a quirófano, pruebas diagnósticas)

PALABRAS CLAVE: asistencia sanitaria, Humanización, Calidad

1340 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 16:50 h.

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA PARA "RESULTADOS EN LA SOCIEDAD" DEL HOSPITAL DE MOLINA.

López-Guerrero, FA (1), Montero-Del Amo B (2), Gómez-García MJ (1), Guirado-Sánchez F (3)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de MOLINA. (2) Unidad de COMUNICACIÓN, Hospital de MOLINA. (3) Gerencia, Hospital de MOLINA.

OBJETIVOS: Revisión de resultados, priorización de oportunidades y elaboración a partir de estas, de un plan de mejora en el criterio 8 del modelo EFQM.

MATERIAL: El Hospital de Molina despliega, dentro de su plan estratégico, acciones vinculadas a la Responsabilidad Social Corporativa tales como la divulgación y formación en temas sanitarios, colaboración con asociaciones y respeto al medio ambiente. Esto unido a los planes de comunicación desarrollados a partir de 2006, sirven como elementos facilitadores para para consolidar una imagen positiva.

En el segundo trimestre de 2010 hicimos una evaluación y revisión o refinamiento del enfoque como punto final de un ciclo REDER y punto de partida para un nuevo Plan de Mejora. Disponemos de tres fuentes de información: autoevaluación EFQM 2009, informe de evaluación de licenciatarios acreditados e informe de AENOR para la obtención del Sello "Excelencia Europea 400+". A partir de esta información identificamos los principales puntos débiles, hicimos un listado de las principales oportunidades de mejora y se elaboró una matriz decisional con tres criterios puntuados de 1 a 5 y con diferente peso: importancia (40%),facilidad (30%)recursos necesarios (30%). Los resultados de esta priorización nos indican las líneas a desarrollar.

RESULTADOS: La puntuación del criterio 8 de la autoevaluación 2009 mediante cuestionario coincide con los dos informes de evaluación: 21 puntos sobre 60 posibles (35%). Solo 21 puntos de los 475 obtenidos en los 9 criterios.

De la autoevaluación y los informes extraemos 8 oportunidades de mejora a las que se aplica la matriz decisional. La puntuación obtenida fue: 1. Sistematizar la revisión de los objetivos de los indicadores (4,7 puntos), 2. Mejora de la metodología y ámbito de las encuestas (4,1) 3. Redefinición y ampliación de indicadores de percepción en la sociedad (4,1). El número 4 es incluir comparaciones con otras organizaciones (3,2), que se desecha por no disponer de posibilidades de encontrar comparaciones.

CONCLUSIONES: La información disponible es útil para saber los aspectos en los que incidir para aumentar el rendimiento. Los aspectos priorizados se refieren a la monitorización del impacto en la sociedad, que es difícil de medir, por lo que su mejora nos proporcionará indicadores más sensibles y que aporten más información para actuar y obtener un aumento sostenido de los resultados. Adicionalmente nos pemitirán en el futuro un aumento de la puntuación EFQM, dado que en el criterio 8 en el modelo EFQM 2010 aumenta su peso, pasa de valer 60 a 100 puntos.

PALABRAS CLAVE: Responsabildad social corporativa, EFQM, monitorización

1571 | Responsabilidad Social Corporativa

Sala 04 – Sesión: 43 – 21/10/2010, 17:00 h.

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA (RSC) DIFUNDIDA POR HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES A TRAVÉS DE INTERNET

Rumbo-Prieto JM (1), Arantón-Areosa L. (2), Tizón-Bouza E. (3), Calvo-Pérez AI (2), Fernández-Segade J (2)

(1) Servicio de Radiodiagnóstico, Área Sanitaria de Ferrol - C.H. Arquitecto Marcide. (2) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Servicio de Urgencias, Área Sanitaria de Ferrol - C.H. Arquitecto Marcide.

OBJETIVOS: Conocer el compromiso de responsabilidad social y sostenibilidad medioambiental que en sus páginas web corporativas divulgan los principales hospitales públicos españoles.

MATERIAL: estudio descriptivo transversal. Selección de aquellos hospitales de más de 500 camas, pertenecientes a la Red sanitaria pública, ubicados en alguna de las 52 capitales de provincia españolas (muestra estimada de 43 hospitales). Búsqueda y análisis de las páginas online institucionales de cada hospital. Valoración de contenidos a través de una plantilla de 12 ítems diseñada en base a los criterios de RSC recomendados por la Fundación de Ciencias del Medicamento y Productos Sanitarios (Fundamed). Evaluación de resultados por el método intraobservador (2 revisores) y por consenso de grupo nominal. Estadística descriptiva y de dispersión.

RESULTADOS: se han evaluado 37 páginas web corporativas (86%) de los hospitales públicos que cumplieron los criterios de inclusión. El 37,8% definían la Misión y Visión institucional como parte del compromiso social. La información al ciudadano fue la iniciativa de RSC del 89% de los hospitales y cerca del 40% ofrecieron noticias relacionadas con ella. La publicación de la memoria de actividad estuvo presente en el 70% de las webs. En el 59,4% de los casos se describían políticas de calidad orientadas hacia la RSC y sólo el 19% tenían políticas de sostenibilidad con certificación medioambiental. La conmemoración de actos públicos socio-sanitarios y la puesta en marcha de proyectos materno-infantiles concentran el 90% de las iniciativas en RSC. El Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves fue el único hospital que presentó una declaración de sostenibilidad con calificación A por el GRI G3.

CONCLUSIONES: Todos los hospitales contienen alguna información relacionada con RSC implícita en la política corporativa y en la gestión de la calidad. Sólo un hospital ofrecía información específica sobre RSC bajo un epígrafe exclusivo. El 40% de las web institucionales consultadas nos dan una visión de que la RSC es parte de la cultura hospitalaria y de la filosofía corporativa, por lo que puede dar lugar a la interpretación de considerar a la RSC como una técnica de mejora de imagen y reputación (publicidad y marketing) y no como un compromiso social. Destacar el compromiso de sostenibilidad medioambiental de muy pocos hospitales (19%). En conclusión, consideramos que los hospitales deberían evidenciar de manera más explícita su compromiso social y políticas sostenibles de buenas prácticas, así como mejorar la accesibilidad a sus páginas web.

PALABRAS CLAVE: responsabilidad social corporativa, compromiso social, calidad

1210 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 11:10 h.

EXPERIENCIA PILOTO EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Cantón-Álvarez MB (1), Mediavilla-Sesmero MV (1), Rodríguez-Soberado MP (2)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Comarcal de Medina del Campo. SACYL.. (2) Supervisora de Área de Formación y Calidad, Hospital Comarcal de Medina del Campo. SACYL..

OBJETIVOS: Objetivo principal:

- Establecer un sistema de notificación y registro de los EA que se pudieran producir en el Hospital de Medina del Campo como consecuencia de la labor asistencial.

Objetivos secundarios:

- Poder tipificar los EA que se producen en este Hospital, para conocer cuáles son los más frecuentes
- Analizar el por qué se producen esos EA en concreto
- Poder evitar o atajar esos EA, para disminuirlos en la medida que sea posible, e incluso llegar a erradicarlos.

MATERIAL: Se han desarrollado SESIONES y talleres formativos en materia de seguridad del paciente dirigidos a todo el personal del hospital en general y al personal del Servicio de Urgencias en especial como servicio piloto. Se elaboró una hoja de notificación en formato papel a través del grupo de trabajo. Asimismo se instalaron buzónes para recoger las notificaciones en formato papel.

Las notificaciones han sido recogidas periódicamente, para su posterior análisis cualitativo como incidente, efecto adverso o no tipificable como ninguna de estas categorías. En aquellas situaciones en las que se concluyó la posible reducción del riesgo a través de la puesta en marcha de medidas preventivas o correctoras, se han llevado a cabo en la medida de lo posible. En casos concretos en los que se ha precisado de la reunión entre las diferentes partes implicadas, se han llevado a cabo reuniones con el objetivo de realizar análisis causa-raíz y consensuar posibles medidas. Además se ha realizado una retroalimentación a responsables del Servicios, de los cuales se notificó algún incidente/efecto adverso. En el análisis cuantitativo se ha realizado un estudio descriptivo de las notificaciones recibidas.

RESULTADOS: Se han notificado 22 incidentes/efectos adversos en 8 meses. El 45,5% fue notificado por facultativos, el 31,8% por enfermeras y el 22,7% por auxiliares de enfermería.

Los tipos de incidentes más frecuentes notificados fueron los relacionados con la medicación, el 27,3%, seguido de las pruebas diagnósticas un 22,7%.

CONCLUSIONES: El sistema de notificación ha contribuido considerablemente a establecer medidas correctoras de Procesos Asistenciales generadores, potencialmente, de incidentes y/o efectos adversos.

Con la implantación del sistema de notificación, se han abierto líneas de actuación que se pretenden continuar en el 2010 en materia de prevención de efectos adversos relacionados fundamentalmente con la medicación.

PALABRAS CLAVE: Notificación, Efectos adversos, Incidentes

1214 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 11:20 h.

HERNIA INGUINAL: INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL

Beltrán-Peribáñez J (1), Arribas-Monzón F (1), Misiego-Peral A (2), Urralburu-Tainta JJ (2), Abad-Díez JM (1), Castaño Lasaosa JI (2)

(1) Servicio Evaluación y Calidad Asistencial , Departamento de Salud y Consumo. (2) Dirección de Atención Especializada, Gerencia Salud.

OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes que han sido atendidos por intervención de hernia inguinal en el sistema de salud de Aragón en 2006, 2007 y 2008

Analizar la variabilidad de la atención en cuanto a indicadores de calidad (actividad, rendimiento y funcionamiento) de la atención hospitalaria en los servicios de Cirugía General

MATERIAL: Las fuentes de información usadas han sido CMBD al alta hospitalaria (CMBD-AH) y CMBD, procedimientos ambulatorios CMBD-PA. BDU (Base de Datos de Usuario) para obtener el sector de procedencia de cada paciente

Se incluyeron los pacientes con diagnóstico principal de hernia inguinal (CIE-9 550.xx) y que fueron intervenidos de hernia inguinal (procedimiento principal 53.0x y 53.1x)

Las variables usadas fueron:

- Variables resultado: estancia hospitalaria, estancia preoperatorio y complicaciones
- Variables de análisis: variables del paciente, variables relacionadas con la asistencia sanitaria y variables del proveedor
- Variable geográfica: sector de procedencia

RESULTADOS: Actividad programada:

- Disminución de la actividad programada en los años estudiados
- Existen diferencias de actividad entre centros
- Hay diferencias de estancias preoperatorias en algunos centros
- Los pesos (como aproximación de complejidad) son similares entre centros

Actividad programada y urgente:

- Hay centros que realizan la reparación de hernia bilateral en mayor porcentaje que otros
- Hay centros que realizan la intervención sin la colocación de prótesis con porcentajes muy elevados respecto al resto de centros
- El número de intervenciones por hernia gangrenada fue de 15 en 3 años

Actividad ambulatoria

- El porcentaje de cirugía ambulatoria es de un 4% para todo Aragón, hay 5 centros que no la realizan
- En la actividad ambulatoria se realizan sobre todo unilaterales y el uso de prótesis es generalizado

Impacto poblacional

- Las tasas de intervenciones por hernia inguinal, ajustadas por edad y sexo muestran diferencias entre sectores

Análisis estadístico

- Las características individuales influyen en los resultados
- Una vez eliminados estos efectos, el hospital sigue estando asociado a los resultados

CONCLUSIONES: Existe espacio para la mejora en ciertos indicadores de la calidad asistencial (una vez eliminados los efectos de las características individuales), puesto de manifiesto en las diferencias entre centros

Una aproximación a la indicación por hernia (tasas de intervenciones) sugiere variabilidad en la asistencia sanitaria considerando igualdad de morbilidad en la población

PALABRAS CLAVE: hernia inguinal, indicadores, variabilidad

1217 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 11:30 h.

NORMALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Hernández-Pascual M (1), Casado-López M (2), Ruiz Alonso-S (2), Sánchez- Perruca L (2), Rico-Blázquez M (2), Jiménez- Domínguez C (2)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. (2) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria..Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS: Justificación:

Hace una década que en la Comunidad de Madrid, la Historia Clínica de Atención Primaria está informatizada en la aplicación cliente-servidor OMI-AP. El desarrollo de esta aplicación ha sido heterogéneo ligado a la necesidad de registro asistencial, a las demandas de los profesionales, a la capacidad de modificación de la aplicación y al liderazgo de algunos referentes asistenciales y de gestión.

La situación actual de proceso de cambio de esta aplicación cliente-servidor por centro de salud a una aplicación web con Historia Clínica Informatizada (HCI) única y accesible para toda la Comunidad de Madrid (AP-Madrid), demanda y ofrece la oportunidad de homogeneizar el sistema de registro.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad en el registro en Historia Clínica Informatizada (HCI) con el objetivo de facilitar la continuidad asistencial
- Sistematizar la explotación de datos que permita la obtención de conclusiones válidas para diseñar estrategias de mejora.

MATERIAL: Identificada y analizada la situación de partida, se priorizaron las siguientes líneas de trabajo creándose grupos para el desarrollo de cada una de ellas: Antecedentes, protocolos de registro de la Cartera de Servicios Estandarizada, catálogo de pruebas diagnósticas, catálogo de Especialidades, Vacunas, códigos de registro de datos asistenciales del paciente (DGP).

Se han mantenido reuniones en las que los grupos de discusión multidisciplinares han definido tanto el maestro de cada una de las líneas, como la identificación de las acciones a realizar en cada base de datos para la normalización de los mismos. Además, se han priorizado los tiempos de las actuaciones a realizar con el fin de ser eficientes, en acciones previas a la migración de los datos a la historia clínica única ó durante el proceso de migración.

RESULTADOS: Se ha conseguido crear maestros para normalizar el registro de vacunas tanto sistemáticas como fuera de calendario, el catálogo de pruebas diagnósticas, el catálogo de Especialidades y los códigos de DGP.

Se ha definido la estrategia de normalización del registro de Antecedentes a través de codificaciones internacionales: CIAP, CIE-9.

Se han unificado los protocolos de la Cartera de Servicios Estandarizada, implantándose en los 258 centros de la Comunidad de Madrid.

CONCLUSIONES: La normalización de la HCI es imprescindible para permitir la trazabilidad y la comparación de los registros sanitarios tanto desde la continuidad asistencial como desde la gestión de la información. En la Comunidad de Madrid se han dado pasos importantes para llegar a esta normalización de todos los registros relevantes.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria , Normalización , Historia Informatizada

1229 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 11:40 h.

ANÁLISIS DEL NIVEL CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Leal-Llopis, J (1), Paredes-Sidrach De Cardona, A (2), Pérez-García, MC (1), Martínez-Marin, R (3), Martínez -García, JA (2), Cortes-Parra, C (2)

(1) Unidad de Docencia, Investigación y Calidad, Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Morales Meseguer. Murcia. (3) Servicio de Anatomia Patológica, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVOS: Analizar el nivel de cuidados requerido por los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización

MATERIAL: Diseño: Estudio observacional descriptivo. Ámbito: Hospital Morales Meseguer de Murcia. Población: Pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización.

Selección de la muestra: Se seleccionaron 3 días de evaluación para cada unidad de hospitalización con un intervalo entre cada evaluación de al menos una semana. Se evaluaron todos los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización el día de cada evaluación. El estudio se llevo a cabo entre los meses de Diciembre 2008-Marzo de 2009. La variables estudiadas fueron edad, sexo, unidad de hospitalización, servicio clínico y nivel de cuidados. Para determinar el nivel de cuidados se utilizo la escala de valoración propuesta por el Proyecto SIGNO II que consta de 2 variables cuantitativas, edad y peso, y 14 referentes a áreas de atención. Cada una de ellas tiene 4 ítems puntuados de 1 a 4, obteniéndose valores globales comprendidos entre 16-64 puntos, clasificando a los pacientes en cuatro niveles de cuidados según la puntuación obtenida (cuidados mínimos, cuidados medios, cuidados amplios y cuidados muy amplios). La evaluación fue realizada por 3 evaluadores externos a las unidades de estudio y que habían sido entrenados previamente. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se han evaluado 795 pacientes, siendo la edad media de los mismos de 66,7 años. El 58,3% de los sujetos eran hombres.

El 71,3% de los pacientes estaban ingresados en unidades medicas y el 28,7 en unidades quirúrgicas.

Los servicios clínicos mas prevalentes eran Medicina Interna (36%), Oncohematologia (11,8%) y Cirugía General (11,7%).

La puntuación media obtenida tanto en las unidades medicas como en las unidades quirúrgicas ha sido de 33.

Los pacientes de las unidades quirúrgicas presentan en un 32,5% un nivel de cuidados amplios frente al 32% de la unidades medicas ($p<0,05$). Respecto al nivel de cuidados muy amplios las unidades medicas presentan un porcentaje de pacientes del 19,5% frente al 14% de las unidades quirúrgicas ($p<0,05$).

Los pacientes del servicio de traumatología son los que presentan un mayor porcentaje de cuidados amplios (39,5%) seguidos del servicio de neurología (35,5%). Los pacientes que presentan en un porcentaje mas elevado cuidados muy amplios son los sujetos del servicio de medicina interna.

CONCLUSIONES: Los pacientes ingresados en las unidades médicas y adscritos al servicio de medicina interna son los que presentan un nivel de cuidados muy amplios superior

PALABRAS CLAVE: Cuidados, Enfermería, Pacientes

1249 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 11:50 h.

CIRCUITO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CÓMO HA FUNCIONADO?

Carmen Moliner Prada (1), Sofía Garrido Elustondo (1), Carlos López Gómez (1), Arroyo-Morollón J (2), Ballarín-Bardají M (3), López-Palacios S (4)

(1) Dirección médica, Gerencia Atención Primaria. (2) Dirección Médica, Gerencia de Atención Primaria. (3) Dirección Gerencia, Gerencia de Atención Primaria. (4) Dirección Enfermería, Gerencia de Atención Primaria.

OBJETIVOS: Analizar los resultados obtenidos en puntos clave, en el circuito de derivación de pacientes con sospecha clínica de malignidad en su primer año de funcionamiento en el Área 7.

MATERIAL: En el año 2008 se establece en la Comunidad de Madrid un circuito para derivar pacientes bajo unos criterios establecidos de sospecha de cáncer, con el compromiso de cita en menos de 15 días.

Población objeto de estudio: todos los partes interconsulta (PIC) tramitados dentro del circuito específico.

Periodo de estudio: enero a diciembre de 2009.

Variables: centro de salud origen de la derivación, mes, diferencia de tiempo entre día de petición de cita y día de cita, motivo de consulta, especialidad a la que se deriva, calidad del PIC (medida según la presencia de motivo de consulta, anamnesis, exploración física, y exploración complementaria). Se considera excelente si consta motivo de consulta, anamnesis, exploración física y exploración complementaria; aceptable si consta el motivo de consulta y anamnesis, y exploración física o exploración complementaria constan o no procede su cumplimentación; y mejorable el resto.

RESULTADOS: Se han registrado un total de 373 derivaciones, distribuidos en 19 centros (dos centros no tienen derivaciones). Media de derivaciones al mes: 31. El 95% de los PIC se han tramitado en menos de 15 días. El 50% en menos de 4 días. La media en el tiempo transcurrido entre petición y día de cita es de 5,6 días. Las especialidades con más derivaciones son ginecología, digestivo, cirugía general, dermatología, urología y neumología. Los principales motivos de consulta son, en orden: sospecha de cáncer de mama, de cáncer de piel, de cáncer de colon, de cáncer de pulmón, metrorragia, y síndrome constitucional. Destacan 12 motivos de consulta no relacionados con sospecha de malignidad, que corresponden a patología urgente /preferente.

Calidad del PIC: El motivo de consulta consta en el 93%, la anamnesis completa en el 44%, la exploración física en 33% y la complementaria en 37%. El 5,4% presentan un nivel de calidad excelente, el 32,9% aceptable y 61,7% son mejorables. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la calidad los PIC según el motivo de consulta (mejor los motivos médicos) y el distrito de procedencia.

CONCLUSIONES: Los tiempos de citación han sido adecuados.

El nivel de calidad de los PIC es mejorable.

Para continuar mejorando la coordinación entre niveles, sería adecuado establecer criterios y formularios de derivación consensuados.

PALABRAS CLAVE: calidad, Interconsulta, cáncer

1265 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 12:00 h.

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA ESTRATEGIA DE CÁNCER EN ARAGÓN

Abad JM (1), Castán Y (1), Marzo J (1), Enríquez N (1)

(1) Departamento Salud y Consumo, D.G.Planificación y Aseguramiento.

OBJETIVOS: Desarrollar un sistema de información que sirva de ayuda al despliegue de la Estrategia de Cáncer en Aragón

MATERIAL: En el desarrollo de la Estrategia de Cáncer en Aragón se definieron los procesos de cáncer de mama y de colon, identificando sus responsables, limites y destinatarios, así como las expectativas y necesidades de los clientes internos y externos. Para cada uno de estos procesos se definieron criterios e indicadores de calidad.

Para facilitar el seguimiento de la Estrategia, se desarrolló una herramienta (Registro Hospitalario de Tumores) que pretende facilitar el acceso a los indicadores básicos (epidemiológicos y de calidad) a todos los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso

RESULTADOS: El Registro Hospitalario de Tumores, como herramienta de seguimiento de la Estrategia de Cáncer, está implantado en 7 hospitales de la Comunidad Autónoma. En los 5 primeros meses de 2010 se registraron 2111 tumores, de los que 284 corresponden a tumores de mama y 393 a cáncer colo-rectal. Se han detectado problemas de calidad en cáncer de mama en: demoras para la realización de mamografías (57% > 4 días), demora diagnóstico-tratamiento (75 % > 30 días), realización de biopsia de ganglio centinela (63 %), tratamiento rehabilitador (ausencia de información) y tratamiento conservador (25%). En cáncer colo-rectal en demora colonoscopia (28% > 15 días), demora diagnóstico-tratamiento (73 % > 30 días), demora quimioterapia (82 % > 10 días)

CONCLUSIONES: La aplicación de Registro Hospitalario de Tumores permite un seguimiento adecuado de los principales indicadores de calidad definidos para los procesos de cáncer de mama y de colon. Hay problemas en la cumplimentación de variables de seguimiento de los pacientes, lo que resta fiabilidad a algunos indicadores. Se detectan oportunidades de mejora importantes en el tratamiento hospitalario de los tumores de mama y colon

PALABRAS CLAVE: Cáncer, Indicadores, Sistemas Información

1331 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 12:10 h.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS DEL H.C.U "LOZANO BLESA", ZARAGOZA. 2005-2010

Ben Cheikh W (1), Regalado-Iturri A (1), Barrasa-Villar JI (2), Fuertes-Palacio MA (3), De Miguel-Ascaso C (4)

(1) Unidad Docente de medicina preventiva y Salud Pública de Aragón, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2) Coordinador de Calidad del Sector III del Salud, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza . (3) Presidente de la Comisión de Revisores del H.C.U.L.B., Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. (4) Secretaría de la Comisión de Revisores del H.C.U.L.B., Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza.

OBJETIVOS: En el año 2005, en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (H.C.U.L.B.) de Zaragoza se creó la Comisión de Revisores de Recomendaciones de Práctica Clínica (RCP), para evaluar y mejorar el rigor científico, método-dológico y organizativo de los RCP del Hospital. Desde la Comisión se decidió utilizar como herramienta de valoración el Instrumento AGREE de Evaluación de Guías de Práctica Clínica con ciertas modificaciones. Nuestro objetivo es describir el proceso de evaluación y la situación de los protocolos valorados por la Comisión desde noviembre de 2005 a mayo de 2010.

MATERIAL: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo basado en la información disponible en la base de datos de la Comisión de Revisores del H.U.C.L.B, recogiéndose variables de autor, ámbito sanitario, área clínica, enfermedad o condición clínica protocolizada y otras características. Así mismo se calculó la media y la desviación típica de la puntuación para cada una de las 6 áreas de agrupación del instrumento AGREE modificado.

RESULTADOS: De los 63 protocolos remitidos se sometió a evaluación un 52,3% (33). El número de protocolos aprobados y difundidos en la intranet del hospital fue de 6 (9,5%). La media de evaluadores por protocolo fue de 7,9.

El 69,7% de los protocolos evaluados fueron elaborados por médicos, el 21,2% por un equipo multidisciplinar y el 9,1% por enfermeras. Mayoritariamente los protocolos pertenecían al ámbito de Atención Especializada (57,6%), siendo las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (18,2%) y las enfermedades endocrinas y las del metabolismo (15,2%) las más frecuentemente protocolizadas. El enfoque más frecuente era el preventivo (33,3%) seguido del terapéutico (27,3 %).

Respecto a la valoración con el instrumento AGREE modificado, el apartado de Alcance y objetivo fue el que mejor puntuación media recibió (2,9 ± 0,03), seguido del de Claridad en la presentación (2,65 ± 0,33). La peor valoración la recogió la Aplicabilidad del protocolo (1,44 ± 0,18). El resto de áreas se mantuvieron en un rango medio de puntuación.

CONCLUSIONES: El escaso número de protocolos aprobados refleja la falta del cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad. Actualmente, para la mejora de la calidad de los protocolos clínicos están en marcha medidas de formación y divulgación (talleres AGREE, colaboración con GuíaSalud) e incentivación considerando la elaboración de protocolos clínicos como mérito en la carrera profesional.

PALABRAS CLAVE: protocolos clínicos, Control de Calidad

1495 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 12:20 h.

IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN Y RESULTADOS A LOS TRES MESES

Caldas Blanco Ramón (1), Bueno-Zamora Hector (2), Torrero-García Pedro (3), Gomez-Rábago María Luisa (4), Fernández-Avilés Díaz Francisco (2), Bermejo -Thomas Javier (5)

(1) Gerencia Área 1 Atención Primaria, SERMAS. (2) Servicio de Cardiología. UCAR, Hospital General Universitario Gregorio Marañon. (3) Atención Primaria Área1, SERMAS. (4) ATENCIÓN PRIMARIA. Área 1, SERMAS. (5) Servicio de Cardiología. UCAR , UCAR. Hospital General Universitario Gregorio Marañon.

OBJETIVOS: En el Área 1 de Madrid en 2009 se implementó un Servicio de Cardiología de Alta Resolución en el que se implicaron las Direcciones Asistenciales de las dos Instituciones (Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Gerencia A. Primaria), Servicio de Cardiología, Unidad de Calidad de Primaria y equipos de referencia.
Objetivo
Compartir entre los dos niveles el diagnóstico y seguimiento de los pacientes para mejorar la coordinación entre ambos siendo el paciente el eje central sobre el que pivota el sistema y lograr mayor satisfacción y eficiencia.

MATERIAL: Se Seleccionaron por consenso 4 de 10 procesos. Elección basada en prevalencia, lista de espera y factibilidad de la puesta en marcha con lo que se daba cobertura al 50% de la patología cardiológica habitual:

- Disnea
- Insuficiencia cardíaca
- Dolor torácico
- Cardiopatia isquémica
- Protocolos: Vías entrada del paciente y descripción de actos sanitarios, plazos, nivel asistencial responsable, pruebas complementarias, nivel responsable de la solicitud y realización de dichas pruebas.
- Otros aspectos: circuito cita, circuito información clínica, sistema de comunicación entre cardiología y AP, y solución de incidencias no previstas.
- Se implementarán 6 protocolos más:
  - Fibrilación auricular y otros arritmias, Palpitaciones, Sincope, Valvulopatías, Soplo, Electrocardiograma anormal

RESULTADOS: Desde puesta en marcha con 6 médicos y 8 enfermeras/día el 24 de noviembre de 2009 al 29 de enero de 2010 se han visto 3.004 pacientes, que implica 10.000 pacientes/año , 4.000 ecocardios/año , 1.000 ergometrías/año, Y 600 Holter/año
En el mes de enero de 2010 se han visto 947 pacientes, realizado 376 ecos, 116 ergometrías y 57 Holter.
Se han recibido 20 felicitaciones, 1 reclamación y 0 complicaciones.
En el periodo del 18 al 29 de enero se realizaron: 565 informes, 179 altas, 67 pruebas y 35 procedimientos
De las 109 revisiones, 59 fueron apropiadas y 48 no lo fueron.

Fuentes de ineficiencia:
No seguir los protocolos establecidos, Revisiones innecesarias o inadecuadas en el tiempo, Pruebas de control innecesarias, No explicación suficiente del plan del paciente en el informe, Hacer de médico de cabecera

Problemas de funcionamiento:
Acabar después de las 15 horas, Comenzar demasiado tarde, Solicitud no apropiada de pruebas, Remisión de pacientes no ajustada a protocolo

Medidas tomadas:
Seguir protocolos, Avanzar explicación a pacientes, Incrementar comunicación con Atención Primaria, Reducir número de citaciones, Priorizar nuevos pacientes, sobre todo con dolor torácico, Nuevos protocolos, En estos momentos está en marcha una encuesta a profesionales de Atención Primaria

CONCLUSIONES: Cambio conceptual/funcional del Servicio de Cardiología
Cambio en el modelo de atención extrahospitalaria
Participación activa de AP en organización y toma de decisiones
Nuevo modelo de funcionamiento. Negociación
Transferencia revisiones rutinarias a AP a cambio de resolución eficiente de problemas reales (Modelo de alta resolución)
Alta satisfacción de los pacientes

PALABRAS CLAVE: COORDINACIÓN, PRIMARIA, CARDIOLOGÍA

1621 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 07 – Sesión: 33 – 21/10/2010, 12:30 h.

CURA EN AMBIENTE HÚMIDO. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Arantón-Areosa L (1), Fernández-Segade J (1), Calvo-Pérez A (1), Facio-Villanueva A (2), Domínguez-González N (3), Otero-Verea J (4)

(1) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (2) Subdirección General de Planificación y Ordenación Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde. (4) Servicio de desarrollo de Procesos Asistenciales y compra de servicios, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: La cura en ambiente húmido ofrece mejores resultados en el tratamiento de heridas y a un coste menor, que la cura tradicional. La unificación de criterios y establecimiento de líneas de actuación comunes, derivan en mejores resultados.

En nuestra comunidad disponemos de un Manual de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y de un catálogo centralizado de productos de cura en ambiente húmedo. El objetivo que nos planteamos es establecer un plan formativo específico para todo el personal asistencial, con el fin de optimizar y racionalizar la utilización de productos de prevención y tratamiento, en el ámbito do deterioro de la integridad cutánea y tisular, en toda la red asistencial de la comunidad.

MATERIAL: Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para diseñar y desarrollar un itinerario formativo específico y su implementación, que ha de incluir:

- Definir equipo de formadores
- Definir profesionales a formar y contenidos de la formación
- Definir programa, cronograma y vías de financiación.

RESULTADOS: Se estructura un itinerario formativo:

- Se diseña y planifica programa de formación de formadores (alrededor de 100 profesionales expertos).
- Se estructura la formación de mandos intermedios de hospitales y centros de salud (alrededor de 800 profesionales).
- Se diseña y planifica la formación de los profesionales asistenciales que atienden a pacientes con heridas, incorporando al personal de enfermería sociosanitaria (alrededor de 1800 plazas formativas en 2010 y unas 3000 plazas en el periodo 2011-2012)
- Se diseñan y desarrollan materiales formativos de acceso on-line.

Los programas formativos específicos se diseñan en función de áreas de capacitación predefinidas: prevención, tratamiento, optimización de recursos, etc. La financiación se deriva del concurso centralizado de apósitos de cura en ambiente húmedo.

La validación de la utilidad de contenidos se realiza a través de la implementación de casos clínicos específicos.

Actualmente el programa está en fase de acreditación por parte de la Comisión de Formación Continuada, como fase previa a su implementación en toda la comunidad.

CONCLUSIONES: La formación continuada es primordial para conseguir un uso adecuado y racional de productos. Incorporar casos clínicos posibilita que los alumnos puedan trasladar, incorporar conocimientos y habilidades a la práctica.

No existen experiencias previas de un programa formativo de tanto alcance.

El establecimiento de criterios comunes, ha de repercutir en mejores resultados: prevenir y tratar de manera más eficaz las lesiones y posibilitar el consumo racional y responsable de productos.

PALABRAS CLAVE: úlceras por presión, cura húmeda, deterioro de la integridad cutánea

1108 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 15:40 h.

IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA 5S EN EL ÀREA DE HOSPITALIZACIÓN

Ferrús-Estopà L (1), González M (2), Casas D (3), Rodrigez A (3)

(1) Dirección de Planificación y Organización. Área de Seguridad del Paciente, Consorci Sanitari Integral. (2) Dirección de enfermería, Hospittal General de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral.. (3) Dirección de enfermería, Hospital General de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral.

OBJETIVOS: El proyecto que presentamos se enmarca en el sistema de gestión LEAN HEALTCARE que se está implantando a nivel del CSI desde el verano del 2009. En el momento de presentar esta comunicación se han llevado a cabo 22 proyectos de distinta envergadura y complejidad en distintos niveles de asistencia de nuestra organización.

Los objetivos propios de este proyecto son:

1.- Crear las mejores condiciones de orden y limpieza en el ambiente de trabajo de propicien la calidad y la seguridad para el paciente.

2.- Sistematizar la evaluación de las medidas implantadas de orden y limpieza.

MATERIAL: Se ha aplicado la metodología de las 5S (una de las herramientas del sistema de gestión LEAN HEALTHCARE) en una unidad de hospitalización con la intención de exportar la experiencia a las restantes unidades de hospitalización del centro.

La metodología 5S consta de las siguientes fases:

SEPARAR (Seiri) Diferenciar lo necesario de lo que no lo es.

ORDENAR (Seiton) Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.

LIMPIAR (Seiso) Limpiar e intentar mantenerlo todo limpio para conseguir un ambiente y entorno de trabajo agradable.

ESTANDARIZAR (Seiketsu) Mantener y controlar los 3 puntos anteriores y descubrir funcionamientos defectuosos a simple vista.

MANTENER/RESPETAR (Shitsuke) . Seguir las normas, conservar y mantener las buenas costumbres.

Se creó un equipo formado por dos expertos en la metodología 5S con tres profesionales de la organización. Se formó a los dos miembros del equipo que no conocían la metodología y se hizo una breve exposición a los restantes miembros del equipo asistencial.

Se realizó el trabajo durante una "semana Gemba-Kaizen" en la que todo el equipo está en la unidad con la finalidad de realizar los cambios y mejoras en 4-5 días.

RESULTADOS: Se trabajó aplicando las 4 primeras S en las distintas zonas de la unidad. Se realizó una auditoria de cada zona al finalizar el evento. Se obtuvo una puntuación de partida del 59,24%, de modo que quedaron algunos aspectos a mejorar en el decurso del mes siguiente. Las cifras obtenidas en la siguiente auditoria ha sido del 65%.

Se ha aplicado en otra unidad en la que antes de aplicar las 5S se obtuvo una valoración de los criterios del 37,25% y al finalizar un 65,7%como punto de partida. Se prevé hacer todas las unidades en el próximo semestre.

CONCLUSIONES: La aplicación de las 5S ha significado una experiencia positiva para todos, ha permitido reducir stocks, ordenar el material disponible, retirar lo innecesario y crear un ambiente de trabajo que favorece la seguridad del paciente

PALABRAS CLAVE: Estándares de referencia, Lean Healtcare

1109 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 15:50 h.

PARTICIPACIÓN Y IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD EN LA MEJORA CONTINUA

Vidal-Esteve E (1), Gens-Barberà M (1), Hernández - Vidal N (1), Palacios - Llamazares L (1), Angles - Segura T (1), Mengibar - García Y (1)

(1) Atención Primaria, Institut Català de la Salut.

OBJETIVOS: Evaluar las propuestas de mejora detectadas por profesionales del equipo de Atención Primaria mediante la utilización de la hoja de identificación de problemas (PR)

MATERIAL: Nuestro centro está acreditado en Calidad por la JACHO desde el año 2004 y fue reacreditado en 2008. Para el cumplimiento de los estándares de calidad, utilizamos la metodología de la mejora continua. Para la identificación de oportunidades de mejora utilizamos diferentes instrumentos y entre ellos el impreso (PR) desde donde las personas del equipo pueden transmitir a la comisión de calidad (CQ) del centro la detección o identificación de cualquier situación susceptible de mejora. La CQ es quien analiza los PR y elabora si procede los planes de mejora, previo consenso y difusión a todos los miembros del equipo. Para dar respuesta disponemos de un impreso en el que se recogen los resultados del análisis y las posibles soluciones. La difusión se hace directamente al solicitante y en sesión a todo el equipo dentro del plazo establecido.Seguidamente se procede a la implantación,seguimiento y posterior evaluación en el plazo previsto. Durante este año en nuestro centro, se ha llevado a cabo una remodelación estructural de las consultas y ampliación del espacio disponible con las consiguientes dificultades que un traslado conlleva. A propósito de dicho traslado se detecta un incremento de la participación de los profesionales en las propuestas de mejora

RESULTADOS: Se han analizado 50 PR desde el inicio en 2008, el 28% del total, durante el período febrero mayo de 2010 : 4 referentes a aspectos organizativos, 4 referentes a aspectos de pacientes y 6 referentes a equipamento y material.

Se han elaborado e implementado 3 planes de mejora : circuito para la recogida y selección de instrumental, circuito para la derivació de pacientes desde la consulta de medicina al centro de alta resolución, circuito para la solicitud de visita urgente del usuario y actualmente se esta analizando una propuesta relacionada con infraregistro de tiras reactivas para glucosa en la historia clínica de nuestro aplicativo informático eCap.

CONCLUSIONES: La alta participación en la detección de oportunidades de mejora indica el grado de implicación de los profesionales para contribuir a mantener y aumentar la calidad en el servicio y la atención dispensada a los usuarios de nuestro centro

PALABRAS CLAVE: participación, profesionales, mejora continua

1113 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 16:00 h.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO EN LA APLICACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA(AP)

Gens-Barberà M (1), Davins-Miralles J (2), Vidal-Mila A (3), Benavent-Areu J (3), Marín-Sánchez F (3), Gallego-Sánchez J (4)

(1) Atención Primaria, Institut Català Salut. (2) Direcció de Recursos Sanitaris, Departament de Salut. (3) atencion Primaria, Institut Català Salut. (4) Aencion Primaria, Institut Català Salut.

OBJETIVOS: Analizar la satisfacción del equipo directivo(ED) de Centros de Salud(CS) en la aplicación de una herramienta basada en criterios de calidad.

MATERIAL: En el año 2009 con el objetivo de evaluar la calidad organizativa e impulsar la elaboración de un plan de calidad en los CS, se elaborada un check-list formado por: 6 categorías y 78 criterios. Formación y aplicación en 10 CS. ED realiza la autoevaluación y implantación de proyectos de mejora. Se analiza la satisfacción después de 1 año mediante una encuesta formada por preguntas (si/no), comentarios(C) y preguntas abiertas: ventajas, inconvenientes y propuestas de mejora. Se envía por correo electrónico. Análisis mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS: Contestaron todos los ED. Preguntas: Esta herramienta ayuda a mejorar la calidad organizativa? 82% si, C: detecta deficiencias, ordena criterios de calidad. Los criterios son aplicables? 100% si. Estructura es adecuada: 100% si. Falta algún criterio?73% no, C: faltarían criterios procesos, profesionales y resultados. Su aplicación estimula la mejora continua? 73%si, C: despierta interés por la calidad, ayuda a evidenciar circuitos poco válidos. Ayuda a proporcionar servios de calidad? 100% si, C: muy adecuada, la autoevaluación actúa como instrumento de mejora. Utilizarla mejora la satisfacción de las personas CS? 64% si, C: las implica en su trabajo y en el equipo, "que queremos ser de grandes": una oportunidad de crecer profesionalmente, mejora la satisfacción del ED. Estimula la participación y motivación de las personas en proyectos de equipo? 73% si. Falta formación? 91% si. Mejora la satisfacción del ciudadano? 54% si, C: si indirectamente. Ayuda a elaborar un plan de calidad y propuestas de mejora? 100% si. Ventajas: Identifica y prioriza áreas de mejora, específica AP, estructura compresible, ordena aspectos organizativos y de calidad, analiza situación de partida, herramienta para reflexionar y tener una visión crítica de qué y como lo hacemos, guía para elaborar plan de calidad. Inconvenientes: trabajo, cambios constantes, poco tiempo para pensar y planificar, sobreesfuerzo. Propuestas de mejora: Recursos, formación.

CONCLUSIONES: La satisfacción de los profesionales es alta. La mayoría piensan que es un buen instrumento para elaborar un plan de calidad con criterios adaptados a la AP. La aplicación proporciona a los ED una situación de partida, identifica áreas de mejora y impulsa la participación y implicación de las personas del equipo en la mejora continua, pero para poder aplicarla es necesario destinar recursos, formación y soporte directivo.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción, Cliente interno, Atención Primaria

1123 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 16:10 h.

ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN PARA LOS OBJETIVOS DE CONTRATO PROGRAMA DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

López-Romero A (1), Bartolomé-Bénito E (1), Rico-Blazquez M (1), Miquel-Gómez A (1), Ruiz Alonso, S (1), Sánchez Suárez JI (1)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid .

OBJETIVOS: Innovar en la Gestión de la Organización a través del Contrato Programa de Centro (CPC)

Definir indicadores que nos permitan conocer la población realmente atendida en los centros de salud

Identificar y definir un conjunto normalizado de objetivos e indicadores a incluir en CPC que nos permitan conocer las actividades asistenciales llevadas a cabo por los profesionales y su resultado en salud.

MATERIAL: Se crearon grupos de trabajo multidisciplinares que abordaron los siguientes cometidos:

Revisión la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) para evaluar la actividad realizada en los Centros de Salud se hizo análisis cualitativo (D. Ishikawa) y cuantitativo (evaluación de coberturas 2008 y de 15 de los 210 Criterios de Buena Atención) y se abrieron 4 líneas de trabajo.

Definición de un indicador de población distinta atendida por medicina de familia, pediatría y enfermería: A partir de los datos de Historia Clínica Informatizada, (por cita en la agenda y por apunte en la historia clínica).

Identificación de indicadores seguridad y efectividad: Identificación de los procesos seguidos en CSE en los que era preciso conocer resultados, en base a la evidencia científica.

Se definieron objetivos e indicadores y se normalizó la obtención de datos de registro. Mediante una aplicación informática se procesaron y validaron. Se hizo un corte para conocer la situación en toda la Comunidad de Madrid (CM) y se incluyeron en el Contrato Programa de Centro.

RESULTADOS: Seguimiento de pacientes: Se ha conseguido un documento técnico actualizado, protocolos informáticos corregidos, normalización de registros y el diseño y validación de una herramienta de obtención de información. Se ha evaluado la CSE en sus 42 servicios y 210 CBA

Identificación de población atendida: Los 258 centros de AP de la CM cuentan con datos validados de población realmente atendida del total asignada.

Seguridad y efectividad: Se han definido y monitorizado 8 objetivos e indicadores de seguridad y 1 objetivo y 10 indicadores de efectividad relacionados con hipertensión, diabetes, cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia, asma, ancianoy anticoagulación oral.

Todos los objetivos e indicadores han sido integrados en el CPC.

CONCLUSIONES: Disponemos por primera vez en procesos clave, a nivel profesional, de información evaluable sobre población atendida, procesos prestado y medida de resultados en salud (efectividad y seguridad).

La integración de los objetivos e indicadores en el CPC permite su implantación en la totalidad de centros de AP de la Comunidad de Madrid y su monitorización, evaluando el impacto de la atención sanitaria prestada.

PALABRAS CLAVE: Indicadores, Población atendida, Seguridad

1152 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 16:20 h.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL CAPIO HOSPITAL TRES CULTURAS DE TOLEDO

Soto-Loza, Giu (1), Garrido Ruiz De Los Paños, F. (2), Comino Rivas, Mª A (3), López San Román, Mª A (4), Loza Munarriz, Mª L (4), Blanco Rodríguez, M (4)

(1) Coordinadora de Calidad, Capio Hospital Tres Culturas. (2) Dirección Medica, Capio Hospital Tres Culturas. (3) Dirección Enfermería, Capio Hospital Tres Culturas. (4) Nucleo Promotor de Calidad, Capio Hospital Tres Culturas.

OBJETIVOS: Tras la implantación, durante el año 2005, del sistema de gestión de calidad de Capio Sanidad en el Hospital Tres Culturas, se hace necesario realizar seguimiento y análisis, para la valoración de la efectividad de las mejoras introducidas y detección de nuevas áreas de mejora en el centro.

MATERIAL: Para la cuantificación del estudio se utilizan los resultados de las auditorías anuales de seguimiento y recertificación, en su caso, realizadas por AENOR en un período de cinco años, desde 2005 a 2009, las acciones correctivas emprendidas en todos ellos y las mejoras impulsadas. También se consideran las dos autoevaluaciones realizadas, según el modelo europeo en los años 2005 y 2007.

Del análisis de los primeros informes de auditoría externa (2005 y 2006) se aprecian aquellos puntos de norma ISO en los que se han producido el mayor número de No Conformidades y, concretamente, el punto 7 (realización del producto/servicio) representa un 38% sobre el total, éste se considera un punto crítico por estar directamente relacionado con la prestación del servicio y satisfacción del paciente. Así mismo en la autoevaluación EFQM realizada en el año 2005 se obtiene en el criterio 6 (Resultados en los clientes), una puntuación de 41,3 puntos sobre 200.

Por esta razón desde el Núcleo Promotor de Calidad del centro, se impulsan las acciones correctivas pertinentes; también desde las auditorías internas en el centro, realizadas por los técnicos de calidad del Departamento Central de Capio Sanidad, se incide de forma más exhaustiva en estas áreas a mejorar y finalmente se realiza el seguimiento y valoración de las acciones emprendidas.

En este proceso han intervenido también varios departamentos centrales (Sistemas, Marketing, Calidad…)

RESULTADOS: Desde 2006 hasta 2009 se ha reducido significativamente, el número total de No Conformidades (NC´s) y, aún teniendo en cuenta este dato, el peso porcentual de las NC's sobre el punto 7 ha pasado del 38% en 2005/2006 al 25% en el trienio 2007-2009.

La propia percepción de los profesionales ha cambiado en la autoevaluación EFQM de 2007, mejorando hasta los 84,1 puntos sobre 200 en el criterio 6.

Estas mejoras se traducen en mayor seguridad y satisfacción de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES: Además de las revisiones del sistema de gestión de calidad realizadas anualmente parece obvio, a la vista de los resultados de estudio, que un análisis en perspectiva es muy útil a la hora de observar la efectividad de las acciones emprendidas y de ver tendencias establecidas desde los diversos sistemas de evaluación.

Está en proyecto la realización de una nueva autoevaluación, durante 2010, para lo cual se ha formado a un equipo de evaluadores EFQM, con obtención de título oficial.

PALABRAS CLAVE: ISO , EFQM, CAPIO

1180 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 16:30 h.

CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES

Miquel-Gómez A (1), Bartolomé-Benito E (1), Sánchez-Peruca L (1), Jiménez-Carramiñana J (2), Bartolomé-Casado MS (2), Moreno-Alarcón M (1)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. (2) Servicio de Sistemas de Información de Atención Primaria, Dirección General de SISTEMAS de Información Sanitaria.

OBJETIVOS: Desarrollar e implantar un cuadro de mando que reúna indicadores homogéneos y consensuados para compartir información entre los distintos niveles de decisión de la organización, facilitar la coordinación y hacer seguimiento de los objetivos planteados.

MATERIAL: A través de la constitución de grupos de trabajo y utilizando diagrama de afinidades se han identificado las necesidades de información del los usuarios potenciales del Cuadro de Mando de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Con dicha información, y utilizando herramientas de calidad, se ha diseñado un Cuadro de Mando que atienda las necesidades comunicadas y aporte información relevante. En el se recogen indicadores que permitan implantar líneas estratégicas de la Organización (Modelo EFQM como referente) y que a su vez atienda distintas dimensiones de calidad: Calidad científico-técnica, eficiencia, efectividad, seguridad, satisfacción, ac cesibilidad e innovación y desarrollo.

RESULTADOS: Elaboración de un Cuadro de Mando que aporta información acorde a los siguientes bloque: Contrato Programa de Centro que recoge indicadores tomando como referente de estructura el modelo EFQM, Cartera de Servicios Estandarizados y Otros indicadores relevantes para la Organización en las dimensiones referidas.

Los informes elaborados, atienden al siguiente diseño:

-Informes Cuadro de Mando Contrato Programa de Centro (CPC)

* Cierre anual del CPC. (Existen ya disponibles datos del CPC 2009 que se presentarán en el Congreso)
* Seguimiento del CPC (con cortes trimestrales, también presentables en el Congreso)
* Informe de referencia para pactos (Información facilitada a los equipos directivos para la negociación).(Existente informe 2010 a presentar en el Congreso)

-Informes y listados

* Informes específicos: Ej. Cartera de Servicios estandarizados (Existente 2009)
* Informe de evolución de los indicadores: En los que se puede hacer secuencia temporal del indicador y comparar con diferentes niveles de agregación: CIAS, Centro de Salud, Área y Comunidad de Madrid.

- Informes personalizados: El Usuario de la aplicación a demanda

- SIAP : Sistema de información de Atención Primaria que mensualmente aporta a los profesionales, información de Población (tanto asignada TSI como Población distinta atendida), plantilla y actividad a un nivel básico de CIAS.

CONCLUSIONES: En la actualidad, Atención Primaria de la Comunidad de Madrid dispone de información útil para la toma de decisiones gracias a una aplicación informática diseñada por los propios profesionales de la Organización acorde con las necesidades previamente identificadas.

PALABRAS CLAVE: Cuadro de mando, Atención Primaria, Indicadores

1193 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 16:40 h.

LA CREACIÓN DEL BUZÓN DE NO CONFORMIDADES, QUEJAS Y PROPUESTAS DE MEJORA COMO CONTINUACIÓN AL PROYECTO DE GRUPOS INTERNOS DE MEJORA CONTINUADA DESPUÉS DE TRES AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE ÉSTOS EN EL INSTITUTO CATALÁN DE EVALUACIONES MÉDICAS.

Pastor - Milán JR (1), Valenzuela - Izquierdo E (1), Gomila - Vila X (1), Jardí I Lliberia J (1), Gàlvez-Hernando G (1)

(1) Departament de Salut, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).

OBJETIVOS: Después de tres años consecutivos de funcionamiento de los grupos de mejora continuada la motivación y el interés en el proyecto había decaído mucho. Cabía encontrar una fórmula que permitiese mantener la ilusión y la implicación de los profesionales de la organización en la elaboración, el desarrollo y el análisis de temas estratégicos. El buzón de no conformidades, quejas y sugerencias de mejora fue el instrumento que permitió seguir con la participación de los profesionales en la mejora continua de la organización.

MATERIAL: El buzón de "no conformidades, quejas y propuestas de mejora" se configuró como una herramienta de diagnóstico y participación de los profesionales de la organización teniendo en cuenta cinco principios:

a) Fácil acceso.
b) Multicanalidad, proporcionando tres canales de participación: correo electrónico, formulario electrónico situado en la intranet y formulario electrónico web.
c) Asegurar el anonimato: permitir a los profesionales expresar su opinión creando un formulario web que asegurase el anonimato.
d) Retroalimentación
e) Hacer del buzón un elemento canalizador de propuestas para desarrollar en los grupos de mejora.

El seguimiento es crucial para optimizar el rendimiento, para ello se ha nombrado un gestor que diariamente analiza, introduce en una base de datos, comunica los registros recibidos y propone al cap d'Àrea d'Organització, Recursos i Qualitat las posibles medidas que se puedan desarrollar al respecto. Es importante la implicación de la dirección y gerencia en la gestión de las no conformidades y quejas, por ello el cap d'Àrea d'Organització, Recursos i Qualitat es quien valora si la medida es merecedora de tratarse en un grupo de mejora, bien tratarlo con la dirección-gerencia, o bien con el cap d'Àrea d'Avaluacions Mèdiques o con el resto del comité de dirección. Trimestralmente se presenta un informe de seguimiento ante el Comité de dirección.
Otro elemento determinante es la retroalimentación. Una vez recibida la no conformidad, queja o propuesta de mejora, es importante mantener un feed-back con el profesional (si éste se identifica) de modo que, en primer lugar, cuando se recibe el registro se envía un correo electrónico agradeciendo el interés mostrado. Es importante que la respuesta sea rápida, por ello se contesta en un máximo de 24 horas. En segundo lugar, una vez decididas las medidas correctoras o preventivas, se informa al profesional de las medidas que se llevaran a cabo y si se tratará en un grupo de mejora, en este caso se invita al profesional a participar en el desarrollo del proyecto.

RESULTADOS: La participación de los profesionales de la organización en el buzón de "no conformidades, quejas y propuestas de mejora ha ofrecido la posibilidad de mejorar y detectar necesidades específicas de la organización. El buzón de "no conformidades, quejas y propuestas de mejora" ha permitido obtener información tanto de carácter cualitativo como cuantitativo.
Durante los dos primeros meses de funcionamiento del buzón de "no conformidades, quejas y propuestas de mejora" se recibieron dos quejas, once no conformidades con propuesta de mejora, una no conformidad sin propuesta de mejora, cuatro propuestas de mejora y tres agradecimientos/comentarios.
De las quejas recibidas, en un plazo no superior a una semana se contactó con el servicio reclamado y tomadas las medidas correctoras oportunas.
Del total de no conformidades recibidas en el plazo de un mes se pusieron en marcha seis medidas correctoras, tres se valoraron y no procedieron a ninguna acción de mejora y tres se están valorando.
De las cuatro propuestas de mejora recibidas, dos se están desarrollando en los grupos de mejora, una finalizó con medidas correctoras y la última se ha valoró y no dio lugar a ninguna acción de mejora.

CONCLUSIONES: El buzón de "no conformidades, quejas y propuestas de mejora" ha permitido que un mayor número de profesionales participe en la mejora continua de la organización. No obstante, es necesario dar mayor publicidad del buzón y hacer público un informe de seguimiento para dar a conocer los resultados del mismo.

PALABRAS CLAVE: Buzón de no conformidades, Implicación de los profesionales, Grupos internos de mejora continua

1252 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 16:50 h.

GDDS COMO HERRAMIENTAS PARA OBTENER LOS OBJETIVOS ESTRATÉTICOS

Cabezas C (1), González-Gallegos M (2), Gozalo T (3), Geremías L (1), Sánchez L (4), Marcuño A (5)

(1) Dirección Asistencial, Hospital POVISA . (2) Calidad, Hospital POVISA . (3) Gestión Operativa, Hospital POVISA . (4) Económico-Financiero, Hospital POVISA. (5) Planificación y sistemas, Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Demostrar que la obtención de los objetivos estratégicos del Hospital se pueden alcanzar mediante la introducción de herramientas de gestión con un modelo de incentivación económica que permiten medir la actividad asistencial y planificar en función de lo medido consiguiendo una mejora de la calidad del proceso asistencial, la optimización de recursos para lograr una mayor eficiencia y garantizar la seguridad de los pacientes.

MATERIAL: GDD: Herramienta de diseño de objetivos de los distintos servicios compuesta de tres fases: 1) Identificación de áreas de mejora en eficiencia y seguridad. 2) Definición de los criterios de calidad: elaboración y consenso de los criterios para la buena práctica asistencial. 3) Establecimiento de objetivos de eficiencia y seguridad con cuantificación económica. 4) Seguimiento mensual de indicadores y valoración anual de cumplimiento.

RESULTADOS: Se muestra los resultados obtenidos en un servicio. La evolución entre 2006 y 2009 de los objetivos de la GDD es: 1) estancia media disminuyo de 10,19 a 6,66; b) rendimiento quirúrgico pasó del 92% al 98%; c) el gasto farmacéutico por alta hospitalaria de 142,65€ a 121,98€. En el mismo período, los resultados de los objetivos de calidad fueron: 1) porcentaje de herniorrafias realizadas ambulatoriamente del 21% al 42%; 2) incidencia acumulada de infección quirúrgica de a) apendicectomías del 20% al 3,7%, b) colecistectomías del 5,6% al 2,3%, c) herniorrafias del 2% al 0,5%.

CONCLUSIONES: En nuestro Hospital, la implantación de GDD con un modelo de incentivación económica demostró ser una herramienta eficaz en la consecución de los objetivos estratégicos.

PALABRAS CLAVE: gestión, incentivación, calidad

1282 | Sistemas de Gestión

Sala 07 – Sesión: 44 – 21/10/2010, 17:00 h.

AUTOEVALUACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN UN HOSPITAL.

Lorenzo Martínez S (1), García Menendez C (2), Alonso Punter JC (3), Díaz Cuasante AI (4), Forés Moreno G (5)

(1) Análisis de Información y Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Dirección Asistencial, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Dirección Económico Financiera, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (4) Dirección de Operaciones y Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (5) Dirección Gerencia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

OBJETIVOS: Identificar los puntos fuertes y áreas de mejora de nuestra organización en relación al modelo EFQM.

MATERIAL: Estudio realizado en 4 fases (F1. Formación, F2. Autoevaluación, F3. Elaboración del Plan de Mejora, y F4. Implantación de acciones de mejora), utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para Gestión de la Calidad (EFQM) y como herramienta de apoyo Perfil.

Ámbito: Hospital público de 448 camas de la Comunidad de Madrid. Periodo de estudio: octubre – marzo 2010.

Participantes: se seleccionaron 23 personas procedentes de los ámbitos, asistencial y de gestión para participar en cada uno de los 3 grupos de trabajo equivalentes en cuanto a composición, de forma que la evaluación la realizaran las personas más implicadas en cada criterio. F1. Recibieron una sesión de formación específica y se estableció un calendario de reuniones. Se agrupó a los participantes en función de su perfil y conocimientos de la situación del hospital. F2. Grupo 1 evaluó los criterios 1 (Liderazgo), 3 (Personas) y 7 (R. Personas). El grupo 2 analizó los criterios 2 (P. Estrategia), 5 (Procesos), 6 (S. Clientes) y 9 (R. Clave). El grupo 3 realizó la evaluación de los criterios 4 (R. Alianzas) y 8 (I Sociedad). Posteriormente se constituyo un grupo con representantes de los 3 grupos que llegó al consenso final sobre puntos fuertes, áreas de mejora y puntuación. F3: Priorización de áreas detectadas y F4. Acciones de mejora prioritarias.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 22 puntos fuertes y 44 áreas de mejora, que nos han permitido poner en marcha una serie de acciones de mejora de forma casi inmediata, entre otras: definición del modelo de liderazgo; revisión de Misión, Visión y Valores; y encuesta de clima laboral.

Puntos fuertes: el centro dispone de un adecuado sistema de información para evaluar los procesos clave, así como de un sistema que permite conocer el grado de satisfacción de los pacientes en diferentes ámbitos de la asistencia. En la mayor parte de los resultados (económicos y asistenciales) la tendencia es positiva a lo largo del tiempo, por encima de los objetivos establecidos para cada uno; se realizan comparaciones con otros centros.

CONCLUSIONES: El ciclo de mejora, aunque sencillo y muy conocido, sigue teniendo valor para ayudar a las organizaciones. La autoevaluación y la implantación de las mejoras han resultado sencillas, y han suscitado una reflexión sobre la oportunidad de realizar la evaluación externa.

El esfuerzo de coherencia que exige la elaboración de una memoria para la evaluación externa, favorecerá el correcto realineamiento entre las estrategias y las actividades para conseguir cumplir la misión y orientarlas a la visión, lo que beneficiará el futuro a corto y largo plazo tanto de los pacientes como al resto de la organización

PALABRAS CLAVE: EFQM

852 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 11:10 h.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD QUIRÚRGICA

López-García JA (1), Robles-Ortiz A (2), Matallana-Jiménez M (2), Carrasco-Férnadez V (2), Pérez-López M (2), López-Navarro MJ (3)

(1) Calidad Asistencial, Servicio Murciano de Salud. Área IV de Salud. (2) Unidad Quirúrgica, Servicio Murciano de Salud. Área IV de Salud. (3) Médicina Interna, Servicio Murciano de Salud. Área IV de Salud.

OBJETIVOS: La Valoración Inicial (VI) de enfermería pretende evaluar al paciente de forma integral y sistemática con el fin de identificar respuestas humanas que suponen un problema de salud para las personas. Esto supone el principio de un plan de cuidados adecuado a la persona.

La VI debe quedar registrada en la historia clínica del paciente, en nuestro hospital disponemos de un aplicativo informático para la historia clínica, que incluye un formulario de registro especifico para la VI, este se organiza en base a los patrones funcionales de M. Gordon. Además la historia permite registrar notas de evolución e incidencias.

Nuestro objetivo es evaluar y mejorar la calidad de la VI realizada a los pacientes.

MATERIAL: Se inicia un ciclo de evaluación y mejora por parte de un grupo de enfermeras de la unidad quirúrgica con el apoyo de la supervisión de calidad.

Se efectúa un análisis del problema con un diagrama Causa – Efecto, y se elaboran 14 criterios para medir la calidad de la VI.

Se hace un pilotaje para comprobar la concordancia entre evaluadores (5), que nos lleva a redefinir los criterios no fiables.

Se evalúa el problema de calidad.

Se priorizan las acciones de mejora utilizando un diagrama de afinidades. Se diseña la implementación de medidas correctoras, apoyado por un diagrama de Gantt.

RESULTADOS: En la primera evaluación obtenemos un elevado número de defectos de calida, por lo que nuestro margen de mejora es muy amplio.

El diagrama de Pareto nos muestra que los criterios 2, 14, 8, 4 y 12 suponen la mayoría de los defectos.

En la segunda evaluación observamos una mejora absoluta y relativa en todos los criterios, siendo estadísticamente significativa en los criterios 2, 14, 8, 11 y 12.

CONCLUSIONES: El uso de un registro sistemático y organizado mejora la calidad de la VI, esto nos ofrece una base solidad sobre la que construir un plan de cuidados que permita mejorar los resultados en salud de los pacientes.

Una VI sistematizada permite adecuar los cuidados de enfermería a las necesidades del paciente optimizando la atención de esta.

PALABRAS CLAVE: valoración de enfermería

885 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 11:20 h.

EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SÁRDOMA (VIGO)

Delgado-Martín JI (1), Martín-Miguel Mªv (2), González-Formoso C (3), Domínguez-Sardiña M (1), Rodríguez-Calveiro R (1), Carballo-Llovo A (1)

(1) CS Sárdoma, SERGAS. (2) CS Matamá, SERGAS. (3) XAP Vigo, SERGAS.

OBJETIVOS: General: Investigar el grado de cumplimiento de las recomendaciones del grupo de dislipemia de SEMFYC en la atención de pacientes diagnosticados de dislipemia en un Centro de Salud.

Específicos:

- Evaluar la medida en porcentajes de cumplimiento de las pautas dadas en la guía respecto a la atención del colesterol en cada uno de los criterios medidos (adecuación en los criterios diagnósticos, grado de cumplimiento de anamnesis y exploración apropiadas, nivel de registro de Riesgo Cardiovascular y adecuación del tratamiento), para tener una idea concreta de la calidad de nuestras acciones y así poder mejorar desde los datos concretos y no desde las percepciónes.
- Obtener una medida del control de los niveles de colesterol en la población atendida.
- Observar qué factores de los anteriormente citados se relacionan con el control de niveles de colesterol buscados.

MATERIAL: Estudio de Evaluación de Calidad mediante el método de peer review.

Estudio de prevalencia retrospectivo para evaluación de calidad mediante peer review, con datos de proceso y resultados. Análisis antes-después. Períodos: 2008 y 2009

Unidad de estudio: pacientes adultos diagnosticados de dislipemia atendidos en nuestro Centro. N= Z*p*(1-p)

Revisión de 30 historias por cupo médico, elegidas por muestreo aleatorio sistemático Los criterios utilizados se refieren al diagnóstico, anamnesis, exploración, analítica, tratamiento y control metabólico. Concretándolos al máximo y especificando excepciones para homogenizar la evaluación de los auditores. Se excluyeron las historias en las que no existía registro en los últimos 2 años.

Dimensión estudiada: Competencia profesional, capacidad científico-técnica

Tipos de datos: De proceso y resultado

RESULTADOS: Diagnóstico con criterios Guía de Práctica Clínica: 77.1 %(2008)- 93.3% (2009). Registro de Antecedentes Familiares en la Historia Clínica: 62.2 (2008) 77.1 (2009). Antecedentes Personales en la Historia Clínica: 74.4 (2008) 90.4 (2009). Registro de la estimación de RCV: 37.6 (2008) 55.4 (48,9-61,8). Registro de TA e IMC: 82.5 (2008) 81.7 (2009). Analítica según Protocolo de la Guía: 84.0 (2008) 82.9 (2009). Registro de recomendaciones higiénico-dietéticas: 61.5 (2008) 54.2 (2009). Registro consejo anti-tabaco en fumadores: 61.5 (2008) 60.0 (2009). Tratamiento farmacológico en pacientes con RCV alto: 79.2 (2008) 83.0 (2009). Consecución objetivo terapéutico (Ldl < 100) en pacientes de RCV alto 32.4 (2008)55.8 (2009).

CONCLUSIONES:

1. Los niveles basales de cumplimiento de los criterios son aceptables aunque ofrecen oportunidades de mejora.
2. La intervención se ha mostrado efectiva en los indicadores de proceso mejorando algunos de ellos de forma significativa
3. Los indicadores de resultado también mejoran de forma significativa, no obstante serán diana de futuros esfuerzos.

PALABRAS CLAVE: Guía de práctica clínica , Dislipemias, Atención Primaria

912 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 11:30 h.

EL PACIENTE SIN CITA. REDEFINICIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL PROCESO DE ACCESO EN UN CENTRO DE SALUD

Fernández-Girón M (1), Sánchez-Pérez J (1), Cortés-Durán M (1), López-Serrano B (1), Torres-Romo L (1), Martínez-Tamargo M (1)

(1) Atención Primaria, SERMAS.

OBJETIVOS:

• Conseguir que los Usuarios/as que soliciten asistencia en nuestro Centro de salud lo hagan con la menor demora posible, con el profesional adecuado y con el tiempo de dedicación necesario.

• Describir el impacto de la puesta en control del proceso "Gestionar Acceso" mediante un sistema de indicadores de calidad que permita monitorizarlo.

MATERIAL: Se detectó un elevado número de pacientes que acudían sin cita previa. Se constituyó un grupo de mejora con representación de todos los estamentos. Se desarrollaron las siguientes fases: 1.Identificación y análisis del problema, 2. Diseño y evaluación del proceso,3.-Definición de los indicadores 4.-Priorización y puesta en marcha de las acciones de mejora.5. Evaluación de resultados y monitorización.

RESULTADOS: Se realizó una encuesta a los profesionales y a los pacientes que acudían al centro sin cita. Se evaluó el proceso mediante un análisis de campos de fuerza y matriz de priorización, identificándose las siguientes áreas de mejora: Homogeneizar agendas; cumplir criterios de citación en la UNAD y de autocitación y desburocratización por parte de los profesionales; implementar la consulta a demanda de enfermería; procedimentar la atención al paciente sin cita y difundir las normas de citación y organización del equipo entre la población.

Se definieron los siguientes indicadores: número (Nº) de reuniones del grupo de mejora y de difusión en el equipo, Nº citas, porcentaje (%) de citas concertadas por sanitarios, % consultas no presenciales, % sin cita previa, Nº de pacientes en circuito de desburocratización, Nº reclamaciones por agenda cerrada, % de agendas con consultas a demanda y concertada en cualquier tramo horario, porcentaje de agendas con programación de al menos 3 meses, porcentaje de agendas con consultas concertadas. Se compara el cumplimiento de los indicadores del proceso antes (enero-2009) y después de la introducción de las medidas de mejora (enero 2010).

El total de consultas en enero 2009 fue de 13.965 y de 12.889 en enero 2010, con 13,08% y 9,22% respectivamente de pacientes sin cita previa, la citas autoconcertadas pasaron de 88,54% a 90,14%. El número de consultas telefónicas pasó de 43 (0,32%) a 193 (1,49%). El porcentaje de pacientes en circuito de desburocratización en abril 2010 fue 21%.

CONCLUSIONES: Consideramos que la metodología aplicada nos ha permitido mejorar el proceso. La gestión de procesos, ha propiciado la motivación de los profesionales implicados y por tanto la mejora. A pesar de los resultados obtenidos, el éxito vendrá determinado por la monitorización periódica de los indicadores.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención de salud, Atención Primaría, Acceso a los servicios de salud.

960 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 11:40 h.

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INDICACIÓN DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG).

Carrión García. F (1), Arráez Monllor. M. (2), Martínez Otón. JA (1), Morán Sánchez. S (1), Serrano Ladron De Guevara. S (1), Navarro García. I (3)

(1) Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa María del Rosell. (2) Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Santa María del Rosell. (3) Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa María del Rosell.

OBJETIVOS: Debido a que cada vez se realizan procedimientos terapeúticos invasivos que conllevan riesgos para el paciente, debemos establecer unas indicaciones claras que permitan tener en cuenta el beneficio frente a los riesgos que estos conllevan. Ya que a veces se realiza un uso masivo e indiscriminado de esta técnica. Sabemos que la indicación general de PEG es toda aquella ingesta oral cualitativa o cuantitativamente inadecuada en un período mayor de dos o tres semanas y con esperanza de vida superior a dos meses. Para ello,debemos tener en cuenta que se realizará por indicación médica e individualizando la situación de cada paciente. Con todo esto, hemos detectado la necesidad de elaborar un protocolo de actuación: 1º Analizar la situación: puntos críticos, necesidades y experiencias. 2ª Elaborar un protocolo consensuado de actuación. 3º Diseñar indicadores de monitorización. 4º Difusión e implantación del protocolo.

MATERIAL: La discusión del diseño, elaboración y acuerdo consensuado final del protocolo se realiza en sesión clínica conjunta del Servicio de Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Oncología y Anestesia. Previamente a la implantación del protocolo se formó e informó a todo el personal sanitario implicado en el ciclo terapeútico así como su correcta indicación. Etapas: 1º Creación de un grupo de trabajo con representación de todos los servicios implicados. 2º Análisis de la situación. 3º Identificación de las diferentes situaciones y componentes del proceso (actividades). 4º Diagrama de Gannt (cronograma y responsables). 5º Reuniones de consenso. 6º Diseño de indicadores (Evaluación proceso). 7º Documento definitivo del protocolo de actuación. Marco temporal Abril- Junio 2010

RESULTADOS: La herramienta de diseño de calidad: "Protocolo de indicación de la PEG" que contiene los siguientes apartados:Justificación(tipo de protocolo,indicaciones y contraindicaciones absolutas/relativas,cuidados sonda/estoma, fecha edición, indicadores,…)

CONCLUSIONES: La elaboración e implantación en nuestro medio de un protocolo de indicación para la PEG mejora la garantía de calidad y reduce los costes de la mala praxis. El análisis de la situación detecta oportunidades de mejora en la indicación de PEG, siendo el protocolo consensuado con los distintos servicios implicados una herramienta de diseño de la calidad útil para normalizar actuaciones y evitar el uso indiscriminado de esta técnica.

PALABRAS CLAVE: protocolo, indicación, gastrostomia

1069 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 11:50 h.

IMPACTO DE UNA MEDIDA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Vázquez-Pérez A (1), Vázquez-Campo M (2), Martínez-Ques AA (1), Domínguez-Arias B (3), Moure-Fernández L (4)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Fundación Cabaleiro Góas, Complexo Hospitalario de Ourense. (3) Subdirección de Enfermería, Complexo Hospitalario de Vigo. (4) Docencia y Formación, Complexo Hospitalario de Vigo.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de una intervención educativa en términos de aumentar el conocimiento del personal de enfermería, y favorecer unas actitudes positivas sobre prevención de ulceras por presión

MATERIAL: Estudio descriptivo pre-post de carácter multicéntrico. Ámbito de estudio, dos hospitales pertenecientes a la red pública gallega (CHUVI y CHOU). La población del estudio fueron enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en activo. La intervención educativa consistió en impartición de 9 talleres de seis horas de duración con entrega de material impreso informativo realizados entre noviembre de 2007 y mayo 2008. Los datos se recogieron a través de un cuestionario de elaboración propia que constaba de tres partes: variables sociodemográficas, test de conocimientos basado en la guía del Sergas, y una escala de actitudes. Se realizaron dos mediciones una anterior al taller y otra a los tres meses.

Análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes con un intervalo de confianza del 95%. Para la evaluación de la intervención se estimó la efectividad comparando los resultados antes y después de la intervención. La comparación de medias mediante el test rho de Spearman. Nivel de significación estadística de p<0,05. Se utilizó el paquete informático SPSS 14.0

RESULTADOS: Contestaron al cuestionario 203 participantes, el 58% eran enfermeras y 44% TCAE. Edad media de 41.32 (+ 7.47) años, experiencia de 14.63 (+ 7.1) años. Un 6.3% Hombres y un 92.2% Mujeres. Un 55% (n=113) no había realizado ningún curso sobre ulceras. El grado de conocimientos pre-test fue de 4.18 (+ 1.54) puntos y el post de 8.36 (+ 1.46.) La puntuación media en la escala de actitudes pre-test es de 16.46 (+ 6.81) y la post 16.75 (+ 7.36). El nivel de conocimientos previo guarda relación con los años de experiencia (p=0,042), la categoría profesional (p=0,004) y el número de cursos realizados (p=0,002). Los participantes con mejores nivel de conocimientos presentan mejor puntuación en actitudes (t= 24,97; p= 0,000)

CONCLUSIONES: La intervención educativa incrementó el grado de conocimiento de los profesionales pero apenas modificó las actitudes, aunque fue positiva y mantenida a los tres meses. Esto explicaría el por que algunas recomendaciones tardan en llevarse a la práctica. Deben realizarse intervenciones específicas de cara a conseguir una adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia. Consideramos esencial, valorar el nivel de conocimientos adquiridos, aptitudes, opiniones de los alumnos, como plan de mejora para una prevención eficaz de las UPP y una correcta gestión de Formación Continuada.

PALABRAS CLAVE: calidad, seguridad del paciente, úlceras por presión

1396 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 12:00 h.

LA GARANTÍA DEL ÉXITO EN FORMACIÓN ES NUESTRO RETO

Cernadas I. (1), Candia B. (2), García B. (1), Domínguez I. (1)

(1) Formación, Hospital A Coruña. (2) Calidad, Hospital A Coruña.

OBJETIVOS: Analizar los posibles factores que pueden intervenir en el impacto de las actividades formativas.
Describir el impacto a corto y medio plazo de la actividad formativa en Gestión de Calidad, en 3 Unidades diferentes.

MATERIAL: Es una preocupación, asegurar el impacto de las actividades formativas. Es determinante que nuestra labor consiga resultados y genere un mayor conocimiento en nuestra organización.
Procedimos a evaluar una actividad formativa (curso teórico práctico de Gestión de Calidad aplicada a la Gestión de los procesos en los Servicios)en 3 servicios.
Realizamos un análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) de las Unidades en las que se impartió la formación.
Se valoró la influencia de la acreditación de la formación, y el efecto que pueden tener las características de la misma(metodología de docencia, selección del docente, modalidad, horario, duración, dedicación no presencial para las actividades), sobre la satisfacción de los asistentes y ponentes, y sobre los objetivos definidos para el curso.
Se mide: porcentaje de abandono, y documentos elaborados.
El impacto a corto plazo se analiza a los 2 meses de finalizar la formación, y se cuantifican los documentos elaborados utilizados. El impacto a largo plazo se mide a los 6 meses, a través de los documentos o herramientas/aplicativos relacionados con la actividad formativa que siguen utilizando.
Se valora el efecto de requisitos adicionales a la asistencia a las SESIONES, para recibir la acreditación del curso. Se determina el impacto de la actividad formativa sobre el equipo de profesionales que asisten.
Se comparan las 3 Unidades y se procede a un análisis causal que incorpore los aspectos identificados en el análisis DAFO de cada Unidad.

RESULTADOS: El análisis DAFO identifica debilidades comunes: falta formación en Gestión en mandos intermedios; escasas muestras de compromiso; desconocimiento y desinterés de los profesionales por el ámbito de la gestión.
Se identifican debilidades en cada Servicio (conflictos internos, falta de percepción de necesidad de formación, conformidad con sus táreas, etc).
Del análisis de actividad formativa, se observan factores favorables al desarrollo del curso: horario y duración de las SESIONES; enfoque práctico.
Como factor negativo: requerir dedicación no presencial para la realización de la práctica. El requisito de trabajo práctico final individual para obtener la acreditación, fue causa de abandono de algunos asistentes del curso en una Unidad.
En el seguimiento de las actividades prácticas se observa un porcentaje de abandono variable: 8%, 15% y 0%. La Unidad con mayor abandono fue en la que existían conflictos internos y los profesionales no se sentían comprometidos.
En cada Unidad se elaboraron documentos (instrucciones de trabajo, información para los pacientes, documentos de coordinación con otras Unidades, etc). La medición del impacto a través de la implantación y utilización a corto y medio plazo identificó diferencias entre las 3 Unidades.
El mayor impacto se consiguió en la Unidad que presentaba mayor ompromiso de los profesionales. Aún en ausencia de los mandos superiores, funcionaron con autonomía en sus propuestas y trabajaron conjuntamente con metas comunes, a pesar de su dependencia jerárquica diferente, y ante indefinición de algunos de los aspectos más relevantes de sus táreas.

CONCLUSIONES: Los factores relacionados con menor impacto, se asocian a la "visión" que los asistentes tienen sobre las actitudes de sus superiores en temas de Gestión.
La ausencia de formación en los mandos intermedios dificulta el compromiso, la participación y la motivación de los profesionales.
Acreditar la formación continuada es un elemento favorecedor de adherencia; sin embargo, no es suficiente para conseguir una permanencia de la motivación a corto y medio plazo.
Es necesario adecuar el diseño de las actividades formativas a las características de las Unidades, partiendo de un análisis DAFO previo a la programación, y especialmente cuando puede suponer cambios en la organización de las actividades o táreas. Nuestra recomendación se dirige a que, cuando los objetivos se deban alcanzar a medio o largo plazo, la formación se imparta por etapas, orientada a diferentes metas, pudiendo variar los destinatarios y, con niveles crecientes de complejidad.

PALABRAS CLAVE: Formación, Impacto, Compromiso

1087 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 12:10 h.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE UN TALLER DE MAQUILLAJE CORRECTOR EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS.

Ramirez López, B. (1), Toribio Montero, JC (2), Fernández Sánchez E. (1), Alfageme Gutiérrez M. (1), Morales Fernández E. (1), De Troya Martín M. (1)

(1) Consultas Externas Dermatología, Hospital Costa del Sol. (2) Consultas Externas DERMATOLOGIA, Hospital Costa del Sol.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con transtorno de la imagen corporal que acuden a un taller de tratamiento estético de cicatrices.

MATERIAL: Población: Pacientes de dermatología del HCS.

Tamaño de la muestra. Todos los pacientes atendidos del 1 de marzo al 31 de julio de 2010.

Criterios de inclusión:

Pacientes quirúrgicos: Intervenidos por cáncer de piel melanoma o CPNM. Pacientes no quirúrgicos: Vitíligo, melasma, rosácea, angiomas faciales, cicatrices de acné, hiper o hipopigmentaciones.

Metodología: Se trata de unos talleres de maquillaje corrector dirigido a pacientes con afecciones cutáneas con impacto cosmético y detrimento en la calidad de vida.

La selección de los pacientes se realiza a través de la cumplimentación de un cuestionario de calidad de vida (DLQI) al mes de la intervención. Si la puntuación es mayor al 60% se les incluye en el programa, dándoles una cita en el taller de maquillaje corrector.

En estos talleres una enfermera entrenada en técnicas de maquillaje y abordaje conductual, instruye a los pacientes con diferentes técnicas correctoras. Son SESIONES participativas e individualizadas en donde de una manera practica se adiestra al paciente en técnicas de camuflaje. La técnica no se considera como algo mágico sino como un proceso de autoaprendizaje y relación de ayuda. Este taller se desarrolla en una consulta de 30 minutos de duración. Al mes se vuelve a citar al paciente evaluando el aprendizaje del paciente y de nuestra intervención a través del cuestionario de calidad de vida (DLQI)

Las dimensiones del cuestionario:

-Dimensión emocional y social.

Variables: De resultados: Indice de Calidad de vida. Independientes: Edad, sexo,

Diseño: Estudio cuasiexperimental antes-después.

RESULTADOS: Recogida de datos. Los resultados de los cuestionarios se recogen en base de datos y el análisis de estos datos en SSPS. Pendientes de presentar al finalizar estudio.

CONCLUSIONES: Los pacientes con lesiones desfigurantes suelen mostrar un comportamiento retraido en su vida cotidiana debido al sentimiento de estigmatización percibida y de baja autoestima que ésta genera. junto a un grado variable de aislamiento social y conductas de evitacion, podemos encontrar alteraciones psicológicas como distrés, ansiedad y depresión, determinando un deterioro importante en la calidad de vida del paciente. El papel fundamental del maquillaje ha sido moldear estéticamente nuestra imagen y personalidad. pero, hoy en día, el maquillaje adquiere una nueva dimensión, como coadyuvante, en el tratamiento de diversas enfermedades o lesiones de la piel, más o menos graves.

PALABRAS CLAVE: IMPACTO, CALIDAD VIDA, MAQUILLAJE

1102 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 12:20 h.

ACREDITACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS COMO PROGRAMA FORMATIVO DE UNIDAD CLÍNICA DE GESTIÓN ONCOLÓGICA MULTIDISCIPLINAR

Salas-Buzón MC (1), Gitiérrez-Bayard Lucía (1), Alonso-Redondo E (1), Villanego Beltrán I. (1), González-Calvo E. (1), Munive E. (1)

(1) Unidad de Atención Integral al Cáncer, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

OBJETIVOS: En Octubre de 2009, nuestro servicio pasó a ser Unidad Clínica de Gestión Atención Integral al Cáncer (UAIC) integrando a Oncología Radioterápica, Médica y a la Unidad de Mama. Se cambió la Tutoría Docente y se nombró a una responsable de Formación Continuada. Tomamos la decisión de acreditar todas las actividades de Formación Continuada y de forma preferente las SESIONES clínicas que realizamos conjuntamente con la Unidad de Radiofísica Hospitalaria.

MATERIAL: Se diseño un Plan de Formación Continuada que implicara a los integrantes del equipo: médicos, DUEs, técnicos especialistas de radioterapia y auxiliares. Como primera fase se distribuyo un cuestionario para detectar necesidades de formación. Tomamos la decisión de iniciar la acreditación de las SESIONES Clínicas Oncológicas Multidisciplinares que realizamos semanalmente por la ACSA iniciándose en Febrero de 2010. En el proceso de acreditación de un programa de SC, a diferencia de las actividades se completan una serie de estándares que se agrupan en bloques comunes (necesidad de la formación, proceso de aprendizaje, profesionales de la formación, planificación y recursos, y resultados), y en criterios relacionados entre si. Otros estándares son los específicos de las actividades. En la acreditación de este programa se han evaluado 47 estándares agrupados en ocho criterios: finalidad, objetivos, diseño y desarrollo, mecanismos de evaluación, selección y capacitación de los profesionales de la formación, estructura, instalaciones, recursos y equipamiento y mejora continúa.

RESULTADOS: Hemos acreditado el primer programa de SC oncológicas multidisciplinares obteniendo el Nivel Óptimo de Acreditación. En los estándares comunes el porcentaje de cumplimiento ha sido del 89, 39% y en los específicos de 79,76%, con una media de componente cualitativo (CCL) en las 9 actividades de 2,492, quedándonos a 8 milésimas de la Acreditación Excelente. La Agencia ha considerado elementos de calidad destacada: Procedimiento de evaluación de la transferencia, Procedimiento de evaluación del impacto y Herramienta para la selección y capacitación docente, solicitando autorización a la Gerente del Hospital para uso de la citada información como parte de los Ejemplos y Buenas prácticas de sus Programas de Acreditación.

CONCLUSIONES: Estamos muy satisfechos con el incremento de calidad conseguido en las SESIONES clínicas de nuestra Unidad ya que significa mejora de las competencias profesionales de médicos y radiofísicos. Hemos detectado áreas de mejora en la formación no presencial que facilite la autonomía del aprendizaje de los alumnos, como incorporar tecnologías de información y comunicación (TICS), e-learning o foros virtuales.

PALABRAS CLAVE: Acreditación de SESIONES Clínicas, Acreditación de Programas de Formación, Calidad de SESIONES Clínicas

1168 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 34 – 21/10/2010, 12:30 h.

EFECTO DEL USO DEL LIMPIAUÑAS DURANTE EL LAVADO QUIRÚRGICO SOBRE EL NÚMERO DE BACTERIAS

Becerra-Sueiro MV (1), Fernández-Fernández MA (2), Fernández-González AI (3), Ramos-Maneiro MC (4), Treviño-Castellano M (4)

(1) Quirofanos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Facultad de Matemáticas, Universidad de Santiago (USC). (3) Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (4) Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Determinar el efecto del uso del limpiaúñas sobre la calidad del lavado quirúrgico.

MATERIAL: Estudio prospectivo en 100 profesionales de diversas especialidades del bloque quirúrgico clasificados en dos grupos. En el grupo I (n=25) se realizó cepillado con jabón antiséptico y se utilizó el limpiaúñas y en el grupo II se realizó cepillado con jabón antiséptico sin limpiaúñas (n=75). Se analizaron los parámetros demográficos de ambos grupos y se monitorizó para cada individuo la calidad del lavado quirúrgico (tipo de antiséptico, duración del lavado, secado de manos). Se procedió a toma de cultivo de la palma de la mano y del área periungueal después del lavado. Se contabilizó el número de colonias.

RESULTADOS: No se observaron diferencias entre los dos grupos en cuanto edad, categoría profesional, uso de antiséptico, tiempo de lavado y calidad del secado. El número de unidades formadoras de colonias fue similar en los dos grupos. Las áreas periungueales presentaron menor tasa de colonización que las palmas en los dos grupos

CONCLUSIONES: El uso sistemático del limpiaúñas no proporciona un lavado quirúrgico de mejor calidad que el realizado con el cepillado simple y en consecuencia no es necesario que los equipos de lavado incluyan un limpiaúñas desechable.

PALABRAS CLAVE: Lavado quirúrgico, Técnica aséptica, Limpiaúñas

1169 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 15:40 h.

LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIABETES ¿MEJORA LOS RESULTADOS DEL CONTROL METABÓLICO?

Pérez-Castro P (1), Martín Miguel MV (1), Lago Deibe (2), Delgado Martín (3), Lorenzo-San Martín A (4), Bóveda-Fontán (5)

(1) CS Matamá, SERGAS. (2) XAP Vigo, SERGAS. (3) CS Sárdoma, SERGAS. (4) CS Cuba, SERGAS. (5) CS Pintor Colmeiro, SERGAS.

OBJETIVOS: Mejorar la adherencia a las recomendaciones de las Guías Práctica Clínica (GPC) de diabetes.

Evaluar indicadores de proceso, resultado y la relación entre los mismos.

MATERIAL: Estudio de calidad: revisión por pares, componente científico-técnico. Noviembre 08- Mayo 09.

Fuente de datos: Historia Clínica de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Centro, se excluyen si no acuden el último año.

Muestreo aleatorio sistemático estratificado para seleccionar 30 historias por médico.

Criterios: Registro de Antecedentes familiares, personales, exploración física, analítica, estudio de complicaciones, recomendaciones higiénico-dietéticas, adecuación del tratamiento, grado de control metabólico y de Presión arterial (TA)

RESULTADOS: 240 pacientes: 52,5% hombres, edad 67,6 ± 9,89, evolución diabetes 7,56± 5,699 años.

Antecedentes personales de: HTA 91,7%, dislipemia 90%, obesidad 89,6%, tabaco 98,65%, alcohol 95,8%, complicaciones 98,3% y familiares 70%,.

Exploración de: peso 91,3%, talla 90,8%, cintura 62,9%, auscultación 37,1%, pies 38,3%, TA 87,9%, glicohemoglobina 90,8%, lípidos 95,4%, Electrocardiograma 56,7%, Fondo de ojo 59,2%, nefropatía 67,5%.

Recomendaciones dietéticas 79,6%, ejercicio físico 78,8%, cumplimiento de ambos 54,2% y 43,3 % respectivamente, consejo antitabaco 60,34%, cese tabaquismo 16,94%.

El tratamiento antidiabético se ajusta a indicación en 82,5 % de los pacientes y el antihipertensivo en el 59,8%.

En análisis multivariante, el buen control metabólico se explica por el tiempo de evolución OR 0,91 (0,856-0,978) p<0,01 y el abordaje terapéutico de la diabetes (tipo, número y dosis de fármacos) OR 19,34 (9,599-39,001) p< 0,001.

La consecución de cifras objetivo de TA se explica por la adecuación del tratamiento antihipertensivo (dosis y tipo de fármaco) OR 198,78 (24,021-1645,080) p< 0,001 y adecuación del tratamiento antidiabético OR 1,56 (1,021-2,402) p= 0,04.

CONCLUSIONES: Los indicadores revelan niveles de calidad aceptables.

El cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, de las GPC, predice la obtención de cifras objetivo de TA y Glicohemoglobina y por tanto la aplicación de dichas GPC mejora los resultados del control metabólico y de factores de riesgo de los pacientes diabéticos tipo2.

PALABRAS CLAVE: Guía de práctica clínica , Diabetes, Control metabólico

1194 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 15:50 h.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE LA CALIDAD DE LOS SITIOS WEB RELACIONADOS CON LA SALUD

Moreno Rodríguez, JM (1), Herrera-Viedma, E (2), Parra Hidalgo, P (3), Caballero Rodríguez, J (4)

(1) Servicio de Informática, Hospital J.M. Morales Meseguer - Servicio Murciano de Salud. (2) Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial, Universidad de Granada. (3) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo. CCAA Región de Murcia. (4) Servicio de Neumología, Hospital J.M. Morales Meseguer - Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: Los sitios Web sobre salud están adquiriendo un gran protagonismo entre los profesionales sanitarios, al permitir el acceso a un elevado volumen de información, potenciar la comunicación, y facilitar algunas de sus actividades. Ante la proliferación de estos sitios Web de diversa procedencia, características y finalidad, se plantea el objetivo de establecer un conjunto de criterios que permitan evaluar la calidad de sitios Web sobre salud, desde la perspectiva del médico especialista que desarrolla su actividad en un centro hospitalario.

MATERIAL: Se realizó una investigación cualitativa con facultativos especialistas de área, utilizando la técnica de los grupos focales. Para el diseño del estudio se desarrollaron las siguientes fases: revisión bibliográfica, guión de las SESIONES, selección y convocatoria de los participantes, moderación de los grupos, sistema de registro, transcripción de las SESIONES y, finalmente, análisis, categorización e interpretación de los hallazgos. Los participantes se seleccionaron entre los miembros de 3 servicios médicos del Hospital Morales Meseguer. En el primer grupo focal participaron 7 médicos del Servicio de Neumología, en el segundo 9 médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos, y en el tercero 5 médicos del Servicio de Radiología. Con este último grupo se alcanzó el grado necesario de saturación de la información.

RESULTADOS: A partir del análisis estructurado de la transcripción de las tres SESIONES, se han identificado 21 criterios de calidad referidos a la presencia o no de: (1) aspectos formales sobre el propio sitio Web (organización propietaria del sitio Web, patrocinadores, declaración de conflicto de intereses, etc.); (2) información sobre sus contenidos (autoría, fecha de publicación, bibliografía, etc.); y (3) elementos que facilitan su uso (mapa Web, buscador de contenidos, menú de opciones, etc.). Entre los resultados no se han incluido valoraciones de carácter subjetivo que surgieron durante las SESIONES, como la apariencia visual del sitio, velocidad de navegación, etc.

CONCLUSIONES: Los sitios Web sobre salud actualmente figuran entre los más visitados de Internet. Ante este nuevo escenario, uno de los principales retos que se plantean es el desarrollo de iniciativas dirigidas a evaluar su calidad. La investigación cualitativa, mediante la técnica de los grupos focales, se presenta como una herramienta de gran utilidad para indagar en los factores, relacionados con la calidad percibida, que son más relevantes para la población de estudio. La aplicación de los criterios de calidad obtenidos, facilitarán a los usuarios la labor de discriminación entre sitios Web y a los desarrolladores el diseño de los mismos.

PALABRAS CLAVE: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA, GRUPOS FOCALES, SITIOS WEB

1198 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 16:00 h.

GESTIÓN DE LA CALIDAD. AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM. HOSPITAL GUADARRAMA

Salazar-Guerra R (1), García - Capelo Pérez JP (2), Carnicero-Bujarrabal M (3), Pérez-Canal C (4), San Gregorio-Matesanz A (5), Caballero-Nahum M (6)

(1) dirección de enfermería, Hospital Guadarrama. (2) director gerente, Hospital Guadarrama. (3) director médico, Hospital Guadarrama. (4) directora de gestión, Hospital Guadarrama. (5) responsable de enfermería, Hospital Guadarrama. (6) coordinadora sala de terapia, Hospital Guadarrama.

OBJETIVOS: El Plan de Calidad 2007- 2009, finalizaba con una Autoevaluación, que hemos concluido en diciembre del 2009.

La Autoevaluación se ha realizado de acuerdo con el Modelo de Excelencia Europeo EFQM, y ha supuesto un importante ejercicio de reflexión implicando a un gran número de profesionales del Hospital.

Fruto de esas reflexiones, del análisis de puntos fuertes, de las áreas de mejora, y nuestra capacidad de implantar acciones, se ha elaborado este nuevo Plan de Calidad cuyo objetivo es:

Conocer cuál es la posición del Hospital en relación con una organización excelente para poder seguir desarrollando nuevas líneas de trabajo y nuevos objetivos que nos permitan avanzar hacia la excelencia.

MATERIAL: Se organizaron 4 grupos de trabajo.

Se impartió 2 jornadas formativas y se distribuyeron los criterios del Modelo en los distintos grupos de trabajo.

Durante 4 SESIONES trabajamos en la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora, de los distintos criterios del modelo.

Una vez identificados los puntos fuertes y áreas de mejora se procedió a realizar la puntuación de cada criterio y subcriterio siguiendo la matriz REDER

El trabajo se realizó con apoyo de un asesor externo

RESULTADOS: Se identificaron un total de 181 puntos fuerte y 116 áreas de mejora. Se procedió a priorizar las áreas de mejora, identificando 21 por ser las que nos aportarían un mayor valor a nuestra organización.

La puntuación final alcanzada se situaba en entre 370 y 420 puntos., por lo que decidimos presentarnos a un reconocimiento de un sello de 400 + puntos.

El 21 de diciembre se realizó la autoevaluación externa, alcanzando la puntuación de 400 puntos.

CONCLUSIONES: El modelo europeo EFQM es una buena herramienta de autodiagnóstico que nos permite reflexionar en equipo y establecer nuevos objetivos que ya están plasmados en el nuevo Plan de Calidad del Hospital.

La Autoevaluación , nos ha permitido implicar a un número importante de profesionales

El reconocimiento alcanzado ha sido de gran estímulo para todos los profesionales del Hospital.

PALABRAS CLAVE: autoevaluación, mejora, continua

1309 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 16:10 h.

IMPLANTACIÓN DE INDICADORES EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL ÁREA CLÍNICA DE URGENCIAS.

Navarro Juanes A (1), Fornes Vivas RM (2), Guzman De Damas JM (3)

(1) Área Clínica de Urgencias, Hospital de Denia. Alicante. (2) Área Clínica de Urgencias, Hospital de Denia. Alicante.. (3) Departamento Calidad, Hospital de Denia. Alicante.

OBJETIVOS: El presente trabajo analiza los indicadores de calidad seleccionados para la gestión clínica y en el proceso de obtención de la certificación UNE EN ISO 9001:2008 en el primer año de apertura (febrero 2009), así como su rendimiento en relación con el cuadro de mandos, revisando para ello los indicadores de actividad global, de actividad específicos, científico-clínico y formativos, indicadores de documentación y médico-legales, protocolos clínicos y los indicadores de satisfacción y orientación al cliente.

MATERIAL: Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo-prospectivo, de los indicadores monitorizados y que quedaron expresados en el "Acta de Revisión por la Dirección". Para ello se empleó los de indicadores de referencia expresados en el Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de Hospitales de SEMES y que fue editado en 2009. Expresión específica lo constituyeron el número de urgencias atendidas, las ingresadas, la presión de urgencias, el porcentaje de urgencias ingresadas, las atendidas/día, las ingresadas/día, la correspondencia de mórficos, el tiempo de triaje, el tiempo de primera asistencia por facultativo, la estancia media en observación, la tasa de retornos en 72 h, las SESIONES clínicas, los protocolos de riesgo vital, las encuestas de satisfacción y la tasa de reclamaciones. Se monitorizaron las encuestas de calidad y reclamaciones ("quejas") de los pacientes.

RESULTADOS: En relación con la situación de los procesos, los indicadores permitieron revisar la evolución asistencial y permitir referenciar un patrón de comportamiento que permitiera previsibilidad y de esta forma adecuar recursos futuros. Quedaron expresados en el Acta de Revisión por la Dirección de 2009 la actividad de febrero a octubre inclusive (fecha de apertura y periodo final de estudio) y que se expondrán en la correspondiente sesión. Entre algunos de los resultados llama la atención un tiempo total de triaje inferior a 0,20" (promedio anual 0,16"), con una efectividad superior al 95% (promedio del 95,56 %) y un tiempo medio mensual de primera respuesta facultativo inferior a 2 horas (promedio anual 1:32 h), tasa de retornos a las 72 horas del 5,07 % de promedio, así como la encuesta de satisfacción de pacientes sobre la percepción global de satisfacción de la asistencia sanitaria que fue del 66,52%.

CONCLUSIONES: Los indicadores de un sistema de calidad forman parte del Cuadro de Mandos de un servicio clínico, y permiten hacer una fotografía descriptiva global del servicio de urgencias, para de esta forma adecuar recursos y corregir tendencias. Las encuestas de opinión, monitorizan la percepción de los pacientes, pudiendo de esta formar implantar sistemas de intervención en los casos de desviación de los estándares establecidos.

PALABRAS CLAVE: indicadores, urgencias

1335 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 16:20 h.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE CONDUCTAS INDICADORAS DE DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Latorre-Marco I (1), Solís-Muñoz M (2), Millán-Santos I (3), Alonso-Durán M (3)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos Médicos, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. (2) Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. (3) Unidad de Bioestadística, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

OBJETIVOS: Determinar la fiabilidad y validez de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica (VM).

MATERIAL: Estudio observacional de desarrollo y validación de una escala como instrumento de medida en pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años, con VM, no comunicativos. Se evaluó el dolor con las escalas Behavioural Pain Scale (BPS) y ESCID, simultáneamente, por dos evaluadores independientes, en aplicación de dos procedimientos dolorosos (PD): movilización y aspiración de secreciones; medidos antes (M1), durante (M2) y después (M3) del PD. Análisis descriptivo de las características generales de la muestra. La fiabilidad de ESCID se midió a través de la consistencia interna de cada ítem con el coeficiente alfa de Cronbach. Mediante análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) se midió concordancia interobservador e intraobservador; se compararon los componentes de las dos escalas de dolor para medir el cambio entre los resultados obtenidos en función del tiempo, observador y procedimiento. La correlación entre las dos escalas se hizo con la correlación de Pearson.

RESULTADOS: 480 observaciones en 42 pacientes, 62% varones; edad 57,33 ± 16,35. Predomina patología infecciosa (36%) y neurológica (35%). GCS 8,45 ± 1,2 y RASS -2,55 ± 1,5; con perfusiones continuas de sedación y analgesia. La TA, FC, FR se mantuvieron estables en los dos PD. En BPS y en ESCID no hay diferencias significativas intra ni interobservador en ninguno de los dos PD, en ninguno de los 3 momentos de la medición. El coeficiente alfa de Cronbach para ESCID osciló entre 0,70-0,80. Existe una buena correlación entre ESCID y BPS, en los tres momentos de medición: correlación de Pearson antes 0,97, durante 0,94 y después 0,95.

CONCLUSIONES: Existe una alta concordancia intra e interobservador y una buena correlación entre las dos escalas, aplicadas en los 3 momentos de cada procedimiento. Por tanto, ESCID constituye una herramienta válida para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a VM. La validación de esta escala y su adecuada implementación supondrá una mejora en la calidad asistencial de los pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a VM, porque permitirá adecuar el tratamiento analgésico del paciente.

PALABRAS CLAVE: dolor, paciente crítico, ventilación mecánica

1349 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 16:30 h.

HOSPITAL SIN RUIDO

H.GUADARRAMA 2008/2010

González-Soria J (1), Bergasa-Lobera D (2), Bernabeu-Díaz M (3), Sevilla-Torrijos G.A. (4), Núñez-Castelo Baeza M (5), Rey-Pérez T (6)

(1) Jefe Unidad de Enfermería .Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama. (2) Psico-oncóloga. Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Guadarrama. (3) Enfermera .Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama. (4) Médico rehabilitador.Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama. (5) Auxiliar de enfermería.Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama. (6) Auxiliar de enfermería.Unidad de Cuidados Agudos, Hospital Guadarrama.

OBJETIVOS: Disminuir el ruido ambiental
Identificar elementos generadores, zonas, horas y nivel
Elaborar una estrategia de lucha contra el ruido
Eliminar los ruidos superiores a 70 db
Concienciar al personal de los ruidos que originamos
Promover y crear un ambiente saludable.

MATERIAL: Formación grupo de trabajo multidisciplinar (2008)
Definición marco conceptual.
Valoración ambiental:
oRecogida de datos: trabajadores (Sep 2008)
oEncuesta a enfermos/familiares "ruido en el hospital" (Sep2008)
oMedición de niveles (Nov 2008)
Eliminar ruidos focalizados
Cambio de carros de comida y ascensores
Talleres de sensibilización (Abril2009)
Concurso: elección de logotipo (participación del personal, amigos y familiares) (2009)
I Jornada "hospital sin ruido" (2009)
Decoración del hospital con dibujos infantiles del concurso (2009)
Folleto al ingreso (2009)
Carteles, chapas y pegatinas (2009/10)
Decálogo de comportamientos saludables (2010)
Colocación de 1 sonómetro por planta con señal visual (2010)

RESULTADOS: AÑO 2008
Póster "agentes generadores de ruido hospitalario"
AÑO 2010 (Junio 2010)
- Mínimo 34 dB y máx 65 dB media de 54.5 dB frente a los valores mínimo 35 dB y máx 75 dB media 57.5 dB del año2008
- Encuesta a 74 pacientes (total de ingresos 127 pacientes) el 58% , edad media 72.5 años, 60% mujeres y 40% hombres
- El hospital se considera "poco" y "nada" ruidoso : 66% de los encuestados
- Principales generadores de ruido: los carros auxiliares y de lencería, el personal y otros pacientes
- El compañero: no molesta al 60.5% de los pacientes, pero sí otros pacientes (agitados)
- El ruido "no despierta" al 39% y "pocas veces" al 27% de los encuestados
- Alteraciones relacionadas con el ruido: 75% "ninguna" , un 10% "alteración del sueño", 8% "nerviosismo"
- El turno de noche: el más molesto para el 48% y la ronda de enfermaría (mañana y noche)
- El grado de satisfacción con nuestro hospital es de un 92% de pacientes "satisfechos" y "muy satisfechos"

CONCLUSIONES:

- En relación al año 2008, como generadores de ruido, permanecen los carros auxiliares, de lencería y las personas.
- Ha disminuido los pacientes que se despiertan, así como las alteraciones del sueño y el nerviosismo
- Los ruidos exteriores (ambulancias y jardinería) ya no son identificados como tales.
- Se ha reducido 10 db el valor máximo y 3 en la media. Por turnos, mañana 55 db y tarde/noche 52 de media
- No tenemos valores extremos mantenidos y el nivel sonoro medio es más estable
- El sonómetro ha motivado al personal y hemos descendido 20 db en los momentos críticos.

PALABRAS CLAVE: Hospital, Ruido, Investigación

1382 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 16:40 h.

VALORACIÓN DE AGONÍA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN PACIENTE TERMINAL

Ruiz-Sainz E (1), Piñol-Gamez O (2), Terrones-Sánchez F (3), Álvarez-Alcon M (3)

(1) PADES/USS, Hospital Comarcal MORA de EBRO. (2) PADES/USS, Hospital Comarcal Mora de Ebro. (3) USS, Hospital Comarcal Mora de Ebro.

OBJETIVOS: Valoración de la adecuación del tratamiento del paciente terminal a los estándares de calidad

MATERIAL: Auditar exitus del hospital desde FEBRERO a JULIO 2009 en diferentes servicios del Hospital Comarcal Mora D'Ebre. Estudio observacional retrospectivo. Se valoran: sexo, fecha ingreso y exitus, servicio, tratamiento en días previos al exitus y vía de administración, valoración riesgo de muerte (mortalidad de la enfermedad principal, edad y estado general del paciente al ingreso en la unidad) y trayectoria de final de vida. Valoración final del equipo y valoración familiar mediante encuesta telefónica.

RESULTADOS: 75 exitus auditados con 38.66% mujeres. Edades: > 75 años (77%), de 66-74 a (12%), y de 41-65 a (11%). Servicios: Medicina Interna (56%) y USS (24%). Síntomas frecuentes: Disnea (49%), Delirium/Agitación (37%), Dolor (36%), Estertores (25%). Tiempo agonía: horas (29%), 1 día (31%), 2 días (16%), 3 días (7%), de 4-8 días (9%) y sin agonía establecida (8%). Fármacos empleados: morfina (69%), escopolamina (32%), midazolam (31%), haloperidol (24%) y alprazolam (10%). Vías utilizadas: ev (56%), s/c (35%) y oral (17%). Estado general al ingreso malo 82% y mortalidad de la enfermedad alta 86%. Valoración Riesgo de Muerte (VRM) alta 91%. Trayectorias final de vida: IOCAs (39%), Proceso Agudo (28%), Neoplasia (28%) y Fragilidad/Demencia (5%). Encuesta telefónica: ausencia cuidador principal (25%), no quiso contestar (3%), puntuación media 8-8.5, con desviación del 0-10. Mala Planificación avanzada de la enfermedad, incluida la agonía (20%). No se refleja el inicio/situación de agonía, ni se comenta con la familia en mayoría de casos. Maniobras innecesarias durante tiempo de agonía (16%), se utilizan vías no adecuadas. La Morfina suele prescribirse en ml (dilución) y no en mg (riesgo de errores), se ha dado ocasionalmente diluida (ev) por vía s/c. La "morfina para todo" (dolor/dipnea) y en dosis bajas (2mg/h-4h ev). Apenas se utiliza escopolamina (19 pacientes con ranera, 7 sin tratamiento y 4 lo tuvieron tardío). En el 10% de casos hubo mal control de síntomas.

CONCLUSIONES: Tres principales causas de sedación han sido: delirium, disnea y dolor, siendo la disnea menos frecuente que en otros estudios retrospectivos.

La valoración de agonía y su tratamiento se realiza de forma correcta la mayor parte de las veces (Bien 66,6%; Regular 22,6%; Mal 10,6%).

No existe una buena correlación entre nuestra opinión y la de los familiares, respecto al proceso de agonia.

Plan de mejora con nuevo protocolo de agonía y auditoría posterior.

PALABRAS CLAVE: AGONIA, TRATAMIENTO, CONTROL SINTOMAS

1554 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 16:50 h.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIFÚNGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Almaida MB (1), Carrillo A (1), López A (1), Llamas N (1), Moreno M (1), García JA (1)

(1) UCI, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVOS: Analizar la utilización y coste de los medicamentos antifúngicos en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente

MATERIAL: Estudio retrospectivo. Periodo de estudio entre 1 de enero de 2007 a 31 de diciembre de 2009. Se analizan las indicaciones de todos los tratamientos antifúngicos indicados en la UCI, así como el coste de los mismos. Fuentes de datos: Registro ENVIN-UCI. El tratamiento antifúngico correcto se define cuando la indicación de la terapia antifúngica se realiza de acuerdo a las guías vigentes en el momento del diagnóstico. Las variables se expresan como media ± desviación estándar y porcentajes.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio han ingresado en UCI 3029 pacientes, 732 (24.2%) han recibido tratamiento antibacteriano ante la sospecha/confirmación de infección, y 86 (2.8%) tratamiento antifúngico, de ellas 80 con aislamientos de cándidas y 6 por aspergillus. La indicación para tratamiento antifúngico fue en 30 casos (37.5%) por aislamiento respiratorio de alguna especie de cándida en paciente intubado, 11 (13.8%) en orina de paciente sondado, 9 (11.3%) con candidemia primaria o relacionada con catéter, 4 (5%) por aislamiento respiratorio en paciente no intubado, 6 casos por aislamiento de cándida en herida quirúrgica, 10 aislamientos de origen abdominal (15%) y 5 (6.3%) por otras indicaciones. Los 6 casos de tratamiento antifúngico por aislamiento de aspergillus han sido muestras respiratorias. De acuerdo a los consensos publicados, únicamente 17 pacientes tenían indicación de tratamiento antifúngico (19.7%). El coste del tratamiento antimicrobiano en los 3 años de estudio ha sido 375.000, 381.947 y 401.171 euros respectivamente. El porcentaje del coste antimicrobiano debido a antifúngicos ha sido del 37%, 41% y 52% en los 3 años de estudio. Los antifúngicos mas utilizados han sido fluconazol, anidulafungina, voriconazol, caspofungina y anfotericina B. En el último año, el incremento en el gasto de anidulafungina ha sido del 127%, del voriconazol intravenoso 61%, voriconazol oral 147%, mientras que el gasto en caspofungina ha disminuido un 34%.

CONCLUSIONES: La utilización de los medicamentos antifúngicos son utilizados muy frecuentemente en la UCI, muchas veces con indicaciones poco precisas, lo que supone un coste muy elevado y que incluso supera al coste de los antibióticos, pese a que los pacientes con infección bacteriana sospechada/confirmada son mucho más frecuentes.

PALABRAS CLAVE: Antifungicos, UCI, INFECCIÓN nosocomial

1631 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 08 – Sesión: 45 – 21/10/2010, 17:00 h.

ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO POR EL SERVICIO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. ESTUDIO CUALITATIVO.

¿QUÉ PIENSAN LAS MUJERES?

Carraco Gimeno, JM (1), Amorin Calzada, MJ (2), Tello Martín, MR (3), Cisneros Izquierdo (3), Lou Alcaine, MI (3), Henar Esteras (4)

(1) Departamento de Salud y Consumo, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2) Departamento de Salud y Consumo, Subdirectora de Tecnología Sanitaria del Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos. (3) Departamento de Salud y Consumo, Departamento de Salud y Consumo. (4) Departamento de Servicios Sociales y Familia, Jefe/a de Seccion de Coordinación y Cooperacion.

OBJETIVOS: Identificar demandas, necesidades, expectativas y dificultades de comunicación referentes a las diversas figuras profesionales del sistema de salud y de servicios sociales en relación con la atención contra la VG en Aragón.

- Conocer el itinerario o itinerarios que siguen las mujeres víctimas de VG, tanto de entrada como de seguimiento, en atención contra la VG en Aragón.

Los objetivos específicos son:

- Conocer cuáles son las expectativas de las mujeres víctimas de VG, tanto hacia los propios profesionales, como hacia el sistema de salud y social en su conjunto.
- Conocer cuáles son las principales dificultades que estas mujeres perciben para comunicar la situación de maltrato a los/las profesionales de los equipos de Atención Primaria.
- Identificar qué necesidades sanitarias y sociales pueden presentar las mujeres víctimas de VG

MATERIAL: La metodología utilizada se fundamenta en criterios de triangulación métodológica, o combinación de diversas técnicas, que al poner el acento en distintos aspectos o perspectivas de análisis, se complementan y equilibran mutuamente aportando una mayor calidad y profundidad a los resultados obtenidos.

Para el proceso de producción de datos primarios, se han utilizado grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas. Ambas técnicas se caracterizan por no buscar respuestas a preguntas concretas, sino por profundizar en el discurso de las personas participantes.

Para alcanzar la saturación del discurso y cubrir las posibles variables diferenciadoras de los perfiles de las mujeres víctimas de VG han sido realizados 4 grupos de discusión y 23 entrevistas semiestructuradas. La captación de posibles participantes se realizó con la colaboración de profesionales de servicios sociales y Atención Primaria de los 8 sectores de salud de Aragón

RESULTADOS: Se han detectado 8 itinerarios de acceso a los recursos de atención que van desde la detección en el sistema sanitario hasta la intervención de organizaciones no gubernamentales.

La calidad en la atención prestada en el sistema sanitario está directamente relacionada con la formación recibida por los/as profesionales, destacando la buena práctica de trabajo social. Las mujeres resaltan el valor de la Atención Primaria por su fácil acceso y su disponibilidad.

Los servicios sociales de base presentan dificultades de acceso en la zona rural, por su vinculación con la exclusión y marginación, y los problemas de confidencialidad. La atención en las casas de acogida es bien valorada, pero las mujeres manifiestan dificultades en conciliación de la vida social y laboral cuando tienen a los hijos/as.

CONCLUSIONES: La detección, atención y cuidados que estas mujeres reciben desde el sistema de salud y desde servicios sociales ha mejorado sustancialmente en los últimos años, gracias a las diversas actuaciones desarrolladas. Estas medidas son aún insuficientes para una atención de calidad, integral e integradora, y dotarlas de estructuras que permitan adaptarse a las necesidades y expectativas de los diferentes perfiles de mujeres víctimas de VG.

PALABRAS CLAVE: Violencia de género, formación, atención

1618 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 11:10 h.

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER A LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Arantón-Areosa L (1), Facio-Villanueva A (2), Cimadevila-Álvarez B (3), Domínguez-González N (4), Rodríiuez-Brea R (3), Vázquez-López L (3)

(1) Servicio de Integación Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (2) Subdirección General de Planificación y Ordenación Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Servicio de Desarrollo de Procesos Asistenciales y Compra de Servicios, Servizo Galego de Saúde. (4) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: Los tiempos de espera (pruebas, consultas…) varía mucho de unos centros a otros. Cuando la patología de sospecha es algún tipo de cáncer, el sistema debe poder garantizar la no existencia de descoordinación, demoras o cualquier otro problema, que pueda condicionar el retraso de la confirmación diagnóstica.

El objetivo que nos planteamos es diseñar circuitos y flujos asistenciales que garanticen en toda la Comunidad, que el tiempo que transcurra desde el diagnóstico de sospecha de cáncer, hasta la primera actividad terapéutica no exceda de 30 días.

MATERIAL: Se establece un grupo central en la Subdirección de Planificación donde se definen y priorizan cuatro áreas de actuación (tumores más prevalentes y con mayor impacto), formándo cuatro grupos de trabajo (multidisciplinares y multicéntricos): cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer colorrectal y cáncer de mama.

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 circuitos asistenciales rápidos, que garanticen la máxima agilidad y coordinación de los diversos ámbitos asistenciales implicados.

RESULTADOS: Se designan los profesionales de cada grupo (y responsabilidades), estableciéndose un cronograma de trabajo a desarrollar en cuatro reuniones:

En cada grupo:

1. Se concretan y desarrollan los cuatro circuitos asistenciales y sus flujogramas, con circuitos coordinados de actividades asistenciales y administrativas.
2. Se establecen criterios de inclusión específicos.
3. Se estructura la sistemática de pruebas, consultas e interconsultas y su integración en la historia clínica electrónica (IANUS).
4. Se clarifica e integra el papel de los comités clínicos de tumores.
5. Se definen instrumentos de control y evaluación (gestión de tiempos y recursos) y se desarrollan sistemas de información para su monitorización, así como indicadores de implantación e implementación.

Todos los circuitos se trasladan a las direcciones de las áreas de salud para su implantación, incluyéndose en los correspondientes acuerdos de gestión. Actualmente se están implementando en toda la comunidad.

CONCLUSIONES: La colaboración multidisciplinar, multidepartamental y multicéntrica es imprescindible, para evitar ineficiencias en la estructura asistencial.

La agilidad y coordinación son imprescindibles, sobre todo en patologías con elevada mortalidad y morbilidad. Agilizando los circuitos asistenciales, estamos repercutiendo positivamente en la optimización de recursos y estructura asistencial, al tiempo que mejorando la calidad asistencial, puesto que se minimizan tiempos de espera y se garantiza el adecuado desarrollo del plan asistencial integral, lo que sin duda repercutirá en la calidad de vida de pacientes.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, Procesos Asistenciales, circuitos asistenciales rápidos

1464 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 11:20 h.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO (HGU): 10 AÑOS DE CAMINO RECORRIDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

Gallego-Camiña I (1), Rabanal-Retolaza S (2), Chueca -Ajuria A (1), Toro-Sánchez L (1), Meñika-Azkuenaga ME (1), Villa-Valle, R (1)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo (Osakidetza). (2) Dirección Gerencia, Hospital Galdakao-Usansolo (Osakidetza).

OBJETIVOS: Implantar la mejora continua en todos los procesos del hospital, al fin de garantizar que todos se gestionaban de manera uniforme y sistemática.

MATERIAL: Nuestro Sistema de Calidad (SGC) fue rediseñado en el bienio 2001-2002, con la introducción de la norma ISO 9001:2000 como metodología de trabajo.

RESULTADOS: El HGU adopta el modelo EFQM de gestión en 1996, se toma como referencia la ISO 9001:2000 certificándose los primeros procesos en el año 2003. En el 2005 continuamos con los de apoyo y en el 2007 certificamos el primer Macro Proceso asistencial (Hospitalización). Esto supuso un punto de inflexión, pasando de una gestión de procesos a una por procesos, y a reflexionar sobre la estrategia de despliegue para llegar a todas las plantas/servicios, destacamos así la creación de la figura de los Kaligidariak/Gestores de Calidad de servicios/unidades, la definición de sus funciones, y el plan de formación en calidad y seguridad. En 2008 continuamos certificando procesos y en el 2009 ampliamos a más Procesos Asistenciales, Consultas Externas y Tratamiento quirúrgico, estando en la actualidad prácticamente el 93% del HGU certificado. Respecto a la formación, el programa del HGU recoge un área específica de calidad, impartida por personal propio, pasando de 13 actividades formativas y 208 asistentes en el 2007 a 24 y 397 respectivamente en el 2009. El nº de equipos de mejora ha aumentado progresivamente pasando de 5 en el 2003 a un total de 73 en 2009. Además el volumen de personas implicadas en la gestión por procesos ha pasado de un 8,5% personas diferentes en equipos de procesos/mejora en el 2003, a un 24% en el 2010. La implantación de esta metodología también ha ido acompañada de una base de notificación de incidencias, habiendo en la actualidad una media de unas 100 notificaciones/mes, pasando de un total de 558 en 2008 a 583 en 2009, estos resultados demuestran el grado de implicación de las personas en la mejora.

CONCLUSIONES: 1)Disponemos de un sistema de información real de los procesos, facilitando la identificación de mejoras y la implantación de las mismas, 2)El diseño de un SGC sobre una base sólida, con la implicación de la dirección, proporciona mayores garantías de éxito, 3)Metodología válida y aceptada por todas las personas del HGU, favorecedora de la implicación de las mismas, 4)Apuesta por la descentralización con la creación de las nuevas figuras "facilitadoras" de la calidad.

PALABRAS CLAVE: gestión por procesos, sistema de calidad, ISO 900:2008

1511 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 11:30 h.

SARE. MÉDODO DE AUDITORÍAS CRUZADAS DE PROCESOS.

Taboada-Gómez J (1), Castelo-Zas S (1), Valenciano-González A (1)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital de Mendaro.

OBJETIVOS: Emplear un nuevo método de auditoría de procesos distinto al que utilizábamos basado en la auditoría de cada proceso por separado. Lo hemos denominado SARE (Red en Euskera).

Elaborar una herramienta de evaluación que permita auditar con exhaustividad todos los procesos de nuestro hospital.

Auditar desde el principal proceso operativo de nuestra organización al resto de procesos, haciendo especial hincapié en las interacciones entre los diferentes procesos.

Obtener una visión unificada y coherente de la Gestión por Procesos de nuestro hospital.

MATERIAL: En el Hospital de Mendaro existen 7 procesos que siguen la metodología de Gestión por Procesos y que han sido certificados bajo la norma ISO 9001:2008. El proceso operativo certificado más importante es el Proceso de Hospitalización, que constituye la principal actividad de nuestra organización y es el núcleo del Proceso Asintencial. Este proceso se subdivido en 3 grandes subprocesos (Ingreso, Quirófano y Parto). El resto de procesos certificados son procesos de apoyo (Farmacia, Radiología, Laboratorio, Esterilización, Transfusión de hemoderivados y Mantenimiento). Siguiendo la ficha de cada proceso se ha diseñado una plantilla de evaluación en la que se recogen todas y cada una de las actividades que se llevan a cabo en él, de manera que cada una de estas actividades se transforma en un ítem. Se determina si cada uno de estos ítems debe ser soportado por una evidencia documental o si se comprobará en la visita a la operativa. Se planifica una auditoría de 5 días de duración en la que se va a auditar desde el Proceso de Hospitalización al resto de los procesos certificados. Se seleccionan "a priori" unos pacientes en los que se espera encontrar una interacción con el resto de procesos y durante la auditoría se van "reclutando" nuevos pacientes que se considera de interés y que más tarde serán abordados desde otros procesos. El equipo auditor está compuesto por 3 personas.

RESULTADOS: La auditoría se lleva a cabo en 5 días. Se diseñan 9 plantillas de evaluación, una para cada una de los 6 procesos de apoyo y 3 para cada subproceso. Se han evaluado el 65% de los ítems planteados. Se han auditado 20 historias clínicas. Cada auditor registraba las interacciones relevantes que más tarde serían comprobadas en otro proceso. En el Proceso de Hospitalización se han detectado un total de 45 observaciones, 21 de las cuales recibieron la calificación de "no conformidad". De éstas, 13 se clasificaron como "no conformidades" que se producían en la interacción de Hospitalización con otro proceso.

CONCLUSIONES: Se trata de una herramienta útil para la evaluación de los procesos y contribuye a proporcionar una visión global del funcionamiento general de los procesos.

Esta metodología de evaluación permite la detección de "no conformidades" en las interacciones entre procesos que pasaban desapercibidas en el método tradicional.

Todavía es una herramienta poco desarrollada y es bastante laboriosa. La informatización de la misma contribuirá a agilizar el proceso de evaluación.

PALABRAS CLAVE: Gestión por procesos, Auditoría , Interacciones

1516 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 11:40 h.

ANÁLISIS DE LA VISIBILIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS PARA EL SERVICIO DE CODIFICACIÓN.

Noguera C (1), Luengo T (2), Pizarro MA (3), González B (3), Checa MI (4), Diaz AI (5)

(1) Subdirección de Enfermería , Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Formación e Investigación de Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Informática, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (4) Análisis de la Información, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (5) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

OBJETIVOS: Evaluar la implementación de los registros enfermeros relacionados con el cuidado de las UPP.

Conocer el grado de visibilidad de dichos registros, para el sistema de codificación.

MATERIAL: Nos planteamos un estudio cuasi-experimental con diseño antes – después, que se desarrolla en tres fases.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, abarcando a todas las unidades asistenciales del hospital, excepto Pediatría y Obstetricia ya que, por no contar con pacientes susceptibles de Ulcera por Presión (UPP), su inclusión podría suponer sesgo de selección.

Periodo de estudio: Dos meses independientes. Octubre de 2009, previo al desarrollo de las estrategias planteadas en la intervención y Febrero de 2010, posterior a la implementación.

Obtención de datos:

La base de datos para la evaluación de indicadores de proceso y resultado de la Dirección de Enfermería: DOEINVES.

La explotación de los formularios de cuidados relacionados con las Ulceras por Presión (UPP) de la historia clínica electrónica Selene 4.2.

Criterios de inclusión: Proceso asistencial que curse con ingreso hospitalario, durante los dos meses de estudio y que se refiera a un paciente con UPP tanto prevalente como incidente.

El análisis estadístico descriptivo y bivariado se ha realizado con el paquete estadístico SPSS15.0 para Windows y Epidat 3.1.

Las variables cuantitativas se describirán con su Media (X) y Desviación Estándar (DE) y las cualitativas con su distribución de frecuencias y su Intervalo de Confianza (IC).

RESULTADOS: *Fase I: Antes*

N= 83 pacientes.

La proporción de invisibilidad del producto enfermero en relación al cuidado de UPP en Octubre se sitúa en 42,16%, IC al 95% [30,94; 53,39] y el 57,83% IC al 95% [46,60; 69,05] estarían visibles en la Historia clínica.

Si bien el registro explotable solo estaría cumplimentado en el 47,94%, IC al 95% [35,80; 60,09], lo que aumenta las dificultades del codificador a su acceso.

Fase II: Desarrollo de las estrategias

Se ha actuado en cuatro áreas principales: Codificación, Informática, Supervisión, Comisión de Calidad de Cuidados.

Fase III: Después

N= 95 pacientes

En Febrero se han registrado en Selene 4.2, el 97,8% de los pacientes con UPP en registro explotable. Si bien la proporción de invisibilidad general ha aumentado para el codificador hasta el 64,21% [54,044; 74,377].

CONCLUSIONES: La invisibilidad requiere, para su mejora, de la total implantación de las estrategias que estamos iniciando, en sólo cuatro meses se ha conseguido un incremento óptimo en los registros explotables en relación a los cuidados de UPP.

PALABRAS CLAVE: Visibilización, Registro, Codificación

1530 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 11:50 h.

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

Hijós Larraz LA (1), Grimal Aliacar F (1), Gómez Barrena V (1), Andrés Soler MJ (1), Abadía Corvinos I (1), Ara Launa D (1)

(1) Centro de salud de Grañén, Salud.

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

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

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

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

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

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

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

-Cambios organizativos: Trabajo en grupo (creación de u

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

PALABRAS CLAVE: mejora continua, centro de salud, norma ISO

1588 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 12:00 h.

CONTROL DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

De la Torre-Barbero MJ (1), Medina - Valverde MJ (2), Rodríguez - Borrego MA (2), Parra - Perea J (3), De Frutos Delgado C (4), Moros Molina, MP (4)

(1) Subdirectora de Enfermería Área Quirúrgica, consultas Externas e Innovación y Cuidados, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. (2) Unidad de Investigación e Innovación de Cuidados, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. (3) Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica., Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. (4) Consejería de Educación, Junta de Andalucia.

OBJETIVOS: Son objetivos del estudio de evaluación de la gestión del Proceso de Atención de Enfermería, con la herramienta informática Azahar, en Atención Especializada: describir el uso del contenido de la aplicación en las diferentes partes del proceso enfermero, compararlo con criterios de calidad, calcular fallo métodológico.

MATERIAL: Periodo 2005/ 2008. Planes de cuidados: EPOC, Resección Intestinal, Neumonía lactantes, Parto vaginal, Fractura cadera y VIH. Muestra 786; riesgo alfa 5%, precisión de +/- 7%, porcentaje estimado fallo métodológico (diagnósticos sin intervenciones, diagnósticos sin resultados, planificación sin indicadores, evaluación sin indicadores) 70%. Planes obtenidos del módulo de información del programa; elaboración instrumento para recogida de datos. Análisis, con SPSS 17; descriptivo univariante, distribuciones de frecuencias, análisis comparativo del fallo métodológico con test de ji-cuadrado o test de Fisher. El muestreo a partir de los planes de cuidados estándar más utilizados, implica la no representatividad del total. Respeto a la intimidad y confidencialidad.

RESULTADOS: Resultados: la fecha de valoración inicial y del alta no coinciden en un 80,5 %; las necesidades son valoradas desde el 92,9% en respiración al 56,7% en valores y creencias; en el 50% de los planes, los diagnósticos identificados oscilan entre 2 y 4; en torno al 16,2% de los diagnósticos de la valoración inicial se repiten al alta; el 87% tiene relacionados resultados e indicadores, el 64,5 % de los indicadores no se repiten al alta, el 74,7 % de los diagnósticos presenta intervenciones relacionadas; un 76,4% no presenta valoraciones posteriores.

CONCLUSIONES: Conclusiones: los planes de cuidados en pacientes de ingreso prolongado, presentan más necesidades valoradas, existiendo tendencia a la focalización en episodios con ingresos breves; destaca el escaso número de valoraciones posteriores, sobre todo en pacientes quirúrgicos, ya que la intervención quirúrgica supone un cambio en las necesidades; en la formulación de etiquetas diagnósticas se observan fallos métodológicos, falta de factor, manifestación o ambos; en los NOC, sobresale que en la mayoría de los episodios sólo aparezca la puntuación inicial del indicador, esto sería justificable en diagnósticos de riesgo, no en diagnósticos reales en los que solucionado el problema, la puntuación del indicador debería variar; la gran mayoría de episodios contienen informe de continuidad de cuidados métodológicamente correcto. Se puede concluir que los fallos métodológicos estimados se han confirmado, con diferente intensidad dependiendo de las fases del Proceso de Cuidados, por lo que es necesario introducir mejoras que han de concentrarse en la definición diagnóstica, de resultados y de continuidad.

PALABRAS CLAVE: Procesos, de , Enfermería

1602 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 12:10 h.

¿Y POR QUÉ NO? .. ¿ACREDITAR BAJO EFQM LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN?

Rodríguez- Diez Mercedes (1), García- Rodríguez Pilar (2), Freile- García Sabina (2), Fernández- Gutiérrez Miguel Ángel (2), Cosio- Mendez Carmen (2), Sutil- Sarmientoazucena (2)

(1) Área de Formación y Calidad - Dirección de Enfermería, Complejo Asistencial Universitario de Leon. (2) Dirección de Enfermería, Complejo Asistencial Universitario de Leon.

OBJETIVOS:

• Presentar en este foro tan indicado una iniciativa novedosa (no consta a nivel nacional, Fuente: AENOR y Club Gestión, = EFQM España) otra dirección de enfermería acreditada EFQM.

• Difundir una estupenda fórmula de transmitirle a la sociedad (criterio 8 del modelo) que su Hospital de referencia le ofrece las máximas garantías de calidad

• Despertar interés en reconocimientos innovadores como acreditar la gestión enfermera

• Aportar herramientas de gestión innovadoras en una dirección de enfermería tales como mapa de procesos, pacto de stocks, procedimientos de trazabilidad del material quirúrgico ...

MATERIAL: Contamos con una representación muestral suficiente del mismo en las diversas fases proyecto. Dirección de Enfermería 3,Supervisoras de Área 7,Supervisoras de unidad 30,enfermeras 60,TCAE 40.
Las entrevistas, reuniones, SESIONES, jornadas previstas en las fases del proceso permitieron una vez concluidas haber establecido un conjunto de indicadores de gestión sanitaria de la enfermería que materializó la "excelencia" en la prestación de la atención de enfermería hospitalaria
La asistencia técnica contratada ha sido la encargada de efectuar su posterior análisis y tabulación de la información obtenida de cara a su conversión en el referente objeto del título del proyecto.
En cuanto al plan de trabajo una vez presentado el cronograma se desarrollan las siguientes fases ente noviembre de 2009 y mayo de 2010:
Presentación a dirección de enfermería del Enfoque del plan EFQM
Constitución del equipo de proyecto segmentado por colectivos
Jornada de arranque con el equipo EFQM
Jornadas de Formación EFQM del equipo (Nivel iniciación)
Autoevaluación de la Dirección de Enfermería (Diagnóstico inicial)
Informe de áreas / indicadores de mejora
Clasificación de indicadores por áreas de gestión / mejora (Pre-Modelo)
Presentación del informe de pre-modelo a dirección de enfermería
Validación del mismo (=Modelo)
Difusión interna del mismo (Vertical : Dirección -> Supervisión)
Auditoría interna (Validación)
Acreditación externa (sello bronce)

RESULTADOS: Listado de buenas prácticas de gestión por procesos en dirección de enfermería tales como:

- Manual Integral de Funcionamiento: Contemplando los principales procesos internos agrupados en torno al mapa de procesos, con lo que ello clarifica a las/os profesionales que componemos el colectivo enfermero de todo hospital
- Pacto de stocks, tan urgido en estos momentos ante el entorno económico que vivimos y que en tanto contribuye a un proceso estratégico como el Plan Anual de Gestión del hospital
- Trazabilidad del material quirúrgico, dado su impacto en la amortización de quirófanos (minimizando la suspensión de intervenciones achacables a la gestión enfermera del material), proceso aquel clave a nivel operativo de todo hospital.

CONCLUSIONES: -Ofrecer un claro esquema de los pasos a seguir para que una dirección de enfermería (p.e. según la experiencia del complejo asistencial de León) se pueda acreditar bajo el sello EFQM de calidad europea (con doble ámbito de validez, nacional y europeo). -

PALABRAS CLAVE: EFQM, Gestión, PROCESOS

1613 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 12:20 h.

¿NUESTRA OPINIÓN SE TIENE EN CUENTA? REPERCUSIÓN DE LAS OPINIONES RECOGIDAS EN LOS GRUPOS FOCALES

Taboada-Gómez J (1), Castelo-Zas S (1), Valenciano-González A (1)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital de Mendaro.

OBJETIVOS: Comparar la utilidad de los resultados obtenidos mediante los grupos focales con la información recogida mediante encuestas clásicas de opinión.

Establecer un método de identificación de necesidades que se transforme en una fuente de detección de problemas latentes.

MATERIAL: Se realizaron 6 SESIONES de grupo focal, donde se analizaron aspectos concretos de las interacciones entre determinados procesos de apoyo y los Procesos Asistenciales (Hospitalización, Consultas externas y Urgencias). Las áreas tratadas fueron: Comunicación, Producto final y otros (trato y atención, respuesta a las quejas, etc.) Estas áreas se establecieron en base a las dimensiones que se exploran en las encuestas de opinión de cada proceso.

En las SESIONES participaron 41 profesionales sanitarios, no sólo pertenecientes al hospital sino que también había profesionales de Atención Primaria que tienen relación con alguno de los procesos valorados.

El resultado de cada grupo consistía en un informe donde, además de la transcripción de la reunión, se destacaban las ideas principales de la reunión, bien como punto fuerte bien como área de mejora.

En la revisión de los informes de los grupos con cada gestor de proceso, se prestaba especial atención a las áreas de mejora identificadas y se valoraba la necesidad o no de introducir una mejora en el proceso. En muchos casos el gestor del proceso manifestaba que algunas de esos problemas eran conocidos pero que por diferentes razones no se habían podido abordar. En otros casos, sin embargo, el gestor no era consciente de que existiese un problema.

RESULTADOS: El resultado de los informes de los 6 grupos focales se tradujo en 80 hallazgos, 42 de los cuales se consideraron como potenciales áreas de mejora. De éstas, 15 (35,72%) se trasladaron a los planes de gestión anuales para abordarlos con un plan de actividades específico. Del conjunto de los 80 hallazgos, tan sólo hubo 8 (10%) que se consideró irrelevante. Diecisiete de los 80 hallazgos (21,25%) se solucionó inmediatamente después de recibir el informe y para 37 (46,25%)se plantearon acciones a medio-largo plazo.

Lo más interesante del informe es que sirvió para la detección de problemas (de comunicación y de cartera de servicios) que con la encuesta de opinión que utilizábamos hasta entonces no se habrían detectado.

CONCLUSIONES: La opinión de los profesionales que participaron en los grupos focales ha sido tenido en cuenta.

Tan sólo un 10% de las opiniones se ha considerado irrelevante.

La técnica de Grupos Focales permite detectar problemas que pasan desapercibidos para las encuestas de opinión.

PALABRAS CLAVE: Grupos focales, Interacciones, Mejora de procesos

1430 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 10 – Sesión: 35 – 21/10/2010, 12:30 h.

ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN EFICIENTE DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCEMIA CAPILAR

Escudero Batalla, Fernando (1), Estepa Muñoz, Montserrat (2), Gómez Montero, Gerardo (2), Sarrión Bravo, Juan Antonio (2), Rodríguez Martínez, María Ángeles (2)

(1) Dirección de Gestión, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid. (2) Dirección de Enfermería, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid.

OBJETIVOS: Evaluar el resultado de la implantación de diversas estrategias llevadas a cabo por Atención Primaria en el Área 2 de la Comunidad de Madrid entre los ejercicios 2008 y 2009 con el fin de conseguir una gestión eficiente de tiras reactivas de glucemia capilar para pacientes diabéticos.

MATERIAL: A mediados del ejercicio 2007 se observa un gran incremento en el consumo de tiras reactivas de glucemia capilar. Tras un análisis, se detecta la necesidad de adecuar las pautas de autoánalisis de los pacientes diabéticos según su situación clínica, siguiendo las recomendaciones científicas existentes.

Así, se establecen diversas estrategias, que se implantan a partir de febrero de 2008.

- Adecuación del circuito de entrega de tiras, pasando a realizarse por la enfermera en consulta concertada, en lugar de por la auxiliar de enfermería a demanda.
- Optimización, modificación e informatización del protocolo de entrega de material a pacientes diabéticos.
- Difusión y aplicación del Documento Técnico sobre Control de la Glucemia Capilar en pacientes diabéticos para la Comunidad de Madrid.
- Control de Stocks y caducidades en los almacenes de los centros.
- Seguimiento mensual de indicadores (DGPs Protocolo) por medio del registro en historia clínica electrónica (OMI-AP).
- Asignación centralizada de tiras por Centro en función de pacientes diabéticos según tratamiento y grado de control.
- Inclusión de pacientes en proyectos de educación terapéutica, incidiendo en alimentación, estilo de vida y fármacos.

RESULTADOS: Del análisis de la evolución en los envases consumidos entre los ejercicios 2001 a 2007, considerando la media de las salidas de almacén efectuadas, se observó un gran incremento del año 2006 al 2007 que superaba la tendencia de los ejercicios anteriores.

Así, en 7 meses del 2007 se llevaban consumidas el 85% de las salidas producidas en 2006. Esta tendencia se confirmó al cierre del ejercicio con una desviación de un 54%.

Tras la implantación de las estrategias mencionadas y efectuando el mismo análisis, en el cierre del 2008 se redujeron los consumos un 15% respecto al ejercicio 2007.

El resultado al cierre del ejercicio 2009 no supone variación en el consumo respecto al 2008, aun cuando el número de pacientes diabéticos ha aumentado.

CONCLUSIONES: El análisis de los consumos de tiras reactivas de glucemia capilar entre los ejercicios 2007 a 2009 refleja la eficiencia de las estrategias implantadas, a pesar del aumento del número de pacientes diabéticos entre dichos ejercicios.

PALABRAS CLAVE: tiras reactivas, gestión eficiente, Estrategias de implantación

1546 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 15:40 h.

MEJORAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: LÍNEA ESTRATÈGICA IMPLANTADA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Bueno-Domínguez MJ (1), Vila-Solé R (2), Briansó-Florencio M (3), Tello-Galindo I. (4)

(1) Calidad, Grup SAGESSA. (2) Dirección de enfermería, Hospital universitari Sant Joan de Reus. (3) Planificación y estratégia, Grup SAGESSA. (4) Anestesia, Hospital universitari Sant Joan de Reus.

OBJETIVOS: Promover y desarrollar la seguridad clínica (SC) del paciente mediante diferentes estrategias y acciones en un hospital de agudos

MATERIAL: Se han implementado diferentes estrategias para implementar la línea estratégica de Seguridad Clínica:

- Definición de objetivos de SC a nivel de centro, servicios y profesionales. (2005-2010)
- Notificación de incidentes y efectos adversos en Intranet.
- Comisión de SC del centro (21 miembro) con reuniones periódicas mensuales.
- Constitución de grupo de análisis de notificaciones al buzón de incidentes (GANBI) para definir mejoras y publicación del análisis.
- Participación en proyectos del Departamento de Salud de la Generalitat, liderándose cada uno de ellos por un profesional y implementando mejoras en cada uno de ellos: Proyecto de SC basado en EFQM trabajando en las áreas de: intensivos, urgencias, hospitalización y quirófano, identificación de pacientes, lavado de manos, prevención de caídas, anestesia segura, cirugía segura y bacteriemia cero.
- Diseño de cuadro de mando con indicadores de SC i monitorización de los mismos de forma periódica y dependiendo la frecuencia según indicador. Indicadores definidos por los proyectos de SC como definidos por el propio centro o las sociedades científicas. Algunos de obtención directa informática, otros de revisión de documentación y otros de observación directa.
- Modificación y diseño de formularios específicos en la historia clínica informatizada para adecuar los registros a los requerimientos y posterior explotación de indicadores de centro y por servicio. Resaltamos la informatización del check-list de Cirugía Segura y la valoración del riesgo de caídas y su notificación.
- Formación y realización de AMFE y RCA.
- Formación de profesionales de urgencias como instructores de SC por la SEMES y pasación de la encuesta AHRQ.
- Formación on-line (lavado manos y caídas).
- Jornada anual (5ª) y sesión general de centro.
- Formación en acogida a nuevos profesionales.
- Audit semestral de implementación de objetivos.

RESULTADOS: Presentamos algunos valores de la última monitorización y en el congreso podemos mostrar el histórico de todos ellos y otros especificos de servicios:

Lavado de manos 62,45%, valoración riesgo de úlceras 96%, tasa de caídas 5,27/1000, úlceras nasocomiales 1,15%, valoración de riesgo de caídas 38,46%, flebitis 86, cumplimentación check-list 83%, identificación paciente 95,88%.

Notificaciones marzo-abril 28.

CONCLUSIONES: En la línea de SC participan todos los profesionales del centro y con implicación directa de la Dirección y de la Gerencia. Todos con un mismo objetivo común por lo que hemos podido implantar todas las actividades definidas, implicar a un mayor número de profesionales en la monitorización y por ello en la definición e implementación de acciones de mejora.

PALABRAS CLAVE: PROYECTOS SC, INDICADORES, NOTIFICACIONES

1549 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 15:50 h.

CICLO DE MEJORA EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE CATETER VENOSO CENTRAL EN UN HOSPITAL MONOGRÁFICO PEDIÁTRICO

Alcalá Jiménez R (1), Herreros López P (2), Gómez De Merodio Sarri R (3), Polo Parada A (3), Mateos Arroyo JA (4), Hernández Blázquez A (1)

(1) Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (2) Servicio de Oncohematología, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (3) Unidad de Calidad, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (4) SUPERVISION General de Enfermería, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

OBJETIVOS: Implantación de un ciclo de mejora en los cuidados de catéter venoso central (CVC) en pacientes pediátricos.

MATERIAL: Estudio prospectivo realizado durante 18 meses (15/12/08 a 15/05/10), en pacientes pediátricos ingresados en el Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús" que requieren colocación de CVC. Un grupo de trabajo compuesto por enfermeras, técnicos de calidad y especialista en Medicina Preventiva actualizaron los protocolos: cuidados de enfermería (CE) en la inserción y retirada de CVC, CE de CVC, CE extracciones sanguíneas de CVC y en obstrucción de CVC. Tras validación métodológica de los mismos por Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos, fueron implantados en todas las unidades de enfermería. El equipo creó hoja de control de calidad y registro de casos. Tras implantación de protocolos, las gráficas de enfermería fueron auditadas semanalmente desde colocación de CVC hasta retirada (las enfermeras responsables no eran conocedoras de esta acción). Los datos fueron analizados con paquete estadístico SPSS 17.0

RESULTADOS: Se analizaron datos de 36 pacientes (21 niños - 15 niñas, Edad: Mediana 4.58 años (rango: 0.1-16.6), que requirieron la colocación de 44 CVC durante el periodo de estudio. 31 pacientes portaron 1 sólo CVC, 4 portaron 2 y 1 portó 3. Zona de inserción: femoral 91,6%, subclavia 8,5%, yugular 0%. Días con CVC: Media: 20.84, Mediana: 21, Moda: 28 (rango: 7-42). Número de mediciones realizadas (n=118); Tiempo de permanencia de CVC: 7 días: 32,4%, 14 días: 25,7%, 21 días: 18,9%, 28 días: 14,9%, 35 días: 6,8%, 42 días: 1,4%. El 65% de los registros de la grafica de enfermería se realiza de forma completa. 100% con filtro. El 85% de las curas se realiza según protocolo. 27,1% de los CVC han precisado antifibrinolítico en algún momento. Los signos de sospecha de infección alcanzan niveles aceptables para el nivel de implantación del sistema. 100% puntas de CVC cultivadas

CONCLUSIONES: El registro sistemático de datos cualitativos y cuantitativos en cuidados de CVC en historia de enfermería constituye la única evidencia válida para la mejora

La mejora continua debe abarcar:

-Diseñar talleres de adiestramiento para enfermería.

-Aumentar eficiencia del diseño de la hoja de recogida de datos

-Aumentar eficiencia en la prevención de infección asociada a CVC

PALABRAS CLAVE: CATÉTER, CUIDADOS , REGISTRO

1550 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 16:00 h.

LA METODOLOGÍA DE PROYECTOS COLABORATIVOS COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. ¿SON LAS REDES DE APRENDIZAJE UN NUEVO DESAFÍO?

Orrego,C (1), Baneres, J (1), Sunol, R (1)

(1) Calidad Asistencial, Instituto Avedis Donabedian.

OBJETIVOS: *Justificación*:

En los últimos años se están llevando a cabo diversas iniciativas para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes.

Algunos de estos esfuerzos han implicado la utilización de la metodología colaborativa, como estrategia que enfatiza el aprendizaje a través de la dinamización e intercambio de experiencias entre organizaciones sanitarias, con el objetivo de promover la aplicación de buenas prácticas para unos temas concretos.

En el marco de la Alianza para la seguridad de los pacientes en Cataluña, promovida por el departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, se realizaron una serie de PC, como estrategia eje para impulsar mejoras en diversos ámbitos de atención.

Objetivos:

Evaluar la efectividad de una estrategia colaborativa en la mejora de la seguridad de pacientes

MATERIAL: Entre 2007 y 2009 se realizaron 6 proyectos colaborativos (PC) multicéntricos orientados a la prevención de caídas (C), eventos relacionados con la vía aérea difícil (VA), eventos cardiovasculares perioperatorios(EC), complicaciones del manejo de pacientes politraumatizados(PT)e infección quirúrgica en cirugía colorectal (IC)

La intervención implicó: participación voluntaria de centros, reuniones de aprendizaje, elaboración y difusión de material informativo y formación y autoevaluación de indicadores

Evaluación prospectiva de pacientes realizada en cortes transversales seriados, durante 6-8 meses .

RESULTADOS: Se consiguió una alta participación de centros (46 centros en C, 18 en VA, 23 en EC, 10 en PT, y 19 en IC)

Se observaron importantes mejoras en los indicadores evaluados, destacando la aplicación de medidas de prevención de caídas (65% a 75%), la reducción de la tasa de caídas(2,9/1000 a 1,8/1000),la evaluación preanestésica de la via aéria (25,2% a 49,3%),la reducción de complicaciones cardiovasculares perioperatorias (5% a 3,5%), y realización de Rx tórax en box de trauma en pacientes con politraumatismo(45,2% a 62,3%)

No se consiguió cumplimiento de objetivos en la reducción de la infección quirúrgica en cirugía colorectal (16% v/s 24%), ni la mejora en el uso de técnicas alternativas en pacientes con vía aérea difícil (43,7 v/s 41,3)

En el análisis de los resultados por centro se identificó variabilidad de resultados entre centros.

CONCLUSIONES: La metodología de los PC parece ser una alternativa interesante para conseguir mejoras en cortos periodos de tiempo y en un tema en concreto.

El éxito en los resultados parece estar directamente influido por la estrategia de despliegue a nivel local.

Se requieren más estudios para analizar las barreras para la consecución de algunos indicadores, y evaluar factores que puedan explicar la variabilidad entre centros.

PALABRAS CLAVE: Seguridad , Colaborativos, Prácticas seguras

1551 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 16:10 h.

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFOCAL COLABORATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS

Orrego,C (1), Montana,M (2), Robles, D (3), Hilarion,P (4), Moreno,P (5), Baneres,J (4)

(1) Calidad Asistencial, Insituto Univesitario Avedis Donabedian. (2) Formació, Corporació Sanitària Parc Taulí. (3) Calidad Asistencial, Hospital Clínico de Barcelona. (4) Calidad Asistencial , Insituto Univesitario Avedis Donabedian. (5) Calidad Asistencial , Instituto Universitario Avedis Donabedian.

OBJETIVOS: *Justificación*:

Existe evidencia que los pacientes ingresados tienen riesgo superior de sufrir una caída que aquellos que se encuentran en la comunidad.

Las caídas pueden aumentar el riesgo de complicaciones incluyendo: lesiones, fracturas, deterioro del paciente, pérdida de confianza al caminar y el medio de caer que caracteriza el síndrome post caída.

En el marco de la Alianza para la seguridad de los pacientes en Cataluña, promovida por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya,se llevó a cabo un proyecto colaborativo para la reducción de las caídas.

Objetivos:

1.- Evaluar el efecto de una estrategia de implantación multifocal colaborativa en la aplicación de medidas de prevención de caídas

2.- Evaluar el efecto de la estrategia de en la reducción de la frecuencia de caídas en pacientes ingresados.

MATERIAL: Estudio multicéntrico de series temporales, con un período de evaluación pre y post intervención (4 series previas a la intervención y 8 series posteriores a la intervención) realizado durante entre los años 2007 y 2008.

Participan 12 centros sociosanitarios y 34 hospitales de agudos de Cataluña (que incluyen unidades médicas, quirúrgicas, traumáticas y de salud mental).

Para la recogida de caídas, se realiza una vigilancia activa diaria en cada unidad participante.

Para la evaluación de medidas preventivas, se realizan cortes quincenales.

Se realizan estrategias de difusión, formación, identificación del riesgo, audit y feedback de los indicadores evaluados

RESULTADOS: Del total de 46 centros participantes, durante el período de observación, se evalúan 483.629 días de estancia durante los cuales se documentan 1088 caídas, que representan una tasa de caídas de 2,25 caídas por 1000 días de estancia.

El análisis de datos de series temporales nos indica una mejora en la aplicación global de las medidas (65% a 75%)

Las medidas que han representado o un mayor incremento son las estándar, y un incremento más limitado las relacionadas con control de factores de riesgo.

Se evidencia también una reducción en la tasa de caídas, iniciando en una tasa de 2,9 en la fase pre-intervención a 1,8 caídas por 1000 días de estancia en la post-intervención.

Se ha identificado los principales riesgos de caídas y el perfil del paciente que de los centros participantes.

CONCLUSIONES: Se ha podido objetivas una relación inversa entre la incidencia de caídas y la aplicación de medidas preventivas.

La estrategia ha generado un gran interés y motivación interés por parte de los centros, por lo que puede ser interesante ampliar su nivel de implementación.

Es necesario realizar más estudios para evaluar qué medidas preventivas e intervenciones propuestas podrían tener un papel más relevante en la consecución de la reducción de caídas, por tal de centrar esfuerzos en las medidas clave.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, CAÍDAS , Prácticas seguras

1556 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 16:20 h.

ELABORACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS: ENFOQUE DE SEGURIDAD PARA PACIENTES Y PROFESIONALES

Ruíz Pato J (1), Herreros López P (1), Martín-Ventas Sánchez S (1), Aleza Esteras S (1), Ladero M (2), Gómez De Merodio Sarri R (3)

(1) Servicio de Oncohematología, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (2) Servicio de Farmacia, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (3) Unidad de Calidad, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

OBJETIVOS: Garantizar la seguridad del paciente evitando errores en la administración y monitorización de los citostáticos, así como la protección de profesionales ante la preparación y administración de citostáticos.

MATERIAL: Se certificó el sistema de gestión de la calidad del Servicio de Farmacia según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008

El equipo de farmacéuticos elaboró e implantó un procedimiento para la preparación de citostáticos y una hoja de elaboración para los mismos; la validación la realizan diferentes profesionales en cada etapa del proceso. En la elaboración, bajo campana de flujo laminar, se introducen nuevos dispositivos de barrera: conectores sellados microbiológicamente, y alargaderas.

Implantación del sistema de gestión de la calidad en la Unidad de Trasplante de progenitores hematopoyéticos basado en los estándares del Comité JACIE (Joint Accreditation Comité ISCT-EBMT –International Society Cellular Therapy- European Group for Blood and Marrow Transplantation-).

El equipo de enfermería del Servicio de Oncohematología establece requisitos de formación inicial tutorizada y/o adiestramiento específico previo en el manejo de los citostáticos. De igual forma, se realizan 25 procedimientos de trabajo relativos a administración de todos los citostáticos potencialmente administrables a un paciente.

Se establece un circuito seguro para la administración que implica la doble verificación por parte de dos enfermeras; Se introduce medida física de barrera para la administración de los citotóxicos consistentes en un sistema en árbol con conectores sellados microbiológicamente

Se ha creado una hoja de registro de incidencias para todo el proceso con el objetivo de evaluar la eficacia de las acciones.

RESULTADOS: Disminución del riesgo de errores en la elaboración y administración como resultado de la implantación de sistemas anti-error.

Disminución del riesgo de inhalación por aerosoles de citotóxicos para el profesional y el entorno familiar.

Disminución el riesgo de derrame o de inoculación accidental en la manipulación del fármaco.

CONCLUSIONES: Los circuitos de elaboración y administración con medidas de doble verificación suponen un método eficaz como prevención a la aparición de sucesos que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

Las medidas de barrera consistentes en sistemas sellados microbiológicamente se constituyen en un sistema eficaz de protección para pacientes y profesionales.

PALABRAS CLAVE: CITOSTÁTICOS, SEGURIDAD, ADMINISTRACIÓN

1559 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 16:30 h.

AMFE PARA EVALUACIÓN DEL PROCESO EQUIPO DE COORDINACIÓN AVANZADA EN ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA SANITARIA.

Bocanegra-Pérez A (1), De Castro-García S. (2), Naranjo -Sánchez MA (1), Tejedor-Sánchez A (3), Coca-Boronat E (1)

(1) 061-SP Malaga, Empresa Publica Emergencias Sanitarias. (2) 061-SP Jaen, Empresa Publica Emergencias Sanitarias. (3) Unidad Mejora Continua, Empresa Publica Emergencias Sanitarias.

OBJETIVOS: Los Equipos de Coordinación Avanzados (ECA) de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), son unidades móviles de emergencias constituidos con un profesional de enfermería y un Técnico de Emergencias Sanitarias, disponiendo del profesional médico de forma virtual en los centros de coordinación.

El proceso de asistencia de estos equipos, está identificado como un proceso de alto nivel de complejidad debido a que:

- Intervienen distintos niveles asistenciales.
- Depende de una amplia interacción humana y transmisión de información.
- Dispone de una Estandarización deficiente.
- Se realiza actividades bajo presión.

Objetivos: Identificar los puntos débiles en el proceso asistencial ECA de EPES tras la realización de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), con el fin de establecer las acciones de mejora que resulten para minimizar o eliminar las consecuencias de los fallos.

MATERIAL: Material: Los recursos empleados son datos del servicio, documentación de empresa, procedimientos de trabajo y experiencia de profesionales. El grupo de trabajo lo constituyen profesionales sanitarios que trabajan en Equipos de Emergencia, ECA, y Sala de Coordinación de EPES. El trabajo se iniciará con un diagrama del proceso ECA donde se identificará gráficamente las características, especificaciones y elementos que lo integran. Posteriormente se utilizará la técnica AMFE para, identificar los fallos, sus causas y jerarquizarlos en cada paso del proceso. Finalmente se diseñarán las acciones de mejora que minimice o elimine las consecuencias de los fallos, para lo cual se desarrollará un esquema de implementación de mejoras.

Método: AMFE como método prospectivo y sistemático para identificar y prevenir los problemas.

RESULTADOS: Resultados: Los puntos críticos analizados en los que se detectan mejoras para la mejor adaptación de este recurso a la demanda asistencial son:

- Criterios de asignación del ECA por tipo de demanda.
- Recogida de datos y transmisión de los mismos al CCUE.
- Transmisión y aplicación de medidas terapéuticas y asignación de otros recursos.
- Resolución del ECA.

CONCLUSIONES: Conclusiones: La realización del AMFE sobre el proceso ECA, nos ha permitido conocer mejor el procedimiento y detectar los puntos más débiles con los que contamos. El conocimiento de los puntos más críticos nos facilita establecer las medidas correctoras que evitan su aparición o minimizan sus consecuencias. Nos ha ayudado a incrementar la cultura de seguridad, haciéndonos reflexionar sobre la necesidad y posibilidad de minimización de los riesgos.

PALABRAS CLAVE: ECA, AMFE, EMERGENCIA

1628 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 16:40 h.

ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS

Terón-Martínez MJ (1), Iniesta-Sánchez J (1), Sáez-Soto Ar (1), Ros-García Vm (1), Talave-López J (1), Corbalán- Dólera C (1)

(1) Dirección de Enfermería, H.G.U. Reina Sofía.

OBJETIVOS: En el año 2005 se realiza un procedimiento para la comunicación de las caídas que se producen en el hospital, incluye un registro para la de las mismas, se establece un circuito para comunicar a la unidad de calidad el suceso adverso, que queda incorporado a la base de datos sobre la que se realiza el cómputo anual de incidencia de caídas, para monitorización de las mismas.

Objetivo:

Conocer la evolución de los datos registrados, así como, los factores favorecedores de la caída y sus consecuencias.

MATERIAL: Análisis descriptivo de los registros de notificación de sucesos adversos: caídas, estructurado por patrones funcionales, y con un apartado para recogida de características de la situación en la que se produce la caída y sus consecuencias. Durante el periodo 2006-2009.

Variables estudiadas:

C1:Nº de caídas declaradas por año
C2: Caídas durante la noche
C3: Pacientes mayores de 65 años
C4: Más de 6 días de ingreso
C5: Multitratamiento
C6: Se encuentra solo
C7: Caídas previas
C8: Dificultad en la marcha
C9: Acostado
C10: Ir al aseo
C11: Levantarse de la cama
C12: Levantarse del sillón
C13: Barandilla bajada
C14: Suelo mojado.
C15: Ninguna consecuencia
C16: Herida superficial
C17: Fractura
C18: Consecuencia grave
C 19: Defunción.

Los datos obtenidos se procesan, expresándose en porcentajes.

RESULTADOS: La muestra analizada ha sido el número de caídas declaradas al año. Los resultados de los criterios corresponden al periodo 2006-2009 correlativamente.

C1: 44, 96, 140, 113
C2: 57%,46%, 54%, 53%
C3: 64%, 79%, 75%, 72%
C4: 63%, 44%, 53%, 57%
C5: 50%, 50%, 62%, 51%
C6: 43%, 51%, 70%, 63%
C7: 20%, 30%, 31%, 27%
C8: 34%, 44%, 41%, 41%
C9: 41%, 11%, 25%, 15%
C10: 32%, 17%, 20%, 38%
C11: 6%, 34%, 20%, 18%
C12: 9%, 9%, 6%, 9%
C13: 14%, 3%, 7%, 6%
C14: 21%, 13%, 16%,19%
C15: 51%, 75%, 71%, 66%
C16:49%, 25%, 28%, 34%
C17: 0%, 0%,1%, 0%
C18: 0%, 0%, 0%, 0%
C19: 0%, 0%, 0%, 0%

CONCLUSIONES: Aumento del número de declaración de caídas lo que implica adherencia a la comunicación de las mismas.
Se puede definir el perfil estándar de la persona que se cae:
Se caen más las personas con autonomía para la deambulación.
Se caen durante el aseo en el baño al estar el suelo mojado. Ninguna consecuencia o herida superficial

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, NOTIFICACION, ANÁLISIS

1638 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 16:50 h.

IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE COMPROBACIÓN (CHECKLIST) PARA LA VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE INCIDENTES PERIOPERATORIOS EN TRES ESPECIALIDADES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sallés-Creus M (1), González-López E (1), Prat-Marin A (1), Combalia-Aleu G (2), Mena-Pinilla G (1), Trilla-García A (1)

(1) Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínico. (2) Instituto de Especialidades Médicas y Especialidades Quirúrgicas, Hospital Clínico.

OBJETIVOS: Implantar un checklist para asegurar que toda la información relevante referida al paciente y al procedimiento quirúrgico, esta disponible antes de iniciar la intervención y así mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica, evaluar su cumplimiento y fomentar la cultura de seguridad en el personal de quirófano.

MATERIAL: Implementación del checklist recomendado por la OMS (Programa "Safe Surgery Saves Lives") en el que se incluyeron los procedimientos quirúrgicos correspondientes a las especialidades de traumatología, otorrinolaringología y máxilofacial desarrollados entre el 15 de Abril del 2009 y el 14 de Abril del 2010.

Se constituyó un grupo multidisciplinar con los responsables de las áreas implicadas en Enero del 2009. Se efectuó una valoración del checklist de la OMS por parte de cirujanos, anestesistas y enfermeras consensuándose una versión adaptada a la realidad funcional del centro. A continuación se desarrollo una campaña divulgativa y de formación mediante SESIONES informativas y distribución de pósters. Cuando llega el enfermo a quirófano la persona que realiza el registro del checklist es la enfermera de anestesia, siendo la enfermera circulante la encargada de registrar los apartados al inicio y final de la intervención.

A lo largo del periodo de implantación se han efectuado tres cortes de observación para evaluar el nivel de cumplimientote los diferentes elementos del formulario en cada uno de los momentos clave.

RESULTADOS: Se aplicó el checklist a un total de 1153 pacientes, con un grado de cumplimiento global del 86,4 %, (en la verificación preoperatoria fue del 86,8 %, en la pausa preoperatoria fue del 79,73 % y en la verificación postoperatoria fue del 92,6 %).

En las observaciones directas, se observaron 342 pacientes y el nivel de cumplimiento global fue del 97,7 %.

CONCLUSIONES: La aplicación de una metodología estandarizada de evaluación del cumplimiento en el registro del checklist es una herramienta eficaz que sistematiza y protocoliza la práctica y fomenta la comunicación entre los diferentes profesionales. Al mismo tiempo creemos que mejora la seguridad del paciente en el área quirúrgica y contribuye a fomentar la cultura de seguridad entre el personal sanitario.

PALABRAS CLAVE: Seguridad Quirúrgica, Check List quirúrgico

1639 | Seguridad

Sala 10 – Sesión: 46 – 21/10/2010, 17:00 h.

VALORACIÓN DEL PROCESO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES

Segado Jiménez MI (1), Arias Delgado J (2), Domínguez Hevella F (1), Casas García MI (1), López Pérez L (1), Izquierdo Gutiérrez C (1)

(1) Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del dolor, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Servicio de Farmacia Hospitalaria. , Complexo Hospitalario de Ourense.

OBJETIVOS: -Estudiar la valoración que hacen los pacientes de todo el proceso anestésico-quirúrgico.

-Identificar posibles errores o defectos susceptibles de mejora.

MATERIAL: Estudio descriptivo prospectivo de 102 pacientes postoperados encuestados aleatoriamente en la unidad de recuperación postanestésica previamente a su alta a planta. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo. Se obtuvieron datos demográficos y de valoración de todo el proceso asistencial. Análisis estadístico con SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS: Media de edad: 63,7±18,2; 53,9% mujeres y nivel de estudios: 61,8% primaria, 18,6% bachiller y 11,8% universitarios. Distribución por servicios quirúrgicos: 43,1% traumatología, 31,4% cirugía general, 9,8% urología, 7,8% cirugía vascular y 7,8% neurocirugía.

Se citó para la consulta preanestésica con una antelación media de 9,15±6,01 días, lo que fue suficiente para el 94,1% de los pacientes. Respecto a la consulta preanestésica, los pacientes reconocieron haber recibido información acerca de los siguientes contenidos en: explicación del tipo de anestesia que recibirían 100%, explicación de los riesgos generales de la anestesia 70,6% y de los personalizados 47,1%, sólo leyó el consentimiento informado el 11,8% , se les explicó todo el proceso asistencial 84,3%, se les ofreció la posibilidad de preguntar sus dudas 60,8%, les pareció suficiente el tiempo dedicado 88,2% y salieron más tranquilos el 92,2%.

Respecto de la identificación del personal; en consulta se presentaron 76,5% anestesiólogo y 21,6% enfermería; en quirófano 73,5% anestesiólogo (22,5% en esclusa, 29,4% en antequirófano, 21,6% en quirófano), 41,2% enfermería y 41,2% cirujano; en URPA 27,5% anestesiólogo y 56,9% enfermería.

El 100% de los pacientes volvieron a ser interrogados sobre su historial médico y se completó el check-list previo a la intervención quirúrgica.

En el área quirúrgica sólo el 5,9% refiere haber sido tratado con descuido, el 2% escuchar hablar al personal sobre su enfermedad delante de él, el 15,7% escuchó hablar despreocupadamente al personal sobre temas no profesionales y sólo el 36,3% de los pacientes recuerda que al finalizar la intervención el cirujano le informase del resultado de la misma (cirugía general y traumatología obtienen mejor porcentaje, pero sin llegar a la significación estadística ($p<0,05$)).

El tipo de anestesia recibido: 44,1% anestesia general y 24,5% anestesia combinada, coincidiendo con el tipo de anestesia que se le explicó al paciente que recibiría en la consulta en el 87,3%. El recuerdo de los pacientes tras la anestesia fue agradable en el 88,2% y no tuvieron ningún tipo de recuerdo el 11,8%.

Valoraron la información recibida: en consulta fue buena 29,4%, muy buena 41,2% y excelente 15,7%. En el quirófano: buena 19,6%, muy buena 43,1% y excelente 10,8%. En la URPA: buena 29,4%, muy buena 49% y excelente 3,9%. Valoración general de la atención recibida: muy buena 43,1%, excelente 37,1%.

Problemas detectados: 2% trato, 14,7% organización.

El 65,7% tuvo un dolor postoperatorio medido por EVA < 4, y fue tratado satisfactoriamente en 91,2%.

CONCLUSIONES: En todo proceso asistencial es vital la revisión e identificación de problemas para la mejora en la satisfacción y seguridad del paciente. Resulta imperativo una correcta identificación del personal sanitario (verbal, tarjetas) así como aumentar la información postoperatoria.

PALABRAS CLAVE: Valoración, Seguridad, Errores

comunicaciones
póster



XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

comunicaciones póster

índice de comunicaciones póster

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 11

Sesión 11: Investigación/Formación en Calidad

Moderadora: ***Adelina Fernández García***

AGENTES GENERADORES DE RUIDO HOSPITALARIO HOSPITAL GUADARRAMA 2008 ..... **413**

González-Soria J (1), López-Prieto C (2), Núñez-Castelo Baeza M (3), Rey-Pérez T (4), Vidal-Carmona E (1), Villoria-Arroyo A (5)

(1) Jefe Unidad Funcional de Enfermería, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid. (2) Trabajo Social, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid. (3) Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid. (4) Unidad de Cuidados Agudos, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid. (5) Servicios Generales, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid.

ESTUDIO DE COLONIZACIÓN BACTERIANA EN BATAS MÉDICAS DE UN SERVICIO QUIRÚRGICO **413**

Arocena Cedrón Mg (1), Sota Busselo M (2), Hernánez Hernández JM (3), Arana De la Torre A (1), Sendino Cañizares P (1), Colina Alonso A (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Unidad de Gestión Clínica(Dr. Colina), Hospital de Cruces. (2) Servicio de Microbiología, Hospital de Cruces. (3) Servicio de Medicina Preventiva, Hospital de Cruces.

MEJORA EN LA FORMACIÓN DEL ENFERMERO INTERINO RESIDENTE EN LA UNIDAD DOCENTE(UDM) DE MATRONAS DE TOLEDO **414**

Tudela-Machuca C (1), Sánchez-Rentero S (2), Gomez-Cantarino S (1), Duque-Teomiro C (1), Rodríguez-Rojas MJ (1), De la Cruz-Acosta G (1)

(1) Unidad Docente de Matronas, Complejo Hospitalario de Toledo. (2) Materno-Infantil, Complejo Hospitalario de Toledo.

PROYECTO DE MEJORA: IMPLANTACIÓN DE CONSULTAS PRECONCEPCIONALES (CP) POR LAS MATRONAS EN EL VAL MIÑOR **414**

López Ozores, Yemina (1), Pereiro Bamgueses. Ángeles (1), Sanromán Varela,María José (1)

(1) Atención Primaria, Sergas.

FORMACIÓN EN CALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO **415**

Ana Begoña Vilela González (1), María Luz Lago Vázquez (2), Concepción Suárez Bermúdez (3)

(1) Servizo de Aprovisionamento, Servizo Galego de Saúde. (2) Servizo de Diálise - C.H.U. de Santiago, Servizo Galego de Saúde. (3) Servizo de Aprovisionamento, Servizo Galego de Saúde.

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON EPOC **415**

Magre-Aguilar J (1), Vallejo García E (1), Alegre-Bultó C (1), Boqué-Cavallé M (1)

(1) Enfermería, FASS.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL **416**

Juan A. Garrido Sanjuan (1), Luis Ramil Hermida (2), Antonio Acevedo Prado (3), Romina Vázquez Golpe (4), José Rey Aneiros (5), Luis Verde Remeseiro (6)

(1) Medicina Interna - Docencia, Área Sanitaria de Ferrol. (2) Atención Primaria - Docencia, Área Sanitaria Ferrol. (3) Coordinador de Calidad,Docencia e Investigación, Área Sanitaria de Ferrol. (4) Urgencias, Área Sanitaria de Ferrol. (5) Gerente de Procesos - Dirección, Área Sanitaria de Ferrol. (6) Director Área Sanitaria, Área Sanitaria de Ferrol.

ANÁLISIS DEL TIEMPO COMO FACTOR CLAVE EN LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA **416**

García-Pérez M. (1), Lorente-Fernández Mf (2), Ribera Coves M (2), Miro Juan Al. (1), Seguí-Llorens JA (3), González-Álvarez I (4)

(1) Radiología, Hospital Universitario de San Juan. (2) Radiología, Hospital universitario de San Juan. (3) Radiología, Hospital Universitario de SAn Juan . (4) Radiología, Hospital Universitario de SAn Juan.

ADECUACIÓN DE DEMANDA Y MEJORA DE ACCESIBILIDAD PARA ESTUDIOS DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL SUEÑO **417**

Mariño Fernández MB. (1), Casan Clara P (2), Tamayo Canillas MI (1), López González FJ (2), Farpón Gil A. (1)

(1) Admisión y Documentación Clínica, Hospital Central Universitario de Asturias. (2) Área de Gestión Clínica del Pulmón, Hospital Central Universitario de Asturias.

¿QUÉ ELEMENTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE PREDICEN LA SATISFACCIÓN CON EL MÉDICO ESPECIALISTA?. 417
Mira JJ (1), Pérez V (1), Carballo JI (1), Navarro IM (1), Guilabert M (1), Rodríguez-Marín J (1)
(1) Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández.

LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO ENFERMERO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN..... 418
Vallejo-García E (1), Molina-Rojas J (1), Magre-Aguilar J (1), Boqué-Cavallé M (1), Prats-Teixell P (1), Mendoza-Borràs J (1)
(1) enfermería, FASS.

PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA MÁS..... 418
Guerrero-Díaz B (1), Ros-Martínez E (1), Ramirez-Espín F (1), Luquin-Martínez R (1), Cánovas-Inglés A (1), Sánchez-Rodríguez F (1)
(1) Atención Primaria, Centro de Salud Virgen de la Caridad.

PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL DE LA UAU DE UN EAP..... 419
Jordi Gascón Ferret (1), Eva Marimón Virgili (1), Araceli Muñoz Roldán (1), Natalia Hurtado Colmenero (1), Andreu Baiget Ortega (1), Oriol Quesada Macías (1)
(1) Unidad de Atención al Usuario, CASAP Can Bou.

LA FORMACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA MEJORA CONTINUA EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID..... 419
Díaz-López Y (1), Ballarín- Bardají, M (2), Almodovar Carretón, MJ (3), Siguín-Gómez, R (3), Saíz-Fernández, LC (3), Más-Cebrián, E (4)
(1) Calidad, Gerencia de Atención Primaria Área 7 de Madrid . (2) Director Gerente, Gerencia de Atención Primaria Área 7 de Madrid . (3) Farmacia, Gerencia de Atención Primaria Área 7 de Madrid . (4) Directora de Gestión, Gerencia de Atención Primaria Área 7 de Madrid .

DE LA INVESTIGACIÓN, A LA CALIDAD: UN CAMINO CON TRANSBORDO..... 420
Candia B, (1), Garrido MJ (1), Larriba L, (2)
(1) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad Técnica de Medio Ambiente y Calidad no Asistencial, CHUAC-SERGAS.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CORONARIOS. 420
Torreiro Pampin M.L. (1), Sánchez Fernández M.C (2), Reino- Maceiras.M.V. (2)
(1) Unidad CoronariaS, CHUS. (2) Unidad Coronaria, CHUS.

DISEÑO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA, PARA INCREMENTAR LA ADHESIÓN DE LOS PROFESIONALES. 421
Iniesta-Sánchez J. (1), Sáez-Soto Ar (1), Rodríguez- Mondéjar JJ (1), Muñoz- Pérez G (1), Talave-López J (1), Terón- Martínez MJ. (1)
(1) Dirección de Enfermería, H.G.U. Reina Sofía de Murcia.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 11

Sesión 21: Seguridad

Moderador: ***Fernando Palacio Lapuente***

CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ALINEACIÓN DE LAS ATR..... 421

León-Muñoz VJ (1)

(1) Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Vega del Río Segura.

PONER EN RADAR: MEDICINA PERIOPERATORIA, SEGURIDAD E INVESTIGACIÓN COMPARATIVA EN CIRUGÍA VASCULAR MAYOR CON HOSPITALIZACIÓN Y DE ALTO RIESGO..... 422

Marín-Gámez N. (1), Idem (2), MA Esteban (3), J. Moreno (4), Kessel-Sardiñas H. (5), L. Martínez-García (6)

(1) UGC Medicina Int perioperatoria, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (2) UGC Anestesia y Reanimación, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (3) UGC Medicina Int, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (4) UGC Cirugía Vascular, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (5) UGC MI-Geriatría, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (6) Dirección Corporativa., Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz.

CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN MAYORES DE 74 AÑOS INMOVILIZADOS DE UN CENTRO DE SALUD..... 422

Julián-Viñals R (1), Melgar- Borrego AB (2), Martín-Méndez L (1), Castell-Alcalá MV (1), Bermejo- Pablos O (3), Martínez-Patiño MD (4)

(1) Medicina, C.S. Dr. Castroviejo, Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. (2) Medicina, C.S. Ciudad de los Periodistas, Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. (3) Enfermería, C.S. Dr. Castroviejo, Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. (4) Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud.

PACIENTES POR LA SEGURIDAD DE PACIENTES.PACIENTES QUE ENSEÑAN, PACIENTES QUE APRENDEN..... 423

González-Rodríguez A (1), González-Formosos C (2), Martin-Rodríguez MD (3), Carreras-Viñas M (4), Menor-Rodríguez MJ (5), Fiuza-Barreiro MB (4)

(1) Presidenta, Asociación de ayuda mutua Punto e Seguido (cáncer de mama). (2) Responsable Seguridad del Paciente, Gerencia AP Vigo. (3) Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Servicio Gallego de Salud. (4) Subdirección General de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Servicio Gallego de Salud. (5) Servicio de Atención al Ciudadano, Servicio Gallego de Salud.

ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA MEJORA DEL PROCESO DEL INGRESO DESDE URGENCIAS... 423

Larrañaga Aramburu JM (1), Aginaga Badiola JR. (2), Unanue Rogriguez S. (2), Olasagasti Herrero J. (2), Landa Jauregui J. (2), Ortega Durantez AM (2)

(1) Servicio de Urgencias Generales, Hospital Donostia. (2) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia.

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES:NUESTRO MEJOR REGALO ES SU SEGURIDAD..... 424

Esperón-Güimil JA (1), Costa-Mouriño MC (1), Rial-Fariña AI (2), Gómez-Maran L (2), Álvarez-García T (2), Villaverde-Arca I (2)

(1) Área de Calidad y Planificación de cuidados de enfermería, Complexo Hospitalario de Pontevedra. (2) Escuela Universitaria Enfermería de Pontevedra, Alumna Escuela Universitaria Enfermería.

RESULTADOS TRAS DOS AÑOS DE UN PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS..... 424

Cabadas-Avión R (1), Pazos-Jardón MC (2), Rey-Martínez M (2), Lago-Martínez V (2), Rodríguez-Pérez J (2), Groba-Pérez F (2)

(1) Servicio de Anestesia y Críticos, Hospital POVISA . (2) Unidad de Críticos, Hospital POVISA .

EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE UN HOSPITAL AL ESTUDIO EMOPEM..... 425

De Miguel-Bouzas JC (1), Villamayor-Blanco L (1), Alonso-De Castro (1), Freire-Vázquez C (1), Quintela-Porro V (2), Muñoz-Mella MA (3)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital POVISA . (2) Enfermería, Hospital POVISA . (3) Dirección de Enfermería, Hospital POVISA .

IMPACTO DEL "GESTOR DE INCIDENCIAS" EN RADIODIAGNÓSTICO, SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 425

Serrano-Sánchez S (1), Domínguez S, (2), Cernadas I, (3), Rimada D, (4), Candia B, (5)

(1) Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (2) Servicio de Informática , Complejo Hospitalario Universitario A Coruña . (3) Unidad de Formación. Coordinación Formación Técnicos, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (4) Servicio de Informática, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (5) Unidad de Calidad, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS DE SEGURIDAD RECOGIDAS, SEGÚN NIVEL DE GRAVEDAD, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL **426**

Preciado Barahona, MJ (1), Aranzabal Conde, MA (1), Pérez Gurruchaga, M (1), Arranz Izquierdo, A (1), Mauleon Echeverria, M.D (2), Uceda Ávila, M (1)

(1) Urgencias Genreales, Osakidetza. (2) Farmacia, Osakidetza.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO GALLEGO SOBRE HIGIENE DE MANOS E INFECCIÓNES.... **426**

Cueto-Baelo M (1), Martin-Rodríguez MD (2), De- LA -Concepción -Da -Silva (3), Abraira- García L (4), Millan- Chacinero C (5), Enriquez- De-Salamanca I (5)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y salud Publica, CHUVI. (2) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade, sergas. (3) Servicio de Medicina Preventiva y salud Publica, CHUVI. (4) Servicio de Medicina Preventiva y salud Publica, Hospital Comarcal O BARCO . (5) Medicina Preventiva, Hospital POVISA - Vigo.

PLAN DE ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES A PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD..... **427**

Rodríguez-Martínez MP (1), Gómez-Martínez J (1), Alarcón-Sabater P (2)

(1) Coordinación Plan de Agresiones. Dirección General de.Recursos Humanos., Servicio Murciano de Salud.. (2) Dirección General de.Recursos Humanos., Servicio Murciano de Salud..

AUMENTANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS..... **427**

Gastalver C (1), De Amuriza N (1), Jiménez MJ (1), Ferrari JM (1), Herreros De Tejeda A (1)

(1) Farmacia, Hospital 12 de Octubre.

LOS 8 DOMINIOS EN EL SEGUIMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA..... **428**

Rancaño-Rodríguez I (1), Menendez-Fraga MD (2), Herranz-González V (3), Vázquez-Valdés F (4), Ortega-Solís N (5), Díaz-Pérez JM (5)

(1) U. de Calidad - Dirección de Enfermería, Hospital Monte Naranco, SESPA. (2) U. de Calidad y Gestión de Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco, SESPA. (3) Dirección Gerencia, Hospital Monte Naranco, SESPA. (4) U. de Calidad y Gestión de Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco, SESPA. (5) Dirección de Enfermería, Hospital Monte Naranco, SESPA.

CAMBIO DE CULTURA TRAS PROGRAMA MULTIFACTORIAL: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO BACTERIEMIA ZERO..... **428**

González-Caro MD (1), Quesada Pérez MT (1), Nuñez-Sánchez JI (2), Martínez-Iglesias C (1), León-Cabezas MI (1), Atalaya-Povedano J (1)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Área Hospitalaria Virgen Macarena. (2) Materno Infantil, Área Hospitalaria Virgen Macarena.

CALIDAD EN LA CONTINUIDAD DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS **429**

García Ramos R (1), Rodríguez Jato T (1), Touris Lores M (1), González López J (1), Gutiérrez Veiga R (1), Lale Candal M (2)

(1) Farmacia, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Calidad, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

MONITORIZACIÓN Y ESTUDIO DE CAUSAS DE LA NO IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON PULSERA IDENTIFICATIVA (PI)..... **429**

Beteta-Fernández D (1), Pilar-Ferrer B (2), García-Jiménez C (3), Hellín-Monasterio J (4), Peñalver-Cedrán V (5), Iniesta-Alcaraz J (6)

(1) Unidad de Docencia-Formación Continuada, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (2) Dirección de enfermería- Coordinación de hospitalización, Farmacia y Unidad de Formación, Calidad e Investigación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (3) Dirección de Enfermería. Subdirectora del Área Quirúrgica, Servicio Centrales, Policlínico y Hospital de día., Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (4) Dirección de enfermería-Director de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (5) Dirección de Gestión. Jefe Servicio de Admisión, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (6) Dirección de Enfermería-Subdirección de Docencia y Recursos Económicos, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca..

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 12

Sesión 12: Sistemas de Gestión

Moderador: ***Ángel Facio Villanueva***

WEB 2.0: HERRAMIENTA DE DESARROLLO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA..... 430

Lorente-García PJ (1), Querol-Meseguer S (2), Ferrándiz-Sellés MD (3), De Leon-Belmar J (3), Sáez Baixauli D (2), Beltrán-Garrido JM (4)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Genaral de Castellón. (2) Unidad de Informática, Hospital General de Castellón. (3) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General de Castellón. (4) Servicio Medicina Preventiva. Unidad de Calidad Asistencial, Hospital General de Castellón.

INSTAURACIÓN DE LA WEB 2.0, HERRAMIENTA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD. 430

Lorente-García PJ (1), Querol-Meseguer S (2), Ferrándiz-Sellés MD (1), Sáez-Baixauli D (2), De Leon-Belmar (1), Beltrán-Garrido JM (3)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General de Castellón. (2) Unidad de Informática, Hospital General de Castellón. (3) Servicio Medicina Preventiva. Unidad de Calidad Asistencial, Hospital General de Castellón.

RESULTADOS ASISTENCIALES DE UNA CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA 431

Casariego E (1), Domínguez N (1), Basanta MD (2), López MJ (1), Pombo B (3), González MC (1)

(1) Medicina Interna. Hospital de Lugo, SERGAS. (2) Atención Primaria. CS Antas de Ulla, SERGAS. (3) M, SERGAS.

GASTO FARMACÉUTICO: IMPACTOS DE LA GESTIÓN SANITARIA INTEGRADA AP/AE Y LA GESTIÓN CLÍNICA. CEUTA 2005-09..... 431

Sánchez De Mora, D (1), Lopera J (2), Abdelkader M (3), Querol JC (4), Chavernas S (5), Guerra C (6)

(1) Gerencia de A. Primaria, INGESA- Ceuta. (2) Dirección Territorial, INGESA-Ceuta. (3) Gerencia A. Primaria, INGESA-Ceuta. (4) Gerencia Área, INGESA-Ceuta. (5) Unidad Farmacia de Área, INGESA-Ceuta. (6) Centro de Salud el Tarajal, INGESA-Ceuta.

COSTES DE NO CALIDAD EN UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS..... 432

Salas Á (1), Ruiz R (2), Ballesteros M (2), Pérez J (3)

(1) Direcció de Qualitat. , Consorci Sanitari de Terrassa. (2) Direcció de Qualitat., Consorci Sanitari de Terrassa. (3) Servei de Análisi Clínics, Consorci Sanitari de Terrassa.

CRITERIOS DE CALIDAD: DISEÑAR UNA HERRAMIENTA Y EVALUAR LA CALIDAD ORGANIZATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA(AP)..... 432

Gens-Barberá M (1), Davins-Miralles P (2), Vidal- Mila Àngel (3), Moreno- Ramos Mª Cristina (4), Benavent- Areu J (4), Marin-Sánchez F (4)

(1) Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salud. (2) Direcció de Recursos Sanitaris, Departament de Salut. (3) Dirección de personas de la organización, Institut Català d'oncologia. (4) Atenció Primaria, Institut Català Salut.

MEJORAS DE RESULTADOS A TRAVÉS LA DIRECCIÓN POR OBJETIVOS (DPO) INCENTIVADOS DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA..... 433

Del-Oso-Morán, J (1), Pérez-Company, P (1), Artigas-Lage, M (1)

(1) Dirección de Enfermería, Hospital Vall d'Hebron.

SISTEMA DE GESTIÓN DE PERSONAL: RECLUTAMIENTO Y ACOGIDA DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN..... 433

Ferreira Rodríguez, MP. (1), Falagan Mota, M. (1), Groba Pérez, F. (1), Roman Vila, MA. (2), Quintela Porro, MV. (3), Rodríguez Fernández, MC. (4)

(1) Supervisión de Enfermería , Hospital POVISA . (2) Coordinación de Procesos, Hospital POVISA . (3) Coordinación de Procesos , Hospital POVISA . (4) Coordinación de Enfermería , Hospital POVISA .

EVOLUCIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA TRAS LA OBTENCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN..... 434

De Burgos-Pol, R. (1), Carrasco-Peralta, JA (1), Castellano-Zurera, MM (1), Cruz-Salgado, O. (1), Román-Fuentes, M. (1), Herce-Muñoz, A. (1)

(1) Área de Centros y Unidades Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

CALIDAD PRESTADA POR EL DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DEL HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO..... 435

Cayuela-Verdu FJ (1), Lucas Saorin S (1), Martínez Hidalgo M (1), Pedreño Barcelo AI (1), Lorca Sánchez I (2), Valiente Borrego F (3)

(1) Informática, Hospital de la VEGA Lorenzo Guirao. (2) Dirección deGestión y SS GG., Hospital de la VEGA Lorenzo Guirao. (3) Farmacia,

Hospital de la VEGA Lorenzo Guirao.

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008 EN UN SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN. POR Y PARA ENFERMERÍA. **435**

García-Del Rosario C (1), Hernández-Santana A (1), Mora-Lourido C (1), Fuster-Pardo A (1), González-Santana MD (1), Cobián-Martínez J (1)

(1) Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

IMPACTO DE LA GESTIÓN TELEFÓNICA PROTOCOLIZADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE DERMATOLOGÍA **436**

Morales-Fernández ME (1), Alfagueme-Gutiérrez M (1), Rico-Martínez MC (1), Sancha-Rubio MV (1), Arias-Arias D (1), Cebreros-Márquez FJ (1)

(1) Consultas externas dermatología, Hospital Costa del sol.

MAPA CONCEPTUAL DE LA UNIDAD DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN. DESARROLLO CON SOFTWARE LIBRE. **436**

Valverde Citores R (1), Aztiria Mendiola A (2), Guajardo Remacha J (3), Loriente Arias J (1), Valverde Citores A (4)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital de Zumarraga. (2) Informática, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección Gerencia, Hospital de Zumarraga. (4) Consultas Externas, Hospital Donostia.

IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM Y OBTENCIÓN DE UN RECONOCIMIENTO OFICIAL EN EL HOSPITAL DE MOLINA **437**

López-Guerrero FA (1), Gómez-García MJ (1), Guirado-Sánchez F (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de MOLINA. (2) Gerencia, Hospital de MOLINA.

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. **437**

Miquel-Gómez A (1), Bartolomé-Benito E (1), Jiménez-Carramiñana J (2), Sánchez- Perruca L (1), Jiménez-Domínguez C (1), López-Romero A (1)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria Comunidad de Madrid. (2) Servicio de Sistemas de Información de Atención Primaria , Dirección General de Sistema de Información Sanitaria.

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS EN LA INTRANET HOSPITALARIA COMO INSTRUMENTO DE INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN. **438**

Torné C. (1), Comellas JF. (1)

(1) Calidad Asistencial, Hospital Asepeyo Sant Cugat.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 12

Sesión 22: Ciudadano

Moderador: ***José Antonio Ortigueira Espinosa***

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE URGENCIAS CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN LA COMPLEJIDAD DEL CENTRO HOSPITALARIO **438**

Ríos-Risquez MI (1), Lozano-Alguacil E (2), Martínez-Cano F (3), Mateo-Perea G (4), Sabuco-Tebar E (5), Herrera-Romero T (6)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (2) UCI Pediátrica, Hospital Universitario REINA SOFIA. Servicio Murciano de Salud. (3) Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (4) UCI Pediátrica, Hospital Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. (5) Reanimación, Hospital Universitario Jm Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (6) UCI, Hospital Universitario REINA SOFIA. Servicio Murciano de Salud.

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA AMBULATORIA **439**

Tijero MT (1), Velázquez S (2), Hernán MA (3), Izquierdo Izquierdo P (4), Robledo A (5), Úcar E (6)

(1) Servicio de AnestesiaY Reanimación, Hospital Universitario Santa Cristina. (2) Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Universitario Santa Cristina. (3) Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Santa Cristina. (4) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Santa Cristina. (5) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Santa Cristina. (6) Dirección médica, Hospital Universitario Santa Cristina.

PLAN DE ACOGIDA AL INGRESO, CRITERIO DE CALIDAD **439**

Arnau-Alfonso JJ (1), Castillo-Gómez C (2), Moreno-Jiménez MA (3)

(1) Unidad de Calidad, Área V de Salud . (2) Dirección de Enfermería, Área V de Salud . (3) Unidad de Codificación, Área V de Salud .

IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS. **440**

Martínez-Carrasco At (1), Bilbao-Markaida MB (1), Abad-García R (1), Esparza-Liberal C (1), Martín-Esteban Iy (1), Isla-Climente P (1)

(1) Comarca Bilbao, Osakidetza.

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA. COMPROMISO DE GARANTÍA CON LAS PERSONAS EN LA REGIÓN SANITÀRIA DE BARCELONA DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. **440**

Piqué, Joan Lluís (1), Viciana, Miquel Àngel (1), Gutiérrez, Raquel (2), González, Araceli (1), Del Amo, Custodia (1)

(1) Dirección de Atención a la Ciudadanía , Servei Català de la Salut - Región Sanitária de Barcelona. (2) Dirección de Atención a la Ciudadanía, Consorcio Sanitario de Barcelona - Región Sanitária de Barcelona.

ACCESIBILIDAD DE LOS CIUDADANOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA, EN TÉRMINOS DE INMEDIATEZ **441**

Fernández-Conde JA (1), Rodríguez-Guerrero MR (2), Santos-Míguez MC (1), Arias-Espada MM (1), Martín-Gutiérrez ME (1), Gómez-Ruiz MJ (1)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Recursos Humanos, Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

EVALUACIÓN DE UTILIZACIÓN DE PROTOCOLO DE SEDACIÓN EN PACIENTE TERMINAL **441**

Zavala Aizpurua E (1), Orbegozo Alberdi J (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Donostia.

OPINIONES Y EXPECTATIVAS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN RELACIÓN AL VIH/SIDA EN ANDALUCÍA **442**

Gil-García E (1), Barrientos-Trigo S (1), Díaz-Sabán S (1), Garrido-Peña F (2), Cazallo-Hervás MJ (1), Vázquez-Santiago S (1)

(1) Enfermería, Universidad de Sevilla. (2) Filosofía del Derecho, Moral y Política, Universidad de Jaén.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA **442**

Salazar-Guerra R (1), Lorenzo-Prieto C (2), Chaparro-Jiménez A (3), Hidalgo-Ramos S (4), Alonso-Martín M (5), Bergasa-Lobera D (6)

(1) dirección de enfermería, Hospital Guadarrama. (2) Trabajo Social, Hospitlal Guadarrama. (3) Facultativo Unidad Cuidados Paliativos, Hospital Guadarrama. (4) Enfermera Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Guadarrama. (5) Jefe de Servicio Médico, Hospital Guadarrama. (6) Psiconcóloga Unidad Cuidados Paliativos, Hospital Guadarrama.

MEJORA CONTINUA. INCONFORMISMO Y CONSTANCIA..... 443
Rivera Sanz F (1), Baroja Mazo A (2), Alcaine Cameo A (3), Pérez De Arilucea P (3)
(1) Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad, Consejería de Salud de La Rioja. (2) Unidad de Mama, Fundación Rioja Salud. (3) Unidad de Mama, Servicio Riojano de Salud.

PROGRAMA DE INCREMENTO DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM..... 443
Dios Del Valle R (1), Ortiz Suárez S (2), Palicio Martínez MA (2), Vargas Pabón M (2), Díaz Trapiella A (2), Picos Rodríguez J (3)
(1) Gerencia, Hospital de Jarrio-Área Sanitaria I de Asturias . (2) Hematologia, Hospital de Jarrio. (3) Informática, Hospital de Jarrio.

MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁREA 1 MURCIA - OESTE..... 444
Beteta-Fernández D (1), Gómez-Sánchez R (2), Cava-Iniesta J (3), Ferrer-Bas P (4), García-Jiménez C (5), Navarro-Egea AP (6)
(1) Unidad de Docencia-Formación Continuada, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Dirección de Enfermería-Subdirección de Continuidad de Cuidados, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera, Área 1. Murcia-Oeste. (4) Dirección de Enfermería-Coordinación de Hospitalización, Farmacia y Unidad de Formación, Calidad e investigación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (5) Dirección de Enfermería-Subdirección del Área Quirúrgica, Servicios Centrales, Policlínico y Hospital de Día., Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (6) Unidad de Docencia-Formación Continuada., Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

MORIR O NO, EN URGENCIAS..... 444
Uriel-Latorre P (1), Sánchez-Álvarez Cm (2), Reino-Pérez MJ (3), González-Gutiérrez-Solana R (4), Rodríguez-Sánchez N (5), Martin-Vilchez G (5)
(1) Unidad Central de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos, CHUAC. (2) Quirófano, CHUAC. (3) Hospitalización a domicilio, CHUAC. (4) Nefrología, CHUAC. (5) Dirección de Enfermería, CHUAC.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL COMPLEXO HOSPITALARIO DE OURENSE..... 445
Álvarez M (1), Alves - Pérez M (2), García MJ (3), Alonso B (4), Rodríguez M (5), López - Álvarez S (6)
(1) Hospitalización a Domicilio (HADO) del COmplexo HOspitalario de Ourense (CHOU), Servicio Gallego de Salud. (2) Unidad de Apoyo a la Investigación CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU). (3) Unidad de apoyo a la investigación CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (4) Calidad Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU), Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (5) Unidad de Apoyo a la Investigación CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (6) Servicio de Medicina Preventiva CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU).

ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS. TALLERES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA..... 445
Pereira C (1), Núnez E (2), Saiz C (3), Villar M (4), Pérez JJ (5), Fraga P (6)
(1) Gerencia Atención Primaria de Ourense, Servicio Gallego de Salud. (2) Gerencia Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU), Servicio Gallego de Salud Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU). (3) Subdirección de RR. HH y RR.LL. CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (4) Jefa Territorial de Sanidad de Ourense, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (5) Dirección de RR. EE y SS. XX del CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU). (6) Gerencia. Hospital de Verín, Servicio Gallego de Salud .

EXPERIENCIA DE LA CIUDADANÍA CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO..... 446
López Silva MC (1), Graña Garrido MI (2), De la Peña Cristiá MM (3)
(1) Ambulatorio Praza do Ferrol, XAP Lugo. (2) Subidirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial, SERGAS. (3) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI.

ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE SOLICITUD DE CAMBIO DE MÉDICO: ¿UN INDICADOR DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO? 446
Silvestre García, E (1), Collado Cucò, A (1), Saladie Vernet, MT (1), Alcarraz Vernet, MC (1), Recalde Glaria, M (1), Joven Lozano, M (1)
(1) ABS Vandellòs-Hospitalet, Grup SAGESSA.

ACTUACIONES PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN NUESTRO ÁREA DE SALUD..... 447
Vegas Miguel A (1), Romo De Prado E (1), García Prieto E (2)
(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario Río Hortega- Valladolid. (2) Gerencia, Hospital Universitario Río Hortega- Valladolid.

Miércoles, 20 de octubre de 2010

12:30 h - 14:00 h – SALA 19

Sesión 13: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderadora: ***Mª Olga Roca Bergantiños***

ESTRESORES LABORALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS **447**

Ríos-Risquez MI (1), Mateo-Perea G (2), Martínez-Cano F (3), Lozano-Alguacil E (4), Herrera-Romero T (5), Sabuco-Tebar E (6)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (2) UCI Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. (3) Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (4) UCI Pediátrica, Hospital Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. (5) UCI, Hospital Reina Sofia. Servicio Murciano de Salud. (6) Reanimación, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud.

MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA, UNA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS. **448**

Barahona M (1), Fernández A (2), Guillaumes S (3), Martínez A (4), Roche E (5), Subirà R (6)

(1) Dirección Área Asistencial, Hospital Plató. (2) Consultas Externas, Hospital Plató. (3) Cirugía General, Hospital Plató. (4) Patologia del Dolor, Hospital Plató. (5) Cirugía Vascular, Hospital Plató. (6) Athenea Solutions, Athenea Solutions.

REINGRESOS EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA, UNE ISO 9001:2008 ..... **448**

Castiella-Herrero, J (1), Sanjuán-Portugal, F (1), Musitu-Pérez, V (1), González-Gay, JM (1), Lajuticia-Aisa, J (1), Vallejo-García, M (1)

(1) Unidad de Medicina, Fundación Hospital Calahorra.

EL INDICADOR OLVIDADO: ANÁLISIS DE LOS CASOS EXTREMOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA QUE SE GESTIÓNA POR PROCESOS, UNE ISO 9001:2008 ..... **449**

Castiella-Herrero, J (1), Sanjuán-Portugal F (1), González-Gay, JM (1), Vallejo-García, M (1), Lajusticia Aisa, J (1), Naya Manchado, J (1)

(1) Unidad de Medicina, Fundación Hospital Calahorra.

DISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO **449**

Salinas Ramos J (1), Acosta Feria, M (2), Esteban T (3), Sánchez C (4), Martínez MJ (5), Ramos A (6)

(1) Oncologia Radioterápica, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (2) Cirugía oral y maxilofacial, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (3) Otorrinolaringología, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (4) Anatomía Patológica, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (5) Oncología Médica, Comité cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (6) Radiodiagnóstico, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell.

LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA REDUCEN LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS. **450**

Abeledo C (1), Casariego E (2), Mosquera E (1), Terrón F (2), Cerqueiro JM (2)

(1) Personal de enfermería. Medicina Interna, SERGAS. Complexo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. (2) Medicina Interna. Hospital de Lugo, SERGAS. Complexo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

CUMPLIMENTACIÓN FARMACOLÓGICA EN DIABÉTICOS TIPO 2.PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS **450**

Lozano-Del Hoyo MI (1), Armalé-Casado MJ (1), Risco-Otaolaurruchi C (1), Martes-López C (1), Bescos-Pérez C (1), Martínez-Menjón C (1)

(1) Medicina general, Salud.

ADECUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN PACIENTES GINECOLÓGICAS PARA ALCANZAR ESTÁNDARES INTERNACIONALES **451**

García Paya, F (1), Illana Rodríguez (2), García Jiménez, C. (3), Hellin Monasterio, J (4)

(1) Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Servicios Centrales, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Subdirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (4) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL CONSUMO DE REACTIVOS PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA CAPILAR EN ATENCIÓN PRIMARIA 451

López-Lacoma JC (1), Muñoz-Ureña AM (2), Sánchez Rodríguez FM (3), García-Gómez P (1), Barragan-Pérez AJ (4), Álvarez-Domínguez G (4)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia de Área II Cartagena. (2) Unidad Docente, Gerencia de Área II Cartagena. (3) Farmacia, Gerencia de Área II Cartagena. (4) Servicios Centrales, Gerencia de Área II Cartagena.

MEJORAR LA CALIDAD DOCENTE. INVERTIR EN FUTURO 452

Rivera Sanz F (1), Veramendi Eguilaz B (2), Velilla Osés S (3), Vázquez Medrano A (4), Arceiz Campos C (5), Gil Redrado A. (6)

(1) Consejería de Salud de La Rioja, Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad. (2) Unidad Docente de Matronas, Servicio Riojano de Salud. (3) Unidad Docente Hospitalaria, Servicio Riojano de Salud. (4) Unidad Docente de Medicina de familia y Comunitaria, Servicio Riojano de Salud. (5) Unidad Docente de Medicina del Trabajo, Servicio Riojano de Salud. (6) Dirección General de Recursos Humanos. Salud, Servicio de Formación.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUEVA ESTRATEGIA EN EL ÁREA DE MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ANTIBIÓTICOS HOSPITALARIOS 452

González-López J (1), M Calvo Malvar (2), F. Hermida-Cadahía E (2)

(1) Servicio de Farmacia - Hospital Clínico, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Servicio de Análisis Clínicos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE CÁNCER COLO-RECTAL. 453

Navarro-García MI (1), Carrión-García F (2), Agea-Jiménez MB (1), Soria-Aledo V (3)

(1) Servicio Cirugía General, Hospital Universitario Santa María del Rosell. (2) Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa María del Rosell. (3) Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Morales Meseguer.

ADECUACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y ACCESOS VENOSOS EN PACIENTES CON CRISIS DE ASMA 453

Illarramendi Irure A (1), Inchaurza Hernández E (1), Pousada González M (1), Daza Asumendi P (2), Aguillo García A (1), Rodríguez Merchán MJ (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia. (2) Comarca Gipuzkoa Oeste, Atención Primaria.

DISMINUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES POR REDISTRIBUCIÓN DE CUPOS MÉDICOS TRAS IMPLANTAR ACCIONES DE MEJORA. 454

Cerdá-Díaz R (1), López-Fuster MA (1), Vizcaya-López P (1), Segura-Chacón Mf (1), Sandoval-Del Olmo (2), Cardona-Torres A (3)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria Albacete. (2) Tarjeta Sanitaria, Gerencia de Atención Primaria Albacete. (3) Dirección Médica, Gerencia de Atención Primaria Albacete.

GESTIÓN DE "MOTIVOS DE CONSULTA" CON LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: ESTUDIO DE CONCORDANCIA 454

Rafael Luquin Martínez (1), Ana Belén Salguero Merino (1), Encarnación Ros Martínez (1), Beatriz Guerrero Díaz (1), Rosario Morales López (1), María J. Delgado Rodríguez (1)

(1) Centro de Salud "Virgen de la Caridad" de Cartagena, Servicio Murciano de Salud.

VALIDACIÓN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON EN UN SISTEMA INFORMÁTICO PARA SALUD MENTAL. 455

María Aurea Paz Baña (1), María Ángeles Fernández Rodríguez (2), Begoña Castro Mato (3), Isabel Pais Pazos (4), Susana García-Luengo Álvarez (4), María Jesus Wandosell Picatoste (5)

(1) Hospital Psiquiátrico- Supervisora de Área, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Docencia de Enfermería responsable programa GACELA, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Hospital Psiquiátrico- Supervisora , Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (4) Hospital Psiquiátrico - DUE, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (5) Supervisora del Área Docencia de Enfermería , Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 455

Gómez-Felipe E (1), Blanco-Rodríguez M (2), Vega-Carrasco MJ (2), Badía-Perich E (2), Alfaro-Cadena L (2), García-Navarro FJ (3)

(1) Calidad Asistencial y Medioambiente, Capio Sanidad, S.L. (2) Calidad Asistencial y Medioambiente, Capio Sanidad, S.L.. (3) Sistemas de Información , Capio Sanidad, S.L..

Miércoles, 20 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 19

Sesión 23: Liderazgo/Gestión Clínica

Moderador: ***Rodrigo Gómez Ruíz***

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS DIRECTIVOS SANITARIOS EN EL SERGAS..... 456

García-Quintáns A (1), Galego-Feal P (2), López-Pardo Y Pardo E (3), García-Cepeda B (4)

(1) Director de la Escuela de Directivos Sanitarios de Galicia de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria de Galicia, Servicio Gallego de Salud. (2) Director de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Subdirectora General de Análisis, Evaluación Asistencial y Atención al Paciente.Directora del Curso de Dirección Sanitaria de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (4) Supervisora de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.Directora del Curso de Supervisión y Coordinación de UNIDADES de Enfermería de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

IMPACTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO EN UNA CONSULTA PREANESTÉSICA 456

Cabadas-Avión R (1), Rodríguez -Rodríguez M (1), Hernández A. (1), Rey-Martínez M (1), Alfaya-Bernárdez B. (1), Bernardo-Castro F (1)

(1) Servicio Anestesia, Hospital POVISA .

FUNCIÓN DIRECTIVA PARA LA INTEGRACIÓN DE ASISTENCIA, INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y CALIDAD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 457

Rodríguez Cano T (1), Fernández Sanz (2), Calahorra Fernández L (3), Armenteros Lechuga M (4), Llorente Parrado C (4), Leon Martín A (4)

(1) Subdirección de Investigación Docencia Formación y Calidad, SESCAM- Hospital General de Ciudad Real (HGCR). (2) Gerencia, SESCAM-HGCR. (3) Unidad de Calidad, SESCAM -HGCR. (4) Unidad de Calidad, SESCAM-HGCR.

¿EL CAMBIO ORGANIZATIVO DEL LIDERAZGO EMPIEZA EN LOS DIRECTIVOS?..... 457

Jover-Moreno A (1), Pujol-Colomer J (2), Alonso Carrasco T (3), Burgues Burillo L (4), Barbancho Ordoñez O (5), Sols Lladó P (6)

(1) Directora Responsabilidad y Gestión Social, Hospital Plató. (2) Director General, Hospital Plató. (3) Director Asistencial, Hospital Plató. (4) Director Enfermería, Hospital Plató. (5) Director Desarrollo de Personas, Hospital Plató. (6) Director Económico Patrimonial, Hospital Plató.

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA..... 458

Rico-Blázquez M (1), Hernández Pascual M (1), Sánchez Suárez JI (1), Jiménez-Domínguez C (1), Ruiz-Alonso, S (1), Casado-López M (1)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.

ESTRATEGIAS DE MEJORA DEL HGUCR 2011-2013: UN SISTEMA ORIENTADO HACIA LA EXCELENCIA..... 458

Llorente Parrado C (1), Calahorra Fernández L (1), Grande Arnesto M (1), Lagos Pantoja E (1), Armenteros Lechuga M (1), Fernández Sanz J (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2) Dirección Gerencia, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

APLICACIÓN DE "INTERNATIONAL CONSENSUS FOR HEMATOLOGY REVIEW" PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD..... 459

Javier Pico (1), Esther Gutiérrez (2)

(1) Servicio de Hematologia, Complejo Hospitalario Xeral-Calde. (2) UCRA, Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

VALORACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA SANITARIA DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL. 459

Sánchez Ramiro MA (1), López Díaz J (1), Buendía Lucas R (1), Vidal Algarra MC (1), Alejandre Lázaro G (1), Moreno García F (1)

(1) Dirección Médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

VARIABLES ASISTENCIALES ASOCIADAS CON EL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON DIABETES..... 460

Abad JM (1), Rabanaque MJ (2), Carreras P (3), Arribas F (4), Enríquez N (5), Abad MJ (5)

(1) Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios (GRISSA), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2) Medicina Preventiva, Universidad de Zaragoza. (3) Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios (GRISSA), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (4) Departamento de Salud y Consumo, D.G. Planificación y Aseguramiento. (5) Departamento de Salud y Consumo, D.G. PLANIFICAción y Aseguramiento.

DISEÑO DE CALIDAD. PROTOCOLO DE ÁREA DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA..... 460
López-Lacoma JC (1), Sánchez-Zapata M (2), Santiago-García C (3), Nicolas-Vigueras MD (4), De Miguel-Gómez A (5), Barragán-Pérez AJ (6)
(1) Subdirección de Continuidad de Cuidados, Gerencia de Área II Cartagena. (2) Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario Santa Mará del Rosell. (3) Dirección de Procesos, Gerencia de Área II Cartagena. (4) Maternidad, Hospital Universitario Santa Mará del Rosell. (5) Subdirección de Continuidad Asistencial, Gerencia de Área Sanitaria II Cartagena. (6) Servicios Centrales, Gerencia de Área Sanitaria II Cartagena.

GESTIÓN CENTRALIZADA DE INCIDENCIAS DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, MEDIANTE UN EQUIPO DE SOPORTE CLÍNICO E INFORMÁTICO..... 461
López Díaz J (1), Buendía Lucas R (1), Sánchez Ramiro MA (1), Vidal Algarra MC (1), Fernández Páez F (2), Esteban Tudela M (3)
(1) Dirección Médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Director Gerente, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (3) Dirección médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

CUATRO MESES DE LA APLICACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. 461
Peña Capsir, I (1), Ibiricu Barro, A (2), Doblado López, O (3)
(1) Urgencias , Hospital Lleuger de Cambrils . (2) Área Basica de Salut , Hospital Lleuger de Cambrils . (3) Informática , Hospital Lleuger de Cambrils .

IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM DESDE LA GESTIÓN CLÍNICA: UNA EXPERIENCIA PILOTO EN ATENCIÓN PRIMARIA 462
Moreno García F (1), Alejandre Lázaro G (1), Fernández Páez F (2), Sánchez Ramiro MA (1), Vidal Algarra MC (1), Esteban Tudela M (1)
(1) Dirección Médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Dirección Gerente, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

¿QUIÉN HACE UN MEJOR USO DE LOS FÁRMACOS? BENCHMARKING DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) SEGÚN INDICADOR DE CONTRATO DE GESTIÓN (CG) Y SEGÚN ACGS..... 462
Concepción Celaya Lecea (1), María Belén Pina Gadea (2), María Pilar Astier Peña (3), Ángel Manuel Royo Sarto (4), María Pilar Oliván Otal (5), Karlos Naberán Toña (6)
(1) Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (2) Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (3) Técnico de Salud. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (4) Subdirector médico. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (5) Subdirectora médica. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (6) Director Médico. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA, SECTOR ZARAGOZA II.¿QUÉ DEBEMOS MEJORAR Y QUE ES NECESARIO CAMBIAR? 463
María Teresa Tolosana Lasheras (1), Ignacio Dolsac Espinosa (2), Eva María Tobajas Señor (3), María Pilar Astier Peña (4)
(1) Directora de Enfermería de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (2) Subdirección de Gestión. Gerencia de Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (3) Subdirección de Enfermería. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (4) Tecnico de Salud. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud.

RONDAS POR LA DIRECCIÓN DEL PROYECTO BACTERIEMIA ZERO: ¿SIRVEN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD?..... 463
Mier Suárez, B (1), Cofiño Castañeda, L (1), Iglesias Fraile, L (2), Concha Torre, A (3), Diaz Alonso, Y (3), Martínez-Ortega, MC (4)
(1) UCI Centro General, Hospital Universitario Central de Asturias. (2) UCI Hospital General, Hospital Universitario Central de Asturias. (3) UCI Pediátrica, Hospital Universitario Central de Asturias. (4) Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Central de Asturias.

ANÁLISIS CAMPOS DE FUERZA: IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO..... 464
Caballero-Guerrero B (1), Martínez-Gil E (1), Sáez-Soto Ar (1), Muñoz-Pérez G (1), Corbalán-Abril MD (1), Iniesta-Sánchez J (1)
(1) Dirección de Enfermería, H.G.U. Reina Sofía.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 11

Sesión 36: Seguridad

Moderadora: ***Mónica Rodríguez Castaño***

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 464

Guiu Barragán E (1), Tomás Vecina S (1), Moreno Ariño E (1), Pérez Castillo J (1), Gómez García A (1), Gómez Gómez Mª A (1)

(1) Urgencias, Servicio Integral de Urgencias y Emergencias.Hospital Municipal de Badalona Serveis Assistencials.

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: UNA NECESIDAD HOSPITALARIA 465

López-Otero MJ (1), Pereira-Vázquez M (1), Sáenz-Fernández C (1), López-Castro J (2), Rivera-Vaquero MC (1), Iglesias-Casas GC (3)

(1) Farmacia, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Medicina Interna, Complexo Hospitalario de Ourense. (3) Calidad, Complexo Hospitalario de Ourense.

CUESTIONARIO DEL INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS (ISMP) 465

COMO HERRAMIENTA DE MEJORA..... 465

Pereira-Vázquez M (1), López-Otero MJ (1), Sáenz Fernández (1), Fernández-Gil MA (2), Silveira-Cancela D (3), Bermejo-Gallardo A (3)

(1) Farmacia, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Neumología, Complexo Hospitalario Ourense. (3) Farmacia, Complexo Hospitalario Ourense.

ESTUDIO OBSERVACIONAL HIGIENE DE MANOS EN HOSPITALIZACIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA, C.H. XERAL-CALDE (LUGO)... 466

Pérez Gómez M. (1), Quintas Fernández C. (1), Jato Díaz M. (1), Devesa Barreira, MJ (1), Núñez Corredoira I (2), Rego Docando MJ (3)

(1) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo). (2) Medicina Interna, Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo). (3) Dirección de Enfermería, Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo).

EL DESPUÉS DE UNA CAÍDA 466

Aznar-Rico MV (1), Castro-Millara J (1), Lamelas A (1), Touriño MI (1), Rodríguez-Fernández MJ (1)

(1) Dirección de Enfermería, Complexo Hospitalario de Ourense.

DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PSI 12 (TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POSTOPERATORIA) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS Y LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS EN LOS ÚLTIMOS SIETE AÑOS..... 467

Vázquez-Rueda M (1), Martínez-Ortega C (1), Suárez-García FM (2), Martínez-Arguelles B (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias. (2) Servicio de Evaluación Sanitaria, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Pdo de Asturias.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA..... 467

Escudero- Sánchez C (1), Martínez-Saorin ME (2), Morales- Franco Belen (1), Martínez- García EM (1), Castejón- Pina MJ (1), Martínez- Gimenez A (2)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (2) Atención al Usuario, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

¿CÓMO EVALUAMOS LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (SP) EN URGENCIAS DE UN CENTRO ACREDITADO? 468

Vidal-Esteve E (1), Gens-Barberà M (2), Sánchez-Rus (2), Amigo-Fernández J (2), Mulet-Cabanes A (2), Massagues-Vidal M (2)

(1) Atenció Primaria, Institut Català Salut. (2) Atención Primaria, Institut Català Salut.

ESTRATEGIA PARA PROMOCIONAR BUENAS PRÁCTICAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) DESDE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS CS DE UN SECTOR DE SALUD. 468

Javier Moro Lara (1), María Pilar Astier Peña (2), María Pilar Abril Zaera (3), Esteban Jaen Bayarte (4), Celia Posadilla Luengos (5), Victor Manuel Solano Bernad (6)

(1) Área de Clientes. Dirección Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (2) Tecnico de Salud.Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (3) Área de Clientes., Servicio Aragonés de Salud. (4) Responsable de Admisión. C.S. Las Fuentes Norte. Zaragoza, Servicio Aragonés de Salud. (5) Tarjeta Sanitaria. Servicio Provincial de Salud de Zaragoza, Departamento de Salud y Consumo. (6) Gerente del Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud.

EVALUACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DE ENTRADA EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 469
Valverde Citores RM (1), Lorente Arias J (1), Guajardo Remacha J (2), Landaluce Lauzurica JI (3), Otamendi Lasa A (4), Burguera Larrea A (4)
(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital de Zumarraga. (2) Gerente, Hospital de Zumarraga. (3) Director Médico, Hospital de Zumarraga. (4) Lista de Espera Quirúrgica, Hospital de Zumarraga.

UNA APLICACIÓN WEB DE NOTIFICACIONES COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 469
Moreno Campoy Ee (1), Moraga Ropero I (1), Mérida De la Torre FJ (1), Martín Navarro F (1), Garrido Martínez JA (1), Morillo Martín A (1)
(1) Comisión de Seguridad del Paciente, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

PLAN INTEGRAL DE ACOGIDA PARA ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS. R ESULTADOS DE IMPLANTACIÓN 470
Balugo Huertas Sm (1), Lospitao Gómez S (1), Medina Reina AM (1), Luengo Alarcia MJ (1), García Gálvez MM (1), Álvarez Rodríguez J (1)
(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

FACTORES ASOCIADOS A CAÍDAS CON LESIONES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO 470
Sabido Mauri, Rosa M (1), Bolumar Castellvi, Anna Isabel (2), Domínguez López, Mª De la O (3), Lucas Jardi, Mónica (4), Aspa Gombau, Pilar (5), Brull Royo, Montserrat (6)
(1) SEVAD, Hospital de la Santa Creu. (2) Larga Estancia, Hospital de la Santa Creu. (3) Residencia Asistida y Psicogeriatría, Hospital de la Santa Creu. (4) Convalescencia, Hospital de la Santa Creu. (5) Cuidados Paliativos, Hospital de la Santa Creu. (6) Supervisión, Hospital de la Santa Creu.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 471
Rodríguez-Ruiz HJ (1), Peculo-Carrasco, JA (1), Sánchez-Almagro, CP (1), Maiz-Gabino, V (2), Rios-Ángeles, A (3), Horcajadas García, A (4)
(1) Servicio Provincial de Cadiz, Empresa Publica de Emergecias Sanitarias-061. (2) Servicio Provincial de Cordoba, Empresa Publica de Emergecias Sanitarias-061. (3) Servicio Provincial de Jaen, Empresa Publica de Emergecias Sanitarias-061. (4) Servicio Provincial de Malaga, Empresa Publica de Emergecias Sanitarias-061.

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD EN LAS HISTORIAS DE SALUD 471
Yang Lai R (1), González-Outon Velázquez J (2), Skodova M (3), Montero Domínguez JM (4), Roca Fernández-Castanys E (5), Fernández Sierra MA (3)
(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Puerto Real. (2) Servicio de Documentación e Información Sanitaria, Hospital Universitario Puerto Real. (3) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. (4) Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Puerto Real. (5) Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y MANEJO DE LAS INCIDENCIAS TRANSFUSIONALES 472
Álvarez-Morezuelas MN (1), Alcalde-Bezhold G (1), Pereda-Vicandi A (2), Pujana-Zaldegi MI (2), Achaerandio-López MA (2), Aguirrezabal- G. Cortazar B (2)
(1) Unidad de Calidad, Hospital Santiago- Osakidetza. (2) Servicio de Transfusión, Hospital Santiago- Osakidetza.

RECLAMACIONES COMO FUENTE DE DETECCIÓN DE FALLOS EN LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN 472
Chacón-Manzano MC (1), Ríos-Ángeles A (2), López-Henz JM (2), Naranjo-Sánchez MA (3), Vivar-Díaz I (4), Bocanegra-Pérez A (5)
(1) Coordinación Asistencial 061 de Córdoba, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias . (2) Servicio Provincial del 061 de Jaén, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. (3) Coordinación Asistencial 061 de Málaga, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. (4) Coordinación Asistencial 061 de Almería, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. (5) Coordinación de Cuidados 061 de Málaga, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:0 h – SALA 11

Sesión 47: Seguridad

Moderador: ***Luisa Lores Aguin***

EVALUACIÓN DE NO CONFORMIDADES EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE ANTE LA REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS **473**

Rionda Álvarez MM (1), Fernández Campos M (1), Alonso Rodríguez A (1), Iglesias Avión P (1), Pardo Lemos I (2), Rodríguez Lorenzo D (3)

(1) Endoscopias, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (2) Unidad de Calidad de Cuidados, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (3) Coordinador de Calidad CHUVI, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

CUMPLIMENTACIÓN DE UN REGISTRO DE MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL **473**

Alcolea MI (1), Torregrosa MA (1), Abenza JD (1), Bravo I (1), González MD (1), Pujante C (1)

(1) UCI, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

IMPLANTACIÓN HOJA DE CIRCULANTE ELECTRÓNICA EN EL HGUCR. **474**

Domínguez Alonso, MT (1), Moreno-Chocano Gutiérrez, C (1), Solana Peña, RM (1), Piña Baeza , MP (1), Fernández Martín-Ondarza , A (1), Cambronero Casas, F (2)

(1) Enfermería, SESCAM. (2) Informática, SESCAM.

SISTEMA DE DETECCIÓN Y RESOLUCIÓN DE INCIDENCIAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL TRABAJADOR **474**

García-Mantas A (1), Navarro - Arranz P. (2), Juandó - Prats C. (3), Peñalba - Novo M. (4), Valls - Guallar C. (5), Bolibar - Ribas I. (6)

(1) Adjunta Dirección de Enfermería metodología y gestión clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (2) Subdirectora TICS y Sistemas de Información, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (3) Adjunta Dirección de Enfermería Gestión del conocimiento e investigación , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (4) Enfermera metodología y gestión clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (5) Calidad y Acreditación , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (6) Epidemiología y salud pública, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE LONDRES EN LA INVESTIGACIÓN DE UN EVENTO ADVERSO **475**

Latorre M (1), San Sebastián JA (1), Jauregui I (1), Zumalacarregui JA (2), Blanco Rmª (3), Rodríguez S (4)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces . (2) Unidad de Gestión Sanitaria, Hospital de Cruces . (3) Dirección de Enfermería, Hospital de Cruces . (4) Archivo y Documentación Clínica, Hospital de Cruces .

EVOLUCIÓN EN LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA **475**

Carrillo A (1), López A (1), Llamas N (1), Hernández Cr (1), García JA (1), Capilla L (1)

(1) UCI, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE: MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE EFECTOS ADVERSOS. RESULTADOS PRELIMINARES **476**

Fernández Sierra MA (1), Skodova M (1), Velasco Rodríguez MJ (1), Pérez Vicente S (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. .

MONITORIZACIÓN POR EL MÉTODO DE MUESTREO PARA ACEPTACIÓN POR LOTES (LQAS) DE LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO EN URGENCIAS **476**

Alcaraz-Martínez J (1), Sierra-Prefasi F J (2), Moreno-Reina S (2), Esteban-Lloret Cn (2), Ortiz-González O (2)

(1) Unidad de Calidad, Urgencias, Hospital Morales Meseguer. (2) Urgencias, Hospital Morales Meseguer.

EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE "LOS CINCO 5 MOMENTOS DE LA OMS" EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO DE TALAVERA DE LA REINA..... 477

Bonilla Ba (1), Marín-Guerrero Ac (1), Veiga-Fra R (2), Acevedo-Ramos C (3), Biurrun A (4), Gonseth J (5)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.. (2) Supervisor de Oncohematología, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.. (3) Supervisora de Especialidades Quirúrgicas, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.. (4) Medicina Preventiva, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.. (5) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha..

ESTUDIO DE POSIBLES FACTORES ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA ... 477

Carmen Martín Madrazo (1), Asunción Cañada Dorado (2), Sonia Soto Díaz (3), Juan Carlos Abanades Herranz (4), Miguel A. Salinero Fort (5), Cristina Villanueva Sanz (6)

(1) Unidad de Docencia Investigación Área 4,Madrid, SERMAS. (2) Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del Área 4 de MAdrid, SERMAS . (3) Unidad de Docencia eInvestigación Área 4,Madrid, Sermas. (4) Unidad de Docencia e Investigación Área 4,Madrid, Sermas. (5) Fundación Hospital Carlos III de Madrid, SERMAS. (6) Centro de Salud , Área 4 Madrid, Sermas.

LA EVALUACIÓN DEL SONDAJE VESICAL COMO MÉTODO PARA REDUCIR INFECCIONES URINARIAS EN EL HOSPITAL BIDASOA..... 478

Millán- Ortuondo E (1), Elosegui-Mendizabal M (1), Ochoa-Bedoya I (2), Urbina-Vélez De Mendizabal Y (3), Ormazabal-Irazusta C (4), Martínez-Pérez MJ (5)

(1) Sº Medicina Preventiva y Calidad, Hospital Bidasoa. (2) Medicina Interna, Hospital Bidasoa. (3) Unidad de Reanimación, Hospital Bidasoa. (4) Cirugía General y Traumatología, Hospital Bidasoa. (5) Urgencias, Hospital Bidasoa.

LABORATORIO-ATENCIÓN PRIMARIA: HISTORIA DE LO NUESTRO..... 478

Martínez-Ferri MJ (1), Turon-Alcaine JM (2), Bone-Alcaine B (3), Tomas-Blasco P (4)

(1) Atención Primaria, Salud. (2) Coordinación de calidad del Sector de Alcañiz, Salud. (3) Laboratorio Hospital de Alcañiz, Salud. (4) Supervisora Laboratorio Hospital de Alcañiz, Salud.

¿QUÉ PODEMOS APRENDER DEL PILOTAJE DEL CHECK-LIST DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA?.... 479

Martínez-Ortega (1), González Garrido, MJ (1), Fernández, MJ (2), Vázquez, L (3), Fernández-Cadenas, F (4)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Central de Asturias. (2) Enfermería Quirúrgica, Hospital Universitario Central de Asturias. (3) Cirugía, Hospital Universitario Central de Asturias. (4) Subdirección Servicios Quirúrgicos, Hospital Universitario Central de Asturias.

PLAN SEGURIDAD CLÍNICA DE LA RED DE SALUD MENTAL BIZKAIA 479

Matthies Baraibar, M.C. (1), López Ortiz, M (2), Izarzugaza Iturrizar I (1), Villalabeitia Jiménez, I (1), Arrubarena Ormaechea, M. (3), Mendiburu Belzunegui, L. (3)

(1) Subdirección de Innovación y Sistemas, Red de Salud Mental Bizkaia. (2) Subdirección de Innovación y Sistemas, Red de Salud Mental Bizkaia. (3) Hospital de Bermeo, Red de Salud Mental Bizkaia.

CICLO DE MEJORA: ELABORACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE Y DE REVISIÓN Y CONTROL DEL CARRO DE SOPORTE VITAL AVANZADO 2008-2009..... 480

Sáez-Soto Ar (1), Rodríguez-Mondéjar JJ (1), Iniesta-Sánchez J (1), Ruiz-Mayor M (1), Beltrán-Monreal M (1), Terón-Martínez MJ (1)

(1) Dirección Enfermería, H.G.U. Reina Sofía.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 480

García-Fraguela B (1), Uriel-Latorre P (2), González-Gutiérrez-Solana R (3), Rimada-Mora D (4), Vázquez-Sánchez O (4), Amado-Aller C (1)

(1) Dirección de Enfermería, CHUAC. (2) Unidad de Investigación, CHUAC. (3) Nefrología, CHUAC. (4) Informática, CHUAC.

¿HACEMOS ALGO PARA APRENDER DE NUESTROS ERRORES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?..... 481

Vilaplana García AM. (1), Melcón De Dios A. (2), Del Nozal Nalda M. (1), Baños Roldán U. (3), Barroso Gutiérrez C. (4), Del Álamo Hernando I. (1)

(1) Subdirección de Calidad, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (3) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (4) Centro Coordinador de Procesos Estratégicos, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 12

Sesión 37: Sistemas de Gestión

Moderadora: ***Berta Candia Bouso***

S.A.T., SERVICIO ASISTENCIAL AL TERRITORIO, UN PROYECTO DE SOPORTE A NUESTRA RED ASISTENCIAL..... 481

Salguero-Pérez, C. (1), Salvat-López, M.I. (1), Macias-Castellote, I. (1), Treviño-Monjas,S. (1), Cullet-Campeny, E. (1), Güell-Ubillos,J.A. (1)

(1) Dirección Servicios Asistenciales, Mutua Universal.

PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO..... 482

Cartelle-Pérez TJ (1), Codesido-Mirás R (1), Castro-Pérez M (2), Pérez-Barreiro I (3), Sánchez-Fuentes J (3), Bernárdez-Otero M (4)

(1) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia -061. (2) Gabinete de Comunicación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia -061. (3) Recursos Humanos, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia -061. (4) Dirección de Coordinación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia -061.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN LA URGENCIA SIN SER ATENDIDOS..... 482

Sánchez-Fernández (1), Balzategi-Garai E (1), Melgosa-Latorre F (1), Muñoz-Muñoz M.J. (1), Perea-Rielo Z (1), Sarriugarte-Mochales I (1)

(1) Urgencias, Hospital Alto Deba.

METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS..... 483

Vilaplana García AM. (1), Gómez Rosado JC. (2), Del Nozal Nalda M. (1), Palomo Lara JC. (3), Comisión De Documentación Clínica (4)

(1) Subdirección de Calidad, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Servicio de Cirugía, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (3) Subdirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (4) Subdirección de Calidad, Hospital Universitario Virgen Macarena.

EL MODELO DE EXCELENCIA EFQM ES EL CAMINO, NO ES LA META..... 483

Gónzalez-Contreras M (1), Alvaro-Parra JA (2), Cómes-Górriz N (3), Dodero-Solano FJ (4), Fabregat-Sancho JF (4), Fuente-Blanco MC (1)

(1) Calidad, Fundación Jiménez Díaz. (2) Gerente, Fundación Jiménez Díaz. (3) Directora de Enfermería, Fundación Jiménez Díaz. (4) Subdirector Médico, Fundación Jiménez Díaz.

REVISIÓN DEL SINCRONISMO ENTRE LA BASE DE DATOS POBLACIONAL Y LAS BASES DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA..... 484

Gómez Montero, Gerardo (1), Estepa Muñoz, Montserrat (1), Rodríguez Martínez, M. Ángeles (1), Sarrión Bravo, Juán Antonio (1), Escudero Batalla, Fernando (2), Polo Herrador, María Jesus (3)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid. (2) Dirección de Gestión, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid. (3) Sistemas de Información, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA DE PROBLEMAS DE SALUD AGUDOS ATENDIDOS POR LA ENFERMERA..... 484

Enric Mateo Viladomat (1), Francisca Pavón Rodríguez (2), Susana Vilalta García (3), Antoni Peris Grao (1), Jordi Gascón Ferret (4), Mamta Advani (5)

(1) Dirección, CASAP Can Bou. (2) Enfermería, CASAP Can Bou. (3) Medicina de Familia, CASAP Can Bou. (4) Unidad de Atención al Usuario, CASAP Can Bou. (5) Tecnica sanitaria, CASAP Can Bou.

¿UNIDAD DE CALIDAD HOSPITALARIA COMO UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA?..... 485

Hernández Borges AA (1), Torres González G (1), Batista López AI (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario de Canarias.

VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA MEJORAP DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ANDALUCÍA..... 485

Cáceres-Valverde AM (1), Muñoz-García MM (1), Galiot-Torres A (1), Julián-Carrión J (1), Ceballos-Pozo M (1), Torres-Olivera A (2)

(1) Acreditación de Competencias Profesionales, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Dirección Gerencia, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

TRIAJE DE USUARIOS CON DEMANDA ESPONTÁNEA POR PARTE DEL PERSONAL DE LA UAU EN UN EAP. 486
Jordi Gascón Ferret (1), Araceli Muñoz Roldán (1), Oriol Quesada Macías (1), Alicia Tello (1), Natalia Hurtado Colmenero (1), Andreu Biget Ortega (1)
(1) Unidad de Atención al Usuario, CASAP Can Bou.

CALIDAD DE LOS PROVEEDORES DE UN SERVICIO DE FARMACIA DE ACUERDO A LA NORMA ISO 9001:2008 486
Smits Cuberes A (1), Sánchez Gili M (1), Rodríguez Barrado G (1), López Domeque N (1), Pérez Encinas M (1), Lorenzo Martínez S (2)
(1) Farmacia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

REDUCCION DEL NÚMERO DE VISITAS ANULADAS Y REPROGRAMADAS GRACIAS A UNA MEJOR GESTIÓN DE LAS AGENDAS DE LOS PROFESIONALES. 487
Araceli Muñoz Roldan (1), Natalia Hurtado Colmenero (1), Andreu Baiget Ortega (1), Alicia Tello (1), Enric Mateo Viladomat (2), Jordi Gascón Ferret (1)
(1) Unidad de Atención al Usuario, CASAP Can Bou. (2) Dirección, CASAP Can Bou.

ESTÁNDARES E INDICADORES DE TRANSPARENCIA EN LA INFORMACIÓN EN INTERNET DE HOSPITALES DEL SNS 487
Zegarra-Salas P. (1), Freire-Campo JM (1)
(1) Departamento de Salud Internacional, Intituto de Salud Carlos III - Escuela Nacional de Sanidad.

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. BEST IN CLASS 2009 488
García-Del Rosario C (1), Hernández-Santana A (1), Sánchez-Palacios M (2), Lorenzo-Torrent R (2), Mora-Lourido C (1), Déniz-Rodríguez MJ (1)
(1) Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. (2) Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

PROYECTO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y EL REGISTRO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA 488
Cárdenas-Valladolid J (1), Mahmoud-Abussada J (2), Lavilla-Gómez V (2), Llamazares-Herranz E (2), Cañada-Dorado A (3), Arnal-Selfa R (4)
(1) Sistema de Información Asistencial, Área 4 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (2) Fisioterapeuta, Área 4 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (3) Unidad de Calidad, Área 4 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (4) Directora de Enfermería, Área 4 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

¿QUÉ PASA SI TRABAJAMOS CON ISO 9001 EN ATENCIÓN PRIMARIA...? 489
García-Aísa JC (1), Altarribas E (1), Lax A (2), Moreno P (3)
(1) Unidad de Calidad (Servicios Centrales), Servicio Aragonés de Salud. (2) Dirección Atención Primaria, Servicio Aragonés de Salud. (3) Dirección Coordinación Asistencial, Servicio Aragonés de Salud.

MEJORA EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN 489
Solano-Monserrate, J (1), Sánchez-Sánchez, Fc (1), Alonso-Frias, N (1), Pérez-Abril, C (1), Peñaranda-Mateo, MJ (1), Leal-Llopis, J (1)
(1) Unidad de Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 12

Sesión 48: Ciudadano

Moderador: ***Ángel Facio Villanueva***

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES EN EL ÁMBITO ESCOLAR **490**

Balauder Carrera, A (1), Abellà Porta, M (1), Dalmau Cartanyà, E (1), Gorgues Espasa, M (1), Ribé Miró,A (1), Palou Vall, I (1)

(1) Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salut.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE MEDIANTE MENSAJE DE TEXTO: MEJORAR Y PERSONALIZAR EL SERVICIO SANITARIO **490**

Sabater-Recolons MM (1), Sarret-Vilà S (1), Álvarez-Rodríguez M (2), Montero Cabeza AM (3), Zamora-Casas I (1), Mas Garriga X (4)

(1) Medicina, Institut Català de la Salut. (2) Enfermería, Institut Català de la Salut. (3) Personal administrativo, Institut Català de la Salut. (4) Medicina, nstitut Català de la Salut.

¿SON REALMENTE NUESTROS PACIENTES CONOCEDORES DE LA IMPORTACIA QUE TIENE LA HIGIENE DE MANOS? **491**

De la Cal López M (1), Rebollo Rodrigo H (1), Pino Domínguez L (1), Leal López M (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Santander.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS PATOLÓGICOS GENERADORES DE HIPERFRECUENTACIÓN: ESTUDIO CUALITATIVO. **491**

Bartolomé-Benito E (1), Miquel.-Gómez A (2), Hernández- Pacual M (1), López-Romero A (2), Sánchez-Peruca L (1), Casado-López M (1)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. (2) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria..Comunidad de Madrid.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO, ¿ES REALMENTE VIRTUAL? **492**

Canovas-Ingles A (1), Barragan-Pérez A (2), Muñoz-Ureña A (3), De Miguel-Gomez A (2), Roig-Angosto E (4), Rodríguez-Martínez MP (5)

(1) Centro de Salud de Cartagena Oeste, Servicio Murciano de Salud. (2) Gerencia del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (3) Unidad Docente de M.F.yC. Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (4) Centro de Salud de Torre Pacheco-Este, Servicio Murciano de Salud. (5) Dirección General de Atención Al Ciudadano, Consejería de Sanidad y Política Social.

GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES. UN PROCESO CLAVE PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN **492**

Catalán-Rueda E (1), Rubio-Gómez I (1), Fernández-Conde JA (1), Esteban-Tudela M (2), Santos-Míguez MC (1), Martín-Gutiérrez ME (1)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Dirección Médica, Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

¿QUÉ PIENSAN LOS PROFESIONALES DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES? **493**

Herrero Delgado M (1), Cañada Dorado A (2), Martín Madrazo C (3), Soto Díaz S (3), Villar Coloma E (1), García Álvarez Ac (4)

(1) Centro de Salud Mar Báltico, SERMAS. Área 4 de Atención Primaria. (2) Unidad de Calidad. Gerencia Área 4, SERMAS. Área 4 de Atención Primaria. (3) Unidad de Docencia E Investigación. Gerencia Área 4, SERMAS. Área 4 de Atención Primaria. (4) Subdirección médica Área 4, SERMAS. Área 4 de Atención Primaria.

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL MEIXOEIRO **493**

Rionda Álvarez MM (1), Pérez Rodríguez CF (1), Rodríguez López MJ (1), Pardo Lemos I (2), Vieitez Rodríguez C (3), Rodríguez Lorenzo D (4)

(1) Diálisis, CHUVI. (2) Unidad de Calidad de Cuidados, CHUVI. (3) Unidad de Gestión de la Calidad, CHUVI. (4) Coordinador Calidad CHUVI, CHUVI.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO: SE ENTREGA COPIA DEL MISMO?. LO ENTIENDEN LOS PACIENTES? **494**

Calle-Urra Je (1), Parra-Hidalgo P (1), Más-Castillo A (1), Gomis-Cebrián R (1), Ramón-Esparza T (1), Fonseca-Miranda Y (1)

(1) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo.

CAMPAÑA DE FOTOPROTECCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL EN LA COSTA DEL SOL **494**

Parrado Rivera, F (1)

(1) Dermatología, Hospital Costa del Sol.

¿QUÉ CALIDAD DE VIDA TIENEN NUESTROS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL? **495**
Buendía Lucas (1), Sánchez Ramiro MA (1), Vidal Algarra MC (1), López Díaz J (1), Moreno García F (1), Alejandre Lázaro G (1)
(1) Dirección Médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

EL MANUAL DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS V.2 ..... **495**
Escobar-Ubreva A (1), Ferrero-Ávarez-Rementería, J (1), Buiza-Camacho, B (1), Fernández-Bermejo, MC (1)
(1) Sistemas y Tecnologías, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

TRANSPARENCIA, CREDIBILIDAD Y ACTUALIDAD COMO CRITERIOS DE CALIDAD EN SITIOS WEB SANITARIOS **496**
Escobar-Ubreva, A (1), Buiza-Camacho, B (1), Fernández-Bermejo, MC (1), Ferrero-Álvarez-Rementería, J (1)
(1) Sistemas y Tecnologías, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

INMIGRACIÓN VS NO INMIGRACIÓN: UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE UNA ZBS. ¿SOMOS DIFERENTES?, ¿SOMOS IGUALES? **496**
Díaz Caballero R (1), Besora Cunillera A (1), Rius Rafecas MA (1), Tomàs Cedó RM (1), Balañà Fort Ll (1), Colomés Figuera Ll (1)
(1) Epidemiologia, Informació i Avaluació Assistencial - EIAA, Grup SAGESSA- Hospital Universitari Sant Joan Reus.

LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRESENTAN LIMITACIONES SIGNIFICATIVAS PARA LA VIDA DIARIA. **497**
A.Acevedo-Prado (1), R. Casado-Arroyo (2), D.Lanza-Escobedo (3), A. Río-Lligorit (2)
(1) Coordinación de Calidad, Docencia e Investigación., Área Sanitaria de Ferrol. (2) Cardiología, Hospital Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad Autónoma de Madrid.

CALIDAD EN LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS. FACTORES QUE LA CONDICIONA **497**
Martín Maldonado, Jl. (1), Toledo Gomez, D. (1), Calvo Mayordomo,MJ (1), Infantes Rodríguez, JA (1), Solano Villarrubia, C. (1), Almazan Del Pozo, M (1)
(1) Gerencia Área 1 AP Madrid, SERMAS.

TODO PARA EL PACIENTE… Y CON EL PACIENTE **498**
Rubial-Bernárdez, F. (1), Fernández-Lamelo, F. (1), Fernández-López, A. (1), Moreno-Alegre, A. (1), Peinó-Andión, J. (1), Vilanova-Fraga. F. (1)
(1) Servizo Galego de Saúde, Hospital Universitario Lucus Augusti.

Jueves, 21 de octubre de 2010

11:00 h - 12:30 h – SALA 19

Sesión 38: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderadora: ***Marisa Dotor Gracia***

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA DEL DEPORTE..... 498
Porcar, C (1), Salas, A (2), Ballesteros, M (2), Til, Lluis (1), Sust, F (1), Pomés, T (1)
(1) Unitat Assistencial i Preventiva de l'Esport, Consorci Sanitari de Terrassa. (2) Direcció de Qualitat, Consorci Sanitari de Terrassa.

ESTUDIO SOBRE ESTRÉS LABORAL Y SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS..... 499
García-Fraguela B (1), Cribeiro-González M (1), Bello-González E (2), Pita-Fernández S (3), López-Ramos P (1), Filgueiras (1)
(1) Dirección de Enfermería, CHUAC. (2) Urxencias, CHUAC. (3) Epidemioloxía, CHUAC.

EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD. LA GESTIÓN DEL APROVISIONAMIENTO 499
Jauregui I (1), Bilbao I (1), San Sebastián JA (1), Latorre M (1)
(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces .

DISEÑO DEL PROCESO DE ASISTENCIA EN HOSPITALIZACIÓN..... 500
Ortiz Otero, MM (1), Gómez Ibañez, Y (2), Serrano Balazote, P (3), Rivas Flores, FJ (4)
(1) Calidad, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (2) Gestión de Camas, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (3) Dirección Médica, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (4) Gestión de Pacientes, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

EVOLUCIÓN DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE GERIÁTRIA DURANTE 8 AÑOS DE EXPERIENCIA..... 500
Cucullo López JM (1), Solsona Fernández S (1), Vial Escolano R (1), Navarro Cirugeda M (2), Ciercoles Sierra MJ (2), Guajardo Sinusia I (2)
(1) Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, Salud. Aragón. Sector I. (2) Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, Salud-Aragón. Sector I.

CULTURA DE LA CALIDAD EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA PROTEGIDA. UN PROCESO PARTICIPATIVO..... 501
Avellaneda Millán, A. (1), Herrera Cardenal, E. (2)
(1) Acción Social y Ciudadanía. Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia., Generalitat de Cataluña. (2) Servicios Sociales y Dependencia, Instituto Universitario Avedis Donabedian.

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DE UN SERVICIO DE ALERGIA HOSPITALARIO: 2000-2010..... 501
Campos-Andreu, A. (1), Gimeno; E (2), Calaforra; S. (2), Pérez, A (3), Ibañez, E (3), López-Salgueiro; R (2)
(1) Servicio de Alergia, HU LA FE. (2) S. Alergia, HU LA FE. (3) S Alergia, HU LA FE.

FIBRINOLISIS EN EL ICTUS. PROGRESANDO CON LOS TIEMPOS..... 502
Gros Bañeres B (1), Herrer Castejón A (1), Palazon Saura P (1), Garcés Sanjosé C (1), Javierre Loris M (1), Viñado Oteo B (1)
(1) Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet.

ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE..... 502
Lagos-Pantoja E (1), Sánchez-González Rp (2), García-Cuenca Al (3), Pelaez-Flores A (4), García-Castillo Pérez-Madrid C (5), Cambronero-Casas F (6)
(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2) Dirección de Enfermería, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (3) SUPERVISOR de Formación y Cuidados de Enfermería, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (4) SUPERVISOR de Área de Enfermería, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (5) Supervisora de Área de Enfermería, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (6) Servicio de Informática, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

LA COOPERACIÓN ENTRE ADMINISTRATIVOS Y FACULTATIVOS COMO ESTRATEGIA CLAVE EN LA DEFINICIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS Y EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL INSTITUTO CATALÁN DE EVALUACIONES MÉDICAS..... 503
Pastor - Milán JR (1), Valenzuela - Izquierdo E (1), Dr. Gomila - Vila (1), Dra. Jardí I Lliberia (1), Gàlvez-Hernando G (1)
(1) Departament de Salut, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).

VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE, RELACIÓN ENTRE NIVEL DE GRAVEDAD ASIGNADO Y DESTINO AL ALTA DE LOS PACINTES 503

Sánchez-Fernández M (1), Esteban-Zarraoa M.J. (1), Machiñena-Ursuegi L (1), Marín-Tamayo JM (1), Masie-Mebuy A (1), Murguzur-Igarzabal D (1)

(1) Urgencias, Hospital Alto Deba.

CÓMO TRASLADAR UN HOSPITAL Y NO MORIR EN EL INTENTO 504

Rubial-Bernárdez, F. (1), Fernández-Lamelo, F. (1), Fernández-López, A. (1), Moreno-Alegre, A. (1), Camino-Fernández, E. (1), Vilanova-Fraga, F. (1)

(1) Servizo Galego de Saúde, Hospital Universitario Lucus Augusti.

CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL PROCESO DE FINAL DE LA VIDA: ACOMPAÑANDO AL PACIENTE Y A LA FAMILIA 504

Álvarez Rodríguez M (1), Echevarria Bayas, MP (1), Escudero Hernández, MM (1), Sarret Vilà, S (1), Sabater Recolons, MM (1), Montero Cabeza, AM (1)

(1) Atención Primaria, Institut Català de la Salut.

¿POR QUÉ REGISTRAR EN SOPORTE INFORMATIZADO LA ACTIVIDAD ENFERMERA Y RECURSOS MATERIALES UTILIZADOS EN LA COLONOSCOPIA DEL PROCESO DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO? 505

Riquelme-Tenza P (1), Navarro-Egea AP (2), Carrillo-Ortega J (1), Camacho-López P (1), López-Martínez Pl (1), Carballo-Álvarez Lf (1)

(1) Área Digestivo, Hospital U. Virgen de la Arrixaca. (2) Área Digestivo, Hospital U. Virgen de la Arrixaca.

GESTIÓN POR PROCESOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL: UNA APUESTA POR LA CALIDAD 505

Calvo-Rico R (1), Conejo-Olmedilla MA (1), Cabrera-Del Castillo MA (1), Gomez-Gomez MT (1), Pérez-García Pa (1), González Fernández I (1)

(1) E.A.P. Camarena G.A.P. Toledo, SESCAM.

CICLO DE MEJORA DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD) DE URGENCIAS 506

Fernández Castelló Al (1), Bibiano Guillen C (2), Muñoz De la Nava Chacón MN (1), Martínez Cerezal C (3), González Hernández MJ (3), Mariné Blanco M (4)

(1) Información, Calidad y Seguridad Clínica, Sanitas S.A. Seguros. (2) Jefe del Servicio de Urgencias, Sanitas S.A. Hospitales. (3) Servicio de Urgencias, Sanitas S.A. Hospitales. (4) Dirección Médica, Sanitas S.A. Hospitales.

Jueves, 21 de octubre de 2010

15:30 h - 17:00 h – SALA 19

Sesión 49: Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Moderadora: ***Elvira Touriño Míguez***

MEDICIÓN INTERNA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL **506**

Ferrer-Bas MP (1), Beteta-Fernández D (2), López-Ibáñez M (2), Hellín-Monasterio J (3), Férnandez-Redondo C (4), Iniesta-Alcázar J (5)

(1) Dirección de enfermería. Coordinadora de Hospitalización General, Farmacia y Formación Continuada, Calidad e Investigación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Formación Continuada y Docencia, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Dirección de enfermería. Director, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (4) Supervisora de Área Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (5) Dirección de enfermería. Subdirección de Docencia y recursos económicos., Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

REMODELANDO "LA FACHADA" DE NUESTROS CENTROS DE SALUD: LA IMAGEN TAMBIÉN CUENTA **507**

Fluriache García-Caro MP (1), Dulanto Banda, RA (2), Pacheco Jiménez, FJ (3), Garrido Valverde, I (3), López-Cañizares, MM (3)

(1) Unidad de Comunicación, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2) Unidad de Calidad, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (3) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

EFQM: HERRAMIENTA DE MEJORA EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA H.GUADARRAMA **507**

Alonso-Martín MSM (1), Salazar- De la Guerra R (1), Gomez- Carracedo AM (1), Flores- Sánchez G (1), García- González C (1), Benito- Magan JJ (1)

(1) Docencia, Hospital Guadarrama.

EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS EN PACIENTES CON "DERRAME PLEURAL" **508**

Rodríguez-García C, (1), Candia B (2)

(1) Neumología, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS.

IMPORTANCIA DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL PACIENTE EN LA HOSTELERÍA DE CAPIO HOSPITAL TRES CULTURAS DE TOLEDO **508**

Retamero Blázquez J (1), Fernández Vázquez MM (2), Pradillo Perea P (3), Loza Villasis S (4), Garrido Rocamora I (5), Blanco Rodríguez M (6)

(1) Servicios Generales, Capio Hospital Tres Culturas. (2) Dirección Financiera, Capio Hospital Tres Culturas. (3) Recursos Humanos, Capio Hospital Tres Culturas. (4) Atención al paciente, Capio Hospital Tres Culturas. (5) Supervisión Enfermería, Capio Hospital Tres Culturas. (6) Departamento Central de Calidad, Capio Sanidad.

PILOTAJE EN RECORDATORIO DE CITAS PARA EVITAR LAS INASISTENCIAS **509**

Esnaola Yanci, C (1), Garate Viloin, A (2)

(1) Admisión CCEE Extrahospitalaria, Hospital Donostia. (2) Servicio de Admisión y Documentación, Hospital Donostia.

EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN **509**

González De la Flor, P. (1), Jover Casas,JM. (2), Carmona Vigo, R. (3)

(1) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (2) Calidad, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (3) Oncología Radioterápica, SAS.

MANUAL DE ACOGIDA AL NUEVO PROFESIONAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA **510**

Lerma-Gaude V (1), Hernández-Sansalvador M (1), Sola-Moreno MD (1), García-Gómez C (1)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital General de Villarrobledo y Complejo Hospitalario de Albacete.

GESTIÓN POR PROCESOS: IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN EL PROCESO DE ASISTENCIA EN VARIOS CENTROS DE SALUD **510**

Garzón G (1), Alemany A (2), Ubach B (2), Rodrigo R (1), Hernández T (2), Serradilla P (2)

(1) U Calidad, SERMAS. Área 1 AP. (2) Gerencia, SERMAS. Área 1 AP.

EVOLUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA INTERVENIDO EN LA ZBS DE CÁDIZ-SAN FERNANDO..... 511
Enrique Alonso Redondo (1), Pilar Moreno Paredes (2), Alejandro Utor Fernández (2), Ana Tocino (2), Ana García Alcaraz (2), Asunción Rubio Barranco (2)
(1) Unidad de Mama, Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. (2) Unidad de Mama, H.U. Puerta del Mar.

CAPTACIÓN Y DERIVACIÓN DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS..... 511
Lòpez-Ben I (1), Barcai-De Vicente C (1), Lijo-Fernández A (1), Martínez-Moreira ME (2), Seijas-Rodríguez PM (1), Torres-Rampa ME (3)
(1) Urgencias H. A Coruña, Sergas- Chuac. (2) Urgencias- H. A Coruña, Sergas Chuac. (3) Urgencias H. A Coruña, Sergas Chuac.

PROYECTO DE MEJORA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE UN CENTRO DE SALUD DEL ÁREA 7 DE ATENCIÓN PRIMARIA..... 512
García-Pardo, RM (1), Arroyo-Morollón, J (1), Bayón-Cabeza , M (1), Gómez-Pesquera, C (1), López-Palacios, S (1), López-Gómez, Ca (1)
(1) Gerencia Área 7, Área 7 Atención Primaria. Madrid.

ALIANZA DE COLABORACIÓN: HOSPITAL ALTO DEBA - S.UROLOGÍA -HOSPITAL DE REFERENCIA..... 512
Angulo-Orue,JI (1), Yarritu-Fernández,C (2), Muñoz-Miguel,C (3), Angulo-Preciado,JI (4), Romeo-Martín,M (5), Extramiana-Cameno,J (6)
(1) Dirección- Dirección Gerencia, Hospital Alto Deba. (2) Dirección-Dirección de Enfermería, Hospital Alto Deba. (3) Calidad- Enfermera de Calidad, Hospital Alto Deba. (4) Radiología, Hospital Alto Deba. (5) Sº Urología - Enfermero, Hospital Alto Deba. (6) Sº Urología - Facultativo, Hospital Santiago Apóstol.

DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN CONTINUADA DE LOS PROCESOS HEMATOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DIA..... 513
Galego Vizoso T (1), López-Puente C (2), Santiago JI (1), Ciria MJ (1), Quilez Salvador L (1), Giraldo P (1)
(1) Hospital de Día de Hematología, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Hospital de Día de hematología, Hospital Universitario Miguel Servet.

REESTRUCTURACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE FIBROMIALGIA..... 513
Cimadevila-Álvarez B (1), Martínez-Varela F (1), Calvo-Pérez A (2), Facio-Villanueva A (3), Domínguez-González N (4), Martínez-Romero MD (1)
(1) Servicio de Desarrollo de Procesos Asistenciales y compra de servicios, Servizo Galego de Saúde. (2) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Subdirección General de Planificación y Ordenación Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (4) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde.

PROCESO "ASISTENCIA SANITARIA URGENTE": CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN LA PUERTA DE ACCESO AL PROCESO..... 514
Unanue-Munduate T (1), Bustinduy-Bascarán A (2), Esquisabel-Martínez R (3), Medina-Sánchez I (4), García-García S (5), Rojo-Salaberri M (6)
(1) Calidad, Emergencias de Osakidetza. (2) Unidad de Gestión Sanitaria, Comarca Ekialde. (3) Centro de Salud San Martín, Comarca Araba - Osakidetza. (4) Responsable de Enfermería, Emergencias de Osakidetza. (5) Centro de Salud Basurto., Comarca Bilbao - Osakidetza. (6) Soporte Vital Avanzado, Emergencias de Osakidetza.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO HOSPITALARIO EN LA DETECCIÓN DE SEGUNDOS TUMORES DE MAMA..... 514
González Calvo E (1), Díaz Díaz V (1), Díaz Gomez L (1), Munive Álvarez E (1), Alonso Ojembarrena A (1), Alonso Redondo E (1)
(1) Unidad de atención integral al cáncer, Hospital Puerta del Mar.

680 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 12:35 h.

AGENTES GENERADORES DE RUIDO HOSPITALARIO HOSPITAL GUADARRAMA 2008

González-Soria J (1), López-Prieto C (2), Núñez-Castelo Baeza M (3), Rey-Pérez T (4), Vidal-Carmona E (1), Villoria-Arroyo A (5)

(1) Jefe Unidad Funcional de Enfermería, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid. (2) Trabajo Social, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid. (3) Unidad de Recuperación Funcional, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid. (4) Unidad de Cuidados Agudos, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid. (5) Servicios Generales, Hospital Guadarrama Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS:

- Detectar cuales son los agentes generadores de ruido en nuestro medio hospitalario
- Medir los niveles de ruido que originan
- Conocer la percepción de trabajadores, enfermos y familiares

MATERIAL:

- Medición del ruido con sonómetro en las plantas de hospitalización, hospital de día, gimnasio y zonas anejas.
- Recogida de datos sobre los elementos causales, por parte de los trabajadores, en todos los turnos.
- Realización de "Encuesta sobre ruidos en el hospital" por parte de los enfermos y familiares

RESULTADOS:

1.-Medición del ruido:

Niveles (dB) registrados en hospitalización, pasillos, control y habitaciones ocupadas

Valor mínimo 35 dB y máx 75 dB con una media de 57.5 dB , correspondiendo sus valores máximos a los horarios de cambio de turno en enfermería y actividad con carros auxiliares.

2.- Recogida de datos por observación (trabajadores)

Los carros de lencería (82%) y el personal (82%) primeros agentes causales de ruido

Por turnos: Mañana el 92% corresponde al personal, seguido de los carros de lencería (75%) y los timbres (67)

Tarde: todos los carros (curas, lencería, comida,) son la primera causa y las puertas (75%) de los pasillos

Noche: carro, los timbres y aquellos que quedan solapados durante el día (el armario de cables, ascensor, TV , ruidos exteriores)

3.-"Encuesta sobre ruidos en el hospital"

. El hospital es considerado poco ruidoso 63% de los pacientes

- Todos los carros son generadores y en el exterior, las ambulancias y los trabajos de jardinería.
- Turno noche (56%) son más molestos y el peor momento de día se corresponde con la ronda de enfermería (44%)
- El tiempo de descanso se ve alterado por nuestra actuación "a veces" en el 50% de los enfermos
- El 86% no refiere alteraciones relacionadas con el ruido, de los que sí, están nerviosos (31%), no duermen bien (19%) y están irritables el 13% como efectos relacionados con el ruido.

CONCLUSIONES:

- Los carros y el personal son los agentes principal generadores de ruido
- Los valores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) :en las habitaciones de los pacientes hospitalizados son de 35 dB en el día, y 30 dB en la noche, con picos no superior a 40 dB (Berglund et al. 1999)
- Los valores medios diurnos, están por encima de los 50 dB y los nocturnos el mínimo es 35 dB en habitación con paciente
- Analizada esta situación, se emprenden medidas correctoras para eliminar o mitigar los ruidos mecánicos y acciones sensibilización y educación con el personal del centro.

PALABRAS CLAVE: agentes, generadores, ruido

733 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 12:40 h.

ESTUDIO DE COLONIZACIÓN BACTERIANA EN BATAS MÉDICAS DE UN SERVICIO QUIRÚRGICO

Arocena Cedrón Mg (1), Sota Busselo M (2), Hernánez Hernández JM (3), Arana De la Torre A (1), Sendino Cañizares P (1), Colina Alonso A (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Unidad de Gestión Clínica(Dr. Colina), Hospital de Cruces. (2) Servicio de Microbiología, Hospital de Cruces. (3) Servicio de Medicina Preventiva, Hospital de Cruces.

OBJETIVOS: Conocer la flora que coloniza las mangas de las batas médicas en un Servicio de Cirugía

MATERIAL: Tras una Sesión Clínica en la que participaron 39 cirujanos y sin aviso previo, se recogieron muestras de la zona más declive de la manga de las batas del brazo dominante, en una superficie de unos 25cm^{o}, mediante una impronta en placa de Petri de agar sangre al 5%(Agar Columbia con sangre de oveja Plus Oxoid). Posteriormente se cultivó 48h en estufa a 37ºC realizándose una primera lectura a las 24h y otra a las 48h.Se valoró el recuento total de colonias y aislamiento de microorganismos potencialmente patógenos(S. aureus y Bacilos Gram Negativos BGN).

Se estudiaron además las siguientes variables: días con bata,cargo que desempeña el cirujano en el Servicio y Unidad patológica a la que está adscrito.

La comparación de medias del recuento total de colonias se ha realizado mediante ANOVA y el análisis de BGN en los diferentes grupos de estudio mediante chi cuadrado y test exacto de Fisher. Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS v.15.En todos los análisis se consideró estadísticamente significativa p<0´05

RESULTADOS:

a) Se ha obtenido crecimiento bacteriano de flora saprofita superficial, en todas las batas analizadas. En 16(41%) se aislaron bacterias potencialmente patógenas;de ellas, 7 S.Aureus(43´7%)y 9 BGN(56%): 1E.Coli, 1Ewingella Americana, 4Acinetobacter Iwofii, 2Pseudomonas sp y 1Ralstonia Picketti

b) No hemos encontrado relación entre mayor n^{o} de días con bata y mayor concentración de colonias bacterianas ni tampoco con las distintas Unidades patológicas. En la Unidad Hepatobiliar y en la Endocrino, no se han aislado ningun BGN

c) Los MIR han presentado un recuento total de colonias menor que los Jefes de Servicio y los Jefes Clínicos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa

CONCLUSIONES:

1.No hay datos suficientes para establecer la frecuencia en el cambio de la bata blanca

2. No hay diferencias entre las distintas Unidades patológicas para decidir medidas especiales

3. Dada la diferencia estadísticamente significativa encontrada en las batas de los MIR, se debiera valorar el uso que se hace de la bata en las áreas clínicas

3.Aunque la frecuencia de detección de microorganismos potencialmente patógenos no ha sido elevada, las mangas de las batas pueden albergar microorganismos potencialmente patógenos. Por ello sería aconsejable no usarlas en todos aquellos procedimientos exploratorios que pudieran exponer la herida quirúrgica con la bata blanca

PALABRAS CLAVE: Colonización, BGN, S. Aureus

744 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 12:45 h.

MEJORA EN LA FORMACIÓN DEL ENFERMERO INTERINO RESIDENTE EN LA UNIDAD DOCENTE(UDM) DE MATRONAS DE TOLEDO

Tudela-Machuca C (1), Sánchez-Rentero S (2), Gomez-Cantarino S (1), Duque-Teomiro C (1), Rodríguez-Rojas MJ (1), De la Cruz-Acosta G (1)

(1) Unidad Docente de Matronas, Complejo Hospitalario de Toledo. (2) Materno-Infantil, Complejo Hospitalario de Toledo.

OBJETIVOS:

-Aprender a través de la participación activa, así como un enriquecimiento en el currículo vitae del EIR por la certificación que recibirá debido a su participación activa.

-Fortalecer relaciones afectivas en todos los ámbitos de la personalidad de la

MATERIAL:

-El Eir-matrona recibió por parte de las Docentes-matronas de campo una: Formación: Teórico-Práctica.

-La UDM presentó el programa a los docentes educativos, animándolos a incluir la EPS tanto en la educación reglada que recibe población diana en los

RESULTADOS:

-Satisfacción del EIR-Matrona

-Relación calidad-coste: Coste mínimo en recursos humanos ya que las actividades de EPS impartidas irán incluidas dentro del programa de autoformación tutorizado en la UDM del HVS de

-El grado de interés que ha tenido el

CONCLUSIONES: La formación que se sigue en las Unidades Docentes de Matronas, se puede afirmar que está muy ligada a la enseñanza reflexiva en enfermería caracterizada por la aplicación de la "Racionalidad Práctica-Reflexiva" ya que su acción se fundamenta en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción, mecanismo mediante el cual se generan y produce el conocimiento profesional, "Reflexión-en-la-acción", "Conocimiento en la acción", "Reflexión sobre la reflexión en la acción" siendo esto muy útil en el enfrentamiento con situaciones ambiguas e inestables de la práctica del cuidado y de la enseñanza del mismo.

PALABRAS CLAVE: EIR-MATRONA, UDM, SEXUALIDAD

773 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 12:50 h.

PROYECTO DE MEJORA: IMPLANTACIÓN DE CONSULTAS PRECONCEPCIONALES (CP) POR LAS MATRONAS EN EL VAL MIÑOR

López Ozores, Yemina (1), Pereiro Bamgueses. Ángeles (1), Sanromán Varela,María José (1)

(1) Atención Primaria, Sergas.

OBJETIVOS: El proyecto consiste en la implantación de las CP, va dirigido a mujeres en edad fértil del Val Miñor, la finalidad es conseguir que dichas mujeres aborden la gestación en las mejores condiciones posibles.

El objetivo principal es conseguir que el 10 % de las gestantes que se atiendan en consulta por embarazo durante un año (de Abril de 2009 a Marzo de 2010) tengan dichas consultas realizadas.

Los objetivos específicos son que el 100% aborden la gestación debidamente vacunadas frente a la rubéola y que el 90% tomen ácido fólico antes del embarazo y adquieran los conocimientos sobre hábitos de vida saludables recogidos en la Guía Técnica del Proceso de Consulta Preconcepcional.

MATERIAL: Material y métodos:

Se hizo una auditoría de las gestantes controladas en los meses de Octubre de 2008 a Marzo de 2009 para conocer la situación de partida con respecto a la cobertura vacunal y al consumo de ácido fólico antes de la intervención.

Los recursos humanos utilizados fueron: Las matronas para llevar a cabo las consultas, los administrativos para las citas, el resto del personal del equipo para derivar a las mujeres y el personal de los laboratorios para realizar los análisis.

Los recursos materiales: Consulta de matrona, carteles informativos, modelo de historia de CP, material divulgativo sobre hábitos saludables antes del embarazo, etc.

Se llevaron a cabo dos consultas:

Primera: Se informa del objetivo y del procedimiento, Anamnesis, exploración física, ginecológica, toma para citología si corresponde, solicitud de pruebas complementarias, se hace una primera catalogación de riesgo según criterios de la Guía. Se ofertan programas de deshabituación a tóxicos si fuesen necesarios, se cumplimenta la Historia, se realiza educación sanitaria sobre hábitos de vida y otros consejos y se gestiona la segunda consulta.

Segunda: Se informa a la mujer de los resultados de las pruebas, se le comunica la evaluación del riesgo, se administran vacunas si procede, se prescribe ingesta de fólico y dieta rica en yodo y se evalúa la adquisición de conocimientos.

RESULTADOS: Los resultados alcanzados fueron:

18 % Gestantes habían realizado CP

100 % Abordaron la gestación debidamente inmunizadas

90 % Tomaban ácido fólico antes del embarazo según criterios de la Guía

92 % Habían adquirido los conocimientos adecuados.

CONCLUSIONES: Conclusiones:

- Se alcanzaron los objetivos propuestos aunque desearíamos que la afluencia a las CP fuera mayor.

- Tienden a abandonar la ingesta de fólico si se retrasa la gestación.

PALABRAS CLAVE: Consulta preconcepcional, Mujer een edad fértil, Matrona

1009 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 12:55 h.

FORMACIÓN EN CALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO

Ana Begoña Vilela González (1), María Luz Lago Vázquez (2), Concepción Suárez Bermúdez (3)

(1) Servizo de Aprovisionamento, Servizo Galego de Saúde. (2) Servizo de Diálise - C.H.U. de Santiago, Servizo Galego de Saúde. (3) Servizo de Aprovisionamento, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: La implantación de sistemas de gestión de la calidad va necesariamente unida, en el ámbito sanitario, a la adecuada y sistemática gestión del conocimiento. Por tanto de una correcta gestión de la información y del conocimiento depende, en gran parte la puesta en marcha de un sistema de gestión de calidad. Son dos componentes que se condicionan mutuamente y forman parte de un mismo proceso, cuyo objetivo es el progreso de la organización.

El apartado 6.2.2 de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 indica que la organización debe, cuando sea aplicable, proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria del personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto.

MATERIAL: En el marco del Proyecto AprovIso 9mil, desarrollado por el Servizo Galego de Saúde, la formación juega un papel fundamental porque es el instrumento para que un sistema de gestión de calidad se desarrollecon garantías y en un entorno laboral favorable y porque contribuye a identificar en la organización personas que lleven el liderazgo de una implantación y mantenimiento de un sistema de gestión de calidad con la seguridad de una sólida formación.

La formación en el ámbito del Proyecto AI9, cuenta con una parte teórica: conceptos de calidad, conocimientos en norma ISO, tanto básicos como avanzados y formación en realización de auditorías internas. Pero también muy importante es la formación práctica que adquieren los profesionales con la asistencia como observadores a las auditorías que realizan los profesionales de los centros sanitarios.

RESULTADOS: Haciendo balance del último año, en el 2009, se han formado al amparo del proyecto AI9 aproximadamente 250 personas, de estos 50 han cerrado el ciclo con la asistencia a autorías de calidad en la figura de observador.

La experiencia narrada por las personas que han completado el ciclo de formación es excelente por que aporta un intercambio de experiencias y de conocimiento difícil de alcanzar en el trabajo diario.

CONCLUSIONES: Haciendo balance del último año, en el 2009, se han formado al amparo del proyecto AI9 aproximadamente 250 personas, de estos 50 han cerrado el ciclo con la asistencia a autorías de calidad en la figura de observador.

La experiencia narrada por las personas que han completado el ciclo de formación es excelente por que aporta un intercambio de experiencias y de conocimiento difícil de alcanzar en el trabajo diario.

PALABRAS CLAVE: formación, calidad, gestión

1400 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:00 h.

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON EPOC

Magre-Aguilar J (1), Vallejo García E (1), Alegre-Bultó C (1), Boqué-Cavallé M (1)

(1) Enfermería, FASS.

OBJETIVOS: El objetivo principal es evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad obstructiva crónica y que tengan como tratamiento habitual el uso de inhaladores.

MATERIAL: Estudio descriptivo y transversal. La selección de la muestra se realiza a los pacientes diagnosticados de EPOC, código CIAP R95 en la historia clínica informatizada, OMI-AP. Se utiliza un muestreo no probabilística por conveniencia. La población total es de 113 personas y se utiliza una muestra de 51.

Los motivos de inclusión en el estudio: personas nacidas después del año 1935 y antes del 1994 (entre los 16 y 74 años), que en su tratamiento habitual contemple el uso de inhaladores.

Los motivos de exclusión en el estudio: personas con déficit de las actividades de la vida diaria (Barthel inferior a 60) y el no cumplimiento de los criterios de inclusión.

Utilización del cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (CRQ), Güell et al., el cual valorar cuatro dimensiones: la disnea, la fatiga, la función emocional y el control de la enfermedad. La puntuación varia entre 20, menor calidad de vida, y 140, mayor calidad de vida. La puntuación total se distribuye de la siguiente manera según la dimensión que se observe, la disnea entre 5 y 35, la fatiga entre 4 y 28, la función emocional entre 7-49 y el control de la enfermedad entre 4-28.

RESULTADOS: La muestra de distribuye en un 88% de hombres. La media de edad es 67,31 años [65,41-69,22].

La puntuación media del cuestionario de enfermedad crónica es 95,65 [90,26-101,03]. Si lo valoramos por las dimensiones: la media en la dimensión disnea es 14.76 [13.02-16.5], la media en la dimensión fatiga es 19.96 [18.55-21.36], la media en la dimensión función emocional es 37.35 [34.76-39.94], la media en la dimensión control de la enfermedad 23,56 [21.86-25.26].

Las tres actividades que en las últimas dos semanas han provocado más sensación de ahogo son: subir escaleras con un 35,3%, subir una cuesta con el 23,5%, andar deprisa 21,6%.

CONCLUSIONES: Según el cuestionario aplicado para el estudio los pacientes muestran un buen control de la enfermedad.

La dimensión de la disnea es la función con la puntuación más baja del cuestionario, a partir de estos resultados y, siguiendo con la misma línea de investigación, valoraremos el cumplimiento terapéutico de los inhaladores e iniciaremos programas, individuales y colectivos, para la mejora del uso de inhaladores.

Estos son los primeros resultados de un trabajo sobre la calidad de vida del paciente EPOC y el cumplimiento terapéutico en nuestra zona de influencia.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, EPOC, Cumplimiento terapéutico

1093 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:05 h.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Juan A. Garrido Sanjuan (1), Luis Ramil Hermida (2), Antonio Acevedo Prado (3), Romina Vázquez Golpe (4), José Rey Aneiros (5), Luis Verde Remeseiro (6)

(1) Medicina Interna - Docencia, Área Sanitaria de Ferrol. (2) Atención Primaria - Docencia, Área Sanitaria Ferrol. (3) Coordinador de Calidad,Docencia e Investigación, Área Sanitaria de Ferrol. (4) Urgencias, Área Sanitaria de Ferrol. (5) Gerente de Procesos - Dirección, Área Sanitaria de Ferrol. (6) Director Área Sanitaria, Área Sanitaria de Ferrol.

OBJETIVOS:

Principal:

Elaborar el Plan de Gestión de Calidad de la Docencia (PGCD) en el Área de Ferrol.

Específicos:

1 Establecer un plan de calidad de la formación sanitaria especializada en el área de Ferrol.
2. Adaptarse a la Legislación al respecto RD 183/2008.
3. Mejorar la coordinación funcional entre la docencia de primaria y especializada.
4. Establecer un mecanismo participativo en la elaboración del mismo que legitime sus resultados en la organización y apoye su implantación.
5. Integrar el PGCD en el Plan de Calidad Total del área.

MATERIAL: El PGCD es el documento que describe y desarrolla la organización para la docencia y las directrices y requisitos para gestionar y asegurar la calidad de la formación sanitaria especializada en los centros docentes
Es necesario para conseguir avanzar hacia la excelencia en la Docencia en los Centros sanitarios.
Para su elaboración se han llevado a cabo dos SESIONES de trabajo con la participación de 44 profesionales que representan a:

1. Dirección del ASF
2. Comisión de Docencia y especialidades acreditadas para docencia o en proceso de acreditación.
3. Jefes de Servicio.
4. Unidad de calidad del área
5. Comisión de Docencia de Atención Primaria.
6. Servicios colaboradores en la docencia: Urgencias y Biblioteca.

Se requiere aprobación en CD y Comisión de Dirección.

RESULTADOS: Elaboración y aprobación del PGCD por las Comisiones de Docencia y Dirección del Área de Ferrol, que consta de:

1. Introducción y marco normativo.
2. Misión, Visión y Valores.
3. Objetivos del plan (11): Incorporación de indicadores, estándares, base documental, encargados de seguimiento y control y momento de evaluación.
4. Sistemas de evaluación: internos y externos.
5. Plan de mejora.

CONCLUSIONES:

1. Es necesario establecer planes de calidad para la formación sanitaria especializada.
2. Este proceso se legitima con la participación del más amplio número de personas.
3. El Área Sanitaria de Ferrol es la primera de Galicia en elaborarlo.
4. Se pretende ser guía del proceso a otras áreas de Galicia
5. Esperamos conseguir los más altos niveles de calidad con la implantación de este plan que repercutan en la asistencia y salud de nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: Gestión, Docencia, Calidad

1181 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:10 h.

ANÁLISIS DEL TIEMPO COMO FACTOR CLAVE EN LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA

García-Pérez M. (1), Lorente-Fernández Mf (2), Ribera Coves M (2), Miro Juan Al. (1), Seguí-Llorens JA (3), González-Álvarez I (4)

(1) Radiología, Hospital Universitario de San Juan. (2) Radiología, Hospital universitario de San Juan. (3) Radiología, Hospital Universitario de SAn Juan . (4) Radiología, Hospital Universitario de SAn Juan.

OBJETIVOS: Reducir los tiempos de las fases del proceso asistencial radiológico desde la cita a la llegada del resultado al médico.

Mitigar la ansiedad que la incertidumbre de la espera provoca en el paciente.

MATERIAL: De acuerdo con la Misión del Servicio, hemos analizado y establecido indicadores relacionados con la espera en las diferentes fases del proceso asistencial radiológico: de la solicitud a la cita, la espera en sala antes de la prueba, el tiempo de realización de prueba e informe al paciente ingresado.

Hemos analizado la calidad percibida a través de métodos descriptivos cuantitativos como son cuestionarios de satisfacción para pacientes y clientes (médicos) y técnicas cualitativas: entrevistas, análisis de sugerencias, reclamaciones y felicitaciones desde el año 2006.

RESULTADOS: Los resultados de los indicadores que reflejan la espera en la realización de TC a pacientes ingresados se ha reducido, en 2009 el 98% de pacientes ingresados se realiza la exploración en menos de 24 horas. El tiempo de espera en sala también se ha reducido, el 81% de pacientes que acuden a realizarse una TC esperan entre 15 y 30 minutos.

Los resultados de las encuestas a nuestros clientes, muestran un alto grado de satisfacción en la respuesta a la solicitud de pruebas radiológica siendo la puntuación global al Servicio de un 9 sobre 10, con un incremento progresivo desde 2006.El 80% de los pacientes consideran el tiempo de espera en sala muy corto o corto.

CONCLUSIONES: La espera para la realización de pruebas diagnósticas es mal tolerada por el paciente y es el ítem que más se repite en las encuestas.

El hecho de que en nuestro Servicio se le haya prestado una especial atención a un mejor manejo del tiempo ha supuesto una reducción de los tiempos de espera y se ha traducido en numerosas felicitaciones de pacientes y profesionales.

Las encuestas son un buen termómetro para medir la satisfacción de pacientes y clientes cuando se introducen cambios en la gestión del proceso asistencial radiológico.

Cuando no se gestiona adecuadamente el tiempo en un Servicio de Radiología se traduce en un retraso que se suma al proceso asistencial del paciente generando importantes "cuellos de botella" en el Sistema.

PALABRAS CLAVE: Tiempo, Gestión, Proceso

1200 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:15 h.

ADECUACIÓN DE DEMANDA Y MEJORA DE ACCESIBILIDAD PARA ESTUDIOS DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL SUEÑO

Mariño Fernández MB. (1), Casan Clara P (2), Tamayo Canillas MI (1), López González FJ (2), Farpón Gil A. (1)

(1) Admisión y Documentación Clínica, Hospital Central Universitario de Asturias. (2) Área de Gestión Clínica del Pulmón, Hospital Central Universitario de Asturias.

OBJETIVOS: La lista de espera para estudios de patología respiratoria del sueño (EPRS) es generalmente muy elevada, debido a la gran prevalencia de esta patología y a la existencia de una prueba diagnóstica - polisomnografía hospitalaria - que actúa de "stop". El HUCA afectado históricamente por esta situación, se planteó en el año 2009 un objetivo de reorganización del área para mejorar la accesibilidad y la atención en este tipo de patología. Se formó un equipo mixto de trabajo: Dirección Médica, Neumología y Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) para abordar integralmente el problema, evaluando necesidades y diseñando estrategias para optimizar recursos y mejorar la atención.

MATERIAL: Se estableció como primer paso depurar, cuantificar y ordenar según prioridad clínica los pacientes en lista de espera para EPRS (desde diciembre 2005 hasta diciembre 2009), mediante llamada telefónica estructurada realizada por personal administrativo del SADC específicamente entrenado (tres llamadas en diferentes horarios y días) y cuestionario de Berlín-1996 modificado. Un segundo paso fue la reorganización de la actividad de consulta y la utilización de la poligrafía ambulatoria para mejorar la respuesta a los pacientes pendientes.

RESULTADOS: De un total de 1.246 solicitudes, 986 (79.1%) contestaron afirmativamente. En 173 casos (13.9%) el paciente no estaba interesado en el estudio,lo había realizado,resuelto el problema o había fallecido. En 87 casos (7%) no se localizó al paciente. Esto supuso una reducción de casi un 25% de los candidatos.

El cuestionario de Berlin-1996 permitió clasificar como prioritarios a 148 pacientes (15% de las respuestas afirmativas), atendidos en un plazo inferior a 6 meses.

Sobre esta lista de espera redimensionada y priorizada, se rediseñó toda la actividad del área con el fin de conseguir los mejores resultados con los recursos disponibles. La demora para primera consulta se redujo de 884 días al cierre de mayo de 2009 a 154 días a cierre de abril de 2010, con una correcta identificación y atención de los pacientes preferentes.

CONCLUSIONES: El abordaje eficaz de listas de espera cronificadas debe hacerse siempre mediante la combinación de diferentes perspectivas. Los procedimientos de depuración y actualización de lista de espera son eficaces y adecuados cuando hay que implementar una nueva estrategia organizativa. Los cuestionarios de cribado permiten además racionalizar el uso de recursos y priorizarlos en función de la severidad de la patología, incrementando así la efectividad.

PALABRAS CLAVE: espera, cribado, reorganizacion

1319 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:20 h.

¿QUÉ ELEMENTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE PREDICEN LA SATISFACCIÓN CON EL MÉDICO ESPECIALISTA?

Mira JJ (1), Pérez V (1), Carballo JI (1), Navarro IM (1), Guilabert M (1), Rodríguez-Marín J (1)

(1) Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández.

OBJETIVOS: Determinar factores predictivos de la satisfacción del paciente con el médico especialista.

MATERIAL: Estudio observacional mediante encuesta telefónica, realizada durante los meses de octubre y noviembre de 2009, a pacientes que estaban en tratamiento por médico especialista. El cuestionario contenía 9 preguntas, agrupadas en 3 bloques (relación médico-paciente, buenas prácticas y barreras de la comunicación) que buscaban identificar si determinadas condiciones de la interacción con el paciente se encontraban presentes en la práctica médica durante las consultas, junto a 1 pregunta de satisfacción global. Mediante χ2 y t se analizaron las relaciones entre las variables y con la regresión logística binaria la capacidad de predicción de la variable dependiente (satisfacción) sobre los 3 bloques de elementos.

El tamaño muestral se calculó para una p=0,5, un error del 5%. De las 272 encuestas cumplimentadas (tasa de respuesta del 52,10%) un 66,8% fueron mujeres, el 62,9% fueron atendidos en consultas de especialidades quirúrgicas y un 59,2% tenía una edad comprendida entre 51 y 70 años.

RESULTADOS: El 83,5% de los encuestados consideraron que la consulta duró suficiente tiempo para permitir la interacción con el médico, 86,4% valoraron positivamente la información recibida, 95,4% manifestaron confiar en su médico especialista. El 89,3% indicaron que el médico les había explicado con claridad las características del tratamiento que seguían, un 54% consideró que se le había explicado adecuadamente los posibles efectos secundarios y el 75,4% afirmó haber recibido suficiente información. Pese a estos datos, el 14,3% se quedaron con dudas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p<0,001) en todas las variables del estudio entre quienes señalaron estar satisfechos frente a los que no lo estaban. Y se comprobó que los elementos predictores de la satisfacción fueron el bloque de interacción médico-paciente (Beta=0,779; p=0,000) y las buenas prácticas (Beta=0,176; p=0,033).

CONCLUSIONES: En un entorno donde la prevalencia de las enfermedades crónicas va en aumento y se fomenta una atención sanitaria centrada en el paciente, conocer qué elementos están influyendo en la satisfacción del paciente que está en tratamiento permite identificar los aspectos de la atención sanitaria que aportan valor añadido en la interacción con el médico. Los datos muestran cómo los pacientes que perciben que se les dedica el tiempo suficiente en consulta, que sienten confianza en el personal sanitario pero, sobre todo, que se les facilita información (suficiente, adecuada a sus necesidades y relacionada con todos los aspectos de su tratamiento) valoran mejor la atención que el médico especialista les presta en consulta.

PALABRAS CLAVE: relación médico-paciente, satisfacción, atención especializada

1409 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:25 h.

LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO ENFERMERO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Vallejo-García E (1), Molina-Rojas J (1), Magre-Aguilar J (1), Boqué-Cavallé M (1), Prats-Teixell P (1), Mendoza-Borràs J (1)

(1) enfermería, FASS.

OBJETIVOS: Actualizar, optimizar y unificar las lineas de cuidados en el tratamiento de los pacientes con UPP, disminuyendo la variabilidad profesional

Conseguir una utilización costo- eficiente de los recursos disponibles para dar una asistencia adecuada.

Establecer niveles de calidad elevados y criterios de evaluación en la atención dada por el equipo asistencial

MATERIAL: Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

Se trabajó con una muestra total de los profesionales que realizan curas en el CAP Marià Fortuny de Reus (15 profesionales DUI en total) se les pasó un cuestionario previamente validado por el propio centro para evaluar el nivel de conocimientos y si habia disparidad en la elección del producto a utilizar en el momento de realizar la cura.

RESULTADOS: Todos los profesionales coinciden en que la cura húmeda es la técnica de elección para el tratamiento de las UPP. Respecto a la escala de valoración del riesgo de las UPP (escala de Braden) un sólo profesional muestra dudas ante este concepto.

Ante los signos clásicos de la infección de las UPP un 87% proporciona una respuesta correcta.

Delante de la elección de un apósito sólo un 48% escoge la opción recomendada en el protocolo.

El 85% de los profesionales saben los estadíos de las UPP.

Un 95% creen que no deben utilizar guantes estériles en los cambios de los apósitos en las curas de las UPP ya que se considera que no se necesita esterilidad para la cura dado que las UPP estan contaminadas.

CONCLUSIONES: Los profesionales, en general, conocen la forma de tratar correctamente las úlceras y lo hacen de manera efectiva. Sin embargo el procedimiento es seguido de forma irregular, se precisa un esfuerzo para obtener indicadores fiables que permitan el seguimiento continuado de la situación y nuevas vías de gestión del conocimiento para mejorar la formación continuada de los profesionales y su praxis en este entorno.

Actualmente y de acuerdo en esta línea de investigación el Grupo Sagessa iniciarà en los diferentes niveles asistenciales un estudio de investigación para valorar los conocimientos y habilidades de la enfermería con la finalidad de unificación de criterios.

En la misma línea de trabajo, el Hospital Universitario San Joan de Reus ha creado una consulta específica en curas de heridas. Este profesional, actua como referente del Grupo Sagessa en esta materia, tanto en la consulta de casos concretos como en SESIONES de consultoria en las diferentes Áreas Basicas de Salud del Grupo Sagessa que lo sociten.

Se recomienda utilizar las TIC como foros, web 2.0, redes sociales u otras similares que permitan recoger, gestionar y difundir los frecuentes cambios en la pràctica .

PALABRAS CLAVE: ulceras por presión, enfermería, tratamiento

1475 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:30 h.

PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA MÁS

Guerrero-Díaz B (1), Ros-Martínez E (1), Ramirez-Espín F (1), Luquin-Martínez R (1), Cánovas-Inglés A (1), Sánchez-Rodríguez F (1)

(1) Atención Primaria, Centro de Salud Virgen de la Caridad.

OBJETIVOS: - Mejorar los resultados de los profesionales médicos respecto a los objetivos en los Indicadores de Calidad de Prescripción en dos Centros de Salud.

- Evaluar los Indicadores de Calidad de Prescripción por profesional-médico en dos Centros de Salud medi

MATERIAL: Problemas: Resultados por debajo de los estándares en los Indicadores de Calidad de Prescripción.

Criterios de evaluación: C-1.Prescripción en porcentaje de: Principio activo/ Total de envases de medicamentos.

C-2.Prescripción en porcentaje de: Genéricos/Total de envases de medicamentos. C-3.Prescripción en porcentaje de: Medicamentos de baja utilidad terapéutica/Total de envases de medicamentos. C-4.Prescripción en porcentaje de: Antibióticos de 1er nivel/Total de envases de antibióticos. C-5.Dosis Diarias definidas de antibióticos por 1000 habitantes/día. Aclaraciones: Los criterios de evaluación son los definidos en el Contrato de Gestión del 2008 de Atención Primaria del Área II. Excepciones: Ninguna.

Tipos de criterios: Explícitos y normativos.

Dimensión estudiada: Calidad científico-técnica.

Tipos de datos: De Resultado.

Unidades de estudio: Profesionales médicos (34) que trabajan a 31-12-2008 en dos Centros de Salud urbanos. Período de tiempo evaluado: 1ª Evaluación: Del 1 de Junio de 2008 al 31 de diciembre de 2008. Reevaluación: Del 1 de Abril de 2009 al 20 de Septiembre de 2009.

Fuente de Datos: Departamento de Farmacia de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.

Evaluación: Interna y retrospectiva.

Revisión: Interna por pares.

Estudio estadístico: para un IC del 95% y un error/precisión del 10%.

RESULTADOS: Primera evaluación: Grados de cumplimiento: Criterio-1(C-1):2,9%(IC:1,98-3,90);C-2:14,7%(IC:10,49-18,92);C-3:61,8%(53,83-69,70); C-4:17,6%(12,76-22,53);C-5:79,41%(73,92-84,913).

Medidas correctoras: 1) Información de los resultados al equipo. 2) SESIONES clínicas por parte de los responsables, recordando los objetivos a cumplir de los Indicadores de Calidad de Prescripción. 3) Correos electrónicos intraequipo recordando el ciclo de mejora. 4) Se dieron SESIONES formativas sobre la Guía Terapéutica basada en la evidencia y su implantación.

Reevaluación(síes):Criterio-1(C-1):5,9%(IC:4,02-7,74);C-2:14,7%(10,49-18,92); C-3:73,52%(66,99-80,07);C-4:14,7%(10,49-18,92);C-5:76,5%(70,42-82,52). Se han presentado niveles muy bajos de cumplimientos de los Criterios 1, 2 y 4.

CONCLUSIONES: 1) Realizado el ciclo de mejora se constata una leve mejoría de cumplimiento de los Indicadores de Calidad de Prescripción sin significación alguna. 2) Las medidas correctoras implementadas no han modificado sustancialmente los resultados. 3) Se han de realizar mayor número de SESIONES clínicas y formativas para establecer un mayor grado de cumplimiento.

PALABRAS CLAVE: Prescripción, Ciclo de Mejora, Atención Primaria

1478 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:35 h.

PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL DE LA UAU DE UN EAP.

Jordi Gascón Ferret (1), Eva Marimón Virgili (1), Araceli Muñoz Roldán (1), Natalia Hurtado Colmenero (1), Andreu Baiget Ortega (1), Oriol Quesada Macías (1)

(1) Unidad de Atención al Usuario, CASAP Can Bou.

OBJETIVOS: La complejidad en el trabajo de la Unidad de Atención al Usuario (UAU) es alta, pero en nuestro centro aumenta debido a la implicación sus miembros en el triaje de usuarios.

Desde Noviembre del 2007 la UAU del EAP Can Bou implementa un programa de formación continua de todo su personal Consistente en:

1. Acogida y formación inicial de todo colaborador recién llegado. Con asignación de tutor para todo el proceso.
2. Acciones formativas a demanda del colaborador o/y del referente.
3. Elaboración de material interactivo para autoformación de los colaboradores.

El objetivo es evaluar el programa de formación continua del personal de la UAU

MATERIAL: Encuesta al personal asistencial del EAP en 2008.

Encuesta al personal asistencial del EAP en 2009.

Encuesta de satisfacción a los asegurados del Cat Salut.

Tramitaciones de tarjetas sanitarias devueltas por el Registro Central de Asegurados.

RESULTADOS: Encuesta Mayo 2008: El 46,5% refirieron haber detectado una disminución en los errores de citación. Un 34,6% refirió una disminución en el número de los pacientes que acuden directamente a las consultas.

Encuestas Mayo 2009: El 78% consideraron más competente la UAU del centro que la de otros centros donde habían trabajado. Papel de la UAU con un 7,69. Competencia con un 7,44.

Encuesta Satisfacción usuarios 2006-2009: + 2,6 en atención telefónica. + 4,2 en facilidad de trámites y + 6,1 en trato al usuario.

Errores en tramitación de Tarjetas sanitarias:- 50% con respecto al 2008.

CONCLUSIONES: La formación continua del personal de la UAU aumenta su rendimiento, mejora el trato con los usuarios, facilita el trabajo del personal asistencial y desciende el número de errores en la gestión.

PALABRAS CLAVE: Formación continua, Administrativo sanitario, Formación

1496 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:40 h.

LA FORMACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA MEJORA CONTINUA EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

Díaz-López Y (1), Ballarín- Bardají, M (2), Almodovar Carretón, MJ (3), Siguín-Gómez, R (3), Saíz-Fernández, LC (3), Más-Cebrián, E (4)

(1) Calidad, Gerencia de Atención Primaria Área 7 de Madrid . (2) Director Gerente, Gerencia de Atención Primaria Área 7 de Madrid . (3) Farmacia, Gerencia de Atención Primaria Área 7 de Madrid . (4) Directora de Gestión, Gerencia de Atención Primaria Área 7 de Madrid .

OBJETIVOS: Implantar la cultura de calidad, a través de una planificación estratégica formativa, en los 21 Centros de Salud (CS) del Área, y en las 8 Unidades de la Gerencia (UG): Informática, Tarjeta Sanitaria, Infraestructuras, Contabilidad, Suministros, Personal, Nóminas y Secretaría

MATERIAL: En el año 2007 se definió una estrategia formativa para 3 años, orientada a la puesta en marcha de un proyecto de mejora en cada CS y en las UG. Se realizaron dos líneas formativas: por un lado la formación, teórica y práctica, tutorizada por la Responsable de Calidad del Área, para la identificación de problemas, y puesta en marcha de un proyecto de mejora en cada CS y UG. El curso, dirigido al Responsable de Calidad de cada CS y a 3 integrantes de cada UG, incluía el manejo de las herramientas de calidad en el ciclo de mejora continua; se desarrolló a lo largo de un año y los contenidos se iban impartiendo a medida que se cerraban en los CS y las UG la fase del ciclo de mejora correspondiente. Por otro lado, se impartieron a los mismos profesionales un curso de trabajo en equipo para la dirección de los grupos de mejora, un curso de gestión por procesos y, por último, varias SESIONES formativas en Gestión de Riesgos Sanitarios para posibilitar que alguno de los proyectos estuviera orientado a esta línea de trabajo

RESULTADOS: Han participado en la formación 24 profesionales de los CS y 21 de las UG. Se ha constituido 1 grupo de mejora en cada uno de los CS y uno en cada UG, participando un total de 132 personas en los diferentes grupos de mejora. Se han implantado un total de 26 proyectos de mejora en el Área, de los cuales 19 (70%) con resultados positivos. La estrategia formativa incluía el desarrollo de una Jornada de calidad para la presentación de todos los proyectos. En ella, cuyo título fue "Compartiendo buenos prácticas" se presentaron 10 proyectos seleccionados por el Comité Científico, y se otorgaron dos premios a los mejores proyectos

CONCLUSIONES: El proyecto ha permitido la puesta en marcha de un proyecto de mejora en la mayor parte de los CS y UG del Área, alcanzando mejoras en el 70% de ellos. La tutorización y seguimiento conjunto de los proyectos, la formación no sólo en herramientas de calidad sino también en trabajo en equipo y el impulso de la Dirección en la puesta en marcha del proyecto, pensamos que ha sido la clave del éxito y que es un elemento de motivación y compromiso con la mejora continua y la cultura de la calidad en una organización

PALABRAS CLAVE: Formación, Mejora continua, Estrategia

1579 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:45 h.

DE LA INVESTIGACIÓN, A LA CALIDAD: UN CAMINO CON TRANSBORDO.

Candia B, (1), Garrido MJ (1), Larriba L, (2)

(1) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad Técnica de Medio Ambiente y Calidad no Asistencial, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Cuantificar el esfuerzo que realizan los profesionales del CHUAC en investigación relacionada con la mejora de la práctica asistencial.
Determinar las dimensiones de la calidad reflejadas en los trabajos de investigación realizados en todos los servicios del CHUAC (sanitarios y no sanitarios) durante el año 2009.
Valorar qué dimensiones de la calidad son contempladas por las investigaciones contempladas en la memoria del complejo.

MATERIAL: Transformar en prácticos y visibles los trabajos y esfuerzos de los demás, es una de nuestras principales obligaciones en el área de Calidad.
Las dificultades de comunicación interna son un mal común y bastante generalizado en los grandes complejos hospitalarios.
En este trabajo se pretende analizar el camino que se recorre desde la Investigación a la aplicación de las mejoras en la práctica clínica o en apoyo a la asistencia.
Se valora la utilidad y/o impacto de las investigaciones para el área de calidad.
En muchas ocasiones, las investigaciones clínicas pueden ser utilizadas a nivel local del servicio, mientras el resto de la organización no se beneficia de propuestas de mejora que podrían ser generalizadas.
Partimos de la Memoria del Complejo hospitalario, que contempla todos los Servicios del complejo, sanitarios y no sanitarios.
Identificamos cada uno de los Servicios e incluimos: trabajos de investigación publicados, presentados a Congresos/Reuniones/ Seminarios, etc; trabajos no publicados, investigaciones o proyectos con subvenciones, Tesis y Tesinas, y ensayos clínicos.
Una vez identificados, cuantificamos el Nº total de trabajos de investigación, y seleccionamos los que contemplaban alguna de las siguientes dimensiones de la calidad: efectividad, seguridad, eficiencia, adecuación, accesibilidad-continuidad, y satisfacción.
Se diseña una base de datos y se estructura en una hoja Excel.
Se realiza en el SPSS/PC+v16 un análisis estadístico de distribución de frecuencias, para presentar la frecuencia de cada una de las dimensiones de la calidad contempladas en las investigaciones de la totalidad del complejo.

RESULTADOS: Se identifican más de 200 estudios de investigación. De ellos, un pequeño porcentaje se corresponden con las dimensiones de calidad que pretendemos identificar. Se clasifican de acuerdo a las dimensiones de calidad, y se observa que: la mayoría se orientan a la efectividad y seguridad de la práctica clínica. De pocos de ellos teníamos información en el Área de Calidad. Se analiza y se presenta la distribución por frecuencias. Se realiza un listado de los estudios que podrían tener repercusión si se aplicaran las recomendaciones sobre otros niveles de la organización.

CONCLUSIONES: Hablamos de un camino con transbordo: así es. Este transbordo consiste en deternos un tiempo para observar, desde el área de Calidad, los estudios de investigación para identificar aquellos que pueden repercutir en la mejora de la práctica asistencial.
Los profesionales preocupados por la investigación y evaluación de la práctica de su actividad (asistencial/apoyo), en muchas ocasiones no disponen de la visión de la mejora global para la organización.
Además, los profesionales del área de calidad, en un gran complejo hospitalario, no estamos suficientemente informados de las evaluaciones hasta que pasa un cierto tiempo, y en otros casos, ni siquiera llegamos a enterarnos.
Es difícil la transferencia de esta información. A ello se suma la dificultad de diferenciar entre investigación básica e investigación aplicada y orientada a mejoras de los Procesos Asistenciales o de apoyo.
Está claro que la investigación avanza, es evidente ya sólo por el número de estudios anuales. Nuestro compromiso está en demostrar que puede tener un impacto sobre la mejora de la organización y de la gestión de nuestros centros, y por la tanto, sobre los procesos y sobre la salud y satisfacción de nuestros usuarios/ciudadanos y de nuestros trabajadores.
Es realmente ésta, una tárea importante del Área de Calidad. Debemos ser capaces de facilitar la comunicación interna con nuestra área para evitar que ese camino con transbordo requiera de un peaje elevado.

PALABRAS CLAVE: INVESTIGACIÓN, CALIDAD, PRÁCTICA CLÍNICA

1593 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:50 h.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CORONARIOS.

Torreiro Pampin M.L. (1), Sánchez Fernández M.C (2), Reino-Maceiras.M.V. (2)

(1) Unidad CoronariaS, CHUS. (2) Unidad Coronaria, CHUS.

OBJETIVOS: .Presentar un plan estratégico de educación sanitaria que hemos elaborado e implementado con éxito en pacientes hospitalizados por un evento coronario agudo.

MATERIAL: - Se trata de un plan educativo cuya puesta en marcha tuvo lugar a partir de enero de 2008 hasta la actualidad, y se llevó a cabo en un hospital de 3º nivel que dispone de 25 enfermas a cargo de la unidad coronaria de Cardiología.

- Se han impartido cla

RESULTADOS: - El grado de satisfacción de los asistente fue muy alto según la encuesta realizada al finzalizar la sesión (se solicitaba a cada paciente asignar una puntación de 1 a 10, cuanto más alta mayor grado de satisfacción.

- Tras un seguimiento de 24 meses,

CONCLUSIONES: La organización e implementación de una estrategia de educación sanitaria a pacientes hospitalizados por un evento coronario agudo, es factible y puede realizarse con unos recursos simples y universalmente disponibles. El impacto de este plan educativo sobre el pronóstico de estos enfermos merece ser evaluado en profundidad.

PALABRAS CLAVE: EDUCACION, SANITARIA, PACIENTES

1624 | Investigación/Formación en Calidad

Sala 11 – Sesión: 11 – 20/10/2010, 13:55 h.

DISEÑO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA, PARA INCREMENTAR LA ADHESIÓN DE LOS PROFESIONALES.

Iniesta-Sánchez J. (1), Sáez-Soto Ar (1), Rodríguez- Mondéjar JJ (1), Muñoz- Pérez G (1), Talave-López J (1), Terón- Martínez MJ. (1)

(1) Dirección de Enfermería, H.G.U. Reina Sofía de Murcia.

OBJETIVOS: Los procedimientos de enfermería persiguen disminuir la variabilidad de la práctica clínica, y nos facilitan pautas de actuación, orientadas hacia la buena praxis, basándose en la evidencia existente sobre los cuidados de enfermería, para garantizar la calidad de los mismos, y la seguridad del paciente y de los profesionales durante la relación establecida entre ambos.
En nuestro centro se cuenta con más de 200 procedimientos elaborados por lo propios profesionales, para dar respuesta a las diferentes necesidades que se generan en la práctica asistencial, estos procedimientos constituyen un documento vivo que se revisa cada dos años, actualizándose con la evidencia científica y la bibliografía reciente. Los procedimientos están accesibles a todos los trabajadores a través de un icono en los ordenadores de los controles de enfermería, y de las diferentes consultas, salas multiusos y despachos de las supervisoras.
Objetivos:
GENERAL:
Diseño de una acción formativa para la difusión y evaluación de los procedimientos de enfermería.
ESPECÍFICOS:
- Describir los procedimientos de enfermería abordados durante el curso.
- Enumerar los indicadores de calidad de enfermería.
- Conocer los circuitos de notificación de efectos adversos.
- Describir los recursos de protección existentes en nuestro centro.
- Enumerar las medidas de prevención de errores en la administración de medicamentos y hemoderivados.

MATERIAL: Se constituye un grupo de trabajo formado por:
Supervisora de área de calidad.
Responsable de formación continuada.
Dos supervisores de unidad.
Se seleccionan los procedimientos de enfermería que responden a los indicadores del contrato de gestión.
El grupo mediante técnica de consenso, establece los procedimientos generales de enfermería que se realizan con mayor frecuencia y repercuten en la calidad de los cuidados prestados y la seguridad tanto del paciente como del profesional.
Se diseñan las herramientas docentes como escalas, diapositivas, búsquedas bibliográficas de material de apoyo, entre otras. Se establecen las líneas de participación de los alumnos, y sistemas de evaluación del curso, mediante test de conocimientos y encuesta de valoración de la acción formativa con respuesta tipo likert de 1 a 5, en la que 1 es muy en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo, y que recoge aspectos de pertinencia, aplicabilidad práctica, material facilitado, metodología docente, y evaluación del docente.
Se incluye el curso en el plan integral de formación sanitaria del centro y se solicita la acreditación.

RESULTADOS: Acción formativa sobre los procedimientos generales de enfermería y los que inciden en los indicadores de calidad evaluados por el contrato de gestión, de 20 horas de duración y acreditada con 3.7 créditos.
El programa del curso lo conforman un total de 32 procedimientos, destacando entre ellos, los que repercuten en mayor grado sobre la seguridad del paciente, como son la transfusión de hemoderivados, manejo y administración de medicación, o aquellos referidos a técnicas invasivas, que incrementan el riesgo de infección nosocomial.
Participaron 3 profesionales del centro como docentes de la actividad.
El curso es realizado por 17 profesionales de enfermería, que actúan como agentes de difusión en sus unidades. El 100% superó la prueba objetiva de evaluación, para la que se exigía una puntuación superior al 60% de respuestas acertadas.
La acción formativa fue valorada con 5 sobre 5 en la escala likert, y los profesores con una puntuación media de 4,96 sobre 5.

CONCLUSIONES: 1.El desarrollo de acciones formativas sobre los protocolos y procedimientos de enfermería responden a la demanda de formación de los profesionales, siendo muy valoradas por los mismos.
2.Es necesario establecer líneas de investigación para conocer el impacto de esta iniciativa sobre los indicadores de calidad y la seguridad del paciente.
3.El curso no solo logra difundir los procedimientos sino que fomenta la participación de los profesionales en su revisión y actualización.

PALABRAS CLAVE: Procedimientos, Enfermería, Formación

592 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 15:35 h.

CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ALINEACIÓN DE LAS ATR

León-Muñoz VJ (1)

(1) Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Vega del Río Segura.

OBJETIVOS: Estudios recientemente publicados ponen en duda la premisa de que implantes con una alineación óptima presentan mayor supervivencia que implantes carentes de dicha alineación. Dichos estudios no están exentos de controversia y seguimos asumiendo que uno de los objetivos de la cirugía sustitutiva de la rodilla es la obtención de una alineación óptima. Es conocido que en la cirugía sustitutiva de rodilla con instrumentaciones convencionales, se consigue una alineación de $180^{o} \pm 3^{o}$ HKA (ángulo fémoro-tibial mecánico) sólo en el 70% a 80% de los casos. El objetivo del presente trabajo es presentar un ciclo completo de evaluación y mejora de la calidad de la alineación de las artroplastias de sustitución de rodilla (ATR) implantadas en nuestro Servicio.

MATERIAL: Los criterios seleccionados han sido estrictos: C1 HKA $180^{o} \pm 3^{o}$, C2 alfa (ángulo suplementario del distal femoral lateral) $90^{o} \pm 1^{o}$, C3 beta (ángulo tibial mecánico) $90^{o} \pm 1^{o}$, C4 ángulo de alineación lateral de cóndilos de $90^{o} \pm 2^{o}$ y C5 discrepancia entre pendiente posterior seleccionada y obtenida igual o inferior a $\pm 2^{o}$.

RESULTADOS: Primera evaluación (instrumentación convencional): Cumplimiento de criterios (en frecuencia absoluta e intervalo de confianza): C1 68,33% (±11,77), C2 38,33% (±12,3), C3 61,67% (±12,3), C4 55% (±12,59), C5 48,33% (±12,64). Incumplimiento de criterios en frecuencia relativa y acumulada, de mayor a menor grado de incumplimiento: C2 27% (27%), C5 23% (50%), C4 20% (69%), C3 17% (86%) y C1 14% (100%).

Segunda evaluación (tras la implantación de la cirugía asistida por computadora): Cumplimiento de criterios (en frecuencia absoluta e intervalo de confianza): C1 89,29% (±11,46), C2 42,86% (±18,33), C3 82,14% (±14,19), C4 35,71% (±17,75), C5 75% (±16,04). Incumplimiento de criterios en frecuencia relativa y acumulada, de mayor a menor grado de incumplimiento: C4 37% (37%), C2 33% (69%), C5 14% (84%), C3 10% (94%) y C1 6% (100%).

CONCLUSIONES: La sustitución de instrumentales convencionales por navegación quirúrgica, en nuestra serie, muestra mejores resultados en lo que respecta a HKA, alfa, beta y a la correlación entre la pendiente seleccionada y la obtenida. La alineación obtenida en el plano sagital de los cóndilos, en nuestro caso, es peor cuando empleamos el sistema de navegación quirúrgica. Al analizar dicho incumplimiento, hemos constatado conceptos mecánicos diferentes que deben ser tenidos en cuenta en sucesivos ciclos de evaluación y mejora.

PALABRAS CLAVE: Artroplastia de Reemplazo, Cirugía Asistida por Computador

606 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 15:40 h.

PONER EN RADAR: MEDICINA PERIOPERATORIA, SEGURIDAD E INVESTIGACIÓN COMPARATIVA EN CIRUGÍA VASCULAR MAYOR CON HOSPITALIZACIÓN Y DE ALTO RIESGO.

Marín-Gámez N. (1), Idem (2), MA Esteban (3), J. Moreno (4), Kessel-Sardiñas H. (5), L. Martínez-García (6)

(1) UGC Medicina Int perioperatoria, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (2) UGC Anestesia y Reanimación, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (3) UGC Medicina Int, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (4) UGC Cirugía Vascular, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (5) UGC MI-Geriatría, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz. (6) Dirección Corporativa., Complejo Hospitalario Torrecárdenas. SAS. Sistema Sanitaro Público Andaluz.

OBJETIVOS: Describimos los resultados observados –no administrativos- en una investigación comparativa correspondiente a un programa de medicina perioperatoria concebido como una red transdisciplinar y estructurada de relaciones centrada en el paciente que está orientado a la seguridad y los resultados, y que aspira a rescatar precoz y efectivamente al mayor número de pacientes complejos y vulnerables mediante una actitud de "Poner EN RADAR", antes -evaluación riesgo anestésico, durante -check list intra-, y después de cirugía (anticipación a las complicaciones mayores estandarizadas).

MATERIAL: Investigación comparativa, observacional y evaluativa en la que caracterizamos a un grupo de 135 pacientes de elevada complejidad y riesgo [edad media 65,3; nivel ASA medio para el 20% >3; capacidad funcional AB-VDs: 14% dependencia media, 11% gran dependencia, que fueron atendidos durante dos años (2008-09), en un entorno clínico real multidisciplinar con un programa estucturado de Cirugía vascular mayor de alta mortalidad potencial que captura, de hecho, el 70% de la misma pero representa el 20% del case mix. Se obtuvieron datos reales, no administrativos.

RESULTADOS: La serie prospectiva estuvo representada por pacientes de alta comorbididad:5,7(2-13)diagnósticos por paciente y 2,82(1-5,3) disfunciones orgánicas]. Sufrieron alguna complicación mayor 35(26%),y de ellos murieron 1 de cada 4(25%). Fallos cardiaco, pulmonar, sepsis, ictus, renal, y metabólico fueron las complicaciones observadas. La tasa de mortalidad agregada para estos GRDs fue de 5,9%, y se situó en el rango internacional (3,5%-6,9%) para los procedimientos considerados de mayor morbimortalidad (cirugía aorta, revascularización miembro inferior, amputaciones mayores y revascularización de carótida).

CONCLUSIONES: Las variaciones en mortalidad relacionadas con la cirugía vascular mayor con hospitalización se relacionan más con la escasa reserva funcional de los pacientes que con el nivel del centro o la frecuencia de complicaciones significativas.Por otra parte, una complicación mayor es una escalada de cuidados con grados variables de anticipación, capacidad de detección y agilidad en el tratamiento.

La estrategia importa: más importante que "listar o registrar lo que se hace" es "el cómo se hace".La estrategia importa: más importante que "listar o registrar lo que se hace" es "el cómo se hace". La actitud "Poner en Radar", que es proactiva, es razonablemente más segura que el tradicional modelo "actuar en función de demanda" y probablemente influya positivamente en la mortalidad mediante la captura de supervivencia precoz vía "rescate" de casos. En anexos describimos protocolo check-list, variables y resultados detalladamente.

PALABRAS CLAVE: investigación comparativa, seguridad pacientes alto riesgo, cirugía vascular mayor

647 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 15:45 h.

CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN MAYORES DE 74 AÑOS INMOVILIZADOS DE UN CENTRO DE SALUD

Julián-Viñals R (1), Melgar- Borrego AB (2), Martín-Méndez L (1), Castell-Alcalá MV (1), Bermejo- Pablos O (3), Martínez-Patiño MD (4)

(1) Medicina, C.S. Dr. Castroviejo, Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. (2) Medicina, C.S. Ciudad de los Periodistas, Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. (3) Enfermería, C.S. Dr. Castroviejo, Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. (4) Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud.

OBJETIVOS: Principal

Conocer la calidad de la prescripción farmacéutica en ancianos mayores de 74 años inmovilizados de un centro de salud urbano.

Específicos

Determinar el número de ancianos polimedicados según los criterios del "Programa de atención al mayor polimedicado" del Servicio Madrileño de Salud.

Determinar el número de ancianos con fármacos potencialmente peligrosos según los criterios de Beers.

MATERIAL:

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Población diana

Pacientes mayores de 74 años de un centro urbano de Madrid incluidos en el servicio de "Atención a pacientes inmovilizados".

Variables

Edad, sexo, número y tipo de fármacos crónicos consumidos, número de enfermedades crónicas diagnosticadas.

Se considera polimedicación el consumo crónico de 6 ó más fármacos, según criterios establecidos en el programa de la Comunidad de Madrid.

Se define un fármaco como potencialmente peligroso según los criterios de Beers.

RESULTADOS: Se han estudiado 76 pacientes; el 69,7% eran mujeres.

Edad media = 85,5 ± 5,7 años (de 75 a 103).

Media del número de enfermedades crónicas= 3 ± 1.

Media de consumo de fármacos = 5,9 ± 2,2. Se detecta polimedicación en 51% del total.

Se ha prescrito un fármaco potencialmente peligroso a 19,7% pacientes.

Los fármacos cardiovasculares son los más consumidos (37%), seguidos de los del sistema nervioso incluidos analgésicos (23%), aparato digestivo y metabolismo incluidos antidiabéticos (19%) y hematopoyéticos (12%).

No se encontraron diferencias significativas en polimedicación ni prescripción de fármacos peligrosos por edad ni sexo. Sí son significativas las diferencias en polimedicación con el mayor número de enfermedades crónicas diagnosticadas(OR=8,89 para 3 o más enfermedades).

CONCLUSIONES: Aunque los ancianos inmovilizados y pluripatológicos tienen mayor posibilidad de polimedicación, el resultado en nuestra población de inmovilizados (51%) es inferior a la media de la Comunidad de Madrid (C.M.) que se calcula para todos los mayores de 74, y que en 2009 fue 58%.

La prescripción de fármacos potencialmente peligrosos es de casi el 20%, inferior a la mayoría de los estudios realizados en España para población similar (ancianos inmovilizados) que se encuentra entre el 30 y 40%.

Los fármacos más consumidos son los cardiovasculares, seguidos de fármacos del sistema nervioso y analgésicos.

Los pacientes con más enfermedades crónicas consumen más fármacos.

La revisión y adecuación de la prescripción, especialmente en anciano frágil, constituye un reto y una obligación para los profesionales implicados en el cuidado de nuestros mayores.

PALABRAS CLAVE: inmovilizado, polimedicación , criterios de Beers

699 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 15:50 h.

PACIENTES POR LA SEGURIDAD DE PACIENTES. PACIENTES QUE ENSEÑAN, PACIENTES QUE APRENDEN.

González-Rodríguez A (1), González-Formosos C (2), Martin-Rodríguez MD (3), Carreras-Viñas M (4), Menor-Rodríguez MJ (5), Fiuza-Barreiro MB (4)

(1) Presidenta, Asociación de ayuda mutua Punto e Seguido (cáncer de mama). (2) Responsable Seguridad del Paciente, Gerencia AP Vigo. (3) Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Servicio Gallego de Salud. (4) Subdirección General de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Servicio Gallego de Salud. (5) Servicio de Atención al Ciudadano, Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVOS: Capacitar a pacientes y ciudadanía para, de manera activa, promover una asistencia sanitaria más segura y de calidad, aumentando sus conocimientos sobre aspectos concretos relacionados con la Seguridad del Paciente y mejorando los cuidados/autocuidados de los pacientes.

MATERIAL: La escuela gallega de salud para ciudadanos imparte, dentro de su programación, un taller de seguridad del paciente dirigido a ciudadanos, pacientes y cuidadores en la comunidad gallega, con dos docentes formadas por el ministerio de sanidad y política social dentro de la red ciudadana de formadores en seguridad del paciente.

Los contenidos docentes contemplan la preparación de la visita médica, la seguridad relacionada con los medicamentos, la seguridad en los cuidados, la prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria y la información de salud en Internet para pacientes. Los talleres son participativos buscando motivar al alumno para que participe activamente en el proceso asistencial como principal protagonista del mismo.

Se realizan diferentes trabajos prácticos en grupos, tutorizados por los docentes: rol-play, higiene de manos, visualización de videos trabajando sobre estos, uso seguro de medicamentos, etc. Al finalizar el curso el alumno debe realizar un trabajo práctico que envía a través de la web/correo electrónico, que es corregido por los docentes.

RESULTADOS: En el primer semestre de actividad la escuela se impartió 2 talleres (1Santiago y 2Vigo) en los que han participado 35 pacientes y ciudadanos, la mayoría pertenecientes a asociaciones de ayuda mutua.

Los alumnos valoran el nivel de aprendizaje alcanzado con un 7.1 y 8.8 respectivamente sobre un máximo de 10 en las encuestas. En cuanto a la satisfacción por parte de los alumnos participantes, ha sido alta al haberse obtenido una valoración media de 8.7 y 9.2 respectivamente, con múltiples comentarios de agradecimiento, propuestas de nuevas acciones formativas de interés y de valoración positiva de la actividad. Las aportaciones de los alumnos se canalizan a la subdirección general de desarrollo y seguridad asistencial para su valoración.

CONCLUSIONES: El conocimiento es un valor fundamental para garantizar la participación activa y responsable de los ciudadanos y pacientes en el proceso asistencial y en los procesos de gestión de los servicios de salud. Los ciudadanos lo confirman con los resultados obtenidos en estos talleres formativos. La satisfacción percibida en la segunda edición ha sido superior a la primera, quizás por la mayor experiencia de la escuela. La alta satisfacción del alumnado ha motivado la programación de dos talleres más en el segundo semestre de 2010

PALABRAS CLAVE: Seguridad , Educación del paciente, Participación del paciente

702 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 15:55 h.

ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA MEJORA DEL PROCESO DEL INGRESO DESDE URGENCIAS

Larrañaga Aramburu JM (1), Aginaga Badiola JR. (2), Unanue Rogriguez S. (2), Olasagasti Herrero J. (2), Landa Jauregui J. (2), Ortega Durantez AM (2)

(1) Servicio de Urgencias Generales, Hospital Donostia. (2) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia.

OBJETIVOS: Introducción:

El uso de listados de verificación 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 cumplimiento de las condiciones previas a una acción o procedimiento, en nuestro caso el ingreso hospitalario urgente desde un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Objetivos:

- Análisis del proceso del ingreso hospitalario.
- Selección por consenso de los puntos críticos del proceso.
- Elaboración de un listado de verificación.

MATERIAL:

- Análisis de las incidencias, quejas y reclamaciones de los pacientes del año 2009 para detectar aquellas que hacían referencia a posibles deficiencias del proceso del ingreso.
- Análisis de la encuesta de satisfacción realizada en Diciembre/2009 por el Servicio de Urgencias al personal médico y de enfermería de las plantas de hospitalización para detectar áreas de mejora en el proceso del ingreso.
- Marzo/2010. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con participación de los distintos estamentos que participan en el ingreso de los pacientes en un Servicio de Urgencias.
- Revisión de los listados de verificación existentes para otros procesos.
- Abril/2010. Descripción detallada de todo el proceso, seleccionando los puntos críticos.
- Mayo/2010. Elaboración de un listado de verificación.
- Junio/2010. Realización de una prueba piloto para analizar las posibles mejoras.

RESULTADOS:

- De los 90.083 urgencias atendidas en 2009 se realizaron 22.662 ingresos (25,16%).
- De las 894 incidencias, se registraron 9 relacionadas con el proceso del ingreso.
- De las 85 quejas y reclamaciones registradas en 2009 no se registraron problemas con el proceso de ingreso.
- De la encuesta de satisfacción al personal de las plantas de hospitalización, se registró que podían ser mejorables las condiciones en las que llegaban los pacientes a las Unidades, la permeabilidad y colocación de los catéteres venosos, las sondas urinarias, la custodia de la ropa y objetos personales, y la información a los pacientes y familiares entre otras.
- Elaboración de un listado, con cuatro columnas correspondientes al médico, enfermería, administrativo y celador, y con 4-10 items en cada una de ellas

CONCLUSIONES:

- Las incidencias del proceso del ingreso son percibidas sobre todo por el personal de las plantas de hospitalización; las registradas los profesionales del servicio han sido escasas y por los pacientes nula.
- El establecimiento por consenso, después de un proceso de análisis, de un listado de verificación para el ingreso urgente hospitalario podrá facilitar al personal del Servicio de Urgencias la mejora del proceso de ingreso urgente

PALABRAS CLAVE: ingresos, seguridad, pacientes

776 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:00 h.

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES:NUESTRO MEJOR REGALO ES SU SEGURIDAD.

Esperón-Güimil JA (1), Costa-Mouriño MC (1), Rial-Fariña AI (2), Gómez-Maran L (2), Álvarez-García T (2), Villaverde-Arca I (2)

(1) Área de Calidad y Planificación de cuidados de enfermería, Complexo Hospitalario de Pontevedra. (2) Escuela Universitaria Enfermería de Pontevedra, Alumna Escuela Universitaria Enfermería.

OBJETIVOS: Determinar el porcentaje de pacientes hospitalizados identificados con la pulsera de identificación emitida por el servicio de Admisión del Complexo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)

MATERIAL: Estudio de intervención, realizado en uno de los hospitales del CHOP. Se realizaron cortes de prevalencia en las unidades de hospitalización de adultos, exceptuando la unidad de Psiquiatría (por motivos terapéuticos se mantienen sin brazalete de identificación). Se realizó un primer corte de prevalencia (basal) determinando el porcentaje de pacientes identificados. Previo al siguiente corte, se aplicó una intervención (Abril) consistente en una campaña de concienciación con el reparto de carteles en las unidades, envío de e-mails a supervisoras, enfermeras y Aux. de enfermería, instauración de un buzón de sugerencias/quejas, y una reunión con las supervisoras para presentar los resultados obtenidos y el borrador del Protocolo de Identificación inequívoca de pacientes ingresados, del SERGAS

RESULTADOS: 1º corte (Marzo): 173 pacientes incluidos, media de edad de 67 años (36% hombres; 64% mujeres). Correctamente identificados el 50%. Identificación según unidad: UAR: 67%; MI-3: 65%; Oncol.: 11%; Pal.: 25%; MI-1: 46%; Dermat.: 78%; UCI-Desp.: 67%; MI-2: 55%; Neurol.: 57%; Partos: 100%; Obst.: 36%; Ginec.: 33%. Por Áreas, la correspondiente a Críticos presentó los mejores porcentajes: 67%, seguida del Área Médica: 50%.

2º corte (Mayo): 187 pacientes (media edad de 65 años), 43% hombres y 57% mujeres. Correctamente identificados el 55,4%. Según unidades: UAR: 0%; MI-3: 25%; Oncol.: 85%; Pal.: 17%; MI-1: 84%; Dermat.: 50%; UCI-Desp.: 100%; MI-2: 10%; Neurol.: 75%; Partos: 100%; Obst.: 80%; Ginec.: 60%. En este segundo corte el Área de críticos presenta un 100% de cumplimiento, seguida del Área Maternal (82%).

En el buzón de sugerencias/quejas se recogieron varias en relación a la tardanza de envío desde el servicio de Admisión, alergias a las mismas, personal que la retira por motivos terapéuticos y mal funcionamiento de las máquinas de impresión.

CONCLUSIONES: Bajo porcentaje de identificación correcta de los pacientes.

Se aprecia una mejora en los resultados globales con respecto al primer corte de prevalencia.

Se mantienen resultados muy dispares en relación a las distintas unidades.

La intervención diseñada y aplicada aporta mejores resultados, a pesar del corto periodo de tiempo de implantación.

Por las sugerencias recibidas, el servicio de Admisión se presenta como clave en el proceso de Identificación de pacientes.

Mantenimiento en el tiempo de la monitorización de los resultados, con cortes de prevalencia bimensuales y reforzamiento de la Intervención realizada.

PALABRAS CLAVE: identificación, seguridad, prevalencia

829 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:05 h.

RESULTADOS TRAS DOS AÑOS DE UN PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

Cabadas-Avión R (1), Pazos-Jardón MC (2), Rey-Martínez M (2), Lago-Martínez V (2), Rodríguez-Pérez J (2), Groba-Pérez F (2)

(1) Servicio de Anestesia y Críticos, Hospital POVISA . (2) Unidad de Críticos, Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Desarrollar una metodología de trabajo interdisciplinar en una UCI de alta complejidad, que incorpore las directrices de la gestión del riesgo como herramienta para incrementar los niveles de seguridad clínica

MATERIAL: La metodología desarrollada para la gestión del riesgo clínico en el Hospital POVISA incorpora dos directrices, la identificación y análisis del riesgo y la minimización de las posibilidades de ocurrencia de eventos adversos. A lo largo de tres años el plan de acción desarrollado se concretó en:

Formación del 100% de médicos y enfermeras en herramientas de prevención y análisis de eventos adversos.

Elaboración de un AMFE para 8 procesos críticos (higiene, traslado intrahospitalario, cambios posturales, …) e implantación de un procedimiento de notificación y análisis causal de eventos. Se decide adaptar el SENSAR como registro informatizado único. El equipo diseña y planifica mensualmente con la dirección las acciones de mejora

Revisión de los protocolos de prevención de infección nosocomial a la mejor evidencia disponible, introduciendo criterios y estándares de calidad

Reorganización del proceso de atención incorporando un programa de planificación de los objetivos diarios del paciente, que exige su cumplimiento para la continuidad de la atención

Elaboración de un sistema de monitorización de indicadores de proceso y resultado con evaluación mensual, vinculando dichos resultados a incentivación de los profesionales

Se incorpora un sistema de evaluación de competencias que define los conocimientos y habilidades mínimas para las enfermeras de críticos. Se crea la figura de enfermera referente para cuidados críticos para suplencias y sustituciónes

RESULTADOS: Incidentes y eventos registrados y analizados en el último año: 248

Acciones correctivas definidas: 426
Acciones correctivas instauradas: 345

Indicadores de proceso:

16 de prevención infección (BAC, NAV, ITU)

3 adherencia higiene de manos

6 checklist de inserción catéteres intravasculares

33 checklist planificación objetivos diarios del paciente

5 checklist traslado intrahospitalario

Indicadores de resultado:

Densidad incidencia BAC: 0

Densidad incidencia ITU: 5,5

Densidad incidencia NAV: 12

Formación en seguridad del paciente:

62 talleres en dos años

CONCLUSIONES: El desarrollo del plan de acción introdujo un replanteamiento global tanto de los procedimientos como de la organización del proceso de atención. El plan no sólo ha mejorado resultados, sino que ha incorporado la seguridad como una prioridad para los profesionales y el trabajo en equipo como herramienta principal

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Críticos, Resultados

857 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:10 h.

EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE UN HOSPITAL AL ESTUDIO EMOPEM

De Miguel-Bouzas JC (1), Villamayor-Blanco L (1), Alonso-De Castro (1), Freire-Vázquez C (1), Quintela-Porro V (2), Muñoz-Mella MA (3)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital POVISA . (2) Enfermería, Hospital POVISA . (3) Dirección de Enfermería, Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Analizar los pasos realizados para la incorporación de un hospital de 470 camas al Estudio Multicéntrico por Observación para la Prevención de Errores de Medicación (EMOPEM), evaluar los resultados obtenidos y diseñar propuestas de mejora. El EMOPEM, es un estudio realizado por el Grupo Español de Prevención de Errores de Medicación (GPEM) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Su objetivo general es mejorar la calidad del proceso de utilización de medicamentos en los hospitales españoles y su objetivo específico es obtener la tasa de errores de medicación por observación en dichos hospitales. Es un estudio prospectivo por observación no disimulado, basado en el método Barker McConnell y en experiencias publicadas en España, que nació en el 2007 con 23 hospitales participantes. Cada año, todos los hospitales que lo deseen pueden incorporarse al estudio.

MATERIAL: El Servicio de Farmacia propuso a la Dirección Asistencial la incorporación del hospital al estudio y se aceptó por considerar que el EMOPEM sería una herramienta importante para mejorar la calidad del proceso de utilización de medicamentos en un hospital especialmente sensibilizado con este tema. Se creó el equipo multidisciplinar responsable del proyecto integrado por enfermeras, farmacéuticos, médicos y alumnos en prácticas de la Facultad de Farmacia. Se seleccionaron 12 unidades en las que los miembros del equipo realizarían las observaciones y se distribuyeron en los distintos horarios de administración. Durante el período seleccionado se registraron 1059 observaciones.

RESULTADOS: Se obtuvo una tasa global de error del 23,8%, del que un 19,17% fue debido a no informar al paciente antes de administrar la medicación, un 2,46% por utilizar una velocidad equivocada en la administración y un 0,85% por preparar de forma errónea la medicación en planta.

Se han establecido medidas de mejora tales como: incorporación del programa e-mecum para ser usado por todo el personal sanitario del hospital sustituyendo y completando la guía de administración de medicamentos; impartir una serie de SESIONES formativas para el personal de enfermería; puesta en marcha del programa de prescripción electrónica asistida y del de identificación inequívoca del paciente.

CONCLUSIONES: - Con este estudio se han objetivado malas prácticas habituales cometidas por el personal sanitario del centro y se han implementado indicadores que nos ayudarán a conocer su evolución en el futuro.

- La tasa de error obtenida en nuestro centro está den

PALABRAS CLAVE: EMOPEM, errores, medicación

879 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:15 h.

IMPACTO DEL "GESTOR DE INCIDENCIAS" EN RADIODIAGNÓSTICO, SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Serrano-Sánchez S (1), Domínguez S, (2), Cernadas I, (3), Rimada D, (4), Candia B, (5)

(1) Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (2) Servicio de Informática , Complejo Hospitalario Universitario A Coruña . (3) Unidad de Formación. Coordinación Formación Técnicos, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (4) Servicio de Informática, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (5) Unidad de Calidad, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

OBJETIVOS: 1.Evaluar la implantación de una herramienta informática, en el Servicio de Radiodiagnóstico, diseñada para la gestión de las incidencias sobre el tratamiento y/o archivo de las imágenes:
- Cuantificar el grado de implantación/utilización del aplicativo diseñado
- Ventajas del gestor de incidencias sobre la situación de partida.
- Identificar las incidencias comunicadas que tienen impacto sobre el diagnóstico y/o seguridad del paciente.

2. Proponer las mejoras sobre el gestor, que faciliten la comunicación y la resolución de las incidencias.

MATERIAL: Analizamos la situación de partida: las incidencias relacionadas con la adquisición de imágenes (error de identificación de pacientes, imágenes no diagnósticas, repeticiones, etc) se resolvían de forma individual y manual y, cada profesional corregía o tenía la posibilidad de corregir, las incidencias que originaba o detectaba en los estudios.
Tras la implantación de los Sistemas de Información para el archivo y envío de imágenes (PACS, RIS, HIS), surgen nuevas incidencias y nuevos modos de solución. Se comunican las incidencias por diferentes vías, a un punto centralizado, sin registro de la recepción, envío, y estado de las mismas.
Ante ello, se propone el diseño de un "gestor de incidencias". Se elabora e implanta integrado en el Sistema de Información de diagnóstico por imagen (SIDI). Para la implantación se planifica la formación de usuarios. Se realiza un seguimiento inicial durante 2 meses de pilotaje.
Se evalúa la utilización del gestor (% incidencias declaradas a través del gestor), la clasificación con criterios de priorización por el profesional que comunica la incidencia (% adecuadamente clasificados). Se revisan las incidencias para detectar aspectos críticos: % incidencias sin posibilidad de resolución vía automatizada, % incidencias recibidas manualmente; % incidencias "perdidas" en el sistema.
Finalmente, se evalúa el impacto de las incidencias comunicadas sobre el paciente: Tiempo de respuesta en resolución de incidencias, clasificada por global y tipo de gravedad; % incidencias que pueden afectar al diagnóstico del paciente (errores identificación; errores lateralidad; errores de archivo de los estudios). Con ello, se procede a proponer acciones de mejora.

RESULTADOS: Después del seguimiento inicial, se han contabilizado un total de 163 incidencias comunicadas en 2 meses. Del total de incidencias recibidas, un 80% llegan a través del Gestor automatizado. La priorización de grave/leve no se adecúa a los criterios definidos en un 13%.
Un 20% de incidencias son recibidas manualmente; no existe posibilidad de comunicarlas a través del Gestor: son detectadas por profesionales que no tienen usuario en el sistema, o bien la comunicación de la incidencia se realiza cuando el estudio ya está informado, aunque no esté validado.
El impacto del gestor incidencias sobre la asistencia al paciente ha supuesto que, en un 100% se disponga de resolución en tiempo real, facilitando la utilización del estudio por el clínico para el adecuado diagnóstico. Se evitan errores en adjudicación de estudios al paciente; un 60% de las incidencias podrían afectar al diagnóstico del paciente (errores identificación; errores lateralidad; errores de archivo de los estudios).
Además de las ventajas, se detectan también algunos puntos críticos, especialmente la necesidad de que cualquier profesional que detecta la incidencia pueda comunicarlo de forma automatizada, facilitar la clasificación de las incidencias por el que las comunica.

CONCLUSIONES: Esta nueva herramienta es utilizada de forma generalizada por los profesionales del servicio en los 5 centros (3 hospitales, 2 Centros de Salud, y 2 Centros de especialidades).
Acorta los tiempos de resolución, los estudios llegan al Clínico de forma inmediata tras la correción.
Facilita la explotación de datos encaminado a la detección de problemas y oportunidades de mejora.
La oportunidad de mejora más importante sobre el gestor de incidencias, consideramos que sería "facilitar a quien comunica la incidencia", el acceso al estado de la misma (pendiente, revisada, resuelta).

PALABRAS CLAVE: RADIODIAGNÓSTICO, GESTOR DE INCIDENCIAS, SEGURIDAD

904 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:20 h.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS DE SEGURIDAD RECOGIDAS, SEGÚN NIVEL DE GRAVEDAD, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Preciado Barahona, MJ (1), Aranzabal Conde, MA (1), Pérez Gurruchaga, M (1), Arranz Izquierdo, A (1), Mauleon Echeverria, M.D (2), Uceda Ávila, M (1)

(1) Urgencias Genreales, Osakidetza. (2) Farmacia, Osakidetza.

OBJETIVOS: En febrero de 2008 fue creado dentro del Servicio de Urgencias un comité de seguridad clínica. Este comité, entre otras funciones, se encarga de analizar los diferentes partes e incidentes de seguridad que registra el Personal del Servicio de Urgencias. Este trabajo presenta las incidencias recogidas en el año 2009 y tiene los siguientes objetivos:

• Analizar y organizar las incidencias de seguridad recogidas a través de los 3 tipos de registro durante el periodo que va desde enero a diciembre de 2009 en el servicio de Urgencias del Hospital Donostia de San Sebastián.

• Describir las propuestas de mejora derivadas de su análisis.

• Detectar puntos críticos y promover estrategias de práctica clínica segura.

• Incentivar la formación, cultura y sensibilización en seguridad clínica.

MATERIAL: Se recogieron todas las incidencias de seguridad registradas en los tres soportes informáticos establecidos en nuestro servicio: parte de seguridad, parte de guardia y pagina Web (www.urgenciasdonostia.org) de manera nominal o anónima durante el año 2008.

El grupo de seguridad clínica analizó los fallos activos y/o condiciones latentes y estableció planes de mejora.

RESULTADOS: Durante el año 2009 se recogieron un total de 61 incidencias de seguridad: 15 de identificación de pacientes, 14 de administración de medicamentos, 9 problemas con los circuitos que realiza el paciente dentro y fuera del Servicio de Urgencias, 7 de almacenamiento de medicación, 5 problemas con los aparatos de uso clínico, 2 de error en pruebas diagnósticas, 2 problemas con hemoderivados, 2 problemas de información, 2 problemas estructurales, 2 problemas de confidencialidad y 1 accidente biológico. Dichos incidentes de seguridad generaron 54 incidentes sin daño (clase A: 25, clase B: 11, clase C: 15) y 7 incidentes con daño (clase D: 4, clase E: 2, clase F: 1).Cabe destacar que el incidente F es una reacción alérgica severa por administración de medicación a paciente alérgico conocido.

CONCLUSIONES: Somos conscientes que las incidencias de seguridad recogidas no son el 100% de las incidencias ocurridas pero creemos que la cultura de la seguridad clínica a través de la formación, comunicación y difusión va calando poco a poco en nuestro Servicio.

Es importante la sensibilización en seguridad clínica de todos los agentes implicados en el proceso urgente para que entre todos podamos conseguir instaurar sistemas barrera y desde nuestra experiencia la comunicación a todo el equipo asistencial de: los datos recogidos, análisis efectuados, medidas y/o soluciones adoptadas ha sido clave en el aumento del número de incidencias registradas.

Además de protocolos seguros de actuación general, dada la trascendencia de alguna de las incidencias vemos la necesidad de la creación de protocolos específicos para medicación y/o actuaciones de alto riesgo.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, PACIENTE, INCIDENCIAS

907 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:25 h.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO GALLEGO SOBRE HIGIENE DE MANOS E INFECCIÓNES

Cueto-Baelo M (1), Martin-Rodríguez MD (2), De- LA -Concepción -Da -Silva (3), Abraira- García L (4), Millan- Chacinero C (5), Enriquez- De-Salamanca I (5)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y salud Publica, CHUVI. (2) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade, sergas. (3) Servicio de Medicina Preventiva y salud Publica, CHUVI. (4) Servicio de Medicina Preventiva y salud Publica, Hospital Comarcal O BARCO . (5) Medicina Preventiva, Hospital POVISA - Vigo.

OBJETIVOS: Conocer cual es la percepción de los profesionales del Sistema sanitario Gallego sobre higiene de manos e infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

MATERIAL: Estudio cualitativo. Técnica de recogida de información a través de cuestionario auto-cumplimentado adaptado de OMS. Considerando como universo el total de los profesionales sanitarios de Galicia se realiza un muestreo estratificado según hospital y categoría profesional. El cálculo muestral fue realizado con un error del 2%, un 10% de pérdidas, para IC de 95%.

RESULTADOS: Muestra 2.525. Numero de respuestas obtenidas 2119 (83,6%) que corresponden a 43,3% de enfermeras, 34,1% de auxiliares y 21,2% de facultativos. La media de edad fue de 43 ± 9.86.

Habían recibido formación previa sobre higiene de manos el 80.4% de enfermeras y auxiliares y 56,4 % de facultativos.

El 96,4% de los profesionales disponen en su centro de hidroalcoholicos.

Los profesionales consideran que un 15,10% de los pacientes ingresados adquieren IRAS y en un 96,4 % opinan que la eficacia de la higiene de manos en la prevención de las infecciones es alta o muy alta.

Los encuestados creen que el 77% de los profesionales se higienizan las manos.

Que los pacientes recuerden a los profesionales la realización de la higiene de manos es valorada con 5 (de 0 a 10)

Consideran que las medidas de mayor impacto en el cumplimiento de la higiene de manos son:

Disponibilidad de preparado de base alcohólica en el punto de atención (8,14)

Que cada profesional reciba formación sobre higiene de manos (8,14)

Existencia de instrucciones claras y visibles a todos los sanitarios (7,81)

CONCLUSIONES: Los profesionales disponen mayoritariamente de preparados de base alcohólica en los centros, y opinan que es una condición importante para el cumplimiento de la higiene de manos.

Insisten en dos aspectos claves para el cumplimiento: que reciban formación sobre esta materia y que se dispongan instrucciones sencillas y visibles, mostrando un camino a seguir para el grupo de trabajo de higiene de manos de la consejería de Sanidad

La percepción del cumplimiento de la higiene de manos es muy alta, no coincidiendo con los resultados de estudios observacionales de cumplimiento, siendo conveniente una vez realizados estos, compartir la información.

Los profesionales no parecen estar preparados todavía para que los pacientes les recuerden la realización de la higiene de manos.

PALABRAS CLAVE: Higiene manos, infecciones , Encuesta

913 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:30 h.

PLAN DE ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES A PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

Rodríguez-Martínez MP (1), Gómez-Martínez J (1), Alarcón-Sabater P (2)

(1) Coordinación Plan de Agresiones. Dirección General de.Recursos Humanos., Servicio Murciano de Salud.. (2) Dirección General de.Recursos Humanos., Servicio Murciano de Salud..

OBJETIVOS: Describir y valorar el impacto de la difusión del protocolo de prevención de agresiones

MATERIAL: Detallar el flujograma que sigue el protocolo desde que se activa hasta que se actúa. Para la valoración del impacto que ha producido el mismo se han elaborado varios indicadores

RESULTADOS: El flujograma comienza cuando se activa el protocolo de prevención de agresiones elaborado por la dirección general de recursos humanos del servicio murciano de salud. Etapas:

Agresión 1- comunicación de la misma por parte del profesional en la Web de agresiones. 2 – validación/veracidad de coordinadores. 3-actuación inmediata coordinación plan de agresiones que deriva según lesiones y hechos a:

Unidades de prevención de riesgos laborales.

Servicio jurídico. Contacto letrados.

Puesta en marcha convenio con la fiscalía

Asistencia y acompañamiento a juicio.

Comunicación a gerencias de desadscripción inmediata de pacientes cuando hay orden de alejamiento en sentencia

Año 2006: 152 agresiones validadas. 15 denuncias interpuestas.

Año 2009: 296 agresiones validadas. 30 denuncias interpuestas.

Cuando se actúa con denuncia/sentencia en una zona de salud el tiempo hasta que se produce otra agresión, es notorio de forma muy frecuente

CONCLUSIONES: El porcentaje de profesionales agredidos que denuncian, ha aumentado.

Las sentencias favorables, ayudan y animan al colectivo sanitario a no tolerar agresiones de pacientes.

Cuando se da y resuelve un conflicto en una zona de salud, la población vuelve a atenerse a las normas del centro.

Los profesionales muestran menos miedo a la denuncia de agresión al saber que hay apoyos activos desde que sucede.

Agradecen constantemente no sentirse solos en ningún momento.

PALABRAS CLAVE: PROFESIONAL, AGRESION, ACTUACIÓN

915 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:35 h.

AUMENTANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Gastalver C (1), De Amuriza N (1), Jiménez MJ (1), Ferrari JM (1), Herreros De Tejeda A (1)

(1) Farmacia, Hospital 12 de Octubre.

OBJETIVOS: Durante el último año diferentes agencias reguladoras han emitido alertas de seguridad en relación con la interacción farmacológica entre inhibidores de la bomba de protones (IBP) y clopidogrel.

El objetivo de este trabajo fue detectar aquellos pacientes en cuyo tratamiento aparecía esta interacción, notificar al prescriptor el riesgo de que conllevaba y medir el grado de aceptación de la intervención farmacéutica.

MATERIAL: Se analizaron las Prescripciones médicas de 4 unidades de hospitalización con sistema de dispensación en dosis unitarias, durante los meses de marzo y abril de 2009 y 2010. Los pacientes incluidos en el estudio fueron aquellos en tratamiento simultáneo con clopidogrel y omeprazol o pantoprazol, únicos IBP incluidos en la guía farmacoterapéutica del Hospital.

El grupo control (sin intervención farmacéutica) lo constituyeron los pacientes del 2009. Se registró el número de pacientes y la duración del tratamiento combinado.

El grupo de intervención lo formaron los pacientes del 2010. Para cada paciente se elaboró un impreso para el prescriptor donde se explicaba el mecanismo de la interacción y los efectos indeseados potenciales, y se proponía una alternativa terapéutica. Se incluyeron además dos cuestiones: la utilidad de la información recibida y la aceptación del cambio propuesto y se reenviaba el Servicio de Farmacia. Se registraron los cambios en el tratamiento de todos los pacientes.

RESULTADOS: En el grupo control se identificaron 78 pacientes en tratamiento simultáneo con clopidogrel e IBP. La media de días del tratamiento con ambos fue de 7,37.

En el grupo de intervención se identificaron 50 pacientes en tratamiento dichos fármacos. De los 23 facultativos que devolvieron el impreso cumplimentado, 19 (82,6%) consideraron positiva la información aportada y 16 de ellos dijeron aceptar la intervención farmacéutica. Sin embargo, el cambio de tratamiento se produjo en 19 de los casos. Del total de los pacientes detectados, independientemente de que el prescriptor devolviera el impreso o no, se cambió el tratamiento en el 80% de los casos (40 de las 50 detectados). La media de duración de tratamiento con ambos fármacos fue de 3,73 días.

CONCLUSIONES: De los resultados de este estudio se podría concluir que la intervención farmacéutica detectando la interacción entre IBP y clopidogrel y comunicando esta circunstancia a los prescriptores, ha supuesto que en un gran número de pacientes se haya producido un cambio en el tratamiento. Alrededor de la mitad de los facultativos informados consideró explícitamente útil la información al respecto proporcionada por el Servicio de Farmacia.

PALABRAS CLAVE: seguridad, interveción, interacción

925 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:40 h.

LOS 8 DOMINIOS EN EL SEGUIMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Rancaño-Rodríguez I (1), Menendez-Fraga MD (2), Herranz-González V (3), Vázquez-Valdés F (4), Ortega-Solís N (5), Díaz-Pérez JM (5)

(1) U. de Calidad - Dirección de Enfermería, Hospital Monte Naranco, SESPA. (2) U. de Calidad y Gestión de Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco, SESPA. (3) Dirección Gerencia, Hospital Monte Naranco, SESPA. (4) U. de Calidad y Gestión de Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco, SESPA. (5) Dirección de Enfermería, Hospital Monte Naranco, SESPA.

OBJETIVOS: Desarrollar los 8 Dominios (8D) para el seguimiento de la HCE

MATERIAL: El proyecto persigue ser elemento de seguimiento y prevención de eventos adversos (EA)
Se hace hincapié en la confidencialidad de los datos, pero poco en la seguridad.
1º Herramientas de análisis:
a) Procedimiento de seguimiento HCE, (ciclo de mejora continua ISO 9001:2008)
b) Uso de los 8 dominios según Sittig DF (2009)
c) Registro de incidencias, EA y seguimiento de la implantación (2007)
2º Cuantificación del problema: Mediante registro de EA, seguimiento de su implantación desde 2007
3º Cómo: Creación de una comisión de seguimiento de HCE (CSHCE), Elaboración del Plan de Contingencia (PC) e incorporación en el Mapa de Procesos del Hospital
4º Personal implicado: Gerencia del HMN, Unidad de Calidad
5º Método de actuación: Análisis de incidencias y EA recogidos por la CSHCE y U. De Calidad
6º Cronograma: 2007, implantación de la HCE, CSHCE permanente, 2009/10 puesta en marcha del PC y elaboración del procedimiento.

RESULTADOS: 1. Hadware y Software adecuados, capaz de soportar las actividades clínicas necesarias, correctamente configurado y cubiertas las necesidades de mantenimiento.
2. Registros electrónicos unificados y codificados (códigos GDR, lenguajes NANDA, NIC, NOC)
3. Interfaz según perfil de usuario, captación rápida y segura de información
4. Personal capacitado mediante planes de formación iniciales, formación continuada y mantenimiento del soporte informático:
a) Planes de formación previos a la implantación: 100 % del personal implicado (técnico, manejo del programa)
b) Talleres de seguimiento: 46
c) 10 talleres en 2010
5. Flujos de trabajo y comunicación adecuados, que garanticen la seguridad en la transmisión de la información (creación de flujogramas de trabajo, gestión de alertas, menús desplegables)
6. Características adecuadas de la organización de modo que motiven y faciliten la notificación de EA: 2 Sistemas de notificación
7. Legislación vigente actualizada de la HCE
8. Monitorización de la HCE: evaluación continua de la utilización y rendimiento del sistema (seguimiento, trazabilidad, correcto funcionamiento, análisis de errores) Se identificaron: 193 incidencias (Diciembre 2009)

CONCLUSIONES: El seguimiento con los 8D ha permitido evaluar y caracterizar el impacto de la HCE en nuestra organización

Ha puesto de manifiesto la necesidad de un mayor tiempo de implantación, que no es extrapolable a otras organizaciones más complejas.

El seguimiento de la HCE es crítico en una organización sanitaria, para reconocer y prevenir EA, por lo que es necesario su planificación adecuada.

PALABRAS CLAVE: HCE, Seguimiento, Seguridad

934 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:45 h.

CAMBIO DE CULTURA TRAS PROGRAMA MULTIFACTORIAL: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO BACTERIEMIA ZERO

González-Caro MD (1), Quesada Pérez MT (1), Nuñez-Sánchez JI (2), Martínez-Iglesias C (1), León-Cabezas MI (1), Atalaya-Povedano J (1)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Área Hospitalaria Virgen Macarena. (2) Materno Infantil, Área Hospitalaria Virgen Macarena.

OBJETIVOS: Principal:

Reducción de la bacteriemia relacionada con catéter (BRC) a > ó igual 4 episodios por 1000 días de catéter venoso central.

Secundario:

Promover y fortalecer la cultura de seguridad del paciente en la UCI

MATERIAL: Para la consecución de nuestros objetivos nos servimos de varios instrumentos:

1. INTERVENCIÓN

1.1 Formación

-Inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales con intervenciones principales como: Higiene de manos, Inserción de catéteres, Antisepsia (clorhexidina), Medidas de barrera, Cuidados y mantenimiento.

-Seguridad del paciente.

1.2 Revisión del protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales.

1.3 Revisión del carro de canalización.

1.4 Adquisición de nuevos materiales necesarios.

2 PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL

2.1 Identificación del equipo de seguridad en UCI (líderes del proyecto, miembro de dirección, personal de UCI)cque detectarán, analizarán y buscarán solución a los errores, para posteriormente evaluar mediante rondas de seguridad.
2.2 Evaluación de cultura de seguridad
2.3 Identificación de errores
2.4 Aprender de los errores
3 RECOGIDA DE DATOS

La recogida de los datos de los casos de BRC se realizará utilizando una adaptación del programa ENVIN-HELICS donde se contabilizaran todos los días de catéter venoso central y las BRC adquiridas en UCI

RESULTADOS:

1. Cobertura de formación en servicio y on line > del 70% del personal.
2. Se consigue una tasa media anual de 2,43 BRC muy por debajo del objetivo inicial e incluso menor que la media nacional (3,47 BRCx1000dcvc)
3. Disminución de tasas de Neumonía relacionada con ventilación mecánica de 11,86 a 5,70 x 1000 días de ventilación mecánica y de infecciones urinarias de 2,81 a 1,69 x 100dias de sondaje urinario, sin intervenciones directas sobre ambas
4. Mejoría del clima de seguridad, evaluado mediante encuesta de seguridad, antes y después de implantación del proyecto

CONCLUSIONES:

Éste proyecto nos confirma la eficacia de un programa multifactorial donde tras 18 meses de implementación y por observación directa en rondas de seguridad vemos que los conceptos se han adquirido de forma permanente, que se comienzan a declarar los errores detectados en buzón de seguridad sin miedo al castigo y que el objetivo de la seguridad del paciente comienza a ser un hecho y no solo un objetivo, a pesar de que nos queda mucho camino por andar

PALABRAS CLAVE: Seguridad de paciente, Infección nosocomial, Bacteriemia relacionada con catéter

936 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:50 h.

CALIDAD EN LA CONTINUIDAD DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

García Ramos R (1), Rodríguez Jato T (1), Touris Lores M (1), González López J (1), Gutiérrez Veiga R (1), Lale Candal M (2)

(1) Farmacia, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Calidad, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Evaluar la calidad en la incorporación de los medicamentos domiciliarios (MD) a la prescripción médica (PM) en pacientes quirúrgicos ingresados y analizar la contribución de los sistemas de información electrónicos sanitarios disponibles en 2008 y 2010.

MATERIAL: Estudio observacional de las PMs de pacientes ingresados durante una semana en un servicio de cirugía general en 2008 y 2010. Revisión de PM validadas por el servicio de farmacia y registros relativos a los MD disponibles en la historia clínica electrónica (HCE): prescripción electrónica de Atención Primaria (PEAP) informe de urgencias, curso clínico y registros de cuidados de enfermería. Variables estudiadas: sexo, edad, domicilio, tipo de ingreso, medicamentos crónicos activos en PEAP, en PM, informe de urgencias, curso clínico, MDs al ingreso por enfermería, intervenciones farmacéuticas previas a validación, concordancia entre fuentes de información.

RESULTADOS: Se compararon los resultados del año 2008 frente a (v) 2010: 43 v 72 pacientes, edad media 59 v 66,5 años, 41,2 v 51,4% mujeres y 58,8 v 48,6% hombres, ingresos a través de urgencias 50 v 72%, 0 v 36% tenía informe de urgencias (media de 3,2 MD) En 50 v 92,9% pacientes su centro de Atención Primaria gestiónó PEAP, media 5 v 5,2 MDs (DE:2,9 v 3,1). Enfermería refirió MDs en un 35,3 v 73,6% de ingresos, media 4,3 v 3,5 DE: 1,9 v 2,9. Las PMs al ingreso recogieron MD en un 41,2 v 86,2% casos y en un 31,7 v 37,3% del total de MDs. Se realizaron 1,2 v 1,2 intervenciones de adecuación/paciente con MD. La concordancia fue 42,9 v 61,8%.

CONCLUSIONES: El bajo índice de incorporación de MDs al ingreso se debe posiblemente, a la naturaleza quirúrgica del servicio estudiado y al elevado número de pacientes intervenidos de urgencia al ingreso. La PEAP se incrementó notablemente y creemos que ha podido contribuir a la mejora de la calidad de la incorporación de la MD a la PM hospitalaria. La aportación de PEAP a la validación farmacéutica de PMs previa a la administración contribuye a la mejora de conciliación de la MD y la seguridad del paciente. Sin embargo consideramos necesaria una coordinación en la continuidad farmacoterapéutica del paciente en la HCE donde la prescripción electrónica de medicamentos fuese común y en la que el farmacéutico registrase las intervenciones o propuestas de adecuación a la situación del paciente ingresado, al que accediesen todos los profesionales responsables de su atención.

PALABRAS CLAVE: medicamentos, conciliación, seguridad

955 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 21 – 20/10/2010, 16:55 h.

MONITORIZACIÓN Y ESTUDIO DE CAUSAS DE LA NO IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON PULSERA IDENTIFICATIVA (PI)

Beteta-Fernández D (1), Pilar-Ferrer B (2), García-Jiménez C (3), Hellín-Monasterio J (4), Peñalver-Cedrán V (5), Iniesta-Alcaraz J (6)

(1) Unidad de Docencia-Formación Continuada, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (2) Dirección de enfermería- Coordinación de hospitalización, Farmacia y Unidad de Formación, Calidad e Investigación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (3) Dirección de Enfermería. Subdirectora del Área Quirúrgica, Servicio Centrales, Policlínico y Hospital de día., Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (4) Dirección de enfermería-Director de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (5) Dirección de Gestión. Jefe Servicio de Admisión, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.. (6) Dirección de Enfermería-Subdirección de Docencia y Recursos Económicos, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca..

OBJETIVOS: Identificar si lo pacientes atendidos y/o ingresados en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca- General estan identificados mediante PI.
Analizar las causas de la no presencia de PI.
Diseñar e Implantar intervenciones de mejora.
Realizar seguimiento de la implatación.

MATERIAL: Durante la primera semana de marzo se realiza monitorización de presencia de PI en pacientes atendidos y/o ingresados en el Hospital General.

Mediante aleatorización simple se coge una muestra n=67, con un número decisional c=60

El número decisional resulto inferior a 60, indicandonos que teníamos un Problema de Calidad, porque no llegamos al Estándar marcado.

Por ello se realiza un análisis de causas hipotéticas, mediante encuesta de causas por todos los servicios.Se elaborara un listado de posibles causas, entre las que destacaban: Rápido deterioro de la PI, fácil retirada de la PI, desconocimiento por parte del paciente y del personal sanitario de la importancia, para la seguridad del paciente, de la presencia de PI durante su estancia en el hospital.

Posteriormente se diseñan e implantan intervenciones de mejora que incluyen: elaboración de protocolo de identificación de pacientes atendidos en urgencias, actualización del circuito de actuación de Identificación de pacientes en todo el hospital general, Póster informativos, folletos informativos para familiares y pacientes, reuniones individualizadas con responsables de unidad, entre otras.

La última semana de mayo se realiza una 2ª monitorización en la que el número decisional estaba por encima de 60.

RESULTADOS: Tanto en la primera como en la segunda monitorización nos marcamos un AQL o Estándar del 95% y un LQL o Umbral del 85%, con un Riesgo α =5% y un Riesgo β =10%.
Para conseguir esto necesitamos una muestra de n=67 y un número decisional de c=60.
Los resultados de la 1ª edición fueron: 49 (73,1%) cumplimientos y 18 (26,9%) incumplimientos.
En la segunda medición conseguimos mejorar con 63 (92,5%) cumplimientos y 5 (7,5%) incumplimientos, comprobando con dicha medición que las intervenciones habian sido apropiadas.

CONCLUSIONES: Este estudio demuestra:
La importancia de realizar monitorizaciones sistémicas y planificadas para la identificación de situaciones problematicas.
Que el estudio de las causas hipotéticas permite diseñar intervenciones de mejora, adaptadas a los problemas.

PALABRAS CLAVE: MONITORIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN, PACIENTE

576 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 12:35 h.

WEB 2.0: HERRAMIENTA DE DESARROLLO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Lorente-García PJ (1), Querol-Meseguer S (2), Ferrándiz-Sellés MD (3), De Leon-Belmar J (3), Sáez Baixauli D (2), Beltrán-Garrido JM (4)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Genaral de Castellón. (2) Unidad de Informática, Hospital General de Castellón. (3) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General de Castellón. (4) Servicio Medicina Preventiva. Unidad de Calidad Asistencial, Hospital General de Castellón.

OBJETIVOS: Desarrollar un gestor de contenidos basados en la Web 2.0 en una Unidad de Cuidados Intensivos como herramienta de mejora de la calidad asistencial.

MATERIAL: Durante un año se diseñó y se desarrolló un proyecto de instauración de la Web 2.0 en cuatro fases:

Fase 0: Preparativos técnicos y teóricos. Preparación del servidor público hospitalario. Creación del Gestor de contenidos para el desarrollo Web 2.0 en la UCI. Creación del Comité de Edición responsable de la calidad de los contenidos.

Fase 1: Preámbulo. Inicio de actividad de contenido. Formación del personal facultativo en la utilización del gestor.

Fase 2: Apertura a la red y aumento de las COLABORACIÓNes-autores.

Fase 3: Desarrollo de los objetivos de calidad marcados.

Fase 4: Evaluación de los objetivos.

Posteriormente se realizó un estudio descriptivo transversal, durante los 3 primeros meses de apertura a la red, en el que se recogieron variables relacionadas con las visitas (numero de visitas y lugar de procedencia), variables relacionadas con los usuarios del gestor ,variables relacionadas con los artículos y archivos de contenido y variables relacionadas con la calidad de los contenidos.

RESULTADOS: El gestor de contenido soportó en sus primeros tres meses de apertura a la red 1242 visitantes de los cuales 49 se convirtieron en usuarios. El 62% de los usuarios eran mujeres. El 48% (24) de los usuarios eran autores de contenido (todos ellos intensivistas), y el resto usuarios registrados. Los autores de contenido crearon 22 artículos de contenido que generaron 5102 impresiones y se distribuyeron en 20 categorías relacionadas con la medicina intensiva. Se expusieron 37 archivos de contenido que generaron 81 descargas directas desde el servidor. Dentro del foro de Medicina Intensiva se abrieron 11 temas/debates con un total de 23 mensajes. Durante este periodo se obtuvieron dos acreditaciones de calidad sanitaria de contenidos en la red. También se desarrollaron otras intervenciones dentro del gestor para mejorar la calidad asistencial como la distribución de check-list, distribución de recomendaciones clínicas y recopilación de información clínica asistencial.

CONCLUSIONES: Es posible instaurar un gestor de contenidos basado en la Web 2.0 gracias a la colaboración de clínicos e informáticos y gestionarlo íntegramente por intensivistas en una unidad de cuidados intensivos.

Es posible desarollar aplicaciones con la Web 2.0 que mejoren la calidad asistencial a través de check-list asistenciales, distribución de las recomendaciones clínicas y recopilación de información clínica asistencial..ect. Las posibilidades que ofrece esta técnología para mejorar la calidad asistencial son elevadas.

PALABRAS CLAVE: web 2.0, calidad asistencial, cuidados intensivos

591 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 12:40 h.

INSTAURACIÓN DE LA WEB 2.0, HERRAMIENTA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD.

Lorente-García PJ (1), Querol-Meseguer S (2), Ferrándiz-Sellés MD (1), Sáez-Baixauli D (2), De Leon-Belmar (1), Beltrán-Garrido JM (3)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General de Castellón. (2) Unidad de Informática, Hospital General de Castellón. (3) Servicio Medicina Preventiva. Unidad de Calidad Asistencial, Hospital General de Castellón.

OBJETIVOS: 1. Implantar la Web 2.0 en un departamento de salud como instrumento de desarrollo de calidad asistencial.

MATERIAL: Se diseñó una estrategia de implantación basada en la:

1. Creación y configuración de un Servidor público Hospitalario.

2. Constitución de Comités Editoriales de Calidad de Contenido.

3. Constitución de un equipo de implantación y desarrollo.

4. Creación de un gestor de soporte técnico on-line.

5. Constitución de un grupo de formación encargado de docencia de los diferentes Comités Editoriales.

Para valorar la adecuada implantación y desarrollo de la Web 2.0 se diseñaron variables relacionadas con el impacto en la implantación, variables relacionadas con los usuarios de los gestores de contenidos y variables relacionadas con la creación y calidad de artículos de contenido. Desde el principio se instauró una estrategia de mejora continuada de los procesos aplicados al posicionamiento SEO y cumplimentación de la LOPD. Se presentan los resultados a través del siguiente estudio descriptivo.

RESULTADOS: Durante los cuatro primeros meses se crearon 8 Gestores de Contenidos con un Índice de implantación en el Departamento de Salud del 12% de los servicios. Los gestores han generado 57 artículos de contenido con 552 visitas directas a la página de inicio. Se han conseguido dos acreditaciones de calidad de contenidos sanitarios manteniendo un Índice de Calidad de contenidos del 100%. Se han realizado 2 cursos formativos para la gestión de la Web 2.0 a personal sanitario y se ha creado un soporte técnico on-line actualmente en desarrollo.

CONCLUSIONES: Es posible realizar una implantación transversal de la Web 2.0 en un Departamento de Salud como estrategia de desarrollo de la Calidad Asistencial.

Poner en manos del personal sanitario la tecnología Web 2.0 conlleva un cambio cualitativo para la mejora de la calidad asistencial. Implantada la Web 2.0, el reto consiste en crear y desarrollar intervenciones de mejora de calidad asistencial sobre esta nueva plataforma tecnológica y desarrollar los parámetros óptimos que nos permitan valorar su eficacia, pues al fin y al cabo, la tecnología sin un propósito carece por si misma de sentido.

PALABRAS CLAVE: Web 2.0, Calidad Asistencial, Instauración

622 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 12:45 h.

RESULTADOS ASISTENCIALES DE UNA CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Casariego E (1), Domínguez N (1), Basanta MD (2), López MJ (1), Pombo B (3), González MC (1)

(1) Medicina Interna. Hospital de Lugo, SERGAS. (2) Atención Primaria. CS Antas de Ulla, SERGAS. (3) M, SERGAS.

OBJETIVOS: Determinar si una consultoría presencial de internistas en Centros de Salud permite resolver problemas clínicos de carácter no urgente que habitualmente generan la solicitud de una interconsulta a una especialidad médica

MATERIAL: Estudio sobre los resultados de un programa de consultoría de Medicina Interna en 14 Centros de Salud, seleccionados aleatoriamente entre los del Área de Lugo. El programa incluye: contacto permanente por correo electrónico y teléfono (consultar y remitir Urgencias) y una visita mensual de al menos 60 minutos. Analizamos los resultados de esta última acción, consistente en labores de consultoría con los facultativos de los centros, incluyendo: consultar casos, realizar preguntas relacionadas con pacientes, visitas compartidas o actividades docentes conjuntas. No se aceptan otras actividades. El programa se inició en 2008; los primeros meses se consideraron de preparación y el estudio analiza los 12 meses siguientes. De los archivos del Centro recogimos las interconsultas realizadas desde todos los Centros del Área a especialidades médicas durante ese periodo y durante al año previo a la fase preparatoria.

RESULTADOS: De los 14 Centros, en 3 (21,4%) no fue posible implantar el programa. En los 11 restantes se efectuaron un total de 91 visitas. La asistencia fue de, al menos, el 66% de los facultativos en más del 85% de las SESIONES. Se analizaron 691 consultas clínicas correspondientes a 631 pacientes (promedio 7,6 [DS 3,9] consultas/sesión) y 345 preguntas (3,8 [2,6), se realizaron 43 vistas compartidas (0,4 [0,7) y 21 actividades docentes (en el 23,1% de las SESIONES). Con respecto a las consultas 531 (76,8%) se resolvieron en la propia sesión, en 123 (17,8%) el internista citó al paciente en su consulta y en 14 (2%) en la de otro internista. Únicamente 26 pacientes (3,7%) se derivaron a otra especialidad, habitualmente quirúrgica (20; 2,9%). Con respecto a las preguntas, 259 (75,1%) se resolvieron en la propia sesión, 54 (15,6%) con posterioridad y 32 (9%) tras consultar con otro médico. Un paciente se citó en la consulta. Con respecto al año previo, el número de interconsultas dirigidas a especialidades médicas se ha reducido un 8% en los Centros visitados mientras, en el mismo período, en los Centros no visitados se ha incrementado un 7%.

CONCLUSIONES: La consultoría por internistas en centros de salud permite resolver, de manera sencilla y rápida, la mayoría de las consultas planteadas y reduce de manera importante la solicitud de interconsultas.

PALABRAS CLAVE: Consultoria, Medicina Interna, Atención Primaria

624 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 12:50 h.

GASTO FARMACÉUTICO: IMPACTOS DE LA GESTIÓN SANITARIA INTEGRADA AP/AE Y LA GESTIÓN CLÍNICA. CEUTA 2005-09.

Sánchez De Mora, D (1), Lopera J (2), Abdelkader M (3), Querol JC (4), Chavernas S (5), Guerra C (6)

(1) Gerencia de A. Primaria, INGESA- Ceuta. (2) Dirección Territorial, INGESA-Ceuta. (3) Gerencia A. Primaria, INGESA-Ceuta. (4) Gerencia Área, INGESA-Ceuta. (5) Unidad Farmacia de Área, INGESA-Ceuta. (6) Centro de Salud el Tarajal, INGESA-Ceuta.

OBJETIVOS: Analizar las repercusiones en el Gasto Farmacéutico extrahospitalario (GF) de la Gestión Sanitaria Integrada AP/AE (GSI) y la descentralización de AP según modelos de Gestión Clínica (GC).

MATERIAL: Se monitorizan trimestralmente estos indicadores del Ministerio de Sanidad y Digitalis de GF en Ceuta, desglosándolos en AP y AE, y del SNS:
a)Incremento Interanual(II)del Número de Prescripciones (IINP)
b)II del Gasto por Prescripción (IIGP)
c)Gasto Unitario por Prescripción (GUP)
d)II de GF total (IIGF).

RESULTADOS: GSI (1/2005-1/2008)
a)IINP :
Desciende: 7,77% (1/2005) a 2,86%(1/2008), inferior al SNS
Desglose: AE<AP,IINP acumulado(1/2005-1/2008) -13,6%vs24,8% pasando la ratio de AE de 9% del total NP a 7.2%
b) IIGP:
Desciende: 2,1%(1/2005) a 1,93%(1/2008,hasta 1/2007 es < SNS
Desglose: AE>AP, IIGP acumulado(1/2005-1/2008)26,4% vs 1,3%.
c)GUP:
Asciende : 11,9€(1/2005)a 12,7€(1/2008),hasta 1/2007 es<SNS
Desglose: AE 28€(1/2005)a 35,4€(1/2008)vs AP 10,8€ a 10.9€.
d)IIGF:
Desciende: 10%(1/2005) a 4.85%(1/2008),es inferior al SNS.
Desglose: AE<AP, IIGF acumulado(1/2005-1/2008)17,9%vs 20.2% manteniéndose GF AE en 20% del total GF.
GC (1/2009-12/2009)
a)IINP:
Desciende: 4,9%(1/2009) a 3,7%(12/2009), es inferior al SNS
Desglose: AE<AP,aunque sube AE de -6% a 4%(AP 5,2% a 4,3%) Se mantiene la ratio de AE en 6.4% del total NP.
b)IIGP:
Desciende: 3.2%(1/2009) a 0.1%(12/2009), aunque IIGP >SNS
Desglose: AE>AP,aunque baja de 18,1% a 1%(AP 2,3% a -0.6%)
c)GUP:
Desciende: 13,3€ (1/2009) a 13,1€ (12/2009)
Desglose: AE 41,8 a 42,2€ y AP 11,2€ a 11,1€
d)IIGF:
Desciende: 8.4%(1/2009) a 3.9%(12/2009),es inferior al SNS
Desglose: AE>AP, aunque baja de 11% a 4,8%(AP 7,7% a 3,6%) Se mantiene la ratio de AE en 20% del total GF.

CONCLUSIONES: - GSI y GC en AP repercuten en menor incremento del GF.
- Esto se debe fundamentalmente al menor incremento de Prescripciones (70%) y no tanto al incremento del precio.
- La GSI y la GC en AP moderan el incremento del GF en AE, (20% constante del

PALABRAS CLAVE: asto Farmacéutico, Gestión Sanitaria Integrada, Gestión Clínica

692 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 12:55 h.

COSTES DE NO CALIDAD EN UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Salas Á (1), Ruiz R (2), Ballesteros M (2), Pérez J (3)

(1) Direcció de Qualitat. , Consorci Sanitari de Terrassa. (2) Direcció de Qualitat., Consorci Sanitari de Terrassa. (3) Servei de Análisi Clínics, Consorci Sanitari de Terrassa.

OBJETIVOS: Determinar el coste de la no calidad en el laboratorio de análisis clínicos durante tres meses.

MATERIAL: Registros de las no conformidades, acciones correctivas, tiempo empleado en gestionarlas y material fungible empleado, correspondientes a septiembre, octubre y noviembre del año 2007. Datos primarios facilitados por las Direcciones Económica y Recursos Humanos para realizar los cálculos de los costes de personal y de material fungible.

Se siguieron las recomendaciones del documento GP 11-A del Clínical and laboratory Standard Institute (CLSI) y del Laboratory Management Index Program – User Guide 2007 del College of American Pathologists (CAP) para calcular: los datos primarios, las no conformidades, el número de determinaciones realizadas, el número total de horas trabajadas, el coste de las horas trabajadas tanto en las áreas analíticas como en el resto de las áreas, los costes totales del laboratorio y el coste del material fungible.

Solo se consideran los costes directos o asignables y la no calidad asociada a dos causas, las no conformidades y las acciones correctivas.

RESULTADOS: Se registraron 58 no conformidades a lo largo de los tres meses, de las cuales 30 (51,7%) corresponden a procesos preanalíticos, 10 (17,3%) a procesos analíticos y 18 (31,0%) a procesos posanalíticos. La distribución anual de no conformidades fue la siguiente: Número total 234, 72,4 % preanalíticas, 5,2 % analíticas y 22,4 % posanalíticas.

Los tiempos empleados en las acciones de no calidad fueron: 23,5 horas de personal administrativo, 32,75 horas de técnicos, 70,25 horas de especialistas de laboratorio y 23,5 horas de personal dedicado a la gestión. Se repitieron 624 determinaciones analíticas. El coste de la no calidad supuso 5441,37 € (4499,13 € tiempo de personal y 942,24 € las determinaciones analíticas repetidas). Los indicadores de la no calidad fueron: (Número de determinaciones repetidas / número total de determinaciones) x 100 = 0,06 %, (Número de no conformidades / número total de determinaciones) x 100 = 0,005 %, (Coste No-calidad / coste total laboratorio) x 100 = 0,31 % y (Horas trabajo No-calidad / Horas totales trabajadas en el laboratorio) x 100 = 0,62 %.

CONCLUSIONES: Los indicadores de coste de la no calidad permiten al director del laboratorio implementar acciones de mejora.

La distribución de no conformidades durante los tres meses difiere de la distribución anual.

El estudio se ha limitado a los costes directos y a dos causas de no calidad, no conformidades y acciones correctivas.

PALABRAS CLAVE: costes, no calidad, indicadores

734 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:00 h.

CRITERIOS DE CALIDAD: DISEÑAR UNA HERRAMIENTA Y EVALUAR LA CALIDAD ORGANIZATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA(AP)

Gens-Barberá M (1), Davins-Miralles P (2), Vidal- Mila Àngel (3), Moreno- Ramos Mª Cristina (4), Benavent- Areu J (4), Marin-Sánchez F (4)

(1) Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salud. (2) Direcció de Recursos Sanitaris, Departament de Salut. (3) Dirección de personas de la organización, Institut Català d'oncologia. (4) Atenció Primaria, Institut Català Salut.

OBJETIVOS: Evaluar la calidad organizativa de diferentes centros de salud(CS) diseñando una herramienta formada por criterios de calidad en Atención Primaria.

MATERIAL: Elaboración de un check-list por profesionales conocedores de diferentes sistemas de gestión de calidad. Estructura: 6 categorías, 78 criterios, evidencias y cumplimiento (si/no). Se aplica a 10 CS. Cada CS realiza la autoevaluación. Posteriormente presentación resultados en sesión clínica y utilización como punto de partida para elaborar un plan de calidad.

RESULTADOS: Promedio autoevaluación: 42'3%hasta86'8%. Media categorías: profesionales(P) 87%, liderazgo y alianzas(LA)67%, política y estrategia(PE)60%, procesos(P)41%, ciudadano(C)61%, resultados(R)56%.

Criterios: LA: 80% desarrollan la misión, 90% actas reuniones con gerencia, 70% actas reuniones con administración local, 50% participan en el plan de calidad. GES: 100% propietarios de procesos, 80% plan riesgos laborales, emergencias y formación, 70% plan suministros, comunicación interna y cartera de servicios, 50% plan gestión material, plan acogida a los profesionales y cuadro de comando, 40% preventivo de los aparatos tecnoasistenciales, 30% plan estratégico, infraestructuras, política de reciclaje-bajo consumo, climatización y instalaciones, 20% plan de calidad, diagnóstico comunitario. P: 90% Guías Práctica Clínica(GPC), sistema esterilización, 80% procedimiento control infecciones trabajador, 70% historia clínica(HC) compartida, control estupefacientes, pruebas complementarias HC informatizada, 50% gestión medicación, control carro de paros, programa educativo, procedimientos control infección paciente, 40% gestión procesos sociosanitarios, reacciones adversas medicamentos, 30% mapa de procesos, 20% pruebas cabecera del paciente, control muestras laboratorio/pacientes, auditorias internas. En ningún caso procedimiento seguridad del paciente. C: 100% derechos-deberes, respuesta reclamaciones, 90% buzón reclamaciones, 70% registro consentimiento informado y voluntades anticipadas, 50% problemas confidencialidad e intimidad, 40% código ético, 10% realiza grupos focales. P: 100% reuniones sistemáticas, cumplen presupuesto formación, 70% analizan encuestas de satisfacción, 60% participan proyectos de mejora. R: 100% cumplimiento acuerdo de gestión, 90% análisis estándares calidad asistencial y farmacia, 70% existen planes de mejora. En ninguno grupo estable de la calidad.

CONCLUSIONES: Esta herramienta permite evaluar la calidad organizativa de los CS, estableciendo un punto de partida para elaborar el plan de calidad e impulsar la mejora continua en la AP. En la evaluación destaca que en la mayoría de CS disponen de documentación clínica, GPC con el objetivo de disminuir la variabilidad asistencial, pero aun queda un camino por recorrer en la implicación de los líderes en el desarrollo del plan de calidad y mejorar aquellos procedimientos para garantizar una atención segura al ciudadano.

PALABRAS CLAVE: herramienta, criterios calidad, atencion primaria

798 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:05 h.

MEJORAS DE RESULTADOS A TRAVÉS LA DIRECCIÓN POR OBJETIVOS (DPO) INCENTIVADOS DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Del-Oso-Morán, J (1), Pérez-Company, P (1), Artigas-Lage, M (1)

(1) Dirección de Enfermería, Hospital Vall d'Hebron.

OBJETIVOS: Proyectar e implantar un sistema de información para la Dirección por Objetivos (DPO) integrado en el sistema de Gestión de la Calidad del Producto Enfermero de la Dirección de Enfermería del Hospital Vall d'Hebron. Evaluar los resultados.

MATERIAL: A partir de la introducción de objetivos incentivados, puesto en marcha por el Institut Català de la Salut en el año 2007, se hizo necesario crear un sistema de información para la Dirección por Objetivos. Se analizaron los requisitos, necesidades y recursos conjuntamente con todos los departamentos implicados para posteriormente elaborar el sistema de información.

La asignación de los objetivos incentivados la realiza la supervisora, seleccionando dos grupales de entre los objetivos/indicadores del Cuadro de Mando de su unidad en concordancia con los objetivos estratégicos de la dirección y las líneas de mejora pactadas. Por otro lado asignará los objetivos individuales de entre una Plantilla de objetivos e indicadores elaborada a tal efecto.

RESULTADOS: En el año 2009el resultado global de los cuadros de mando de las unidades de enfermería a sido de un 95,63% frente al 96,26% obtenido en 2008, es decir un 0,64% inferior. Por procesos esta disminución se ha producido en cuatro de los seis existentes (entre un 0,56% i un 2,99%), mejorando los dos restantes (0,75% i 1,73%).

Si sólo contemplamos los resultados de los objetivos incentivados su consecución ha sido de un 98,63% frente al 97,63% del 2008 (un aumento de un 1%). Por procesos la mejora se ha producido en cinco de ellos, con aumentos que varían entre un 0,26% i un 1,58%, mientras que un proceso ha mantenido el mismo resultado.

CONCLUSIONES: La integración de la dirección por objetivos (DPO) en el mismo sistema de información que el de calidad facilita su implantación i gestión, al partir de un sistema existente conocido por los usuarios internos y que además aprovecha recursos ya disponibles.

El sistema permite la consulta del estado de asignación y evaluación en cualquier punto del proceso por parte de los responsables directos de las unidades, propiciando un feedback imprescindible para la mejora constante.

El sistema de objetivos incentivados tiende a mejorar solamente los resultados de los objetivos incentivados, pero no parece influir en el resto de indicadores i objetivos del cuadro de mandos.

PALABRAS CLAVE: Dirección por objetivos, Enfermería, Incentivos

827 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:10 h.

SISTEMA DE GESTIÓN DE PERSONAL: RECLUTAMIENTO Y ACOGIDA DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Ferreira Rodríguez, MP. (1), Falagan Mota, M. (1), Groba Pérez, F. (1), Roman Vila, MA. (2), Quintela Porro, MV. (3), Rodríguez Fernández, MC. (4)

(1) Supervisión de Enfermería , Hospital POVISA . (2) Coordinación de Procesos, Hospital POVISA . (3) Coordinación de Procesos , Hospital POVISA . (4) Coordinación de Enfermería , Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Garantizar que todo personal de nueva incorporación reciba una acogida cordial que aporte confianza y seguridad al incorporarse al puesto de trabajo, de tal manera que se le garantice la información y formación necesarias para un adecuado conocimiento y adaptación a la empresa y puesto de trabajo donde va a prestar sus servicios.

MATERIAL: Para garantizar el objetivo, se diseña una herramienta, el manual de integración al puesto y con un procedimiento estructurado que favorece que el profesional de nueva incorporación conozca los valores, objetivos y la metodología de trabajo necesarios para su desempeño.
El manual de integración consta de :
1- Derechos y deberes de los pacientes
2- Política de calidad y seguridad
3- Orientación efectiva al desempeño
El procedimiento consta de varias fases:
1) El diseño de un documento de Evaluación del Desempeño para:
(1) Enfermera
a. Generalistas
b. Servicios especiales
i. Urgencias
ii. Diálisis
iii. Materno- Infantil
iv. Onco-Hematología
v. U.D.I.
c. Áreas de Críticos
i. URPA/UVI
ii. Quirófano
(2) Técnicos
(3) Otras categorías
2) El llamamiento del candidato
3) La recepción administrativa
4) La acogida en su área de actividad por su mando correspondiente
5) La entrega de los manuales de integración profesional
6) Diseño de un plan de objetivos personalizado
7) Evaluación de Competencias, que se reevalúa con carácter anual

RESULTADOS: 1. La Evaluación de competencias se realiza al 100% de las enfermeras de nueva incorporación.
2. El plan de acogida se aplica al 100% del personal de nueva incorporación.
3. El Manual de Integración es una herramienta muy útil para la orientación efectiva al puesto de trabajo.
4. En el hospital se ha establecido un sistema de tutoría personalizada para todas las enfermeras de nueva incorporación, en el cual la figura del coordinador de procesos adquiere especial importancia
5. Para sustituciones y suplencias hemos creado la figura de la "enfermera referente" con competencias especificas de las Áreas consideradas Especiales o Servicios Críticos (UCI, UDI, UMI Materno Infantil, Nefrología y urgencias)

CONCLUSIONES: La experiencia obtenida de la aplicación del plan de acogida a las enfermeras de nueva incorporación, nos hace ver que, debemos hacerlo extensivo, de manera progresiva, a todos los colectivos del hospital, ya que favorece la prestación de cuidados basada en criterios de calidad, además de incrementar la satisfacción del profesional

PALABRAS CLAVE: gestión , integración , calidad

899 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:20 h.

EVOLUCIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA TRAS LA OBTENCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN

De Burgos-Pol, R. (1), Carrasco-Peralta, JA (1), Castellano-Zurera, MM (1), Cruz-Salgado, O. (1), Román-Fuentes, M. (1), Herce-Muñoz, A. (1)

(1) Área de Centros y Unidades Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: A. Analizar el cumplimiento de los estándares del manual a los 2 y 4 años de la obtención de la certificación

B. Identificar aquellos aspectos de calidad vinculados al no mantenimiento del cumplimiento de estándares durante la visitas de seguimiento a los 2 y 4 años

MATERIAL: Análisis descriptivo de 48 procesos de certificación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) a las que se les ha realizado la visita de seguimiento a los 2 y 4 años entre 2008 y 2010. Se han utilizado como fuente de información los registros de la aplicación online que sirve de soporte a estos procesos, Mejora C. Tras un proceso de depuración de datos se ha realizado un análisis estadístico con el programa informático SPSS.

RESULTADOS: 1. Se identificaron 19 estándares del grupo I del Manual de UGC que no mantienen cumplimiento y cuya distribución es la siguiente:

- 11 obligatorios

- 8 no obligatorios

2. Se obtuvo el siguiente porcentaje de UGC en situación de apercibimiento (cuando la Unidad deja de cumplir los requisitos de certificación):

- a los 2 años 7,14% de las UGC evaluadas

- a los 4 años, el 35% de las UGC evaluadas

3. Los estándares que no mantuvieron cumplimiento durante la visita de seguimiento , a los 2 y 4 años, se relacionan con los siguientes aspectos:

- Seguridad del paciente : 22,58 %

- Control de Caducidades: 19,35 %

- Procesos Asistenciales Integrados: 16,3%

- Formación y competencias profesionales: 6,45%

CONCLUSIONES: La visita de seguimiento se muestra un instrumento útil para la identificación de aspectos que comprometen la calidad reconocida durante las visitas de evaluación y observar la evolución de las UGC a lo largo del periodo de vigencia de su certificación.

PALABRAS CLAVE: acreditación, Calidad de la atención en salud, mejora continua

927 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:25 h.

CALIDAD PRESTADA POR EL DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DEL HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO

Cayuela-Verdu FJ (1), Lucas Saorin S (1), Martínez Hidalgo M (1), Pedreño Barcelo AI (1), Lorca Sánchez I (2), Valiente Borrego F (3)

(1) Informática, Hospital de la VEGA Lorenzo Guirao. (2) Dirección deGestión y SS GG., Hospital de la VEGA Lorenzo Guirao. (3) Farmacia, Hospital de la VEGA Lorenzo Guirao.

OBJETIVOS: El departamento de informática del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao dispone desde marzo de 2007 de una herramienta informática llamada "Mantilla" a través de la cual los usuarios solicitan la realización de trabajos al departamento.
Nos hemos propuesto evaluar la actividad y aceptación del servicio prestado ,estudiando posibles acciones de mejora y potenciando los aspectos que resultan satisfactorios.

MATERIAL: La explotación estadística del programa nos permite obtener datos para los indicadores establecidos. Estos indicadores son:
Trabajos por tipo, servicio demandante, usuario demandante, estado del mismo, prioridad para el usuario, tiempos de resolución y distribución entre los miembros del departamento.

RESULTADOS: Desde marzo de 2007 y hasta el 8 de junio de 2010 se han obtenido los siguientes resultados:
Se han realizado 3361 peticiones al servicio a través de la herramienta, de las cuales 1620 han sido averías, y de éstas 895 no han sido
especificadas, 389 han sido avería del hardware, 327 del software y 9 han sido problemas particulares.
Solicitudes de trabajo (no avería) han sido 1741 de las que 580 han sido solicitudes de software, 203 de hardware y 958 inespecíficas.
El índice de resolución indica que 31 están pendientes de resolver.
De todas las solicitudes, la prioridad para el usuario es alta en 551 y 179 muy alta 398 urgente, y 140 crítica, siendo 2071 normal 3 muy baja y tan solo 13 baja.
Los servicios que más trabajos han solicitado han sido consultas externas y personal y admisión, con 382,312 y 300 partes de trabajo.
Los que servicios que menos demandan trabajo informático son cocina, codificación y calidad con 1,2 y 6 partes respectivamente.
El tiempo promedio en resolver los problemas es de 8,59 dias.
De los 4 miembros fijos del departamento se han distribuido los partes de la siguiente manera: 1151,388,749 y 892 partes.

CONCLUSIONES: El programa Mantilla nos permite valorar la calidad, marcando objetivos de mejora en tiempo de resolución, planteando acciones formativas en aquellos servicios y/o usuarios donde la demanda es por falta de conocimiento de los sistemas, y buscando soluciones a problemas que podrían llevar al usuario a una autonomía mayor en el desempeño de sus funciones con los sistemas informáticos.
Por otra parte nos permite ver que el usuario mayoritariamente ve su solicitud como urgente o muy urgente, cuando en muchas ocasiones hay que tener alternativas para poder seguir con el trabajo sin que se dependa tanto de la actuación del departamento de informática.
El tiempo de resolución medio es muy alto. Hay que bajarlo, y distinguir los partes urgentes de los que no lo son, así como los desarrollos de software y las averías de hardware para obtener un indicador preciso de los tiempos mejorables.
Otra apreciación obtenida de los resultados es que no todos los usuarios hacen las peticiones a través de la herramienta lo que nos lleva a concienciar al usuario de que el uso de la misma ayuda a mejorar la calidad del servicio prestado.
La distribución de los partes a los miembros del departamento nos permite mejorar la organización del mismo según el tipo de parte y el tiempo necesario para su resolución.
Los datos de satisfacción están ausentes, lo que nos motiva a implantar un nuevo campo de evaluación de la satisfacción del servicio prestado.

PALABRAS CLAVE: PARTES , TRABAJO, INformática

985 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:30 h.

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008 EN UN SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN. POR Y PARA ENFERMERÍA.

García-Del Rosario C (1), Hernández-Santana A (1), Mora-Lourido C (1), Fuster-Pardo A (1), González-Santana MD (1), Cobián-Martínez J (1)

(1) Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

OBJETIVOS: El Servicio de Esterilización es un servicio de apoyo a la actividad asistencial, perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. La puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad ha sido realizada por enfermería en colaboración con la Unidad de Gestión de la Calidad.

Aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema (procedimientos y protocolos) y los procesos para la mejora continua, en conformidad con los requisitos del cliente, legales y reglamentarios.

MATERIAL: La misión es proporcionar un producto estéril en tiempo y coste adecuado, sin deterioro del producto procesado. La esterilización es el nivel más alto de seguridad y de eficacia biocida y tiene por objeto la prevención de la infección.

La prestación del Servicio de Esterilización tiene a los servicios quirúrgicos, unidades de hospitalización y consultas externas como principales clientes. El Servicio ha desarrollado un conjunto de actuaciones (Limpieza – Empaquetado – Esterilización) que se encadenan de forma secuencial y ordenada y son llevadas a cabo por personal competente y en las que se consumen recursos; todo para conseguir la satisfacción de las necesidades/expectativas del cliente interno y externo.

También define las prestaciones que puede ofertar, determina los procesos que desarrolla y realiza la medición de los indicadores definidos cumpliendo con los requerimientos de la norma UNE-EN ISO 9001:2008.

RESULTADOS: El desarrollo tecnológico y estructural del Servicio consigue una prestación basada en criterios de eficiencia, seguridad y calidad.

El Servicio de Esterilización está comprometido con los principios de universalidad, accesibilidad, equidad y solidaridad, implementando un modelo de gestión que garantiza el cumplimiento de los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001 y UNE-EN ISO 14001 enfocado a la mejora continua, a la protección y prevención del medio ambiente.

El sistema documental definido resulta innovador. Se ha desarrollado además de los procedimientos del Servicio, un catálogo del instrumental que es susceptible de ser esterilizado, la técnica de esterilización utilizada y cómo solicitar dicho instrumental. Se han documentado 1600 Fichas Técnicas que relacionan el instrumental que conforman las cajas y contenedores del Servicio.

El Control de documentos y registros, Revisión por la Dirección, Análisis de datos, Indicadores, Recursos humanos, Auditorías internas, No conformidades, Acciones correctivas, Acciones preventivas y Medición de la satisfacción son gestionadas según se describe en el Mapa de Procesos del Manual de Gestión.

CONCLUSIONES: El Servicio de Esterilización mediante la aplicación de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 garantiza la mejora continua de los servicios prestados.

PALABRAS CLAVE: Esterilización, Enfermería

1031 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:35 h.

IMPACTO DE LA GESTIÓN TELEFÓNICA PROTOCOLIZADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE DERMATOLOGÍA

Morales-Fernández ME (1), Alfagueme-Gutiérrez M (1), Rico-Martínez MC (1), Sancha-Rubio MV (1), Arias-Arias D (1), Cebreros-Márquez FJ (1)

(1) Consultas externas dermatología, Hospital Costa del sol.

OBJETIVOS: Analizar el impacto de la gestión telefónica protocolizada de un puesto de atención al usuario en consultas externas de dermatología gestionado por auxiliares de enfermería para:

- detectar necesidades de pacientes
- eliminar barreras administrativas.
- Rentabilizar el tiempo de consulta.

MATERIAL: Población: Pacientes del área de dermatología del hcs que realizan alguna consulta telefónica. Diseño: Estudio descriptivo. Periodo:1 marzo a 25 mayo 2010. Procedimiento: Al alta, se facilita comunicación directa de los usuarios con la consulta. Todas las llamadas realizadas al servicio son recepcionadas por una auxiliar de enfermería, que las resuelve en base un protocolo de actuación consensuado. Formación y capacitación competencial de los profesionales. Recogida de datos: Registro específico para anotar las intervenciones y decisiones tomadas. Variables: 1.Reducción de tiempo en la gestión de una incidencia en la cita: Anulación, Reprogramación, confirmación, recuperación, nueva cita…) 2.Optimización del tiempo de consulta (nºconsultas evitadas por resolución inmediata en coordinación con facultativo (por consulta sobre incidencias con medicación, síntomas, resultados, información de pruebas.

RESULTADOS: Llamadas telefonicas que cumplen criterios: 494 en 60 dias. Media 8 llamadas día.

Reducción tiempo a usuario: Resolución en acto único de 357 citas de la cuales 219 estaban sin citar por no estar abierta la agenda, 68 reprogramaciones, 51 recuperaciones (el paciente al perder una cita no tiene que volver a iniciar circuito con primaria) y 19 citas quirúrgicas. La llamada directa ahorra el desplazamiento al centro de salud o al hospital y mejora el rendimiento de la agenda.Optimización tiempo en consultas: 137 consultas/paciente evitadas: 35 anulaciones de citas, 49 dudas Tto., y/o consulta médica, 53 peticiones de resultados pruebas.

CONCLUSIONES: La gestión online telefónica en acto único, ha demostrado ser efectiva en la optimización de la consulta, evitando la realización de 153 intervenciones por dudas, confirmación de tratamientos o información de resultados. Esto se traduce en 8-9 consultas médicas, con el consiguiente gasto de personal e incremento de la lista de espera. Además ha permitido optimizar el tiempo del usuario a 332 pacientes que han percibido una mejora en la accesibilidad en la resolución de su problema y que no han tenido que desplazarse al centro o realizar otras gestiónes telefónicas. La preparación y competencia del profesional auxiliar de enfermería, beneficia la gestión clínica, dando priorización protocolarizada a través del acto único telefónico, optimizando la lista de espera, el tiempo de resolución al paciente y manejo de agendas médicas .

PALABRAS CLAVE: gestión telefónica

1050 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:40 h.

MAPA CONCEPTUAL DE LA UNIDAD DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN. DESARROLLO CON SOFTWARE LIBRE.

Valverde Citores R (1), Aztiria Mendiola A (2), Guajardo Remacha J (3), Loriente Arias J (1), Valverde Citores A (4)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital de Zumarraga. (2) Informática, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección Gerencia, Hospital de Zumarraga. (4) Consultas Externas, Hospital Donostia.

OBJETIVOS: Una característica clave de toda organización será su disposición a cambiar, siendo capaz de hacerlo rápidamente y con éxito. La comunicación corporativa cada vez más, ha de ser uno de los elementos que impulse esta transformación. Es, por tanto, objetivo fundamental de las organizaciones (y por tanto las Unidades de Calidad como generadoras de información) establecer herramientas que mejoren esta comunicación, y que a la vez no supongan grandes costes económicos.

MATERIAL: El conocimiento de nuevos sistemas y herramientas tecnológicos es estratégico, sobretodo en momentos de crisis como el actual. En la Sociedad de la Información aparecen versiones digitales de lo conocido, pero también nuevas realidades que son investigadas desde la Unidad de metodología de Calidad (UMC) del hospital con el objetivo de dar a conocer a "tiempo real" qué actividades, personas, resultados, etc. se están llevando a cabo desde dicha unidad. Resultado de esta investigación es la decisión de utilizar de mapas conceptuales -cuyo "lenguaje visual" es similar en sus características al texto del lenguaje natural- para la comunicación entre las personas del hospital.

Etapas para su implantación:

Planteamiento básico: actividades a desarrollar en la UMC.

Identificación del "público objeto" de la comunicación

Búsqueda y selección de herramientas de "mapas conceptuales" en software libre

Diseño e implantación en la intranet del hospital del mapa conceptual de la UMC.

RESULTADOS: La representación esquemática de las áreas de conocimiento que abarca la Unidad de metodología de Calidad se realizó en un espacio lógico (similar a las redes neuronales): en un árbol que va de lo más indeterminado (genérico: la definición y objetivos de la Unidad) a lo más determinado y concreto (singular: actas de reuniones, componentes de equipos de trabajo,…) proporcionando así la comprensión integrada dichas áreas.

La utilización de hipertextos facilita la gestión, acceso y navegación por el mapa conceptual.

Creación de una cultura abierta y de colaboración: cualquier idea representada puede tener varios eslabones por los que conecta a personas de diferentes unidades/servicios.

Se ha realizado a coste cero.

CONCLUSIONES: La organización de la información de la Unidad de Calidad mediante el mapa conceptual permite que todas las personas del hospital accedan y sepan en todo momento y de una forma muy gráfica, qué actividad/es se están desarrollando, quién participa, cuándo se realiza, qué acuerdos se toman, etc.

La comunicación mediante este tipo de sistemas favorece la motivación e implicación de las personas y en consecuencia la satisfacción de las personas.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACION, MAPA CONCEPTUAL, Satisfacción PERSONAS

1091 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:45 h.

IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM Y OBTENCIÓN DE UN RECONOCIMIENTO OFICIAL EN EL HOSPITAL DE MOLINA

López-Guerrero FA (1), Gómez-García MJ (1), Guirado-Sánchez F (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de MOLINA. (2) Gerencia, Hospital de MOLINA.

OBJETIVOS: Implantación del Modelo EFQM de excelencia y obtención del reconocimiento "Excelencia Europea 400+" del Club Excelencia en Gestión (CEG), y su reconocimiento homólogo "Recognised For Excellence 4 Stars" de la European Foundation for Quality Management (EFQM).

MATERIAL: La EFQM recomienda adoptar el proceso de Autoevaluación como estrategia para mejorar el rendimiento de una organización. Nuestra organización realiza autoevaluaciones EFQM desde 2003 y está certificado en la Norma ISO 9001 desde 2006. En 2008 planificó un proyecto para la obtención de un Sello de excelencia, subvencionado por el INFO.

Contó con los siguientes pasos: 1. Autoevaluación homologada por licenciatarios. 2. Elaboración de la memoria de 75 páginas con la colaboración de consultores externos. 3. Entrega de la documentación a la entidad certificadora (AENOR). 4. Preparación de la Visita. 5. Visita de los evaluadores e informe final.

RESULTADOS: El proceso de realización de la autoevaluación se llevó a cabo en 3 meses (Enero – Marzo de 2009) por un grupo de 9 personas (Dirección, Unidad de Calidad y varios líderes de proceso) mediante cuestionario porque, aunque era más laboriosa, nos aportaría mucha información para la realización de la memoria. Se obtuvieron 466 puntos. 2. Elaboración de la memoria: Mayo – Noviembre. Se reparteron los subcriterios entre las 9 personas mencionadas para elaborar la versión 1.0. Posteriormente los 2 integrantes de la unidad de calidad la fueron perfeccionando hasta llegar a la versión definitiva:6.0. 3. Preparación de la visita (Noviembre – Diciembre) Se dieron 2 SESIONES formativas a líderes de proceso (23 personas), 1 a la dirección y 17 a los trabajadores. 4. Visita (21 de Diciembre) puntuación: 450 - 500 puntos. Objetivo conseguido.

CONCLUSIONES: Tanto el informe de autoevaluación de los licenciatarios como el informe oficial de los evaluadores son un análisis de la situación interna que nos aporta una información muy valiosa para utilizarla como elemento de entrada en la elaboración de un nuevo plan estratégico. La elaboración de la memoria recopila y ordena las mejores prácticas, cohesiona a la organización y hace que todos sus miembros caminen hacia unos mismos objetivos. La formación se aprovechó para difundir la cultura de calidad y reforzar el liderazgo de los "líderes" de proceso.

Es un gran ciclo de mejora que, desde la lógica REDER, parte de unos resultados de obtención del Sello. Se hace una planificación, que se despliega, evalua y revisa para a continuación iniciar nuevos proyectos con objetivos más ambiciosos.

PALABRAS CLAVE: EFQM, EXCELENCIA, CERTIFICACIÓN

1128 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:50 h.

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Miquel-Gómez A (1), Bartolomé-Benito E (1), Jiménez-Carramiñana J (2), Sánchez- Perruca L (1), Jiménez-Domínguez C (1), López-Romero A (1)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria Comunidad de Madrid. (2) Servicio de Sistemas de Información de Atención Primaria , Dirección General de Sistema de Información Sanitaria.

OBJETIVOS: La Comunidad de Madrid, resultante del Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-2009 en donde se recoge como línea estratégica la mejora del sistema de información, ha trabajado en 2009 en el diseño, desarrollo e implantación de un Cuadro de Mando Integral.

OBJETIVO: Desarrollar un sistema de información homogéneo con capacidad de integración de los distintos niveles y componentes, que permita obtener información desagregada, comparar resultados y que sea versátil para poder adaptarse en tiempo y forma a las necesidades que vayan surgiendo en el proceso asistencial.

MATERIAL: Este proyecto tiene como alcance a todos los profesionales sanitarios y gestores de la Dirección General de Atención Primaria así como de otras Direcciones de la Consejería de Sanidad que generen información que alimente el sistema de información e-SOAP y/o puedan precisar de esta información para la toma de decisiones. Para ello se ha creado un grupo de trabajo que ha seguido los siguientes pasos: Definición de un mapa de procesos, Selección de Indicadores, Definición del perfil de usuarios, Diseño del Cuadro de Mando, Verificación y Validación

RESULTADOS: -Definición del mapa de procesos. Se identifican los siguientes procesos claves: Construcción matriz estratégica, Gestión de la Seguridad, Coordinación con agentes vinculados, Gestión de la Información (extracción de datos, transformación y normalización

CONCLUSIONES: La fase de planificación con el diseño y normalización de la información, es crítica para aportar a los profesionales de la Organización información útil para la toma de decisiones desde los distintos niveles de la organización.

PALABRAS CLAVE: Cuadro de mando, Objetivos, Indicadores

1141 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 12 – 20/10/2010, 13:55 h.

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS EN LA INTRANET HOSPITALARIA COMO INSTRUMENTO DE INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Torné C. (1), Comellas JF. (1)

(1) Calidad Asistencial, Hospital Asepeyo Sant Cugat.

OBJETIVOS: Facilitar el acceso a todo el personal de la información necesaria conforme a las necesidades y responsabilidades de su puesto de trabajo, garantizando:
La seguridad de la información
La uniformidad en el diseño
La actualización periódica
mediante el diseño de una aplicación que debe disponer:
de un buscador que simplifique las búsquedas por los diferentes ítems creados:
Tipo, Autor, Título, Fecha de creación, Fecha de revisión
y de un proceso de aprobación y de notificación.

MATERIAL: Desde la Coordinación de Calidad se desarrolló el proyecto, identificando en primer lugar los contenidos, algunos ya existentes en diferentes aplicaciones y otros que hasta la fecha eran inaccesibles a todo el personal.
Documentos : estratégicos, de calidad, normativas internas, manuales de uso de la historia clínica, boletines de seguridad del paciente.
Actas: de todas las comisiones del Hospital.
Protocolos: Protocolos/guías clínicas vigentes.
Procedimientos: Diagramas de procesos por servicios.
Posteriormente se procedió a la definición de los redactores así como a los circuitos de aprobación para cada tipo de documento. Para la creación de estos circuitos, fue necesario definir el rol de "administrador" de la aplicación.
Se definieron 300 procesos de aprobación diferentes, configurando las personas que intervienen en cada uno los los work flows (36 personas, lo que representa aproximadamente un 15% de la plantilla).
Una vez finalizado el proyecto, se presentó a la Dirección y posteriormente, se cursó la correspondiente solicitud de implantación a los servicios informáticos.
Antes de la puesta en marcha, se procedió por parte de la Coordinación de Calidad a la incorporación de toda la documentación ya existente en diferentes aplicaciones a la base DAPP.
Se remitió correo interno informativo a todo el personal, con la fecha de inicio de dicha aplicación así como manual de uso.

RESULTADOS: Durante el primer año de utilización, se han publicado/ actualizado un total de 16 protocolos clínicos, 6 procesos, 26 documentos estratégicos y 46 actas de los diversos comités del Hospital.

Para una valoración objetiva de su impacto, se realizó al año de la implantación, una encuesta referente al conocimiento, utilización y valoración de los contenidos de la aplicación DAPP. Los resultados obtenidos evidenciaron que :

Todavía existía cierto nivel de desconocimiento de la existencia de la aplicación.

El nivel de consulta era menor al esperado pero no existía evidencia de que la causas fueran por motivos técnicos o de dificultad de acceso.

Los contenidos se valoraron correctamente.

CONCLUSIONES: La aplicación creada es un instrumento útil para la integración de toda la información generada en los diferentes ámbitos del Hospital.

Tiene como valor añadido la posibilidad de incorporar circuitos de aprobación/ denegación y notificación a los usuarios.

La implantación de este tipo de aplicación debe ir acompañada de otras actuaciones que incidan sobre la motivación y modificación de sistemas de trabajo en los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Comunicación, Intranet, Información

617 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 15:35 h.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE URGENCIAS CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN LA COMPLEJIDAD DEL CENTRO HOSPITALARIO

Ríos-Risquez MI (1), Lozano-Alguacil E (2), Martínez-Cano F (3), Mateo-Perea G (4), Sabuco-Tebar E (5), Herrera-Romero T (6)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (2) UCI Pediátrica, Hospital Universitario REINA SOFIA. Servicio Murciano de Salud. (3) Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (4) UCI Pediátrica, Hospital Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. (5) Reanimación, Hospital Universitario Jm Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (6) UCI, Hospital Universitario REINA SOFIA. Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: Determinar y comparar la satisfacción del usuario del servicio de Urgencias con el cuidado de enfermería según la dimensión y complejidad del centro hospitalario.

MATERIAL: Estudio descriptivo de carácter multicéntrico. La muestra estuvo formada por 534 pacientes de las unidades de Urgencias de tres centros hospitalarios de la Región de Murcia de distinto nivel de complejidad. 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 instumento y una puntuación media global siguiendo una escala Likert de 7 puntos (de mayor a menor satisfacción).Análisis estadístico mediante SPSS-15. Datos expresados como medias ± desviación estándar y porcentajes, y las comparaciones mediante Chi-cuadrado de Pearson, T de Student y ANOVA.

RESULTADOS: Globalmente, la satisfacción media no mostró diferencias significativas según la complejidad del centro analizado (2,33±1,07 vs 2,46±0,85). Sin embargo, si se tienen en cuenta los ítems individuales de la escala referentes a distintos aspecto del cuidado enfermero, sí se registran numerosas diferencias significativas. El tiempo de estancia en observación previo al ingreso en hospitalización mostró diferencias significativas, siendo superior en el centro de mayor nivel de complejidad (15,72±14,54 vs 9,03±8,18; p=0,000). Dicho tiempo de estancia se mostró asociado de forma inversa con la satisfacción del usuario con la atención recibida tanto en el centro más complejo (r=0,274; p= 0,000), como en los de menor nivel de complejidad (r=0,152; p<=0,01).

CONCLUSIONES: Este estudio refleja una satisfacción media-alta del usuario con la atención de enfermería en el Servicio de Urgencias, y que dicha satisfacción no se encuentra asociada con la dimensión y complejidad del centro hospitalario analizado. El tiempo de estancia en observación se asocia de manera directa con una mayor insatisfacción del usuario con el cuidado enfermero.

PALABRAS CLAVE: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, URGENCIAS MÉDICAS, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

675 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 15:40 h.

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA AMBULATORIA

Tijero MT (1), Velázquez S (2), Hernán MA (3), Izquierdo Izquierdo P (4), Robledo A (5), Úcar E (6)

(1) Servicio de AnestesiaY Reanimación, Hospital Universitario Santa Cristina. (2) Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Universitario Santa Cristina. (3) Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Santa Cristina. (4) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Santa Cristina. (5) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Santa Cristina. (6) Dirección médica, Hospital Universitario Santa Cristina.

OBJETIVOS: El objetivo principal del trabajo es promover el uso racional de los medicamentos prescritos en el postoperatorio de cirugía mayor ambulatoria mediante la entrega de la medicación necesaria, junto con instrucciones e información de seguridad. Como objetivos secundarios del estudio se pretende comprobar el cumplimiento del tratamiento así como su efectividad, y facilitar el trabajo de los profesionales reduciendo el trabajo de emisión de recetas.

MATERIAL: A pacientes intervenidos de cirugía del antepie y de artroscopia de rodilla se les entregó una bolsa con la medicación necesaria para los primeros diez días del postoperatorio (analgésicos, antiinflamatorios, antitrombóticos y protectores gástricos) e información sobre su uso y posibles efectos secundarios.

Posteriormente, se recogieron y analizaron los datos de 44 pacientes acerca del cumplimiento, efectividad y seguridad del tratamiento mediante una encuesta telefónica realizada a las 24, 48 horas y a la semana de la cirugía. Finalmente se registraron los datos de satisfacción a través de una encuesta anónima.

RESULTADOS: Se ha comprobado un alto cumplimiento del tratamiento: un 95% de los pacientes durante las primeras 24 horas, un 93,2% y un 90% respectivamente a las 48 horas y a los 7 días de la cirugía. La mediana del EVN mínimo y máximo fue de 2 y de 5 respectivamente a las 24 horas, a las 48 horas fue de 1 y de 4, y a los 7 días 0 y 2.

Se han encontrado diferencias significativas en los EVN de ambos procedimientos quirúrgicos. La mediana del EVN máximo fue de 5 para la cirugía del pie y de 3 para la artroscopia en las primeras 24 horas.

Hubo 15 pacientes que presentaron efectos secundarios, leves en todos los casos, que no afectaron al cumplimiento terapéutico.

El 90% de los pacientes que entregaron la encuesta de satisfacción referían estar satisfechos o muy satisfechos con la información recibida sobre el tratamiento del dolor, con el tratamiento analgésico y volverían a operarse siguiendo el mismo procedimiento para el control del dolor.

CONCLUSIONES: El formato de la bolsa y la información suministrada redundan en un alto cumplimiento del tratamiento, lo que permite evaluar la efectividad del mismo, que resultó ser alta en general, aunque menor en la cirugía del pie. Este hallazgo obliga a introducir mejoras en el postoperatorio de estos pacientes. No se observó correlación entre la alta satisfacción y la menor efectividad del tratamiento en ciertos procesos del pie.

PALABRAS CLAVE: DOLOR AGUDO, TRATAMIENTO, SEGURIDAD

696 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 15:45 h.

PLAN DE ACOGIDA AL INGRESO, CRITERIO DE CALIDAD

Arnau-Alfonso JJ (1), Castillo-Gómez C (2), Moreno-Jiménez MA (3)

(1) Unidad de Calidad, Área V de Salud . (2) Dirección de Enfermería, Área V de Salud . (3) Unidad de Codificación, Área V de Salud .

OBJETIVOS: Uno de los indicadores del Contrato de Gestión sobre la calidad de los cuidados de enfermería es el "Plan de Acogida al ingreso", que es la actuación de enfermería orientada a integrar al paciente/familia dentro del Servicio en el que ingresa, es el primer contacto del paciente con el personal de dicha Unidad

· Proporcionar una visión global del Hospital y del Servicio en el que ingresa.

· Favorecer la integración rápida del paciente/familia dentro de la Unidad en la que ingresa y de las relaciones con el personal de enfermería.

· Mejorar la Información recibida y los mecanismos de transmisión de esta.

MATERIAL: Se realizan cortes transversales, cuatrimestralmente, del universo de pacientes ingresados en las unidades médicas y quirúrgicas. Se valoran dos indicadores:

1. Implementación del PLAN DE ACOGIDA AL INGRESO.
   - · Se registra el procedimiento en la Historia de Enfermería, (figura la hora y nombre- primer apellido de la enfermera que lo realiza).
   - · Se registra en las primeras 24 horas desde el ingreso
   - · Consta la entrega de documento escrito sobre "Información al Paciente Hospitalizado acerca de las normas de funcionamiento de la Unidad donde está ingresado"

2. Valoración de la INFORMACIÓN AL INGRESO dada por el personal de enfermería
   - · Refieren haber sido informados sobre las normas de funcionamiento de la Unidad en la que está Ingresado
   - · Valoran como buena ó muy buena, la información dada por el personal de enfermería al ingreso.
   - · La enfermera de acogida se ha identificado

RESULTADOS: En cuanto a la "Implementación del PLAN DE ACOGIDA AL INGRESO", el grado de cumplimentación global es superior al 90%.

Por otra parte en la "Valoración de la INFORMACIÓN AL INGRESO dada por el personal de enfermería" el grado de cumplimiento global es inferior al 80%, debido a la deficiente cumplimentación de los subindicadores "la enfermera de acogida se ha presentado" y "ha sido informado sobre las normas"

CONCLUSIONES: El "Plan de Acogida al ingreso" en nuestro hospital es una intervención clave dentro de la asistencia integral de enfermería, consideramos la información como algo fundamental dentro de la asistencia. Tenemos dos áreas de mejora: la identificación de la enfermera que realiza la acogida (en la que partíamos de cumplimientos de alrededor del 60% y actualmente estamos en el 80%) y en la explicación que esta hace de las normas (en el que hemos superado el 80%).

PALABRAS CLAVE: Información, Acogida, Enfermería

821 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 15:50 h.

IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS.

Martínez-Carrasco At (1), Bilbao-Markaida MB (1), Abad-García R (1), Esparza-Liberal C (1), Martín-Esteban Iy (1), Isla-Climente P (1)

(1) Comarca Bilbao, Osakidetza.

OBJETIVOS: General: Aumentar la efectividad en la gestión de muestras.

Específicos:

Disminuir el número de incidencias en la obtención y procesamiento de muestras biológicas.

Resolución en 24-48 horas de las incidencias detectadas.

Garantizar el registro en Hª Clínica de los resultados analíticos.

Disminución del nº de accidentes biológicos.

Unificar criterios y actuaciones entre Comarca y Laboratorio.

MATERIAL: Identificación, análisis y propuesta de soluciones a problemas detectados y, tras pilotaje, implantación en todas las unidades de Comarca Bilbao.

Las actividades están recogidas en un procedimiento y en un póster, difundidos a todos los centros en formato papel, Intranet y plataforma gestión del conocimiento "Ezagutza".

Instauración de un volante informático en la aplicación Osabide, volcando los resultados analíticos procedentes de Atención Especializada en Historia Clínica.

Empleo del procedimiento de "resolución de incidencias".

RESULTADOS: Disminución de incidencias de Comarca Bilbao obteniendo la media en los años 2007: 1,90% , 2008: 1,82% y 2009 : 1.69 %,siendo el nº de muestras solicitadas anualmente superior a 3 millones. La media de incidencias del laboratorio fue superior al 3% en los tres años.

Análisis de datos por el grupo de mejora y difusión a todos los centros de Comarca.

Inclusión de los resultados analíticos, procedentes de Atención Primaria o Especializada, en Historia Clínica al 100%.

CONCLUSIONES: Las acciones emprendidas han resultado acertadas y sus efectos beneficiosos para usuarios y personas de Comarca Bilbao.

Esta estrategia se apoya en conceptos como: información entre profesionales de distintos niveles asistenciales, comunicación, continuidad asistencial y como consecuencia, mejora continua de la calidad.

PALABRAS CLAVE: estrategia, gestión, muestras

842 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 15:55 h.

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA. COMPROMISO DE GARANTÍA CON LAS PERSONAS" EN LA REGIÓN SANITÀRIA DE BARCELONA DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT.

Piqué, Joan Lluís (1), Viciana, Miquel Àngel (1), Gutiérrez, Raquel (2), González, Araceli (1), Del Amo, Custodia (1)

(1) Dirección de Atención a la Ciudadanía , Servei Català de la Salut - Región Sanitária de Barcelona. (2) Dirección de Atención a la Ciudadanía , Consorcio Sanitario de Barcelona - Región Sanitária de Barcelona.

OBJETIVOS: En el entorno de una Administración moderna y eficiente de servicios públicos de salud se configura un nuevo perfil de la ciudadanía más responsable, más informada y más participativa, lo que hace necesario evolucionar el modelo de atención atendiendo a cinco ámbitos de mejora claves:

- Canales de comunicación con los ciudadanos para que su visión y sus expectativas sean consideradas como elementos de gestión de las diferentes actuaciones estratégicas del sistema sanitario.
- Canales de comunicación interna con los profesionales para favorecer una correcta coordinación operativa de los elementos directivos.
- Mecanismos de priorización que garanticen criterios de actuación equitativa en el conjunto del territorio.
- Modelo de gestión que defina como valor añadido la simplificación de los procesos relacionales fundamentando el uso de las nuevas tecnologías como elemento de mejora de la eficiencia del sistema.
- Modelo de atención al ciudadano basado en unas actuaciones de buena práctica de la administración orientadas a la desburocratización de la gestión y a la mejora de la capacidad de resolución del conjunto del sistema.

El Manual de buenas prácticas de la Dirección de Atención a la Ciudadanía (DAC) de la Región Sanitaria de Barcelona del Servei Català de la Salut, pretende establecer un conjunto de criterios que garanticen a la ciudadanía, un modelo de relación, en el cual se define la calidad mínima prevista en la prestación de nuestra cartera de servicios, configurando un modelo de garantías en las relaciones y favoreciendo a la vez, la equidad en el acceso al conjunto de prestaciones del sistema público de salud.
Complementariamente, definimos un marco general evaluable, objetivado y transparente, con adaptabilidad permanente, y evaluación continua de los objetivos con visualización de las lecciones aprendidas y los logros obtenidos en el medio plazo.
Todo ello inspirado en unos principios generales de actuación que hemos descrito como: legalidad, igualdad/no discriminación, objetividad/imparcialidad, confidencialidad, transparencia, desburocratización y capacidad de resolución, autoevaluación, participación ciudadana, modelos relacionales y claridad informativa.

MATERIAL:

- Principios 2009 .Maduración de la idea. SESIONES participativas con los profesionales de la DAC.
- Elaboración del contenido de las fichas modelo de todos los servicios de la cartera: objetivo general, descripción del servicio, normativa de aplicación, procedimiento operativo, relaciones i garantías .
- Despliegue territorial del documento: indicadores de seguimiento y plan de comunicación.
- Junio 2009.Jornada de trabajo de los 35 profesionales de la DAC: debate y consenso documento final.

RESULTADOS:

- Junio 2009 edición y presentación del Manual de buenas prácticas de la DAC
- Finales 2009 : presentación a la línea directiva de la RSB y organizaciones entorno sanitario.
- Julio 2010. Cuadro de mando DAC. Indicadores seguimiento primera fase. Evaluación de resultados

CONCLUSIONES: La ciudadanía demanda – de manera legítima – unos servicios de calidad, en una administración abierta, accesible y con una gestión eficaz y desburocratizada. La calidad en las relaciones deben basarse en el principio "nada sin ellos" ya que cualquier actuación que no tenga en cuenta sus expectativas y características está condenada al fracaso.
El seguimiento de los indicadores nos ha de permitir seguir la evolución del modelo, detectar sus puntos de mejora e incorporar la energía participativa de los ciudadanos, en resumen el proyecto muestra como valor fuerza el monitorizar el cumplimiento de garantías y el establecimiento de un entorno de confianza con la ciudadanía

PALABRAS CLAVE: MODELO GARANTISTA, BUENA PRACTICA, RELACIONES Ciudadanía

855 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:00 h.

ACCESIBILIDAD DE LOS CIUDADANOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA, EN TÉRMINOS DE INMEDIATEZ

Fernández-Conde JA (1), Rodríguez-Guerrero MR (2), Santos-Míguez MC (1), Arias-Espada MM (1), Martín-Gutiérrez ME (1), Gómez-Ruiz MJ (1)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Recursos Humanos, Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS: Conocer y analizar el diseño de las agendas asistenciales, su adecuación a la demanda de los usuarios y su influencia en la actividad mediadora de las Unidades de Atención al Usuario

MATERIAL: Estudio multicéntrico, descriptivo y transversal. Criterios de inclusión: una única agenda, contar con cita previa, oferta asistencial en turno de mañana y superar el cupo de 1.500 Tarjetas sanitarias (TSI) en Médicos de Familia (MF) y de 1.000 TSI en Pediatras. La muestra final fue de 96 agendas de MF y 21 de Pediatras. El estudio se realizó en la semana del 9 al 13 de marzo de 2009, por corresponder a un período previsible de presión asistencial media según los datos de actividad en consulta registrados en los tres últimos años. Para el registro de los datos se diseñaron tres formularios: Diseño de la agenda, Citas registradas a las 08:00 h., Citas registradas a las 15:00 h.

RESULTADOS: Se analizó la actividad registrada en 480 dietarios (agenda diaria) de MF y en 105 de Pediatría. Las agendas, en particular de MF, no presentan un patrón en su diseño. Así, la Consulta para renovación de recetas, partes de IT, etc., no aparece en el diseño del 43% de las agendas de MF y con una previsión de huecos irregular, y no significativa estadísticamente, en el resto de las agendas. De los 32.625 usuarios registrados en los dietarios, el 53% (17.279) contaban con cita previa a las 08:00 h. De los 480 dietarios de MF en estudio, 109 (el 23%) no ofertaban ningún hueco a demanda a las 08:00 h.; de estos, 16 no ofertaban citas a demanda por bloqueo de la agenda. Al final de la consulta, 374 dietarios (el 64%) tenían registrados más usuarios vistos a demanda que huecos preveía su dietario. En promedio, en estos dietarios se añadieron 11 huecos a demanda, lo que supone sobrepasar un 32% la previsión de huecos inicialmente ofertada. La relación presión asistencial y cupo adscrito, según el Coeficiente de Pearson, tanto a nivel del cupo total como con respecto de los grupos de edad más frecuentadores (>65 años para los MF y <2 años para los Pediatras) es de 0,38 y 0,10 respectivamente.

CONCLUSIONES: La inadecuación del diseño de las agendas es un factor de insatisfacción para usuarios y profesionales. El cómo y cuándo se realiza el acceso a la consulta es fiel reflejo de la accesibilidad y universalidad de los servicios sanitarios

PALABRAS CLAVE: accesibilidad, atencion sanitaria, ciudadano

859 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:05 h.

EVALUACIÓN DE UTILIZACIÓN DE PROTOCOLO DE SEDACIÓN EN PACIENTE TERMINAL

Zavala Aizpurua E (1), Orbegozo Alberdi J (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Donostia.

OBJETIVOS: Evaluar el grado de cumplimiento del protocolo de sedación en pacientes terminales en los diferentes servicios.

MATERIAL: Estudio descriptivo retrospectivo

Población: pacientes terminales fallecidos en el Hospital de todos los pacientes fallecidos en el primer semestre de 2008, excluyendo anestesia, pacientes pediátricos. Y altas de intensivos.

Selección de muestra:

Servicios clínicos 0-24 fallecidos, no se evaluar

Servicios 25-50 fallecidos , revisar todos(Digestivo, Neurología Hematología, C. General)

Servicios con más de 50 fallecidos muestra representativa (M Interna, Oncología Médica.)

Variables del estudio. Nº de HC : Servicio de alta, Edad y Sexo, Terminalidad, Sedación realizada, Sedación necesaria, Síntoma refractario Consentimiento Informado, Tiempo entre sedación y fallecimiento, Orden de no resucitación Fármacos prescritos acordes con el protocolo, Obstinación terapéutica

Limitaciones : contenidos de historias

1 fase: Revisión de informes de alta y evolutivo de enfermería para clasificar pacientes susceptibles de sedación.

2 fase: Revisión de historia clínica de pacientes seleccionados como terminales en la fase anterior.

RESULTADOS: Nº pacientes fallecidos 529

Nº altas revisadas: 251
Nº casos seleccionados: 106
Edad media de los pacientes estudiados fué de 75,7 años, 54% hombres y 46% mujeres
Se realizó sedación en el 64 % El revisor consideró necesarias en un 71%.
Consentimiento Informado: no existe documento de. En el 89% de los casos, consta en la historia clínica la información dada a los familiares.
Tiempo entre sedación y fallecimiento: gran variabilidad interservicios y homogeneidad intraservicios.
Medicación: Asociación 2 fármacos 47%
Asociación de 3 fármacos en 1%
Cloruro Mórfico 97% asociado a midazolam en el 40% y a otros fármacos 7%
Ordenes de no resucitación :en 32% existen
Síntoma refractario: identificado en la mayoría de los casos, pero no explícito en historia (Disnea 51%, Dolor 33%,Ansiedad 21% Sufrimiento psicológico 13% , hemorragia 5%, convulsiones 4%).

CONCLUSIONES: Grandes diferencias entre servicios en cuanto inicio de la sedación y el tiempo transcurrido entre inicio y fallecimiento.
Sólo en un 32% aparezca una orden de no resucitación explícita., a pesar de ser pacientes terminales con sedación pautada
.La utilización de fármacos y dosis varía notablemente inter e intraservicios.
Escasa utilización del Servicio de cuidados Paliativos.
El síntoma refractario no aparece explicitamente en la historia clínica
Resistencia a iniciar sedaciones yretrasos en el inicio y sedaciones poco profundas
Áreas de mejora: aumentar la difusión del protocolo, formación mayor utilización de cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE: evaluacion, protocolo, sedacion

883 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:10 h.

OPINIONES Y EXPECTATIVAS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN RELACIÓN AL VIH/SIDA EN ANDALUCÍA

Gil-García E (1), Barrientos-Trigo S (1), Díaz-Sabán S (1), Garrido-Peña F (2), Cazallo-Hervás MJ (1), Vázquez-Santiago S (1)

(1) Enfermería, Universidad de Sevilla. (2) Filosofía del Derecho, Moral y Política, Universidad de Jaén.

OBJETIVOS: Conocer las opiniones, expectativas y valoraciones de personas implicadas en el movimiento VIH/SIDA, portadoras o no, sobre la participación ciudadana y elaborar propuestas que mejoren el empoderamiento de pacientes y familiares y la calidad de la atención.

MATERIAL: Diseño cualitativo mediante Entrevistas Semiestructuradas (11) y Grupos Triangulares (3) realizados a personas no vinculadas y vinculadas al movimiento asociativo VIH/SIDA en Andalucía.

RESULTADOS: Las personas portadoras de VIH/SIDA no vinculadas al movimiento asociativo conocen poco a las asociaciones pero las valoran positivamente. Consideran que son muy necesarias para resolver dudas, prevenir la enfermedad y defender sus derechos. Por su parte, las personas vinculadas al movimiento asociativo consideran la actividad que ejercen como un servicio público y que sus actividades cubren demandas sociales no cubierta por los servicios públicos.

Las personas entrevistadas se sienten excluidas socialmente y creen que es consecuencia de la falta de información y la "ignorancia" que aún persiste en la sociedad sobre la expansión de la enfermedad. Con respecto al Sistema Sanitario perciben desigualdades en la atención recibida, unas relacionadas con los recursos disponibles, otras con respecto a los niveles asistenciales y, por último, relacionadas con la capacidad de empatía y comunicación de los y las profesionales de les atienden.

Las propuestas que se recogieron tras el estudio fueron muy diversas. Entre ellas: proporcionar formación a los profesionales sanitarios para minimizar los procesos de exclusión; pedir opinión a los afectados para dirigir mejoras asistenciales; abordar campañas preventivas dirigidas a la población joven y, por último, informar sobre las asociaciones a través del Sistema Sanitario.

CONCLUSIONES: 1. La paticipación en asociaciones es importante como elemento de apoyo mutuo, como elemento de presión a las instituciones y como fuente de información.

2. Facilitar información desde el Sistema Sanitario, tanto a profesionales como a personas afectadas, y llevar a cabo campañas de concienciación a la población para reducir los procesos de exclusión y mejorar la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Participación Ciudadana, Calidad Asistencial, VIH/SIDA

887 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:15 h.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

Salazar-Guerra R (1), Lorenzo-Prieto C (2), Chaparro-Jiménez A (3), Hidalgo-Ramos S (4), Alonso-Martín M (5), Bergasa-Lobera D (6)

(1) dirección de enfermería, Hospital Guadarrama. (2) Trabajo Social, Hospitlal Guadarrama. (3) Facultativo Unidad Cuidados Paliativos, Hospital Guadarrama. (4) Enfermera Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Guadarrama. (5) Jefe de Servicio Médico, Hospital Guadarrama. (6) Psiconcóloga Unidad Cuidados Paliativos, Hospital Guadarrama.

OBJETIVOS: Conocer el grado de satisfacción de los familiares de pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos y que han sido dados de alta por éxitus.

Introducir las mejoras oportunas desde un enfoque interdisciplinar.

MATERIAL: Estudio descriptivo acerca del grado de satisfacción de los familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Paliativos.

Se envía por correo ordinario una carta de condolencia a las familias, a los 15 días del fallecimiento del paciente. Con ella, se les remite una encuesta, que posteriormente envían al Hospital también por correo, garantizando la confidencialidad y el anonimato.

El periodo de estudio ha correspondido a los últimos 6 meses del año 2008 y al 2009 entero.

RESULTADOS: Se han entregado un total de 61 y 144 encuestas respectivamente, con una tasa de respuesta del 54% (2008) y 81% (2009).

Las cifras que aparecen a continuación, las primeras corresponden al año 2008 y la segunda al 2009.

El 94% y 96%, respectivamente, manifiestan estar satisfechos-muy satisfechos con el trato recibido. En relación con la información sobre la evolución de la enfermedad, el 94% y 93% se muestran satisfechos-muy satisfechos.

El 97% y 95% satisfechos o muy satisfechos con la información recibida sobre el tratamiento. En relación al control de síntomas, el 97% y 92% manifiestan estar satisfechos-muy satisfechos. El 82% y 90% de los familiares están satisfechos-muy satisfechos con el control de síntomas psicológicos

La satisfacción con la coordinación entre niveles asistenciales se cifra en un 85% y 86%. La satisfacción en relación con el tiempo que ha esperado el paciente para recibir atención cuando lo ha demandado durante el ingreso, se cifra en un 97% y 91%.

Un 94% y 97% están satisfechos-muy satisfechos con las condiciones de la habitación.

La valoración global de los servicios que presta el Hospital es de un 94 % y 97%.

En un 48% de los casos el cuidador principal es la pareja. En un 78%, el cuidador es mujer y la edad media es de 58 años. La edad media de los pacientes es de 74 años

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos son muy buenos, alcanzando una tasa de respuesta muy alta. La satisfacción con el trato, la información, el control de síntomas es muy alta.

La encuesta de satisfacción nos ha permitido conocer la opinión de las familias, aspecto que no estaba explorado en el Hospital, analizar los resultados, en el equipo interdisciplinar y proponer acciones de mejora.

PALABRAS CLAVE: satisfacción, usuarios, paliativos

935 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:20 h.

MEJORA CONTINUA. INCONFORMISMO Y CONSTANCIA

Rivera Sanz F (1), Baroja Mazo A (2), Alcaine Cameo A (3), Pérez De Arilucea P (3)

(1) Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad, Consejería de Salud de La Rioja. (2) Unidad de Mama, Fundación Rioja Salud. (3) Unidad de Mama, Servicio Riojano de Salud.

OBJETIVOS: La Unidad de Mama (UM) de La Rioja tiene como prioridad satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Los resultados en tiempos de respuesta y tasas de detección de tumores se encuentran dentro de los parámetros establecidos por la Guía Europea.

El objetivo de este trabajo es conocer la percepción de los ciudadanos con los servicios recibidos y el impacto de las medidas implantadas para mejorar la atención a los usuarios.

MATERIAL: En Mayo de 2009 se realizó una encuesta de satisfacción a una muestra representativa de los usuarios de la unidad (n=800) seleccionados aleatoriamente entre los registrados en el programa de Citación.

Se entregó la encuesta en un sobre prefranqueado para asegurar el anonimato

Se presenta la media obtenido para cada ítem (valores de 0 a 10), y se identifican las áreas de mejora. Se implantan acciones y se evalúan los resultados obtenidos completando el ciclo de mejora PDCA.

RESULTADOS: Respondieron 319 personas (Tasa de participación: 46%). La puntuación media otorgada por los usuarios a la UM es 9.31. Lo ítems mejor valorados son los relativos a la atención del personal: Competencia del personal (9,53), respeto de la intimidad (9,56) y trato (9,60)

El aspecto peor valorado es la información previa que reciben los ciudadanos (8,31) y las condiciones físicas de la Unidad Móvil (8,25). Estos valores confirman las impresiones recogidas por los profesionales.

Ante estos resultados se propusieron como medidas de mejora:

- Edición de folletos informativos para entregar a los ciudadanos antes de la visita a la unidad. Se distribuyen por los médicos de primaria, ginecología o por la unidad

- Adquisición y acondicionamiento de una Unidad Móvil nueva con mamógrafo digital. Mejora del impacto medioambiental por la eliminación de placas y líquidos de revelado

Estas mejoras fueron diseñadas e implantadas durante 2009 y 2010. En mayo de 2010 se ha realizado la encuesta para evaluar el impacto de las mejoras implantadas.

CONCLUSIONES: - La satisfacción de los ciudadanos con la Unidad de Mama es elevada.

- Destaca como punto fuerte la atención del personal y se detectan como áreas de mejora las condiciones físicas de la unidad móvil y la información previa.

- Tras completar el ciclo de mejora la satisfacción con las áreas deficientes han mejorado.

El inconformismo y la constancia son un valor de las organizaciones que siempre encuentran aspectos que mejorar a pesar de que los indicadores pinten una buena situación.

PALABRAS CLAVE: Mejora Continua

938 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:25 h.

PROGRAMA DE INCREMENTO DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM.

Dios Del Valle R (1), Ortiz Suárez S (2), Palicio Martínez MA (2), Vargas Pabón M (2), Díaz Trapiella A (2), Picos Rodríguez J (3)

(1) Gerencia, Hospital de Jarrio-Área Sanitaria I de Asturias . (2) Hematologia, Hospital de Jarrio. (3) Informática, Hospital de Jarrio.

OBJETIVOS: Evaluar el programa de incremento de la accesibilidad de los pacientes a la realización de controles de sintrom en el Área, evitando desplazamientos innecesarios al hospital mejorando la confortabilidad del usuario y evitando gastos familiares innecesarios.

MATERIAL: Fase de evaluación: Estudio Descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Período: 2003-2009. Variables: nº pacientes, centros, desplazamientos evitados, coste del desplazamiento. Análisis estadístico: Se describen las variables cuantitativas con media y desviación estándar y las cualitativas con la distribución porcentual de frecuencias.

RESULTADOS: 1264 pacientes. Abril 2009 seguidos en AP 1.111(87,9%). Se inició en 2003, con 246 (19,5%), 465 en 2004(36.78%), 681 en 2005(53.87%), 903 en 2006(71.43%), 945 en 2008(74.76%), 1111 en 2009(87.9%). Número de dispositivos de control en AP: 2(2003), 3(2004), 9 (2005), 12(2006), 12(2007), 13(2008), 17(2009). El % de zonas de salud con dispositivo de extracción: 18.2%(2003), 27,3%(2004), 81,8%(2005), 100%(2006). En el momento actual: 7 de 11 zonas (63.6%) tienen un dispositivo, 2 (18,2%) dos, 1(9,1%) 3, 1(9,1%) 4. El total de km evitados desde inicio 3.780.993,6 km; media de 3403,23 km por paciente. El total de euros ahorrados en el programa a las familias: 1.991.247,31 euros; media de euros/paciente/año: 351, 72 euros (rango: 21,57-887.85) y media de euros/paciente: 1.792.

CONCLUSIONES: El programa acercó el control del sintrom al domicilio del paciente ahorrando desplazamientos innecesarios, lo que incrementa la confortabilidad del paciente y reduce el gasto familiar . Cerca del 90% de los pacientes anticoagulados no tienen que desplazarse al hospital, lo que implica gran aceptación de la población, ya que el seguimiento del control en AP es elegida por el paciente.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud, Anticoagulantes, Accesibilidad

968 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:30 h.

MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁREA 1 MURCIA - OESTE.

Beteta-Fernández D (1), Gómez-Sánchez R (2), Cava-Iniesta J (3), Ferrer-Bas P (4), García-Jiménez C (5), Navarro-Egea AP (6)

(1) Unidad de Docencia-Formación Continuada, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Dirección de Enfermería-Subdirección de Continuidad de Cuidados, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera, Área 1. Murcia-Oeste. (4) Dirección de Enfermería-Coordinación de Hospitalización, Farmacia y Unidad de Formación, Calidad e investigación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (5) Dirección de Enfermería-Subdirección del Área Quirúrgica, Servicios Centrales, Policlínico y Hospital de Día., Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (6) Unidad de Docencia-Formación Continuada., Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS: •Mejorar la transmisión del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) de Enfermería desde Atención Especializada (AE) hasta Atención Primaria (AP), a través de un soporte electrónico.

•Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes entre AE y AP.

•Aumentar el trabajo en equipo entre los profesionales de una misma área de salud, hacia una mayor calidad en la atención sanitaria a nuestros pacientes.

MATERIAL: Con la constitución en nuestro sistema sanitario de las áreas de salud se hace imprescindible organizar una continuidad de cuidados para nuestros pacientes entre AE y AP.

Para lograr que esa continuidad de cuidados sea una realidad, se ha realizado un ICC integrado en el soporte electrónico SELENE.

En cada uno de los 13 centros de salud que componen nuestra área se ha designado a un enfermero encargado de gestionar los informes que corresponden a los pacientes de su centro y distribuirlos al resto de sus compañeros según la asignación de cupos de pacientes.

Desde hace tres años los ICC se enviaban a los centros de salud a través de mensajería interna.

El día 3 de mayo se inicia la emisión de ICC a los centros de salud, mediante SELENE y se facilitan claves de acceso a los enfermeros responsables de cada centro para su recepción.

Durante el mes de septiembre se realizará la recogida de datos de emisión, recepción y seguimiento, accediendo al soporte electrónico y con visitas presenciales a cada centro de salud. Posteriormente, se realizará el análisis de los datos y la difusión de los mismos.

RESULTADOS: El objetivo marcado de emisión de ICC desde AE hasta AP es del 10% de los pacientes dados de alta en nuestro hospital.

Mediante el soporte electrónico se garantizará una recepción del ICC en cada uno de los centros de salud del 100%.

La apertura y seguimiento del ICC en cada centro se estima en un 50%.

CONCLUSIONES: Con la realización de un ICC en soporte electrónico SELENE, al que tienen acceso todos los profesionales de los centros de salud del Área 1 de Murcia, se espera conseguir mejorar la transmisión de este informe desde AE hasta AP, garantizando una mejora en la continuidad de cuidados de nuestros pacientes y una mayor colaboración, integración en el área de salud y trabajo en equipo de los profesionales de enfermería.

PALABRAS CLAVE: INFORME, CONTINUIDAD, CUIDADOS

999 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:35 h.

MORIR O NO, EN URGENCIAS

Uriel-Latorre P (1), Sánchez-Álvarez Cm (2), Reino-Pérez MJ (3), González-Gutiérrez-Solana R (4), Rodríguez-Sánchez N (5), Martin-Vilchez G (5)

(1) Unidad Central de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos, CHUAC. (2) Quirófano, CHUAC. (3) Hospitalización a domicilio, CHUAC. (4) Nefrología, CHUAC. (5) Dirección de Enfermería, CHUAC.

OBJETIVOS: Principal:

.- Determinar el perfil de los pacientes que fallecen en el servicio de urgencias.

Secundarios:

.- Determinar si el éxitus era previsible.

.- Identificar las necesidades estructurales para adaptarse a dicho perfil.

.- Identificar necesidades de formación del personal en el SUH

MATERIAL: Diseño: Cohorte de prevalencia con seguimiento retrospectivo.

Ámbito: SUH de adultos del Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

Periodo de estudio: 1 de enero a 30 de junio de 2008.

Sujetos: Pacientes fallecidos en el SUH durante el periodo de estudio.

Recogida de datos: revisión de historias clínicas.

Variables:

.- Sociodemográficas: (edad, sexo, procedencia)

.- Hora de ingreso en el SUH

.- Hora del éxitus

.- Existencia de comorbilidad previa

.- Nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria

.- Fallecimiento previsible a corto plazo

.- nª de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses

.- Frecuentación del SUH en los últimos 12 meses

RESULTADOS: Nº de éxitus: 191, edad media 79,78 años (DE 12,3), 51,8% mujeres, 48,2% hombres, co-morbilidad presente en el 74,3%, el 53% tenían dependencia para las ABVD. El éxitus era previsible en el 72,4% de los casos. El 55,9% no tuvieron ingresos previos al éxitus y el 57,2% no acudieron a urgencias en el último año.

CONCLUSIONES: El 95% de los fallecidos tenía más de 67,48 años. El éxitus fue previsible en la mayoría de los casos, lo que confirma la teoría de la institucionalización de la muerte. La frecuentación previa es muy reducida. Parece evidente que los SUH deben adaptar su estructura y organi-zación para ofrecer un entorno adecuado a los pacientes que acuden a ellos para morir.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad, Urgencias

1002 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:40 h.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL COMPLEXO HOSPITALARIO DE OURENSE

Álvarez M (1), Alves - Pérez M (2), García MJ (3), Alonso B (4), Rodríguez M (5), López - Álvarez S (6)

(1) Hospitalización a Domicilio (HADO) del COmplexo HOspitalario de Ourense (CHOU), Servicio Gallego de Salud. (2) Unidad de Apoyo a la Investigación CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU). (3) Unidad de apoyo a la investigación CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (4) Calidad Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU), Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (5) Unidad de Apoyo a la Investigación CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (6) Servicio de Medicina Preventiva CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU).

OBJETIVOS: Medir el grado de satisfacción de los pacientes atendidos por la unidad de HADO durante el segundo semestre de 2009

MATERIAL: Se diseñó una encuesta utilizando y adaptando ítems de encuestas ya validadas para HADO. La encuesta final consta de 28 ítems. Se hizo un pilotaje previo y posteriormente se envió por correo postal. La población objeto de estudio fueron 317 pacientes de los cuales respondieron 123 (38,8%).

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, y se construyó un Score para determinar aquellos ítems que afectan de forma positiva /negativa a la valoración del servicio.

RESULTADOS: El 60% de los que contestaron eran los propios pacientes.

Como puntos débiles, predictores de peor valoración, encontramos:

- Cambios en el horario de visitas (45,7%)
- Explicaciones poco claras por parte de los profesionales durante la atención en domicilio (37%)
- Ayuda telefónica insuficiente (25,8%)
- Falta de rapidez para solucionar problemas urgentes (20%).
- La no presentación al llegar al domicilio
- Percepción de tiempo insuficiente en la atención

Los aspectos más valorados en la atención recibida fueron:

- Comodidad (43,36%).
- Explicación con claridad, previa al alta hospitalaria, de cómo iba a ser atendido en domicilio (99,2%)
- Competencia de los profesionales como buena o muy buena (96%)
- Aunque el 55,5% no conocía el servicio, el 96 % de los encuestados aceptarían ser atendidos de nuevo por esta Unidad.

CONCLUSIONES: • En general los pacientes valoran positivamente tanto la visita a domicilio como la atención prestada, consideran la comodidad de ser atendidos en su domicilio (entendida como confort al estar en su ambiente habitual)como un aspecto importante.

• Se ha conseguido recoger la información precisa para corregir desajustes detectados tanto en la organización como en la atención de los pacientes, en aspectos como la comunicación, y de forma particular en la atención telefónica.

PALABRAS CLAVE: encuesta , pacientes, satisfacción de pacientes

1004 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:45 h.

ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS. TALLERES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Pereira C (1), Núnez E (2), Saiz C (3), Villar M (4), Pérez JJ (5), Fraga P (6)

(1) Gerencia Atención Primaria de Ourense, Servicio Gallego de Salud. (2) Gerencia Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU), Servicio Gallego de Salud Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU). (3) Subdirección de RR. HH y RR.LL. CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (4) Jefa Territorial de Sanidad de Ourense, Servicio Gallego de Salud Complexo HOspitalario de Ourense (CHOU). (5) Dirección de RR. EE y SS. XX del CHOU, Servicio Gallego de Salud Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU). (6) Gerencia. Hospital de Verín, Servicio Gallego de Salud .

OBJETIVOS: Dotar a los ciudadanos de conocimientos sobre el funcionamiento del sistema sanitario

Informar sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios para mejorar su eficiencia

Facilitar el conocimiento de las derechos y deberes del ciudadano en materia de salud

Mejorar y facilitar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario.

MATERIAL: : Realización de 4 talleres entre el 2 y 10 de marzo de 2010, al que asistieron 142 alumnos. Los talleres se impartieron en: Santiago (61 alumnos), A Coruña (22 alumnos), Lugo (39 alumnos) y Ourense (20 alumnos)

La duración del taller fue de 4 horas, se impartieron de 16:30 a 20:30 horas

El Programa docente impartido fue:

- Política sanitaria galega
- Lei de saúde de Galicia: Órganos de participación e asesoramento
- A saúde pública: promoción e prevención da saúde
- Organización do sistema galego de saúde e do Servizo Galego de Saúde
- Accesibilidade ao servizo sanitario: Xestión de tempos de espera
- Recursos económicos do sistema sanitario
- Os profesionais sanitarios e as interrelacións profesional sanitario-paciente
- Dereitos e deberes dos cidadáns. Información e formación a pacientes

RESULTADOS: Se formó al 100% de los componentes de los comités de Participación Ciudadana de la Comunidad Autónoma Gallega.

• Los ciudadanos manifestaron su agradecimiento a la Consellería y a los miembros del equipo directivo de las áreas por la iniciativa.

• El programa tuvo gran repercusión en los medios de comunicación

CONCLUSIONES: Se formó al 100% de los componentes de los comités de Participación Ciudadana de la Comunidad Autónoma Gallega.

• Los ciudadanos manifestaron su agradecimiento a la Consellería y a los miembros del equipo directivo de las áreas por la iniciativa.

• El programa tuvo gran repercusión en los medios de comunicación

PALABRAS CLAVE: paciente , participación, ciudadanos

1006 | CIUDADANO

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:50 h.

EXPERIENCIA DE LA CIUDADANÍA CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

López Silva MC (1), Graña Garrido MI (2), De la Peña Cristiá MM (3)

(1) Ambulatorio Praza do Ferrol, XAP Lugo. (2) Subidirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial, SERGAS. (3) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI.

OBJETIVOS: Evaluar el conocimiento personal sobre la Violencia de Género de la ciudadanía.

Mejorar la percepción de la Violencia de Género como problema de salud en la ciudadanía

Formar a la ciudadanía para detectar casos de mujeres en situación de Violencia de Género.

MATERIAL: La población a quien se dirige son asociaciones de mujeres y ciudadanía en general, la muestra objeto de estudio son los y las 75 asistentes a los tres talleres de Educación Sanitaria en Violencia de Género realizados en los meses de abril y mayo de este año.

Es un estudio de tipo descriptivo, cualitativo de corte transversal. Se utilizan dos cuestionarios ad hoc, pre y post actividad, para recoger los datos a estudiar, el análisis de los datos se realiza con el programa de análisis estadístico G-Stat.

RESULTADOS: Se trata de una muestra de 75 personas, 94,66 % mujeres y 5,33% hombres, con una edad media de 40 años

El 82,35% considera la Violencia de Género como problema de salud y el 17,65% no lo considera como tal. Una vez realizado el taller el 100% de las personas asistentes considera la violencia de género un problema de salud

El 52,94% sufrió algún tipo de Violencia de Género, el 55,565 por parte de su pareja, 11,11% por padre, 0% madre, 11,11% otro familiar, 11,11% otra persona, 11,11

El 70,59% conoce alguna mujer en situación de Violencia de Género, 29,41% no

CONCLUSIONES: Los talleres de Educación Sanitaria de la Escuela Gallega de Salud para la Ciudadanía, permiten percibir a las personas que la Violencia de Género es un problema de salud, cuando no han estado en contacto con alguna mujer que la sufra.

Una de cada dos mujeres asistente al taller ha padecido o está en situación de violencia de género.

Tres de cada cuatro asistentes al taller, conoce a alguna mujer en situación de violencia de género.

PALABRAS CLAVE: violencia, género, ciudadanía

1023 | CIUDADANO

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 16:55 h.

ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE SOLICITUD DE CAMBIO DE MÉDICO: ¿UN INDICADOR DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO?

Silvestre García, E (1), Collado Cucò, A (1), Saladie Vernet, MT (1), Alcarraz Vernet, MC (1), Recalde Glaria, M (1), Joven Lozano, M (1)

(1) ABS Vandellòs-Hospitalet, Grup SAGESSA.

OBJETIVOS: Conocer los motivos más frecuentes por los que se solicita cambio de médico en una área básica de salud

Relacionar los motivos de solicitud de cambio con acontecimientos poco habituales del centro

MATERIAL: Se revisan manualmente las solicitudes de cambio de médico realizadas en los últimos 3 años (02/2007 – 01/2010)

Se recogen variables demográficas (edad, sexo y población de residencia) y los motivos alegados, así como el médico rechazado y el solicitado (codificados A, B, C, D)

Los diferentes motivos se asignan a 9 grupos de causas

Paralelamente se recogen las altas y bajas a cada cupo

RESULTADOS: Se revisan 281 solicitudes de cambio. Los motivos más frecuentes fueron "Trato personal": 26%; "Agrupamiento familiar": 16%; "Motivos personales": 11%. El 32% no expuso ningún motivo . Ningún caso hace referencia a la calidad técnica de los profesionales

El 66% de los casos correspondía a un mismo médico (B). El 61% de los casos solicitó cambio al mismo médico (A)

El 76% de los casos en los que el motivo fue el trato personal corresponden al médico B coincidiendo con su incorporación, y su frecuencia decrece en los años posteriores.

El 100% de los casos en los que el motivo fue la ausencia habitual del médico corresponden al médico D y coinciden con un periodo de baja maternal.

El incremento medio de los cupos es del 3.7% en el periodo estudiado, siendo del 8% en el caso del médico B , del –3.6% en el médico D y del 4.8% en el médico A

CONCLUSIONES: El motivo de solicitud más frecuente es la percepción de un trato inadecuado por parte del médico y en ningún caso por mala calidad de la asistencia

Este motivo se concentra en un profesional de reciente incorporación y se hace menos frecuente con el paso del tiempo

PALABRAS CLAVE: Pacientes, Calidad de la Atención de Salud, Médicos de Familia

1435 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 22 – 20/10/2010, 17:00 h.

ACTUACIONES PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN NUESTRO ÁREA DE SALUD

Vegas Miguel A (1), Romo De Prado E (1), García Prieto E (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario Río Hortega- Valladolid. (2) Gerencia, Hospital Universitario Río Hortega- Valladolid.

OBJETIVOS: Adoptar una serie de medidas que permitan mejorar la Continuidad Asistencial entre los profesionales de A. Primaria y de A. Especializada.

MATERIAL: Se actúa en tres ejes: 1.- Redefiniendo la tipología y denominación de las Consultas Externas para adaptarlas a la realidad clínica. 2.- Mejorando los Sistemas de Información compartidos entre A. Primaria y A. Especializada. 3.- Estableciendo Programas que permitan mejorar la relación de los profesionales de ambos niveles

RESULTADOS: 1.- Redefinición de la tipología de las Consultas Externas

Se define una nueva consulta denominada "consulta programada", destinada a procesos clínicos crónicos. Son realizadas en A. Especializada, de forma programada y alternándose con consultas de A. Primaria.

2.- Mejora de los Sistemas de Información compartidos

- Desde Atención Primaria se accede a los Informes de alta, de consulta, de laboratorio, de radiología, de endoscopia, de anatomía patológica, de urgencias y de enfermería.
- En el sistema informático de A.P. aparecen los pacientes de su Centro de Salud ingresados en el hospital o que hayan acudido a Urgencias.
- Integración de las Hojas de Derivación de A. Primaria en el sistema informático de A. Especializada.

3.- Programas para mejorar la relación profesional

- Realización de Cursos Formativos Conjuntos
- Facultativo Docente de Referencia

Se organizan 3 reuniones al año, en las que se desplaza un facultativo de un Servicio Hospitalario a un Centro de Salud para tratar de una forma práctica y distendida temas clínicos y aspectos relacionados con la derivación.

En el 2009 han participado cinco centros de salud, este año diez.

- Comunicación Directa

En A. Primaria disponen de un número de teléfono donde contactar con un Especialista. El número de consultas se incrementa progresivamente y la satisfacción de los profesionales es elevada.

- SESIONES Conjuntas de Área

SESIONES clínicas impartidas conjuntamente por profesionales de ambos niveles. Son dinámicas, prácticas y participativas. Al finalizar hay "un café", para favorecer la relación personal. La actividad se subtitula "coloquios café del área oeste".

Se evalúa a través de encuestas a los asistentes.

- Rotaciones

Se elabora un calendario anual y se adjudica un tutor encargado de supervisar el desarrollo de la rotación y de evaluar la misma.

CONCLUSIONES: 1.- Es necesario trabajar como una sola Organización

2.- Es necesaria una estructura organizativa, que promueva, impulse, coordine y monitorice las actuaciones

3.- Es muy importante disponer de Sistemas de Información Integrados que faciliten la continuidad asistencial (deseablemente una Hª Clínica Única)

4.- Es necesario motivar y conseguir la implicación de los profesionales

PALABRAS CLAVE: continuidad , asistencial, coordinación

605 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 12:35 h.

ESTRESORES LABORALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

Ríos-Risquez MI (1), Mateo-Perea G (2), Martínez-Cano F (3), Lozano-Alguacil E (4), Herrera-Romero T (5), Sabuco-Tebar E (6)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (2) UCI Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. (3) Urgencias, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. (4) UCI Pediátrica, Hospital Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. (5) UCI, Hospital Reina Sofía. Servicio Murciano de Salud. (6) Reanimación, Hospital JM Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: Estimar y comparar la frecuencia de estresores laborales en el servicio de Urgencias de tres centros hospitalarios de la región de Murcia, así como analizar su asociación con variables sociodemográficas y laborales de la muestra estudiada

MATERIAL: Estudio multicéntrico. La población objeto de estudio fue el personal de enfermería en activo del área de Urgencias de tres hospitales de la región de Murcia con una permanencia mínima de dos meses en dicho servicio. Instrumentos de evaluación: se empleó una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y la escala de estresores laborales para personal de enfermería validada por Escribá et al. (1999). Análisis estadístico mediante SPSS-15. Datos expresados como medias ± desviación estándar y porcentajes, y las comparaciones mediante Chi-cuadrado de Pearson, T de Student y ANOVA.

RESULTADOS: La frecuencia total media de estresores no mostró diferencias significativas entre los tres centros hospitalarios analizados. En cambio, al analizar la frecuencia percibida de estresores concretos se encuentran diferencias significativas en los siguientes aspectos: a) problemas con la supervisión ($F=4,12$; $p<0,05$), b) miedo a cometer error en los cuidados ($F=4,26$; $p<0,05$), c) recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico del paciente ($F=8,91$; $p=0,000$), d) pasar temporalmente a otros servicios por falta de personal ($F=7,08$; $p=<0,001$), e) ver a un paciente sufrir ($F=3,89$; $p<0,05$) y f) no tener tiempo para realizar todas las tareas ($F=3,15$; $p<0,05$). La frecuencia media de estresores no se mostró asociada significativamente con ninguna de las variables sociodemográficas y laborales de la muestra analizada.

CONCLUSIONES: Este estudio refleja una frecuencia moderada de estresores laborales en las unidades de Urgencias de los centros analizados. Si bien dicha frecuencia no muestra diferencias significativas de forma global, determinadas fuentes de estrés concretas son percibidas como más frecuentes en alguno de los hospitales. El sufrimiento del paciente y las interrupciones frecuentes en la realización de tareas destacan como fuentes de estrés más frecuentes.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS PSICOLÓGICO, ENFERMERÍA

615 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 12:40 h.

MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA, UNA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS.

Barahona M (1), Fernández A (2), Guillaumes S (3), Martínez A (4), Roche E (5), Subirà R (6)

(1) Dirección Área Asistencial, Hospital Plató. (2) Consultas Externas, Hospital Plató. (3) Cirugía General, Hospital Plató. (4) Patologia del Dolor, Hospital Plató. (5) Cirugía Vascular, Hospital Plató. (6) Athenea Solutions, Athenea Solutions.

OBJETIVOS: En el año 2009 finaliza la implantación del Proceso de Atención ambulatoria en Hospital Plató y se inicia el primer ciclo de mejora continua 2009-2010. Se plantean trece objetivos de los cuales se completan once y dos tienen continuidad para el ciclo 2010-2011.

MATERIAL: Para planificar los ciclos anuales de mejora continua utilizamos la siguiente metodología:

- Reunión de los propietarios del proceso y subprocesos, Dirección Asistencial y consultores externos
- Lluvia de ideas sobre que podemos mejorar del proceso
- Organización y priorización de las ideas, concretando objetivos a realizar en el próximo año.
- Dividir los objetivos en "quick wins" (se pueden resolver en una sola acción) o proyectos (necesitan varias reuniones y de un grupo de trabajo para llevarlos a cabo), y decidir quien o quienes son los responsables.
- Introducir los objetivos en "Minerva Tasques" (aplicativo informático de gestión) para su planificación, control y evaluación

RESULTADOS: Para el ciclo de mejora continua del año 2009-2010 elegimos trece objetivos de los cuales finalizamos once y dos tienen continuidad para el siguiente ciclo de mejora.

Objetivos realizados:

- Elaborar el catálogo de diagnósticos y procedimientos de Consultas Externas
- Crear un documento de consenso para implantar Guías de Práctica Clínica
- Implantar el informe de alta de Consultas Externas
- Valorar y planificar la mejora de la atención telefónica
- Hacer diez acciones de mejora en relación con Atención Primaria
- Hacer dos agendas vinculadas a enfermería de Consultas Externas
- Depurar la lista de tipos de visita
- Mejorar el nivel de información para el uso del montacargas
- Recordar la necesidad de adjuntar la analítica a la Historia Clínica
- Actualizar las fichas del proceso de Atención Ambulatoria
- Difundir el uso del "Minerva Tasques" para incidencias/sugerencias

Los objetivos que tienen continuidad para el ciclo de mejora 2010-2011 son:

- Hacer un estudio de la variabilidad de las táreas administrativas en los diferentes servicios médicos de Consultas Externas
- Definir la cartera vigente de procedimientos terapéuticos en Consultas Externas

Para el próximo ciclo 2010-2011 nos hemos planteado ocho objetivos.

CONCLUSIONES: Una vez finalizado el primer ciclo de mejora hicimos una reunión de cierre con las siguientes conclusiones.

- El responsable del objetivo puede tomar decisiones aunque no sea el responsable jerárquico
- Los objetivos tienen que tener asociada una evidencia para poderlos evaluar.
- Todo el personal participa en la mejora continua

PALABRAS CLAVE: Mejora continua, Objetivo, Participación

636 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 12:45 h.

REINGRESOS EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA, UNE ISO 9001:2008

Castiella-Herrero, J (1), Sanjuán-Portugal, F (1), Musitu-Pérez, V (1), González-Gay, JM (1), Lajuticia-Aisa, J (1), Vallejo-García, M (1)

(1) Unidad de Medicina, Fundación Hospital Calahorra.

OBJETIVOS: Desde el año 2002 la hospitalización médica de la Fundación Hospital Calahorra utiliza la gestión por procesos normalizados (UNE ISO 9001:2008) como una herramienta alternativa a la hospitalización tradicional. Se define reingreso bruto como todo aquel episodio de hospitalización no programado que sucede antes de 30 días de un ingreso previo, y depurado cuando acontece en la misma CDM de alta o relacionada. El control y análisis de los reingresos brutos no programados se hace trimestralmente, teniendo como objetivo para el 2009 un límite inferior al 8,5% para los reingresos brutos e inferior al 7,5% para los depurados. El objetivo es mostrar los datos mas relevantes del indicador reingresos hospitalarios durante los años 2006 a 2009, analizados de forma global y por GRDs

MATERIAL: Análisis de los reingresos brutos, depurados y ajustados a complejidad (Infoqual de lasist S.A.) en 5.780 altas (43,4% mujeres), con 72 años de edad media (70,3 en el 2006 y 73 en el 2009), codificadas al 100% según la CIE-9-MC (AP-GRD 23). Análisis de la reingresos entre los GRDs más frecuentes. Como estándar de comparación se usa la norma de lasist

RESULTADOS: Un 8,5% de reingresos brutos que consumieron el 10,6% de las estancias, con una EM de 7,6 días (6,2 en aquellos con un ingreso, $p < 0,05$), una edad de 73,8 años (71,8 en aquellos con un ingreso, $p < 0,05$), una mortalidad del 9,9% (8,5% en aquellos con un ingreso, $p < 0,05$) y un Pm de 1,99 (1,85 en aquellos con un ingreso, $p = 0,015$). Un 5,6% de reingresos depurados. El índice de reingresos ajustado al riesgo (IRAR) fue de 0,73, con un ahorro de 124 reingresos. Por GRDs: GRD 541 con un 11,63% (IRAR 0,53), GRD 544 con un 13,01% (IRAR 0,70), GRD 014 con un 5,75% (IRAR 0,78), GRD 087 con un 14,84% (IRAR 0,63) y GRD 127 con un 15,51% (IRAR 0,93)

CONCLUSIONES: La tasa de reingresos bruta se mantiene en un 8,5%, pero baja al 5,6% cuando se analizan los reingresos en la misma CDM o relacionada, lo que nos indica una buena gestión en el proceso de hospitalización médica. Los reingresos tienen significativamente una mayor edad, mayor mortalidad, mayor complejidad y mayor estancia media, que aquellos con un solo ingreso, y por tanto un mayor consumo de recursos sanitarios. Es preciso buscar áreas de mejora para intentar reducirlos, sobre todo en patologías crónicas

PALABRAS CLAVE: reingresos, hospitalización, procesos

637 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 12:50 h.

EL INDICADOR OLVIDADO: ANÁLISIS DE LOS CASOS EXTREMOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA QUE SE GESTIÓNA POR PROCESOS, UNE ISO 9001:2008

Castiella-Herrero, J (1), Sanjuán-Portugal F (1), González-Gay, JM (1), Vallejo-García, M (1), Lajusticia Aisa, J (1), Naya Manchado, J (1)

(1) Unidad de Medicina, Fundación Hospital Calahorra.

OBJETIVOS: La hospitalización médica de la Fundación Hospital Calahorra utiliza la gestión por procesos normalizados (UNE ISO 9001:2008) como una herramienta alternativa a la hospitalización tradicional. Este modelo de gestión requiere de un conjunto de indicadores entre los que se encuentra el indicador de "casos extremos" que, analizado de forma global y por proceso asistencial (GRD), nos permite acercarnos a la variabilidad en el manejo de nuestros pacientes. Este indicador se excluye para el cálculo de la estancia media depurada. Nuestro modelo, tiene como objetivo un porcentaje de casos extremos < 1,8%. Nos proponemos analizar los casos extremos recogidos en el periodo 2001-2008

MATERIAL: 10.629 pacientes dados de alta entre 2001-08, con un 100% de codificación (ICD-9-CM, agrupador AP-GRD23). Se define como "caso extremo" aquel paciente cuya estancia es superior o inferior a un punto de corte, establecido de forma global y por GRD. Para el límite inferior se establece el Percentil 25 -1,5 días de su GRD y para el límite superior el Percentil 75 + 1,5 del GRD (fuente: Sistema Nacional de Salud). Los casos extremos se obtienen a través de los programas Clinos.Inf y Clinos.Cal (Iasist)

RESULTADOS: 173 "casos extremos" (1,63% del total), la practica totalidad por sobrepasar el límite superior (outliers superiores), el 42,8% son mujeres, su estancia media es de 28,5 días, su edad media de 72,8 años, su peso medio de 2,104, su mortalidad es del 17,3% (significativamente superior a la media de la unidad: 6,9%). Los casos extremos en nuestros 5 primeros GRDs son: GRD 541 el 2,1% (12,7% de las altas), GRD 014 el 0,6%, GRD 544 el 1,5%, GRD 087 el 3,4% y el GRD 127 el 0,6% Por especialidades, Neurología tiene un 2,4%, Medicina Interna un 1,7%, Digestivo y Nefrología el 1,5%, Neumología el 0,9% y Cardiología el 0%

CONCLUSIONES: Los "casos extremos" son pacientes frecuentemente olvidados y retirados de las estadísticas de gestión, con el fin de homogeneizar los datos, índices e indicadores. Reflejan la variabilidad en el tratamiento de la casuística, y otras variables demográficas y estructurales (organizativas) de cada hospital. En nuestro caso, con un objetivo del 1,8%, tenemos un 1,6% de pacientes que sobrepasan lo limites de estancia media, son mas complejos y tienen una mortalidad significativamente superior. El uso de vías clínicas, en el contexto de una gestión por procesos, es una alternativa para su reducción.

PALABRAS CLAVE: casos extremos, procesos, indicador

642 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 12:55 h.

DISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Salinas Ramos J (1), Acosta Feria, M (2), Esteban T (3), Sánchez C (4), Martínez MJ (5), Ramos A (6)

(1) Oncologia Radioterápica, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (2) Cirugía oral y maxilofacial, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (3) Otorrinolaringología, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (4) Anatomía Patológica, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (5) Oncología Médica, Comité cabeza y cuello Hospital SM Rosell. (6) Radiodiagnóstico, Comité cáncer cabeza y cuello Hospital SM Rosell.

OBJETIVOS: La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud han optado por el enfoque en procesos como sistema de gestión. La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable. Desde el Comité de Cáncer de Cabeza y Cuello del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena se ha puesto en marcha el diseño del proceso asistencial integrado cáncer de cabeza y cuello. En la primera fase se han desarrollado los apartados de definición global, destinatarios y objetivos, componentes y actividad de los profesionales.

MATERIAL: Se ha revisado exhaustivamente la bibliografía referente al proceso asistencial de cáncer de cabeza y cuello. Se han revisado todas las guías nacionales e internacionales publicadas así como sus actualizaciones (NCCN, NCI, American Head & Neck society, SIGN, etc). Se ha realizado una revisión sistemática en mediline, embase y tripdatabase, particularmente en relación con criterios de derivación desde Atención Primaria, métodos de diagnóstico más eficientes en cada una de las patologías, tratamiento recomendado y alternativos en función del estadio, localización de la enfermedad, situación del paciente y recursos disponibles según la mejor evidencia disponible, así como los esquemas de seguimiento de los pacientes. También se han revisado los cuestionarios de evaluación del estado funcional, morbilidad, calidad de vida, etc específicos para cáncer de cabeza y cuello. Se han evaluado las unidades de soporte necesarias especialmente en referencia a dietética y nutrición, higiene dental, salud mental y rehabilitación. Finalmente se han establecido los protocolos y procedimientos así como los recursos materiales y humanos necesarios.

RESULTADOS: Se ha obtenido una guía completa del diagnóstico y tratamiento del cáncer de cabeza y cuello adaptada a nuestro medio. Se ha desarrollado la arquitectura del proceso de nivel 1, 2 y 3. Se han establecido indicadores de calidad a nivel de proceso y calidad científico-técnica.

CONCLUSIONES: En nuestra opinión y siguiendo los criterios de calidad del SMS creemos que la gestión por procesos nos va a permitir una práctica clínica adecuada en forma de guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados, un sistema de información integrado que permita la evaluación de las intervenciones y una continuidad de la asistencia como objetivo fundamental mejorando las actuaciones, su efectividad y su eficiencia.

PALABRAS CLAVE: gestión, proceso asistencial, cáncer cabeza y cuello

693 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:00 h.

LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA REDUCEN LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS.

Abeledo C (1), Casariego E (2), Mosquera E (1), Terrón F (2), Cerqueiro JM (2)

(1) Personal de enfermería. Medicina Interna, SERGAS. Complexo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. (2) Medicina Interna. Hospital de Lugo, SERGAS. Complexo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

OBJETIVOS: La consulta de enfermería para pacientes con Insuficiencia cardíaca (ICC) permite alcanzar elevados niveles de adherencia terapéutica en pacientes extremadamente complejos. Sin embargo no se ha determinada si algunas de las técnicas de mejora de administración de fármacos permiten reducir el número de ingresos hospitalarios.El objetivo de este estudio fue determinar si la enseñanza de las técnicas de autoajuste de diuréticos a los síntomas en pacientes con ICC avanzada permite reducir el número de reingresos por este motivo.

MATERIAL: Estudio de cohortes de todos los pacientes en seguimiento en una consulta monográfica de ICC. Incluye una consulta de enfermería, de fácil acceso, tanto físico como telefónico, y que instruye al paciente y familia sobre esta patología, sus signos de descompensación, tratamiento, etc. Los resultados de esta actividad (conocimiento sobre la enfermedad, seguimiento de normas, autoajuste de diuréticos, etc) se comprobaron con encuestas tanto a los pacientes como al cuidador principal. Para todos ellos se determinaron los ingresos por ICC antes y después de recibir formación hasta su fallecimiento o el 1 de mayo de 2010.

RESULTADOS: Se incluyen un total de 97 pacientes (52,6% mujeres; edad media 79,5 años, DS 8,6). De ellos, 26 (26,8%, 66,1% mujeres; edad media 81.1 (DS 5,9)) realizan autoajuste de las dosis de diuréticos en función de los síntomas de ICC. Estos pacientes conocen mejor la enfermedad y los síntomas de alarma (p=0.05), realizan correctamente la dieta (p=0.06) y se aprecia una tendencia, sin significación estadística, a seguir más correctamente el tratamiento (88,5% vs 77,5%) y controlar mejor el peso (84,6% vs 71.8%). En el periodo previo al seguimiento en consulta de ICC el número medio de ingresos fue de 2,12 (DS 1,6) para aquellos que no realizan autoajuste de diuréticos y de 4 (DS 5,2) para los que si lo hacen (p=0,009). Tras su ingreso en el programa el número medio de ingresos se redujo a 0,5 (DS 0,96) en el grupo sin autoajuste y 1,96 (DS 3,8) en el grupo con autoajuste (p=0,004).

CONCLUSIONES: Las consultas de enfermería para pacientes con ICC consiguen una mejor gestión de la enfermedad por parte del paciente y una reducción sustancial de los reingresos, incluso en aquellos casos de mayor edad y complejidad.

PALABRAS CLAVE: Insuficiencia cardíaca, Enfermería, Consulta

737 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:05 h.

CUMPLIMENTACIÓN FARMACOLÓGICA EN DIABÉTICOS TIPO 2.PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS

Lozano-Del Hoyo MI (1), Armalé-Casado MJ (1), Risco-Otaolaurruchi C (1), Martes-López C (1), Bescos-Pérez C (1), Martínez-Menjón C (1)

(1) Medicina general, Salud.

OBJETIVOS: La correcta utilización de los fármacos en diabéticos tipo 2 disminuye el riesgo cardiovascular y mejora la HbAc1. En 90% de las consultas de enfermería no se incide correctamente en el modo de administración de fármacos.

-Determinar el grado de cumplimentación en la toma de medicación en pacientes diabéticos tipo 2 en consulta de enfermería.

-Modificar el uso incorrecto en la administración de fármacos.

MATERIAL: Población diana: 417 pacientes diabéticos tipo 2 en cartera de servicios de seis cupos controlados en consulta de enfermería.

Indicadores:

*Proceso:

-Pacientes que toman adecuadamente la medicación.

*Resultado:

-Hemoglobina glicosilada <7%
-LDL colesterol <130mg/dl
-IMC <30
-Triglicéridos <150mg/dl

RESULTADOS: La glucemia capilar esta entre el 100-140mg/dl en el 42'2%, entre 140-180mg/dl en el 42'7%.

La tensión arterial diastólica esta por debajo de 130 en el 34'8%, entre el 130-140 el 38'2% y por encima de 140 el 27%. La tensión arterial sistólica esta por debajo de 80 en el 67'1% de los casos entre 80-90 en el 25'1%.

La HbAc1 esta por debajo del 7% en el 59'1% de los casos y entre 7-8% en el 33'8%.

El LDL colesterol es <100 mg/dl en el 52'2%, entre 100-130 en el 27'8% y >130 en el 20%.

Los triglicéridos están por debajo de 150mg/dl en el 68'1%, entre 150-200 en el 19% y superior a 200 en el 12'9%

El IMC es <27 en el 22'2%, entre 27-30 en el 28'3% y >30 en el 49'5%

El 57'5% de los encuestados toman bien los ADO.De estos el 74% tienen una hemoglobina glicada <7, el 23'2% entre 7-8. De los que la toman mal, el 32'5% están con una hemoglobina glicada <7, el 50% entre 7-8, y >8 el 17'5%.

El 63'8% de los encuestados consumen hipolipemiantes. El 90'4% toman correctamente la medicación.De ellos el 75'7% están por debajo de 100 mg/dl, el 15'6% entre 100-130. De los que la toman mal están por debajo de 100 el 20%, entre 100-130 el 30% y por encima de 130 el 50%.

Al hacer el recuento de medicación ADO que se receta en el 89'6% es la que corresponde y de los hipolipemiantes en el 95'2%.

CONCLUSIONES: Los indicadores de resultados entre parámetros óptimos, a excepción del IMC.

La mitad de los encuestados toman incorrectamente los ADO y es aquí donde las cifras de HglAc1 son peores, como en los hipolipemiantes. Este es nuestro campo de acción para cumplir objetivos.

Medidas de mejora:

-Exposición de los resultados.
-Explicación y entrega de hojas de dosificación.
-Evaluación al año.

PALABRAS CLAVE: Diabetes tipo 2, Farmacología, Riesgo cardio vascular

777 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:10 h.

ADECUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN PACIENTES GINECOLÓGICAS PARA ALCANZAR ESTÁNDARES INTERNACIONALES

García Paya, F (1), Illana Rodríguez (2), García Jiménez, C. (3), Hellin Monasterio, J (4)

(1) Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Servicios Centrales, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Subdirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (4) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS: El tiempo de tratamiento radioterápico total en pacientes con tumores ginecológicos en el Servicio de Oncología Radioterápica del HUVA supera las recomendaciones que establecen tanto estudios retrospectivos como organismos internacionales de referencia. Nuestro objetivo es la reducción del tiempo global de tratamiento radioterapia externa - radioterapia interna.

MATERIAL: Realizar estimaciones sistemáticas del nivel de cumplimiento de los criterios para comparar con los estándares prefijados. Los criterios utilizados son:

Criterio I:

Toda paciente asistida en el servicio de Radioterapia que tenga prescrita braquiterapia intracavitaria ginecológica recibirá el tratamiento en un tiempo menor o igual a 9 semanas.

Criterio II:

Toda paciente susceptible de recibir tratamiento de braquiterapia ginecológica ha sido incluida en la lista de espera antes del día 5 de tratamiento.

Criterio III:

Toda paciente susceptible de recibir tratamiento con braquiterapia que precise quirófano con anestesista tendrá realizada la preanestesia antes de finalizar la radioterapia externa

Criterio IV:

Si la paciente no ha recibido cinco SESIONES semanales se recuperará una sesión el sábado de esa semana

Excepción: si el acelerador que trabaja el sábado en el que la paciente no ha recibido la sesión no trabaja se considerará que cumple el criterio.

Las dimensiones de calidad evaluadas en el estudio son la cientifico-técnica ya que el objetivo primordial del ciclo de mejora es cumplir las recomendaciones de las guías clínicas.

Usuarios Objeto del Estudio: Todas las pacientes que acudan al servicio de Oncología Radioterápica del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca que vayan a recibir Radioterapia externa y Braquiterapia en tumores ginecológicos.

Proveedores del Servicio: Enfermeros y facultativos del servicio de Oncología Radioterápica del HUVA.

Comprobación de cumplimiento del criterio: periodo de tiempo entre decisión de terapia a utilizar y finalización de braquiterapia ginecológica.

IDENTIFICACIÓN Y MUESTREO DE LOS CASOS; el universo es TOTAL de pacientes ginecológicas que van a recibir Braquiterapia complementaria en el HUVA al tratamiento de Radioterapia externa.

RESULTADOS: Se experimento una mejora relativa de un 200% para los criterios 1 y 4, de un 73 % para el criterio 2 y de un 42% para el criterio 3.

CONCLUSIONES: El proceso de autoevaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados y es muy útil a la hora de implantar estrategias encaminadas a mejorar la calidad asistencial. En este caso, tras los resultados obtenidos, se implementaron una serie de medidas correctoras encaminadas a disminuir los tiempos de espera en la administración de tratamiento radioterápico

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, INDICADORES, TIEMPOS ESPERA

797 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:15 h.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL CONSUMO DE REACTIVOS PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA CAPILAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

López-Lacoma JC (1), Muñoz-Ureña AM (2), Sánchez Rodríguez FM (3), García-Gómez P (1), Barragan-Pérez AJ (4), Álvarez-Domínguez G (4)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia de Área II Cartagena. (2) Unidad Docente, Gerencia de Área II Cartagena. (3) Farmacia, Gerencia de Área II Cartagena. (4) Servicios Centrales, Gerencia de Área II Cartagena.

OBJETIVOS: Conocer el consumo de reactivos para la determinación de glucosa en un Área de Salud y determinar los factores relacionados con el desvío presupuestario existente

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal. Periodo: 2º semestre año 2009. Población: 374.000 habitantes de un Área de Salud. 21 Zonas Básicas de Salud (ZBS). Fuente Datos: Historia Clínica OMIAP, Departamento de Farmacia AP. Datos: coste por diabético y zona en €; asignación presupuestaria histórica; desviación presupuestaria / por zona; dhd (dosis diaria definida/1000h.) del grupo terapéutico de las insulinas / por zona; dhd (dosis diaria definida/1000h.) del grupo terapéutico de los ADO por zona; % de diabetes con controles de hba1 < 7 / por zona; Análisis de Datos: Univariante y Bivariante (intervalo confianza 95%)

RESULTADOS: gasto: 876.748 € (Desviación 30,18% sobre presupuesto). 2280,86 (2786,92-1774,80) envases de 50 tiras reactivas por ZBS. El gasto por diabético: 39,77(43.13-36.41) €.

Correlaciones:

Coste por Diabético relacionado con prevalencia de Insulinodependientes: r=-0.211.

Coste por diabletico relacionado con prevalencia consumo ADO: r=-0.147

Coste por diabético relacionado con prevalencia consumo ADO y e Insunodependientes: r=-0.147

Desajuste presupuestario referido a la prevalencia de diabetes total: r=-0.271

% De diabetes con buen control y desviación del gasto: r=0.024

CONCLUSIONES: Tanto el incremento, como las desviaciones en el gasto generado por el consumo de reactivos para medir el nivel de glucosa en sangre, estan condicionados exclusivamente por 2 variables:

- Un incremento presupuestario basado únicamente en el gasto historico, favorece el sobreconsumo sin atender a criterios de prevalencia o calidad.
- Contrariamente a lo esperado el incremento de la prevalencia conduce a una mejor racionalización del gasto

El gasto tiene un importante componente discrecional:

- Nuestras medidas han de ir encaminadas a concienciar a nuestros profesionales del impacto que representa su consumo arbitrario
- Desarrollar estrategias cualitativas conjuntas en cada uno de los equipos, orientadas a la reducción progresiva en el numero de autocontroles de la población tratada con ado

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria, DIABETES, INVERSIONES EN SALUD

802 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:20 h.

MEJORAR LA CALIDAD DOCENTE. INVERTIR EN FUTURO

Rivera Sanz F (1), Veramendi Eguilaz B (2), Velilla Osés S (3), Vázquez Medrano A (4), Arceiz Campos C (5), Gil Redrado A. (6)

(1) Consejería de Salud de La Rioja, Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad. (2) Unidad Docente de Matronas, Servicio Riojano de Salud. (3) Unidad Docente Hospitalaria, Servicio Riojano de Salud. (4) Unidad Docente de Medicina de familia y Comunitaria, Servicio Riojano de Salud. (5) Unidad Docente de Medicina del Trabajo, Servicio Riojano de Salud. (6) Dirección General de Recursos Humanos. Salud, Servicio de Formación.

OBJETIVOS: La Rioja dispone de un Sistema de Formación de Especialistas con cuatro unidades docentes. La estructura docente pretende garantizar eficientemente que los residentes adquieran, aplicando el programa de cada especialidad, las competencias y los valores para ser unos excelentes profesionales. El objetivo es lograr adaptar el sistema docente a las necesidades y retos que continuamente se identifican en la formación especializada

MATERIAL: 1º Formación del grupo de trabajo.
2º Análisis de situación:
Áreas de Mejora:
- Obligación de cumplir la normativa.
- Quejas de residentes a comisiones nacionales
- Cuatro comisiones, cuatro modelos de gestión
- Escasa implicación de tutores.
- Déficit de mecanismos de comunicación entre participantes
- Inexistencia de guías formativas en algunas especialidades.
- Mecanismos de evaluación poco objetivos.

Puntos fuertes:
- Formación en calidad de los jefes de estudios
- Liderazgo y apoyo desde la Dirección

3º Auditoria del ministerio. Análisis de conclusiones y propuestas
4º Definición e implantación de mejoras:
o Elaboración normativa autonómica
o Nombramiento de nueva jefe de Estudios
o Creación del Comité de Coordinación
o Implementación de un solo Sistema de Gestión
o Elaboración de planes de mejora en unidades auditadas
5º Evaluación del primer ciclo de mejora:
o Identificación de Áreas de Mejora e incorporación a objetivos 2010
6º Planificación del segundo ciclo PDCA (2010)
o Mejora de la comunicación entre docentes y residentes:
- Plan de comunicación
- Intranet y página web

o Sistematización de la mejora continua:
- Auditorias internas
- Programa de Incidencias

o Potenciación de la investigación:
- Plataforma de investigación

RESULTADOS: La implantación del Plan de Gestión de la Calidad Docente para toda La Rioja incluye la gestión de todas las Unidades Docentes y de cada especialidad acreditada. Con ello se está consiguiendo la identificación de las necesidades de los residentes y docentes, la unificación de criterios, la coordinación entre unidades y la optimización de los recursos disponibles

CONCLUSIONES: La implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad Docente permite:
- Establecer objetivos, procedimientos de seguimiento y mejora continua.
- Asegurar los requisitos de formación de cada residente.
- Favorecer la participación e implicación de todos los participantes en el Sistema Docente
- Formar al docente para mejorar su capacitación, su implicación y su desarrollo profesional.
- Cumplir la normativa vigente
- Mejora la eficiencia del sistema

PALABRAS CLAVE: Calidad, Docencia, Mejora Continua

806 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:25 h.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUEVA ESTRATEGIA EN EL ÁREA DE MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ANTIBIÓTICOS HOSPITALARIOS

González-López J (1), M Calvo Malvar (2), F. Hermida-Cadahía E (2)

(1) Servicio de Farmacia - Hospital Clínico, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Servicio de Análisis Clínicos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: La seguridad del paciente en el ámbito del laboratorio clínico exige minimizar los errores de diagnóstico. Existen dos estrategias: la adecuación de la demanda (fase pre-pre-analítica) y la elaboración de un informe con los resultados que mejora la eficiencia diagnóstica (pos-pos-analítica). El fin de este trabajo es presentar cómo la interpretación de resultados y recomendaciones realizadas sobre los tratamientos antibióticos con aminoglucósidos y vancomicina mejoraron la precisión diagnóstica y evitaron los sucesos adversos que hubiesen supuesto la emisión de simples valores de concentración sérica.

MATERIAL: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de 232 pacientes a los que se les solicitó la determinación de niveles de aminoglucósidos (gentamicina, tobramicina y amikacina) y vancomicina, entre 1 de enero y 30 de abril de 2010. Las solicitudes de niveles se realizaron en impresos específicos diseñados a tal fin, con el objetivo de recoger el conjunto mínimo de datos necesarios para realizar la interpretación. Los datos clínicos complementarios se obtuvieron a partir de la historia clínica digital (IANUS).La predicción de concentraciones se realizó mediante estimación bayesiana, implementada en el programa Abbot Pharmacokinetics System.

Los informes se elaboraron por un equipo multidisciplinar integrado por especialistas en análisis clínicos y farmacia hospitalaria, teniendo en cuenta los datos demográficos y antropométricos de cada paciente, función renal, tipo de infección y patógeno.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 232 solicitudes de monitorización terapéutica de antibióticos. Inicialmente, el 47.8% de los tratamientos se encontraban dentro de los intervalos terapéuticos recomendados, por lo que considerando únicamente las concentraciones en sangre no debería esperarse ningún cambio en el tratamiento. Sin embargo, la interpretación de los datos evidenció que de continuarse los tratamientos sin modificaciones, cuando se alcanzase el estado de equilibrio, el 56.8% seguirían estando dentro del intervalo terapéutico, el 43.2% no, principalmente debido a fenómenos de acumulación de fármaco. En este último grupo, las modificaciones de tratamiento propuestas fueron: cambio de dosis (25.2%), cambio de dosis y frecuencia de administración (17.1%) y suspensión del tratamiento y reevaluación de niveles plasmáticos tras 24h (0.9%).

CONCLUSIONES: El análisis farmacocinético de resultados y su interpretación permitió optimizar un 43.2% de los tratamientos que, a pesar de estar inicialmente dentro del intervalo terapéutico, precisaron correcciones de dosificación para evitar sucesos adversos o pérdida de eficacia a medida que transcurría el tratamiento.

La interpretación de resultados y recomendación de tratamiento evitó que los incidentes se convirtieran en sucesos adversos en nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: Antibióticos, Monitorización, Seguridad

862 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:30 h.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE CÁNCER COLO-RECTAL.

Navarro-García MI (1), Carrión-García F (2), Agea-Jiménez MB (1), Soria-Aledo V (3)

(1) Servicio Cirugía General, Hospital Universitario Santa María del Rosell. (2) Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa María del Rosell. (3) Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Morales Meseguer.

OBJETIVOS: El cáncer colo-rectal es la tercera neoplasia más frecuente, su incidencia está aumentando en los países desarrollados. Debido a su gran prevalencia y a que es un factor de riesgo alto para el tromboembolismo, la adecuada realización de la profilaxis supone un impacto importante en la mejora de la calidad asistencial.

Hemos observado irregularidades en la prescripción y aplicación de las medidas terapéuticas encaminadas a la prevención antitrombótica en los pacientes intervenidos de cirugía por cáncer colo-rectal.

MATERIAL: Hemos realizado un muestreo aleatorio simple con pacientes incluidos en el listado de programación del Servicio de Cirugía General para ser intervenidos de cáncer colo-rectal del H.Universitario Sta Mª del Rosell, en el periodo comprendido entre los meses Febrero y Diciembre del 2009. Definiendo cuatro criterios de calidad, con sus aclaraciones y excepciones, registrando los cumplimientos e incumplimientos de los mismos dentro de un marco muestral de 30 historias clínicas. Posteriormente hemos aplicado medidas correctoras (de formación, estructura y organización) para realizar una segunda evaluación y medir la mejora de la calidad alcanzada. Siendo el mecanismo de sustitución de casos el número de historia siguiente al elegido de forma aleatoria. La evaluación es interna, retrospectiva y realizada por los autores de este trabajo.

RESULTADOS: Tras la representación de los datos de cumplimientos de los criterios diseñados y posterior realización del diagrama de Pareto, hemos priorizado nuestra intervención al 60-80% de los incumplimientos encontrados que representan a los criterios vitales.

Al aplicar las medidas correctoras mediante un diseño de intervención hemos conseguido en una segunda evaluación una mejora sustancial en la calidad del problema detectado.

CONCLUSIONES: La identificación de la oportunidad de mejora y la aplicación de las medidas correctoras, ha sido una herramienta útil para producir una mejora de la calidad para la prevención del tromboembolismo en pacientes intervenidos de cirugía colo-rectal. Sin olvidarnos de la importancia de la monitorización para mantener el ciclo de mejora y asegurarnos de que las medidas indicadas se apliquen.

PALABRAS CLAVE: profilaxis, antitrombotica, cáncer

871 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:35 h.

ADECUACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y ACCESOS VENOSOS EN PACIENTES CON CRISIS DE ASMA

Illarramendi Irure A (1), Inchaurza Hernández E (1), Pousada González M (1), Daza Asumendi P (2), Aguillo García A (1), Rodríguez Merchán MJ (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia. (2) Comarca Gipuzkoa Oeste, Atención Primaria.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN

La realización rutinaria de radiografías de tórax, analíticas y tratamientos endovenosos a los pacientes asmáticos que acuden a los Servicios de Urgencias hospitalarios por crisis asmática es cuestionable por diferentes motivos.

En la revisión de los pacientes asmáticos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Donostia en 2009, en los que se había seguido el protocolo que estaba establecido, se valoró que en múltiples ocasiones estas pruebas y técnicas podrían ser evitadas, lo que sin menoscabo de la calidad en la atención, supondría una mejora para el paciente, evitando exposiciones y pinchazos innecesarios, además del ahorro de los costes económicos y de personal que podría conllevar.

OBJETIVOS:

Revisión del protocolo actual, estableciendo la adecuación de la petición de las pruebas complementarias y vías de administración de tratamientos, especificándolas en función de la situación clínica concreta del paciente

MATERIAL: -Revisión de la bibliografía.

-Revisión crítica del protocolo vigente del asma, estableciendo en uno nuevo las indicaciones para la realización de las pruebas complementarias y las vías de administración de medicación.

-Difusión del nuevo protocolo en l

RESULTADOS: -Tras la revisión de la bibliografía más relevante, incluyendo la Guía Española para el manejo del Asma y la Guía Fisterra sobre el asma, se ha revisado el protocolo existente de atención al paciente asmático en Urgencias, estableciendo en uno nuevo* los

CONCLUSIONES: -Con la implantación del nuevo protocolo se espera que se pueda disminuir la estancia de los pacientes asmáticos en el Servicio de Urgencias, la realización de las pruebas radiológicas y analíticas, sin menoscabo de la calidad de la atención.

-Se plante

PALABRAS CLAVE: asma, protocolo

911 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:40 h.

DISMINUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES POR REDISTRIBUCIÓN DE CUPOS MÉDICOS TRAS IMPLANTAR ACCIONES DE MEJORA.

Cerdá-Díaz R (1), López-Fuster MA (1), Vizcaya-López P (1), Segura-Chacón Mf (1), Sandoval-Del Olmo (2), Cardona-Torres A (3)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria Albacete. (2) Tarjeta Sanitaria, Gerencia de Atención Primaria Albacete. (3) Dirección Médica, Gerencia de Atención Primaria Albacete.

OBJETIVOS: En el año 2008 se recibieron en la Gerencia de Atención Primaria de Albacete 903 reclamaciones, que se analizaron en la Oficina de Calidad y Atención al Usuario (OCAU), observando que en 342, el 37,8%, la causa era la disconformidad con el cambio de médico por redistribución de tarjetas sanitarias entre cupos o ampliación de un cupo nuevo en el centro. El motivo principal de la queja era que se les "había quitado su médico" y solicitaban volver con el mismo, originando quejas y conflictos en el área administrativa.

El objetivo fue establecer acciones de mejora del proceso de gestión e información de los cambios de médico.

MATERIAL: Se analizó el proceso de comunicación entre la Dirección Médica, la Oficina de calidad, el departamento de Tarjeta Sanitaria de la Gerencia y el coordinador y el responsable del área administrativa del centro, observando un comunicación insuficiente entre los departamentos de la Gerencia, en la comunicación descendente de la Gerencia con el coordinador del Centro e interna en el propio centro entre el coordinador y el responsable del mostrador.

El análisis de las reclamaciones del año 2008 se realizó a principios del año 2009 y poco después en mayo de este mismo año comenzamos el proceso de acreditación según el modelo EFQM. Una de las áreas de mejora propuestas en al autoevaluación fue mejorar la comunicación en la Gerencia mediante la realización del Plan de comunicación Interna, priorizando entre otras actuaciones, mejorar la gestión y la comunicación en el proceso de cambios de asignación de médico.

Definimos el circuito de la comunicación con los implicados en el proceso, estableciendo para cada una de las comunicaciones el contenido, el canal, el tiempo y el responsable, con el fin de coordinar las actuaciones desde la OCAU junto con los responsables del centro, estableciendo los criterios a seguir y la forma de gestionar las demandas de información de los usuarios, teniendo en cuenta además el derecho del paciente a la libre elección.

RESULTADOS: Hemos conseguido reducir el número de reclamaciones por este motivo en un 96%, de 342 en el 2008 a 13 en el 2009.

CONCLUSIONES: Aplicando el ciclo de mejora de la calidad, hemos logrado disminuir de forma importante las reclamaciones y los conflictos por cambio de médico aumentado la calidad percibida.

PALABRAS CLAVE: reclamaciones, comunicación, calidad

940 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:45 h.

GESTIÓN DE "MOTIVOS DE CONSULTA" CON LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: ESTUDIO DE CONCORDANCIA.

Rafael Luquin Martínez (1), Ana Belén Salguero Merino (1), Encarnación Ros Martínez (1), Beatriz Guerrero Díaz (1), Rosario Morales López (1), María J. Delgado Rodríguez (1)

(1) Centro de Salud "Virgen de la Caridad" de Cartagena, Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: En la última década se viene utilizando el correo electrónico como una herramienta más de comunicación entre los médicos y los pacientes.

El objetivo de este estudio es analizar la concordancia de los correos electrónicos (motivos de consulta) enviados por pacientes a sus médicos de familia.

MATERIAL: Estudio descriptivo de concordancia. Población de estudio: 4 investigadores, facultativos sanitarios (médicos de familia). Ámbito de estudio: Centro de Salud de la Gerencia del Área II –Cartagena-Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Murcia. Muestra: La Zona Básica de Salud, que corresponde al Centro de Salud de Cartagena Virgen de la Caridad (19.535 TSI) y añadidos. De la –Tarjeta Individual sanitaria (TSI)- se utiliza la base informática (OMI-CS) de Pacientes por Facultativo –cupo establecido-.

Cada investigador analizó los 100 primeros correos con sus motivos de consulta codificados en 8 categorías posibles: Prevención de la salud; Crónicos procesos-enfermedad; Agudos consultas-procesos; Pruebas complementarias; Informativos; Burocráticos; Incidencias del e-servicio y Sugerencias. Los motivos de consulta fueron registrados a través de la página web: www.salud-e.es y realizados por pacientes, al azar, pertenecientes a los cupos médicos de los investigadores. El parámetro analizado es en índice Kappa de Cohen, considerándose valores comprendidos entre 0.6-0.8 como buenos y valores >0,8 como muy buenos.

RESULTADOS: Se validaron n=100 correos con un total de 149 motivos de consulta. Por cada pareja de investigadores se obtuvieron: Investigador 1 vs Investigador 2: Kappa=0.828; Investigador 1 vs Investigador 3: Kappa=0.814; Investigador 1 vs Investigador 4: Kappa=0.824; Investigador 2 vs Investigador 3: Kappa=0.791; Investigador 2 vs Investigador 4: Kappa=0.776 e Investigador 3 vs Investigador 4: Kappa=0.963.

CONCLUSIONES: Existe una elevada concordancia en los profesionales sanitarios en la codificación de motivos de consulta realizados y registrados a través de las Nuevas Tecnologías como es Internet. Las Tecnologías de la Información y Comunicación permiten una codificación de los motivos de consulta con elevada concordancia por parte de los profesionales sanitarios. Habrá que analizar los contenidos de estos motivos de consulta para conocer mejor las expectativas de estos nuevos pacientes, los llamados e-pacientes.

PALABRAS CLAVE: Nuevas Tecnologías, Motivos de consultas, Validación

981 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:50 h.

VALIDACIÓN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON EN UN SISTEMA INFORMÁTICO PARA SALUD MENTAL.

María Aurea Paz Baña (1), María Ángeles Fernández Rodríguez (2), Begoña Castro Mato (3), Isabel Pais Pazos (4), Susana García-Luengo Álvarez (4), María Jesus Wandosell Picatoste (5)

(1) Hospital Psiquiátrico- Supervisora de Área, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Docencia de Enfermería responsable programa GACELA, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Hospital Psiquiátrico- Supervisora , Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (4) Hospital Psiquiátrico - DUE, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (5) Supervisora del Área Docencia de Enfermería , Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Implantar el sistema informático de Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta incluyendo los Patrones funcionales de salud para la valoración como ayuda a los diagnósticos de enfermería en enfermos mentales severos en Unidades de larga estancia hospitalaria para favorecer la continuidad de los cuidados y mejorar la calidad asistencial.

MATERIAL: El Hospital Psiquiátrico de Conxo del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, tiene hospitalizados 325 pacientes en 13 Unidades de Enfermería con diagnósticos de trastornos mentales severos.

Los registros de enfermería y el seguimiento evolutivo se estaban realizando solamente en soporte papel. Si consideramos que la informatización de los cuidados de enfermería, tanto desde el punto de vista estadístico como de gestión, supone una mejora con la introducción de un programa informático validado, para valorar la producción de cuidados, adecuar los recursos humanos a la red asistencial; así como para evaluar la calidad de los cuidados. Esta reflexión, nos lleva a en enero del 2010 a plantear en Dirección de Enfermería del Complejo, la posibilidad de que desde Docencia de Enfermería se organice un curso acreditado para motivar a los profesionales que trabajan en este Centro en la Implantación de la informatización de los cuidados de enfermería en el Psiquiátrico.

Para su implantación, seis enfermeras referentes, tres de ellas con experiencia y especialidad en Salud Mental, una enfermera consultora de la empresa que gestiona el programa gacela en el Sergas, la enfermera responsable del programa gacela del Complejo hospitalario y la supervisora de Área del Psiquiátrico, se encargan de validar la base de conocimientos siguiendo el modelo Marjory Gordon ya que estas profesionales demandaban este modelo de cuidados de enfermería con el cual ya estaban trabajando anteriormente en formato papel y queríamos facilitarles la transición a formato electrónico.

Durante el mes de abril se realiza la formación y en mayo se implanta el sistema en dos unidades piloto del Hospital.

Actualmente se está proporcionando soporte a estas unidades de enfermería con muy buena acogida por parte del personal.

RESULTADOS: Se han planificando cuidados de enfermería al 100% de los enfermos en las dos Unidades piloto

CONCLUSIONES: La formación continuada y la investigación de enfermería es imprescindible para ofrecer unos cuidados de calidad a los enfermos con trastornos mentales severos crónicos.

PALABRAS CLAVE: Validación Patrones Funcionales, Marjory Gordon , sistema informático para Salud Mental

988 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 13 – 20/10/2010, 13:55 h.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Gómez-Felipe E (1), Blanco-Rodríguez M (2), Vega-Carrasco MJ (2), Badía-Perich E (2), Alfaro-Cadena L (2), García-Navarro FJ (3)

(1) Calidad Asistencial y Medioambiente, Capio Sanidad, S.L. (2) Calidad Asistencial y Medioambiente, Capio Sanidad, S.L.. (3) Sistemas de Información , Capio Sanidad, S.L..

OBJETIVOS: El objetivo principal del proyecto es facilitar el acceso de los profesionales y propietarios de proceso al Sistema de Gestión de la Calidad, proporcionando información y conocimiento en los aspectos relacionados con el Sistema y automatizando los requisitos y procesos de gestión, manejándolos de forma unificada.

Informatizar los datos en formato electrónico de cualquier origen (pdf, Word, Excel, imagen y otros) para asegurar diferentes requisitos de gestión: autenticidad, seguridad de los datos y posibilidad de análisis de los mismos

MATERIAL: Para asegurar el correcto desarrollo del proyecto y la consecución de los fines previstos, se formaron diferentes grupos de trabajo integrados por personal de los diferentes Centros, propietarios de procesos, personal de sistemas de información y el colectivo de personal del Núcleo Central de Calidad

Se mantuvieron diferentes reuniones donde se establecieron los requerimientos tanto tecnológicos como de requerimientos de Norma ISO.

Después de elegir el entorno tecnológico (Base de Datos, servidor web y gestor de contenidos) se inició la fase de programación y pruebas de aceptación

RESULTADOS: El sistema está basado en un modelo funcional que se desarrolla a través de cuatro funcionalidades básicas: gestión de indicadores, gestión de no conformidades / acciones de mejora y acciones preventivas, gestión de planillas / contenidos y gestión de auditorías externas e internas.

El desarrollo de la herramienta informática ha sido implantada en 14 centros hospitalarios de agudos y en 3 residencias de mayores. Este modelo de funcionamiento, exportable a otros centros, nos permite la actualización de los datos de análisis de indicadores en tiempo real, reducir el trabajo burocrático, analizar los datos (convertir los datos en información relevante que permita saber qué sucede, por qué sucede y nos facilite la toma de decisiones adecuadas para seguir mejorando nuestra gestión), evitar duplicidad en los datos y mejorar significativamente la comunicación entre las diferentes unidades organizativas

CONCLUSIONES: La integración de un sistema informático en el sistema de gestión de la calidad, nos ha permitido mejorar la planificación y el control de la gestión, aumentando la eficiencia del sistema y sus propietarios, permitiendo un mayor acercamiento del sistema a todos los colectivos del personal de los hospitales y dar riguroso cumplimento a los requerimientos del modelo de gestión de calidad de Capio Sanidad (ISO, EFQM…)

PALABRAS CLAVE: sistema, informatizado, calidad

804 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 15:35 h.

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS DIRECTIVOS SANITARIOS EN EL SERGAS.

García-Quintáns A (1), Galego-Feal P (2), López-Pardo Y Pardo E (3), García-Cepeda B (4)

(1) Director de la Escuela de Directivos Sanitarios de Galicia de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria de Galicia, Servicio Gallego de Salud. (2) Director de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Subdirectora General de Análisis, Evaluación Asistencial y Atención al Paciente.Directora del Curso de Dirección Sanitaria de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (4) Supervisora de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.Directora del Curso de Supervisión y Coordinación de UNIDADES de Enfermería de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVOS: La profesionalización de la labor directiva es el medio básico para garantizar un mejor desarrollo de las labores de gestión. El Sergas ha desarrollado la Escuela de Directivos Sanitarios, con el objetivo de impulsar la profesionalización de las personas que asuman puestos de responsabilidad.

MATERIAL: La garantía de acceso a una formación específica en gestión es una de las bases para incrementar el nivel de los requisitos básicos que deben reunir los gestores. La Escuela de Directivos cuenta con varias líneas:

1. Curso de dirección sanitaria: Dirigido a los gestores y directivos y encaminado a garantizar una base de conocimiento que permita el desarrollo de actividades directivas y que les ayude a consolidarse como gestores sanitarios, permitiendo al directivo, encaminar la profesionalización de su carrera.

2. Curso de Gestión Clínica: Dirigido a Jefes de Servicio y responsables de Unidades asistenciales con el objetivo de aportarles los conocimientos básicos necesarios para liderar la implantación de Unidades de Gestión Clínica.

3. Curso de Supervisión y Coordinación de Unidades de Enfermería: Dirigido a Supervisores y Coordinadores de Enfermería con el objetivo de aportarles habilidades de microgestión básicas en los niveles iniciales de responsabilidad asistencial.

4. Foro continúo de formación para expertos en Gestión sanitaria: Dirigido a personas con amplia experiencia en Gestión, que les muestre de primera mano los proyectos más novedosos en gestión sanitaria.

El diseño de un sistema de acreditación directiva para catalogar a los profesionales, con los adecuados méritos de experiencia, formación y actividad pública como gestores, es el segundo pilar sobre el que se asienta el proyecto. Dicha acreditación será requisito futuro para desempeñar las labores de gestión de los puestos de mayor responsabilidad.

Finalmente, las actividades encaminadas a facilitar y desarrollar la función directiva, como son el intercambio dentro del propio SERGAS o con otros servicios de salud, cierran la planificación de la Escuela.

RESULTADOS: Nuestros pasos en la profesionalización de la Gestión sanitaria son:

- Elaboración de un baremo para la acreditación de los directivos como Expertos en Gestión Sanitaria del SERGAS.
- Formación en Gestión sanitaria.
- Colaboración con otros Servicios de Salud.
- Intercambio de Directivos dentro del SERGAS.

CONCLUSIONES: Es necesaria la profesionalización de la Gestión Sanitaria, para ello, hay que reconocer la existencia de la profesión directiva y exigir e impulsarla dentro del mundo sanitario

PALABRAS CLAVE: PROFESIONALIZACIÓN, DIRECTIVO, FORMACIÓN

831 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 15:40 h.

IMPACTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO EN UNA CONSULTA PREANESTÉSICA

Cabadas-Avión R (1), Rodríguez -Rodríguez M (1), Hernández A. (1), Rey-Martínez M (1), Alfaya-Bernárdez B. (1), Bernardo-Castro F (1)

(1) Servicio Anestesia, Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Mejorar la calidad de la consulta preanestésica en el hospital POVISA valorando cuatro aspectos: conciliación terapéutica, calidad de los registros, adhesión al protocolo de antiagregantes y tiempo de retraso para el paciente.

MATERIAL: 38339 pacientes . 2 Períodos de estudio: 2006-2008 (24242 pacientes) y 2009-2010 (14097).

Acción de mejora entre ambos períodos:

Se aprobaron los criterios que debe cumplir una consulta preanestésica completa que se especificaron en 37 items (valoración vía aérea, exploración física, antecedentes, ASA, Anestesia propuesta, información del paciente, etc).

Se abordó la necesidad de entregar al paciente un informe escrito sobre la actitud preanestésica general a la que se añade la pauta de los fármacos que toma el paciente en relación con la cirugía, que servirá como punto de inicio para la conciliación terapéutica en el paciente quirúrgico.

Se estableció la necesidad de controlar la adhesión al protocolo de antiagregantes en base al aumento de las suspensiones quirúrgicas derivadas de una aplicación incorrecta.

Para lograrlo se realizó:

- modificación del software de consulta preanestésica (AnesReaDol®con bloqueos de pantallas
- 3 SESIONES clínicas específicas de formación preanestésica a los anestesiólogos.
- Sesión general del hospital sobre aplicación de protocolo de antiagregantes

RESULTADOS: Calidad de los registros: Período A 26,9%. Período B 96,7%.

Conciliación terapéutica: Período A 50,3%. Período B 85,4%

Congruencia protocolo antiagregantes: Período A 18%. Período B 75,8%.

Tiempo de demora para el paciente: Período A: 00:14:25. Período B: 16:40

CONCLUSIONES: Las acciones de mejora implantadas para optimizar la calidad de los registros han sido efectivas.

Se ha mejorado asimismo el número y la calidad del informe preoperatorio para la conciliación terapéutica

Se deberá analizar la aplicación y resultados del protocolo de manejo de antiagregantes para mejorar los resultados obtenidos

A medida que se implementan nuevos protocolos aumenta el tiempo de consulta y secundariamente el retraso que sufren los pacientes respecto a la hora programada, lo que deberá considerarse en las planificaciones futuras.

PALABRAS CLAVE: Calidad, PreAnestesia, Conciliación

846 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 15:45 h.

FUNCIÓN DIRECTIVA PARA LA INTEGRACIÓN DE ASISTENCIA, INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y CALIDAD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Rodríguez Cano T (1), Fernández Sanz (2), Calahorra Fernández L (3), Armenteros Lechuga M (4), Llorente Parrado C (4), Leon Martín A (4)

(1) Subdirección de Investigación Docencia Formación y Calidad, SESCAM- Hospital General de Ciudad Real (HGCR). (2) Gerencia, SESCAM-HGCR. (3) Unidad de Calidad, SESCAM -HGCR. (4) Unidad de Calidad, SESCAM-HGCR.

OBJETIVOS: El actual contexto sociosanitario hace cada vez más necesario implementar fórmulas innovadoras que promuevan la corresponsabilidad de los profesionales y el trabajo multidisciplinar. Aunque existen algunos modelos internacionales, en España se requiere un mayor esfuerzo por coordinar la gestión de los productos resultantes de la generación, transmisión y aplicación del conocimiento en los Hospitales. Algunos expertos aconsejan la creación de una estructura administrativa común que favorezca la búsqueda de oportunidades. Basándonos en ello y preparando el camino para el futuro Hospital Universitario, en el Hospital General de Ciudad Real (HGCR) se propuso llevar a cabo la gestión integrada de la Docencia, Formación, Investigación y Calidad (IDFYC) de manera transversal a la organización.

OBJETIVOS

Impulsar el adecuado uso de recursos intelectuales, tecnológicos, humanos y organizativos para ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles acordes con la evidencia científica. Configurar el Área de Gestión IDFYC como estructura organizativa transversal encargada de la planificación, rediseño, coordinación, ejecución y evaluación de los diferentes Planes de Mejora de la actividad Investigadora, Docente, Formación Continuada y Calidad en el futuro Hospital Universitario.

MATERIAL: Como paso previo a la organización funcional, se determinaron las necesidades de recursos, perfiles profesionales, estructura de los procesos operativos, soporte y la planificación estratégica (líneas comunes de acción). Se siguieron las recomendaciones de la norma ISO 9001:2008 con objeto de lograr la certificación del área. Para el despliegue de los objetivos se utilizarán acuerdos de Gestión Clínica.

RESULTADOS: El trabajo desarrollado ha permitido gestionar de forma más homogénea los procesos de las Unidades de Investigación, Calidad Docencia y Formación y el incremento progresivo en cuanto a resultados obtenidos en las áreas médicas, enfermería y de gestión como lo demuestran: el incremento del número de Servicios y Unidades que preparan la Certificación ISO 9001:2008, vías clínicas, procesos y acciones de mejora, número de proyectos financiados de forma competitiva, número global de residentes y la puesta en marcha del Plan de Calidad de la Docencia.

CONCLUSIONES: La organización transversal del área IDFYC en el HGUCR ha permitido el despliegue de los objetivos relacionados con la calidad y la mejora del conocimiento de manera más homogénea. Todo ello, favorecerá a medio plazo el cambio cultural imprescindible para situarnos en el nivel de los Hospitales Universitarios y además poder desarrollar nuevas fórmulas de gestión clínica.

PALABRAS CLAVE: gestión del, concimiento, asistencia

865 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 15:50 h.

¿EL CAMBIO ORGANIZATIVO DEL LIDERAZGO EMPIEZA EN LOS DIRECTIVOS?

Jover-Moreno A (1), Pujol-Colomer J (2), Alonso Carrasco T (3), Burgues Burillo L (4), Barbancho Ordoñez O (5), Sols Lladó P (6)

(1) Directora Responsabilidad y Gestión Social, Hospital Plató. (2) Director General, Hospital Plató. (3) Director Asistencial, Hospital Plató. (4) Director Enfermería, Hospital Plató. (5) Director Desarrollo de Personas, Hospital Plató. (6) Director Económico Patrimonial, Hospital Plató.

OBJETIVOS: En el 2002 valoramos internamente mediante estudio del grado de implicación de las personas claves de la organización de , que tal como las valoraciones de nuestro entorno indicaban, el grado de implicación era deficiente. Una de treinta y siete, estaba en el dintel de cumplimiento . Nos pareció prioritario un cambio organizativo que favoreciera la implantación de un modelo de gestión más eficiente. Poniendo como objetivo a las Personas .Ello significa un cambio muy importante, pues nuestra organizaciones , están basadas en sistemas de liderazgo muy jerárquicos y poco participativos.

MATERIAL: 1.- Métodos directos:

- Definición del perfil de liderazgo
- Programa de formación de desarrollo directivo
- Desarrollo y implantación de un modelo de competencias

2.- Métodos indirectos:

- Modelo de calidad EFQM, con aplicación en toda el área asistencial de la gestión por procesos.
- Modelo de gestión de la Responsabilidad y Gestión Social.

RESULTADOS: Los resultados durante el periodo 2002-2010:

1) Cumplimiento de los Objetivos anuales

Respecto a los resultados económicos estos han pasado de ser negativos a tener excedentes . Pero creemos que los resultados económicos están íntimamente relacionados con " el que" y "como hacen" los profesionales .El cumplimiento de los objetivos generales esta estabilizado entre el 80 y 88 %.

2) Reconocimientos Externos ,Certificaciones y Acreditaciones

Los Reconocimientos no son en si mismos un objetivo pero permiten valorar y comparar de forma subjetiva el Hospital en relación a otros del sector.

Las Certificaciones y La Acreditación permiten cuantificar las mejoras y también compararnos de forma cuantitativa. El EFQM, Top 20, ISO y la Acreditación del Departamento de Salud son ejemplos de ello.

3) Encuestas de clima laboral y parámetros asociados

Del año 2004 al 2007 hemos realizado encuestas internas . el 2008 externalizamos la encuesta que compara 250 empresas de el Estado Español. Esto permite compararnos valorar "que" y "como" podíamos mejorar. Estos dos años hemos mejorado porcentualmente nuestros valores y también nuestra situación comparativa.

Otros resultados : Absentismo laboral (de un 3.4 el año 2009) Durante el año 2009 ,por primera vez hemos tenido mas Agradecimientos que quejas (270 a 240)

CONCLUSIONES: 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.

PALABRAS CLAVE: Liderazo, Directivos, Personas

1234 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 15:55 h.

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rico-Blázquez M (1), Hernández Pascual M (1), Sánchez Suárez JI (1), Jiménez-Domínguez C (1), Ruiz-Alonso, S (1), Casado-López M (1)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS: Justificación:

La publicación del documento "Papel de la Enfermería en Atención Primaria" en la Comunidad de Madrid dentro del Plan de Mejora de Atención 2006-09 define y potencia los Servicios de Enfermería en la Comunidad de Madrid. El Contrato Programa de Centro ha canalizado su implantación con la inclusión de objetivos e indicadores de planes de cuidados en el mismo. La potenciación y el desarrollo de la metodología enfermera como herramienta incorporada en el registro de la Historia Clínica Informatizada (HCI) ha facilitado que este proceso sea una realidad.

Objetivos:

Implantar los Servicios de Atención de Enfermería en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid a través de la definición e incorporación de objetivos e indicadores en el Contrato Programa de Centro (CPC)2009.

MATERIAL: Se realizaron reuniones de consenso desde la Dirección General de Atención Primaria (DGAP), revisándose indicadores que tenía la Organización y los contratos de Gestión de Área y Equipos existentes para su inclusión como parte de los objetivos del CPC y como garantía en la gestión de procesos.

Se realiza estudio descriptivo, con corte transversal en diciembre 2009 con objeto de definir las metas.

Fuente: Base de datos de HCI.

Explotación de datos sentencias SQL y Cuadro de Mando de la DGAP.

RESULTADOS: Se definieron 7 indicadores de Planes de Cuidados de Enfermería en Procesos Asistenciales específicos, para analizar la cobertura asistencial por tramos etarios y en servicios de cartera: Climaterio, Anciano Frágil e Inmovilizado y 1 de efectividad.

Total de PC documentados, 212300. De 0-14 años, 11%; de 15-64, 39%; >65,50%. En Procesos Asistenciales, Climaterio, 5.7%, Anciano Frágil, 29,78%, Paciente Inmovilizado, 36.22%. Indicador de Efectividad del 25,6%.

CONCLUSIONES: La implantación de taxonomías internacionalmente reconocidas dentro de la HCI permiten normalizar el registro de la actividad independiente de la enfermera en el ámbito de la AP y con ello, el diseño y la monitorización de indicadores estratégicos.

La utilización de la metodología enfermera proporciona rigor y aumento de la calidad asistencial enfermera. El Contrato Programa de Centro es una herramienta fundamental en la potenciación de los de enfermería.

A partir de los resultados de los indicadores del Cierre CPC 2009 se han realizado mejoras en la definición y ajuste de los mismos en el CPC 2010 a población atendida y su valoración en nuevos Procesos Asistenciales (cardiovascular y terminales).

PALABRAS CLAVE: Indicadores, Planes de Cuidados, Servicios Enfermeros

1295 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:00 h.

ESTRATEGIAS DE MEJORA DEL HGUCR 2011-2013: UN SISTEMA ORIENTADO HACIA LA EXCELENCIA

Llorente Parrado C (1), Calahorra Fernández L (1), Grande Arnesto M (1), Lagos Pantoja E (1), Armenteros Lechuga M (1), Fernández Sanz J (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2) Dirección Gerencia, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVOS: El Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) tiene implantado un marco de mejora continua de nueve líneas estratégicas: desarrollo tecnológico; desarrollo organizacional; actividad asistencial y seguimiento presupuestario; investigación; docencia; gestión de calidad; desarrollo profesional y formación; seguridad del paciente; autonomía del paciente; información y documentación clínica; y plan de los pequeños detalles. Cada estrategia se desglosa en planes de acción con indicadores para la evaluación de su cumplimiento. Este marco se plasma en el libro "Hospital General de Ciudad Real, estrategias de mejora 2008-2010". Este libro, impulsado por la Dirección y asumido por los profesionales, constituye un sistema integral de gestión, alineado con los requerimientos y la política del SESCAM.

Al finalizar este período, y de acuerdo con lo planificado, se hace necesaria una revisión integral con dos objetivos principales:

- Evaluar el impacto de las líneas de acción del libro de estrategias, buscando una orientación hacia la excelencia, mediante autoevaluación EFQM.

- Definir planes de acción para cada una de las áreas de interés identificadas para su integración en las estrategias de mejora 2011-2013.

MATERIAL: Se desarrolla un plan de autoevaluación con metodología EFQM, en las siguientes etapas:

1.Acción formativa para facilitadores.

2.Selección de grupos de 6-10 personas para evaluación de cada uno de los 9 criterios del modelo.

3.Autoevaluación, desarrollada en 3 fases por grupo:

a.Presentación de objetivos, metodología y revisión de resultados de indicadores del libro de estrategias.

b.Valoración de subcriterios, puesta en común y consenso.

c.Definición y selección de propuestas de mejora.

4.Identificación de las áreas de interés por equipo directivo del HGUCR, definición y priorización de planes de acción.

RESULTADOS: Con el liderazgo de la Dirección-Gerencia del HGUCR y coordinado por la Unidad de Calidad, se desarrolla un proceso de autoevaluación y mejora, organizada en 3 SESIONES presenciales por grupo, de no más de 1 hora de duración cada una, y que se completa en un plazo de 2 meses.

Las áreas de mejora priorizadas se traducen en planes de acción que serán integrados en las siguientes estrategias del HGUCR.

CONCLUSIONES: La autoevaluación según modelo EFQM ha permitido orientar hacia la excelencia el plan de mejora del HGUCR de forma rápida, y bien asumida por los profesionales. La integración de los planes de acción con las líneas estratégicas y de innovación impulsadas desde el SESCAM permitirá el desarrollo y despliegue la siguiente edición del libro estrategias de mejora para el período 2011-2013.

PALABRAS CLAVE: gestión de calidad, excelencia, autoevaluación EFQM

1329 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:05 h.

APLICACIÓN DE "INTERNATIONAL CONSENSUS FOR HEMATOLOGY REVIEW" PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Javier Pico (1), Esther Gutiérrez (2)

(1) Servicio de Hematologia, Complejo Hospitalario Xeral-Calde. (2) UCRA, Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

OBJETIVOS: -Mejora la calidad de los resultados del hemograma.

-Disminución de la carga de trabajo en el laboratorio de Hematologia.

- Estandarización y protocolarización de la realización de Frotis de sangre periferica en el laboratorio de hematología.

MATERIAL: Se analizarón de forma retrospectiva 1153 hemogramas anticoagulados con EDTA3K, realizados en el servicio de hematologia del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de forma consecutiva, entre el 21/01/10 y 01/02/10.

Valores de referencia para realización de FSP de "The internationall consensus group for hematology review" (leucocitos <4000 mm3 o >30000 mm3,sin previo en 3 días, plaquetas <100.000 mm3 o >1000.000 mm3, Hemoglobina <7gr/dlo >20gr/dl en del rango de referencia, MCV <75fl o >105fl, RDW >22, neutrofilos <1.000 mm3 o >20.000 mm3,linfocitos >5.000 mm3 si >12 años o >7.000 mm3 si <12 años, monocitos >1500 mm3 si >12 años o >3000 mm3 si <12 años, eosinofilos >2.000 mm3, basofilos >500 mm3,reticulocitos >100 mm3) y las siguientes alarmas adecuadas a las presentes en el analizador Coulter LH 500, (Sospecha de bandas o formas inmaduras, Doble población eritrocitaria, doble población eritrocitaria, Plaquetas gigantes, sospecha de linfocitos atípicos, blastos, eritroblastos).

No se han podido comparar, con resultados de la sección de hematrimetria, puestoq ue en ella, no existen protocolos para la realización de FSP, quedando estos a discrepción del personal.

RESULTADOS: se han tenido que realizar el 29.99% de FSp de los cuales el 5.66% corresponden a pacientes onco-hematológicos. Y el 10.1% presentan previos inferior a 48h; lo que deja un número aproximado de frotis del 14%, datos similares a los extraidos por T.Molero en 2007.

CONCLUSIONES: - "INTERNATIONAL CONSENSUS FOR HEMATOLOGY REVIEW", es un método util,para la mejora de la calidad en el laboratorio de hematologia, puesto, que flitra los resultados hematológicos, desde el punto de vista cuantitativo, y de inmadurez celular.

-"INTERNATI

PALABRAS CLAVE: FSP, Alteraciones Hemograma, Cuando realizar un FSP

1337 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:10 h.

VALORACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA SANITARIA DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL.

Sánchez Ramiro MA (1), López Díaz J (1), Buendía Lucas R (1), Vidal Algarra MC (1), Alejandre Lázaro G (1), Moreno García F (1)

(1) Dirección Médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS: Conocer la valoración que realizan los profesionales sanitarios de un Área de Atención Primaria (AP) de la descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) y del sistema de soporte creado en la Gerencia de AP para este fin.

MATERIAL: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico realizado al año de descentralización del TAO mediante extracción capilar y software específico (TAOCAM). Elaboramos un cuestionario ad hoc que fue remitido (dos oleadas) a todos los médicos y enfermeras de consulta del Área (546), previo pilotaje con 15 sujetos. Variables: sociodemográficas, del cupo, laborales, conocimientos informáticos, incertidumbre producida por TAO, satisfacción (de 1 a 6) con: hematología, sistema de soporte de la Gerencia de AP, software específico, y asunción del control por AP.

RESULTADOS: n=307, tasa de respuesta 56,2%. Mujeres 64,4%. Edad media 47,5±7,5 años, mujeres más jóvenes (45,9±7,3 vs 50,4±6,9; t=5,16, p<0,0001). Enfermeras 55,3%. Años de experiencia en control TAO: 77,8% entre 0-1 años. INR asumido sin derivar: 4-3 (42%), 6-5 (42%), 8-7 (7,6%), >8 (8,4%). El 77,9% comparten coagulómetro. El 58,9% tuvieron que cambiar la estructura de la consulta, especialmente al compartir coagulómetro (83% vs 17%; 2=6,15, p=0,013). Médicos de acuerdo con el sugestor del TAOCAM en ≥90% de las ocasiones el 57%. El TAO les produce poco/algo de incertidumbre al 55,5%. Satisfacción media con: hematología 4,2±1,2; soporte de AP 4,8±1; TAOCAM 4,4±1; asunción del control por AP 4,4±1,1. El 44% creen que la seguridad clínica ha aumentado bastante/mucho. Las características del cupo, el centro de trabajo, la categoría y la experiencia previa en el control del TAO no influyen en satisfacción, incertidumbre o valoración de la seguridad clínica. La propuesta de mejora más frecuente fue la optimización de las vías de comunicación y la velocidad de respuesta del servicio de hematología (18,5%).

CONCLUSIONES: La satisfacción media de los profesionales con la descentralización del TAO puede ser considerada moderada/alta a 1 año del inicio. Además el nuevo servicio parece haber sido aceptado por la gran mayoría de los profesionales, a pesar de los cambios en la consulta, el incremento de la demanda asistencial y compartir coagulómetro. Creemos que este hecho puede estar relacionado con la creación de un sistema de soporte específico para el TAO por parte de la Gerencia de AP. Las desventajas clásicas atribuidas a la AP la hora de asumir el control del TAO, falta de motivación y formación no específica, pueden corregirse con decisiones estratégicas de gestión adecuadas.

PALABRAS CLAVE: Anticoagulantes, Atención Primaria, Gestión

1357 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:15 h.

VARIABLES ASISTENCIALES ASOCIADAS CON EL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON DIABETES

Abad JM (1), Rabanaque MJ (2), Carreras P (3), Arribas F (4), Enríquez N (5), Abad MJ (5)

(1) Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios (GRISSA), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2) Medicina Preventiva, Universidad de Zaragoza. (3) Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios (GRISSA), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (4) Departamento de Salud y Consumo, D.G. Planificación y Aseguramiento. (5) Departamento de Salud y Consumo, D.G. PLANIFICAción y Aseguramiento.

OBJETIVOS: Analizar la influencia de variables relativas a la asistencia sanitaria de pacientes con diabetes en la probabilidad de muerte.

MATERIAL: Se analizan los datos de 6279 pacientes diagnosticados de diabetes en 4 centros de salud urbanos del Sector III de Zaragoza. Se incluyeron en el análisis los pacientes que a 1 de enero de 2006 constaban en la historia clínica informatizada de esos centros con un diagnóstico de diabetes. Se realizó un seguimiento de estos pacientes hasta el 31 de diciembre de 2009, identificando el número de episodios asistenciales (consultas, urgencias, pruebas complementarias e ingresos) que generaron los pacientes en el Hospital Clínico y la fecha de fallecimiento de los pacientes.

Se utilizó el agrupador ACG para clasificar a los pacientes por grupo clínico.

Variable dependiente: mortalidad

Variables explicativas: edad, sexo, número de episodios asistenciales, índice de consumo de recursos, número de diagnósticos mayores (MADG).

Análisis bivariable y multivariable mediante regresión logística

RESULTADOS: De los 6279 pacientes incluidos en el estudio 97 fueron excluidos por haber causado baja en la Base de Datos de Usuario durante el periodo de estudio por traslado de domicilio.

La edad media fue de 68,44 años y el 50.6 % eran varones. 509 pacientes (8,2%) fallecieron. La media de episodios asistenciales durante el periodo de estudio fue de 23,45.

La edad (OR 1.1; IC 1.08-1.11), el número de MADG (OR 1.14; IC 1.02-1.27), el índice de consumo de recursos (OR 1.05; IC 1.03-1.08) y el número de episodios asistenciales (OR 1.015; IC 1.01-1.02) aparecen como variables predictoras de la mortalidad.

CONCLUSIONES: Las variables asistenciales como el número de episodios asistenciales en atención especializada son una variable predictora de mortalidad en pacientes crónicos, junto con otras conocidas como la edad o la comorbilidad. .

PALABRAS CLAVE: Diabetes, Mortalidad, Comorbilidad

1361 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:20 h.

DISEÑO DE CALIDAD. PROTOCOLO DE ÁREA DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA.

López-Lacoma JC (1), Sánchez-Zapata M (2), Santiago-García C (3), Nicolas-Vigueras MD (4), De Miguel-Gómez A (5), Barragán-Pérez AJ (6)

(1) Subdirección de Continuidad de Cuidados, Gerencia de Área II Cartagena. (2) Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario Santa Mará del Rosell. (3) Dirección de Procesos, Gerencia de Área II Cartagena. (4) Maternidad, Hospital Universitario Santa Mará del Rosell. (5) Subdirección de Continuidad Asistencial, Gerencia de Área Sanitaria II Cartagena. (6) Servicios Centrales, Gerencia de Área Sanitaria II Cartagena.

OBJETIVOS: 1º Análisis de situación, orientado a mejorar la colaboración en la identificación, y seguimiento de la mujer embarazada entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Hospitalaria con altos niveles de eficacia y eficiencia.

2º Elaborar un protocolo consensuado de actuación.

3º diseñar indicadores de monitorización.

4º Difusión e implantación del protocolo.

MATERIAL: Etapas:

1ª Creación de un grupo de trabajo mixto: Médicos de familiam, matronas y ginecólogos. 2ª Análisis de situación: presentación de borrador por el Servicio de Obstetricia con síntesis, experiencia externa (evidencias) e interna (aportada por los integrantes del grupo). 3ª Identificación de componentes del proceso.

(Actividades). 4ª Reuniones de consenso del grupo. 5ª Documento definitivo de protocolo de Actuación. 6ª Presentación en Consejo de Gestión de Atención Primaria a todos los responsables. Marco temporal para la elaboración del protocolo: Septiembre 2009 a Mayo 2010.

RESULTADOS: Herramienta de diseño de la calidad: "SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES".

Contiene los siguientes apartados:

1.- Captación de la mujer y confirmación del embarazo en AP (Población diana).

2.- Control gestacional en la embarazada de bajo rieasgo obstétrico.

3.- Control de la gestante a partir de la semana cuarenta.

4.- Control frente al embarazo de riesgo

5.- Control postparto

6.- Diseño de plantillas para soporte en la historia clínica electrónica OMI-AP en Ap: Procedimiento de citación y solicitud de Cribado Prenaltal.

7.- Bibliografía/Evidencia.

CONCLUSIONES: 1ª El abordaje conjunto entre Atención Primaria y Obstetricia posibilitará la mejora en el seguimiento de la mujer embarzada.

2ª El protocolo consensuado con los implicados es una herramienta de diseño de la calidad útil para homogeneizar y normalizar actuaciones.

3ª El protocolo permite ordenar, identificar, planificar y coordinar las actividades necesarias para optimizar sus resultados.

4ª La monitorización y seguimiento del cumplimiento del protocolo permitirá objetivar la mejora e introducir nuevas medidas correctoras.

PALABRAS CLAVE: DISEÑO CALIDAD, PROTOCOLO, EMBARAZADA

1369 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:25 h.

GESTIÓN CENTRALIZADA DE INCIDENCIAS DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, MEDIANTE UN EQUIPO DE SOPORTE CLÍNICO E INFORMÁTICO.

López Díaz J (1), Buendía Lucas R (1), Sánchez Ramiro MA (1), Vidal Algarra MC (1), Fernández Páez F (2), Esteban Tudela M (3)

(1) Dirección Médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Director Gerente, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (3) Dirección médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS: Implementar en Atención Primaria (AP) un proyecto de gestión centralizada de incidencias clínicas del tratamiento anticoagulante oral (TAO) y de su software de control integrado en la historia clínica informática (TAOCAM), para garantizar la seguridad clínica de nuestros pacientes, una vez que en febrero de 2009 se implantaron en el Área Sanitaria de Toledo los coagulómetros capilares y paso el control del TAO de Atención Hospitalaria a AP.

MATERIAL: - Fase 1. Formación y motivación previa a la descentralización del TAO, dado que en AP del Área no existía cultura de seguimiento de la anticoagulación. Acciones dirigidas a mejorar actitudes y conocimientos sobre el TAO, y manejo del TAOCAM dirigidas a t

RESULTADOS: Las incidencias más frecuentes aparecidas fueron: identificación errónea del paciente (60%), errores de dosificación por falta de alertas en el TAOCAM (10%), fallos intrínsecos del programa en la dosificación (5%). Las mejoras realizadas para el control de dichas incidencias han sido:

- Alta de los pacientes con TAO por usuarios avanzados mediante el uso adecuado del Código de Identificación Personal (CIP).

- Trabajando coordinadamente con el laboratorio farmacéutico creador del TAOCAM: introduccion de alertas de seguridad tales como imposibilidad de dosificación por suspensión de la dosis de acenocumarol en visita anterior, alerta ante el cambio de presentación de acenocumarol de 4 a 1mg, cambios en el algoritmo del sugestor de dosis que evite dosificaciones erroneas.

El número de incidencias diario a pasado de 52±15 a 15±6. Hemos pasado de remitir a Hematología una media diaria de 200±32 INR para su dosificación, a una media de 68±10 INR.

CONCLUSIONES: La planificación previa a la implantación de nuevos servicios, con sistemas de control estricto de incidencias permite introducir mejoras a corto plazo que minimizan la posibilidad de errores.

PALABRAS CLAVE: Gestión, Atención Primaria, Anticoagulantes

1392 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:30 h.

CUATRO MESES DE LA APLICACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

Peña Capsir, I (1), Ibiricu Barro, A (2), Doblado López, O (3)

(1) Urgencias , Hospital Lleuger de Cambrils . (2) Área Basica de Salut , Hospital Lleuger de Cambrils . (3) Informática , Hospital Lleuger de Cambrils .

OBJETIVOS: Diseñar, desarrollar y aplicar un cuadro de mandos, con indicadores de calidad, seguridad clínica, consumo, actividad, relacionados con enfermería en un servicio de urgencias.

Valorar el correcto funcionamiento del servicio, valorar la cantidad de los recursos humanos, para dar una buena calidad asistencial.

Disminuir errores en seguridad clínica.

MATERIAL: En enero de 2010 se diseña y se implanta un cuadro de mandos para enfermería con indicadores relacionados con diferentes ámbitos:

CALIDAD: Tiempo de respuesta en el triaje , fugas de pacientes antes de ser triados ,derivaciones con informe de alta de enfermería, reclamaciones en relación a enfermería, clasificación según nivel de triaje.

ACTIVIDAD: Nº de visitas en la agenda de enfermería, Numero de consultas en el triaje, Clasificación según el nivel de triaje, Actividad domiciliaria, Urgencias exteriores, derivaciones a un hospital de nivel superior .

CONSUMO: Consumo del laboratorio.

SEGURIDAD CLÍNICA: Control de los aparatos del laboratorio, control de las neveras, check-list y controles del box de críticos, control de la entrada y salida de los mórficos, Nº de incidentes registrados en el buzón de seguridad clínica, control de caducidades de los fármacos y material fungible del servicio, control de calibraciones y revisiones de los aparatos de electromedicina.

Se evalúan cada dos meses, y son presentados en una hoja de Excel 2007 en sesión a los profesionales del servicio.

RESULTADOS: En el 1er trimestre de 2010, el tiempo medio de espera de triaje fue de 5,4 minutos, se obtuvo un 0.3% de media de fuga de los pacientes apuntados en triaje.

Se realizaron en un 100 % los check-list del box de críticos.

Se realizaron y registraron correctamente todos los controles de los aparatos del laboratorio, y también las revisiones periódicas de los aparatos de electromedicina.

Se realizaron todos los controles de caducidades del servicio.

El control de la temperatura de las neveras se registro en un 90 %.

Hubo un aumento significativo de los pacientes derivados a otros hospitales con informe de enfermería de alta., desde Enero 50 % a Abril un 90 %.

La correspondencia entre entradas y salidas de los mórficos fue correcta.

CONCLUSIONES: Con los valores de estos cuatro meses de evolución, hemos podido incidir en los diferentes puntos que hemos visto un menor porcentaje de cumplimiento, y hemos podido verificar que la mayor parte de los controles necesarios se están registrando y realizando correctamente. También si ocurre alguna incidencia solventarla para que no vuelva a ocurrir en un futuro, intentando dar así una buena calidad asistencial, y disminuyendo la posibilidad de efectos adversos en seguridad clínica.

PALABRAS CLAVE: INDICADORES, Enfermería, SEGURIDAD CLÍNICA

1491 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:35 h.

IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM DESDE LA GESTIÓN CLÍNICA: UNA EXPERIENCIA PILOTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moreno García F (1), Alejandre Lázaro G (1), Fernández Páez F (2), Sánchez Ramiro MA (1), Vidal Algarra MC (1), Esteban Tudela M (1)

(1) Dirección Médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Dirección Gerente, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS: Aplicar el modelo EFQM en todos los Equipos de Atención Primaria (EEAP) de un Área Sanitaria desde la gestión clínica, administrativa y social, siguiendo una línea estratégica prioritaria cuya finalidad es incrementar la eficiencia, disminuir la variabilidad y mejorar la organización de los EEAP, enfocando al paciente como eje del sistema.

MATERIAL: Hace 8 meses comenzamos el proyecto en 7 etapas, todas tienen definidos objetivos con actividades estratégicas y formativas específicas:

• Fase 1. Estrategia de motivación y consolidación del liderazgo: conseguir equipos directivos consolidados en todos los EEAP.

• Fase 2. Desarrollo de programación funcional (PF) en cada equipo, como instrumento básico de mejora continua y mecanismo de coparticipación y corresponsabilidad de los profesionales.

• Fase 3. De la PF a la gestión por procesos (GP): disminuir variabilidad clínica no justificada, implementando guías de práctica clínica.

• Fase 4. Implantación y monitorización de la GP: generar la estructura completa de procesos, crear indicadores, estándares y pactar objetivos.

• Fase 5. Cuadro de mandos automatizado único basado en la explotación de datos de la historia clínica informatizada.

• Fase 6. Acreditación EFQM y Joint Commission.

• Fase 7. La excelencia: la Organización instalada en la mejora continua de la calidad.

La implementación es realizada por un grupo multidisciplinar de la Gerencia con un núcleo fijo director para asegurar el despliegue homogéneo.

RESULTADOS: Fase 1: pasamos de 70% de EEAP con cuadro directivo al 90%.

Fase 2: El 33,3% tienen ya PF y otro 10% están desarrollándola. Participación de profesionales de todas las categorías: 80-100%.

Fase 3: 10% de los EEAP han definido misión y visión (alineados con Gerencia y Servicio de Salud). Han comenzado a desarrollar gestión clínica, administrativa y social, mediante la definición de procedimientos y protocolos. Éstos nos han servido para pilotar el mapa y la estructura de procesos de los EEAP del Área.

CONCLUSIONES: Es posible implantar modelos complejos de gestión, orientados a la excelencia, potenciando aquello que mejor saben hacer nuestros clientes internos. Gracias a la gestión clínica, administrativa y social optimizamos su actividad, sin distraerles con metodología avanzada de gestión de la calidad, propia de los entornos dedicados a la dirección estratégica. Mejoramos la efectividad y la eficiencia de nuestros EEAP, creando una cultura de mejora continua de la calidad, que surge de la participación, del compromiso y del trabajo de los que son nuestros principales proveedores de servicios: los profesionales.

PALABRAS CLAVE: Gestión clínica, Calidad total, Atención Primaria

1604 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:40 h.

¿QUIÉN HACE UN MEJOR USO DE LOS FÁRMACOS? BENCHMARKING DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) SEGÚN INDICADOR DE CONTRATO DE GESTIÓN (CG) Y SEGÚN ACGS.

Concepción Celaya Lecea (1), María Belén Pina Gadea (2), María Pilar Astier Peña (3), Ángel Manuel Royo Sarto (4), María Pilar Oliván Otal (5), Karlos Naberán Toña (6)

(1) Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (2) Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (3) Técnico de Salud. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (4) Subdirector médico. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (5) Subdirectora médica. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (6) Director Médico. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud.

OBJETIVOS: Dentro de los contratos de gestión de los equipos de Atención Primaria (EAPs), el consumo de fármacos es un capítulo importante, tanto por el gasto como por el uso adecuado de los mismos. El objetivo es comparar los resultados de evaluación de la farmacia en el contrato gestión (CG) de 2008 de los EAPs de un sector sanitario con su evaluación según el sistema de clasificación de ACGs considerando datos de eficiencia de consumo farmacéutico.

MATERIAL: 1.La evaluación del uso de fármacos en los CG de los EAP del Sector Zaragoza II se realiza a través del índice sintético de farmacia (ISF) calculado para pediatría y medicina de familia de forma individual y el cumplimiento del presupuesto asignado por facultativo cada año. El índice sintético de farmacia es un conjunto de 10 indicadores de calidad de prescripción y uso adecuado de fármacos que se calcula mensualmente.

2.Cálculo del índice de eficiencia de farmacia para cada EAP según el agrupador ACGs de IASIST cuyos datos de farmacia se han obtenido de la facturación real de recetas de los EAP del sector.

3. Comparar ambos resultados y cómo se distribuyen los EAPs según los mismos.

RESULTADOS: Se incluyen 16/21 EAP del sector que cumplen criterios de calidad de registro en historia clínica electrónica.

La clasificación de centros según el ISF del CG de 2008 distribuye a los centros siendo el mejor el EAP 1 y el peor el EAP 7. Atendiendo al cumplimiento del presupuesto se distribuye a los centros siendo el mejor el EAP12 y el peor el EAP 5. Se observa una buena correlación entre el ISF y el cumplimiento presupuestario. El análisis de los ACGs de los EAP sitúa como mejor al EAP 12 y como peor al EAP 5 comparando con gasto medio en Aragón. Comparado con norma IASIST el mejor es EAP 15 y el peor EAP 11.

CONCLUSIONES: Los indicadores de farmacia tienen por misión estimular la calidad de la prescripción y adecuar el gasto. Ninguno es el mejor, cada uno apunta a un área diferente de mejora. Los relacionados con los ACGs resultan menos comprensibles por los profesionales mientras que el ISF es un buen indicador y es comprendido por los EAPs.

PALABRAS CLAVE: FARMACIA, INDICADOR SINTÉTICO, ACG

1612 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:45 h.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA, SECTOR ZARAGOZA II.¿QUÉ DEBEMOS MEJORAR Y QUE ES NECESARIO CAMBIAR?

María Teresa Tolosana Lasheras (1), Ignacio Dolsac Espinosa (2), Eva María Tobajas Señor (3), María Pilar Astier Peña (4)

(1) Directora de Enfermería de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (2) Subdirección de Gestión. Gerencia de Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (3) Subdirección de Enfermería. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (4) Tecnico de Salud. Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud.

OBJETIVOS: 1. Analizar la actividad de enfermería en los equipos de Atención Primaria durante el año 2009 de un sector sanitario.

2. Plantear cambios en el perfil del desempeño profesional de enfermería en los EAPs del sector.

MATERIAL: 1. Descarga de los apuntes en historia clínica electrónica de Atención Primaria O.M.I._AP de las consultas de enfermería en año 2009.

2. Calcular la extensión de uso de enfermería - medicina: Tipo de consulta demanda, programada de enfermería - medicina. Número de visitas por franjas de edad.Tipo de pacientes atendidos.

3. Contrastar la información obtenida con el resultado de la evaluación del contrato de gestión, apartado cartera de servicios de Atención Primaria.

RESULTADOS: 1. Extensión de uso:

Número de usuarios atendidos:77%.
Vistos por enfermería:44%.(Fundamentalmente 0-14 y > 50 años).
Vistos por medicina:72%.

2. Tipo de Consulta:

Enfermería: 20% demanda, 80% programada
Medicina: 90% demanda, 10% programada

3. Número visitas por usuario atendido son:

De 0-4 años 5 visitas año
De 4-14 años 2 visitas año
> 50 años 5 visitas año aumentando progresivamente hasta 14 visitas a los 80 años.

3. Tipo de pacientes atendidos:

Las patologías vistas entre 65-80%: Diabetes, hipertensión, obesidad. Dislipemias y E.P.O.C.:15-45%

4. Los servicios más deficitarios en el sector son:

Educación para la salud en centros educativos
Anticoncepción
Detección precoz de embarazo
Prevención de Rubéola congénita
Consumo excesivo de Alcohol
Dependencia tabáquica.
Educación para la salud en grupos.

CONCLUSIONES: La enfermería del Sector Zaragoza II centra el mayor porcentaje de su actividad en un porcentaje pequeño de la población, de edad avanzada y con alguna patología crónica, mientras que la población entre 14 y 60 años a penas acude a las consultas de enfermería. Posiblemente nuestro modelo organizativo no es muy adecuado para una población con menos disponibilidad de tiempo, y que sólo acude de forma puntual y por problemas agudos, dejando toda la parcela de prevención sin desarrollar, precisamente en las edades donde puede tener sentido.

PALABRAS CLAVE: enfermería, evaluación, desempeño profesional

1616 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:50 h.

RONDAS POR LA DIRECCIÓN DEL PROYECTO BACTERIEMIA ZERO: ¿SIRVEN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD?

Mier Suárez, B (1), Cofiño Castañeda, L (1), Iglesias Fraile, L (2), Concha Torre, A (3), Diaz Alonso, Y (3), Martínez-Ortega, MC (4)

(1) UCI Centro General, Hospital Universitario Central de Asturias. (2) UCI Hospital General, Hospital Universitario Central de Asturias. (3) UCI Pediátrica, Hospital Universitario Central de Asturias. (4) Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Central de Asturias.

OBJETIVOS: Uno de los componentes más ambiciosos del Proyecto Bacteriemia Zero (BZ) es aumentar la cultura de seguridad en las UCIs; las Rondas de Seguridad (RS) son una herramienta para consolidarla y:

- Evaluar la mejora alcanzada en rondas sucesivas.

- Estructurar el feed-back de información y los planes de mejora continua.

MATERIAL: Estudio longitudinal (Junio 2009-Mayo 2010)

Muestreo aleatorio: se incluyen todas las UCIs (4 UCIs: total 61camas).

Ítems comunes a todas las UCIs a revisar:

- Cabecera cama elevada 30º
- Apósitos vías en buen estado
- Pulsera identificativa
- Hoja de objetivos diaria cubierta
- Hoja de tratamiento actualizada sin dudas para enfermería
- UPP protegidas por colchón y hoja de registro cubierta

Se elaboró una hoja ad hoc para la RS que registrara los ítems revisados.

Se firma el resultado de la RS por los componentes de la misma. Se difunden mediante lista de correo interno conclusiones de las RS y proponiendo mejoras en reuniones al efecto post-ronda.

RESULTADOS: Se realizan 3 RS en Octubre-Noviembre 2009, Febrero y Mayo 2010, revisándose a pie de cama 84 pacientes. Se incorporan Rondas mensuales sin la Dirección desde Marzo por iniciativa de las UCIs.

- Cabecera 30º: 100% UCIs, en 3 rondas (R)

- Apósitos: 90% 2 UCIs en 1 R, 100% resto de UCIs y R

- Pulsera identificativa: 80% 2 UCIs en 1 R, 0% 1 UCI en 1 R (UCI pediátrica mal colocada), resto de R 100%.

- Hoja de objetivos diaria (HOD): 50% 3 UCIs en 6 R, 100% 1 UCI en 3R

- Hoja de tratamiento actualizada: 100% UCIs, excepto 80% 1 UCI, 1R.

- UPP: Ninguna UCI 100% en todas R; faltan colchones anti-escaras en algunos pacientes que las presentan. Se detecta variabilidad en la recogida de información.

2 ítems tienen resultado global negativo: HOD y UPP. Se plantean soluciones en reuniones post-R.

CONCLUSIONES: Existe una mejora en la mayor parte de ítems y se refuerza el mantenimiento del nivel de 100% en los que ya lo han alcanzado. El personal de UCI considera la implicación de la Dirección como elemento clave para el Proyecto: '.....es la primera vez que nos sentamos alrededor de la misma mesa enfermería, médicos, directivos médicos y de enfermería, jefes y no jefes, para hablar de un mismo tema: la SEGURIDAD de NUESTROS pacientes; y lo hacemos en el mismo idioma, sin categorías ni clases. La terminología era común a todos'.

PALABRAS CLAVE: Rondas Seguridad, Bacteriemia Zero, Liderazgo

1629 | Liderazgo/Gestión Clínica

Sala 19 – Sesión: 23 – 20/10/2010, 16:55 h.

ANÁLISIS CAMPOS DE FUERZA: IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

Caballero-Guerrero B (1), Martínez-Gil E (1), Sáez-Soto Ar (1), Muñoz-Pérez G (1), Corbalán-Abril MD (1), Iniesta-Sánchez J (1)

(1) Dirección de Enfermería, H.G.U. Reina Sofía.

OBJETIVOS: La aplicación del proceso enfermero, a través de las taxonomías, en nuestro servicio de salud aún no esta implantado de forma genérica, existiendo proyectos en distintos hospitales que no pasan de ser un mero intento. La implantación de la metodología Enfermera y el uso de taxonomías en la práctica asistencial es uno de los grandes retos para nuestra profesión, aunque en nuestro hospital se han realizado varios pilotajes de implantación, no se ha conseguido arraigar en la dinámica de trabajo habitual de las unidades de hospitalización.

El proceso de enfermería muestra el campo de actuación específico del ejercicio de la profesión, la enfermera a través del mismo define su papel ante el paciente y ante otros profesionales.

Las clasificaciones de diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC) proporcionan elementos léxicos para describir los aspectos de la atención sanitaria con que tratan las enfermeras . El uso de estas taxonomías comienza a ser una realidad que responde a la necesidad de trabajar con una metodología enfermera, con un lenguaje específico de la disciplina

Objetivos:

Conocer las causas que impiden aplicar la metodología enfermera a la práctica asistencial

Determinar medidas que favorezcan su aplicación.

MATERIAL: Técnica cualitativa de consenso, brainstorming, análisis de campos de fuerza.

8 grupos nominales de 5 enfermeros que representan todas las áreas asistenciales del hospital y que han realizado el curso incluido en el Plan de Formación del Centro: Aplicación del Proceso Enfermero a la Práctica Asistencial, durante las ediciones de 2009 y 2010, se formaron 20 alumnos por edición.

Cada grupo realiza un análisis de campos de fuerza, realizando una presentación por el representante para una puesta en común y establecer el consenso en el grupo que integran todos los participantes en el curso, coordinados por un experto en metodología enfermera, que ha actuado como docente en la acción formativa. Se lleva a cabo una reducción de propuestas mediante técnicas de asociación.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 11 fuerzas a favor (motivación, formación, implicación de la Dirección), 9 en contra (falta de medios, liderazgo, devaluación del proceso), 10 acciones para aumentar las fuerzas a favor, y 6 acciones para disminuir las fuerzas en contra.

CONCLUSIONES: Demanda de los profesionales en la toma de decisiones y sistemática de implantación.

Formación e investigación en metodología enfermera son necesarias para su desarrollo e implantación.

Los factores que dificultan la implantación de metodología enfermera, son multicausales.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, PROCESO, CAMPOS DE FUERZA

989 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:05 h.

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Guiu Barragán E (1), Tomás Vecina S (1), Moreno Ariño E (1), Pérez Castillo J (1), Gómez García A (1), Gómez Gómez Mª A (1)

(1) Urgencias, Servicio Integral de Urgencias y Emergencias.Hospital Municipal de Badalona Serveis Assistencials.

OBJETIVOS: Evaluar el nivel de eficiencia de las medidas adoptadas en la mejora de la seguridad del paciente en el Servicio de Urgencias (SU) mediante la medición de la cultura sus profesionales , antes y un año después de su implantación.

MATERIAL: Estudio realizado en el SU del Hospital Municipal de Badalona entre 2009 y 2010.

Muestra: profesionales del SU.

Herramienta de análisis: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ. 59 preguntas agrupadas en 12 dimensiones.

Metodología: 1ª encuesta enero 2009 y 2ª en marzo 2010. El Comité interdisciplinar por la mejora de SP en el SU ha realizado actividades formativas internas como el análisis de casos de eventos adversos centinelas, el desarrollo de AMFES y el desarrollo de un programa de intervención farmacéutica , estableciendo consecuentemente acciones de mejora. Además participa en actividades externas de SEMES (proyecto Evadur y formación de instructores) de la CCAA (Alianza por la Seguridad) e informa periódicamente de su actividad al SU.

Análisis de datos: Se comparan los resultados del 2009 con el 2010.

RESULTADOS: En 2009 participaron 55 profesionales y 67 en 2010 (+22%). Dimensiones positivas en 2009: el trabajo en equipo en la unidad y la facilidad/franqueza en la comunicación y menos valoradas la respuesta no punitiva a los errores (18,4%) y el feed-back y comunicación sobre errores (22,5%). Encuesta de 2010 : mejoría significativa de la mayoría de las dimensiones, destacando la respuesta no punitiva al error 51,3% (+ 33 puntos) y la seguridad de la información durante las transiciones asistenciales 50% (+15 puntos); en contra hay un deterioro en la facilidad en la comunicación. Por colectivos, enfermería presenta puntuaciones inferiores en casi todas las dimensiones , valorando en positivo el trabajo en equipo en la unidad. La puntuación global de SP en 2010 es de 6,8 puntos vs 6,2 del 2009

CONCLUSIONES: Es posible mejorar la cultura en SP del SU si se realizan acciones dirigidas a la misma con la participación interdisciplinar directa de sus profesionales. La medición continua de la cultura permite evaluar la eficiencia de las acciones realizadas y detectar las desviaciones a mejorar. La construcción de una cultura de seguridad del paciente en una organización es básica para la mejoría de dicha seguridad.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Paciente, Urgencias

990 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:10 h.

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: UNA NECESIDAD HOSPITALARIA

López-Otero MJ (1), Pereira-Vázquez M (1), Sáenz-Fernández C (1), López-Castro J (2), Rivera-Vaquero MC (1), Iglesias-Casas GC (3)

(1) Farmacia, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Medicina Interna, Complexo Hospitalario de Ourense. (3) Calidad, Complexo Hospitalario de Ourense.

OBJETIVOS: Identificar los puntos más vulnerables del circuito conciliación-prescripción-validación-dispensación-administración e implementar medidas para disminuir y/o prevenir los errores.

MATERIAL: Se diseñó un estudio observacional, prospectivo y comparativo dividido en dos fases: pre y post-intervención de enero a diciembre del 2008. Como criterio de inclusión se estableció el ingreso en todas las unidades de hospitalización de adultos, médica o quirúrgica. En la fase de intervención se implantaron normas y protocolos, se modificaron circuitos relacionados con el uso del medicamento y se inició la difusión de cultura de seguridad y comunicación de errores. En tres Servicios clínicos la intervención incluyó 17 charlas formativas al personal sanitario (59 médicos y 72 enfermeras y auxiliares de enfermería). Para el segundo período se diseñó un estudio cuasi experimental, calculándose el tamaño muestral en base a la diferencia de errores entre el grupo intervenido y el control de 7% a 2% con lo que se precisarían 229 pacientes en cada grupo. Se consideró como grupo intervenido los Servicios donde se realizaron charlas y como grupo control el resto de los Servicios excepto Nefrología, donde se implantó la prescripción electrónica.

La comparación de grupos se realizó mediante comparación de proporciones, t student, y la prueba de Chi-cuadrado, con un IC del 95%.

RESULTADOS: En la fase de preintervención el porcentaje global de errores de prescripción fue 62,1%, y post-intervención fue de 46,8% en el grupo control y de 48,1% en el grupo intervenido con charlas formativas. La diferencia de errores entre pre y post-intervención fue estadísticamente significativa, sin embargo entre el grupo control y el intervenido la diferencia no fue estadísticamente significativa lo que es debido a que aunque las charlas se dieron a un grupo determinado de personal sanitario la información y los cambios afectaron a todos los profesionales. El error más cometido es el de identificación de la orden médica con un 46,5% en la fase de preintervención y en la post-intervención en el grupo control 35,5% y en el intervenido 34,6%, siendo la diferencia estadísticamente significativa entre la preintervención y la post-intervención pero no entre el grupo control e intervenido.

CONCLUSIONES: Dado que el mayor número de errores se encuentran en los incumplimientos formales del impreso de prescripción (dosis, frecuencia, por omisión…) se debe incidir en el cumplimiento de las normas de prescripción o en implantar la prescripción electrónica que eliminaría el formato papel.

PALABRAS CLAVE: error de medicación, Seguridad de pacientes, calidad asistencial

993 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:15 h.

CUESTIONARIO DEL INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS (ISMP)

COMO HERRAMIENTA DE MEJORA.

Pereira-Vázquez M (1), López-Otero MJ (1), Sáenz Fernández (1), Fernández-Gil MA (2), Silveira-Cancela D (3), Bermejo-Gallardo A (3)

(1) Farmacia, Complexo Hospitalario de Ourense. (2) Neumología, Complexo Hospitalario Ourense. (3) Farmacia, Complexo Hospitalario Ourense.

OBJETIVOS: Estudio analítico comparativo desde marzo 2008 a mayo 2010 que permitió evaluar las mejoras conseguidas en nuestro hospital gracias a la intervención del Grupo de mejora de la seguridad del medicamento constituido en Noviembre de 2007.

MATERIAL: Como herramienta principal tomamos el cuestionario de autoevaluación del ISMP antes y después de las intervenciones del grupo .El cuestionario consta de 232 ítems de evaluación estructurado en 10 apartados que se corresponden con cada uno de los elementos clave que inciden en la seguridad del medicamento y a su vez éstos se subdividen en criterios esenciales. Cada punto de evaluación se valora con 5 posibilidades en función del grado de implantación en el hospital. Los datos obtenidos permitieron hacer un diagnóstico comparativo de la situación y conocer el grado de cumplimiento de las prácticas seguras de medicamentos así como referencia para comprobar la mejora conseguida.

RESULTADOS: Se observa un incremento de 20'11 puntos porcentuales de mejora respecto al año 2008 pasando de una puntuación total de 24,21% a 44.11% en el año 2010. Los porcentajes de mejora desglosados en función de los elementos clave antes y después de la intervención fueron : 15'83% en información sobre los pacientes; 11.39% en información de los medicamentos;14.75% en comunicación de las Prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación; 6.25% etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos;14.28% en estandarización, almacenamiento y distribución de los mismos;29.17% en adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos; un 10% de factores del entorno, 25.71% en competencia y formación del personal, 20.83% en educación al paciente, y un aumento de 32.83% en programas de calidad y gestión riesgos.

CONCLUSIONES: Por los resultados obtenidos tras la fase de intervención hemos considerado este cuestionario como herramienta muy útil en la implantación de avances en el Uso seguro del Medicamento así como la evaluación de las mejoras conseguidas en nuestro hospital, con respecto al período de pre-intervención.

La cumplimentación del cuestionario se debe implantar con una periocidad anual ya que resulta de gran utilidad como parte de las mejoras continuas de la utilización de los medicamentos en nuestro hospital.

PALABRAS CLAVE: Seguridad de pacientes, Error de medicación, calidad asistencial

1049 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:20 h.

ESTUDIO OBSERVACIONAL HIGIENE DE MANOS EN HOSPITALIZACIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA, C.H. XERAL-CALDE (LUGO)

Pérez Gómez M. (1), Quintas Fernández C. (1), Jato Díaz M. (1), Devesa Barreira, MJ (1), Núñez Corredoira I (2), Rego Docando MJ (3)

(1) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo). (2) Medicina Interna, Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo). (3) Dirección de Enfermería, Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo).

OBJETIVOS: • Determinar las variables asociadas del no cumplimiento de la Higiene de Manos (HM).

• Incrementar la adhesión de la HM entre los profesionales sanitarios.

• Aumentar el uso de soluciones hidroalcohólicas.

MATERIAL: Se trata de una intervención de mejora de HM, en los Servicios de Traumatología, Cirugía 2ª planta, REA/Despertar, UCI, Coronarias, Onco/Hemato/Reuma, UCI Polivalentes Pediatría y Geriatría, del C.H. Xeral-Calde.

En la primera fase, se realizó, un curso on-line del 1 al 15 de abril de 2009 sobre "La Higiene de las Manos". Se pasa una encuesta a directivos y profesionales sanitarios, sobre conocimientos, relativos a la HM y a las infecciones relacionadas con la Atención Sanitaria.

La Observación directa, es realizada por 2 enfermeras del 21-04-09 al 11-05-09 y el personal objeto de observación son enfermeras, auxiliares de enfermería, facultativos y celadores; se realizó una observación de las prácticas de HM según las 5 indicaciones de la OMS, en turno de mañana y en el momento de mayor contacto con el paciente, se mantuvo la confidencialidad respecto a la identidad de los profesionales.

En la segunda fase, se realiza la formación del 11 al 25 de junio de 2009, realizando dos SESIONES de formación de 30 minutos de duración en diferentes días, sobre cuando y como realizar la HM. En estas SESIONES, se ha destacado la importancia del lavado de manos como pieza clave en la prevención de la Infección Nosocomial.

RESULTADOS: La carga de trabajo, el efecto irritante de los productos, la ausencia de alternativas y la falta de concienciación de los profesionales sanitarios sobre esta medida, son algunos de los factores que dificultan la adhesión a la HM.

La frecuencia de adhesión al lavado de manos, corresponde al siguiente porcentaje de cumplimiento:

• Enfermería el 41,50%

• Auxiliares de Enfermería el 31,40%

• Celadores el 26,16%

• Facultativos el 22,15%

El grado de adhesión al lavado de manos, es de mayor compromiso, "antes de realizar una técnica aséptica y tras el riesgo de exposición a fluidos corporales".

CONCLUSIONES: La adhesión al lavado de manos entre nuestros profesionales, es similar a la mayoría de otros trabajos publicados.

Es importante, insistir en la necesidad de cumplir las recomendaciones de la OMS y desarrollar nuevas intervenciones para aumentar el cumplimento de la HM, así como facilitar el acceso a las soluciones hidroalcohólicas.

PALABRAS CLAVE: Higiene manos, Encuesta, Formación

1070 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:25 h.

EL DESPUÉS DE UNA CAÍDA

Aznar-Rico MV (1), Castro-Millara J (1), Lamelas A (1), Touriño MI (1), Rodríguez-Fernández MJ (1)

(1) Dirección de Enfermería, Complexo Hospitalario de Ourense.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN

La caída es un proceso involuntario y que en algunos casos, conlleva un aumento de las estancias hospitalarias, complicaciones de salud, cuidados específicos e incluso una responsabilidad legal.

Tener conocimiento de las caídas en el ámbito hospitalario, así como de las circunstancias, motivos (estructurales y/o personales) y sus consecuencias o efectos adversos es imprescindibles a la hora de identificar y poner en marcha estrategias de mejora.

OBJETIVOS

- Reflejar de forma gráfica las consecuencias de las caídas acontecidas, en pacientes ingresados en el período 2008-2009, del Complexo Hospitalario de Ourense.

- Analizar la relación existente entre sexo, unidades de enfermería y consecuencias

MATERIAL: Análisis retrospectivo de las caídas hospitalarias registradas en 2008-2009, mediante el programa Gacela, exceptuando: cuidados intensivos, reanimación, quirófano y el servicio de urgencias que no registran en dicho aplicativo informático.

Para los análisis estadísticos se utilizó el paquete SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS: El número de caídas totales en el período 2008-2009 fueron 812 de un total de 50.211 (1.62%) ingresados en el CHOU, de ellos 26.183 son mujeres y 24068 hombres.

Las unidades con más frecuencias de caídas son las unidades de Neurología, Medicina Interna, Hematologías y le siguen otros servicios especiales como Nefrología/Diálisis y Cardiología. En cambio, en contraposición las que han registrado menor número de caídas han sido las unidades de Lactantes, Escolares y Ginecología.

Más del 50% de los pacientes que se han caído tenían más de 75 años. Se cayeron con una diferencia estadísticamente significativa (P= 0.003).

Análisis de las consecuencias:

- 554 pacientes resultaron Ilesos (68.2%)
- 119 Heridas (14.7%)
- 106 Hematomas (13%)
- 14 con Pérdidas de conciencia (1.7%)
- 13 con posibles fracturas*(1.6%)
- 6 fracturas (0.7)
- 81 con otros procesos como Dolor, rojez...(10%)

* 13 posibles fracturas no confirmadas.

CONCLUSIONES: De 50.211 ingresados en el período 2008-2009, se registraron 812 caídas, que generaron efectos adversos en 258 casos.

Los hombres, a pesar de haber ingresado menos, son los que más se han caído.

También se ha detectado, que en unidades donde la frecuencia de caídas es más baja, presentan registrados los episodios adversos de hematomas y pérdidas de conciencia.

Los motivos personales más frecuentes, tanto en hombre como mujeres, son la edad y la inestabilidad motora y sus consecuencias en ambos sexos son similares.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, consecuencias

1401 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:30 h.

DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PSI 12 (TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POSTOPERATORIA) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS Y LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS EN LOS ÚLTIMOS SIETE AÑOS.

Vázquez-Rueda M (1), Martínez-Ortega C (1), Suárez-García FM (2), Martínez-Arguelles B (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias. (2) Servicio de Evaluación Sanitaria, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Pdo de Asturias.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia del Patient Safety Indicator #12 según los criterios del AHRQ, las características del paciente que sufre este problema y las tendencias y características en los últimos siete años en la red de hospitales públicos del Pdo. de Asturias

MATERIAL: Estudio descriptivo de serie de casos de los años 2002-2008 ambos incluidos. Fuente: CMBD de años respectivos. En el numerador se incluyeron todos los diagnóstico de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar postoperatorios en diagnósticos secundarios (CIE9 MC: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.40; 453.41; 453.42; 453.8; 415.1; 415.11; 415.19). En el denominador se incluyeron las altas quirúrgicas en mayores de 17 años con DRG específicos y códigos diagnósticos tras un procedimiento quirúrgico. Casos excluidos: a) Ingreso por trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar en cualquier campo diagnóstico en el momento del ingreso; b) Procedimiento quirúrgico de ligadura de venacava como único procedimiento; c) MDC 14. Se analizaron por separado los casos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y del resto de la Red de Hospitales Públicos de Pdo. de Asturias (REDPU)

RESULTADOS: La edad media de los casos fue significativamente menor en el HUCA (65,1 vs 70,8; p<0,001), con una menor proporción de mujeres (46,9% vs 58,9%; p=0,009). Los servicios de alta más frecuentes fueron en el HUCA cirugía general y digestivo (16,9%), angiología y cirugía vascular (14,6%) y urología (10,3%) mientras que el REDPU ocuparon esas posiciones traumatología (30,4%) y cirugía general y digestivo (22,1%). No hubo diferencias en el tipo de ingreso (urgente/programado). Hubo una menor proporción de éxitus en el HUCA respecto a REDPU(9,4% vs 18,6%; p: 0,004). No han existido mejoras significativas en la tasa de casos en el tiempo de seguimiento. En el HUCA la menor tasa se produjo en el año 2005 (0,17) y la mayor en 2007 (0,30). La tasa media durante estos años en el HUCA fue de 0,23 casos por 100 altas mientras que en REDPU fue de 0,19 por 100 altas.

CONCLUSIONES: Este estudio identifica la aparición de resultados

adversos en forma de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar. Existen diferencias entre la tasa de un hospital terciario y el resto de centros de la red publica aunque para extraer conclusiones se precisaría de un ajuste por complejidad. Existe potencial para aumentar los resultados en calidad, fomentando acciones dirigidas a los servicios con mayor impacto, como puede ser urología en el HUCA o traumatología en el resto de centros.

PALABRAS CLAVE: Trombosis venosa profunda, Enfermedad tromboembolica venosa, profilaxis secundaria

1527 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:35 h.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Escudero- Sánchez C (1), Martínez-Saorin ME (2), Morales- Franco Belen (1), Martínez- García EM (1), Castejón- Pina MJ (1), Martínez-Gimenez A (2)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (2) Atención al Usuario, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

OBJETIVOS: Promover el desarrollo de prácticas seguras en la actividad diaria a través de la Mejora de la calidad del Informe de Alta del Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

MATERIAL: Material:Se seleccionó una muestra aleatoria de informes de alta del Servicio de Urgencias.Veinticinco del total de informes de altas de cada mes, durante los años 2008 y 2009.

Metodo:Retrospectivo,tasa, mensual,fuente Información Historia Clínica

Nº DE INFORMES ASISTENCIALES CUMPLIMENTADOS CORRECTAMENTE AL ALTA / Nº TOTAL DE INFORMES ASISTENCIALES DADOS DE ALTA X 100

El informe de alta correcto, deberia incluir:
- Motivo de consulta.
- Antecedentes Patológicos
- Alergias a fármacos
- Exploración física
- Enfermedad actual
- Pruebas complementarias
- Orientación diagnostica
- Tratamiento a seguir
- Hora de ingreso
- Hora de alta
- destino al alta: domicilio,médico de familia, traslado a otro centro.
- Identificación del médico responsable:

Nombre y Apellidos,categoria profesional,numero de colegiado.

Para ser considerado correcto, el informe debía tener cumplimentados todos y cada uno de los apartados anteriores.

Valor objetivo > 90% de informes correctamente cumplimentados

RESULTADOS: Se observó que los informes durante los 6 primeros meses de 2008, solo aparecian correctamente cumplimentados en un 25 %, los apartados que con mayor frecuencia presentaban deficiencias eran los de : motivo de consulta , identificación correcta del médico responsable y hora de alta.

Tras la puesta en marcha de la aplicación informática "Selene" para la realización de los informes de alta y reunión con los facultativos del servicio, para explicarles, que apartados debían cumplimentar en el informe y su importancia médico-legal,los resultados de cumplimentación correcta estaban comprendidos entre el 96% - 100%

CONCLUSIONES: -El registro correcto y completo de la documentación clínica generada en el proceso asistencial, permite evaluar la calidad de los actos médicos y su idoneidad o adecuación al problema de salud del paciente.

-La utilización de aplicaciones informáticas e

PALABRAS CLAVE: seguridad, informe, urgencias

1112 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:40 h.

¿CÓMO EVALUAMOS LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (SP) EN URGENCIAS DE UN CENTRO ACREDITADO?

Vidal-Esteve E (1), Gens-Barberà M (2), Sánchez-Rus (2), Amigo-Fernández J (2), Mulet-Cabanes A (2), Massagues-Vidal M (2)

(1) Atenció Primaria, Institut Català Salut. (2) Atención Primaria, Institut Català Salut.

OBJETIVOS: Evaluar el cumplimiento de los estándares relacionados con la (SP) en el área de urgencias de un centro de salud acreditado según los estándares de la Joint Commission International.

MATERIAL: El Área de urgencias dispone de un manual de procedimientos que recogen los procesos relacionados con la atención urgente y la SP. A cada proceso se asigna un propietario. Para evaluar los estándares relacionados con la SP disponemos de dos instrumentos: Hoja de incidencias (HI) formada: gestión medicación, seguridad administración fármaco, gestión aparatos tecnoasistenciales, utillaje y gestión de incidencias pacientes y personal. Esta HI esta ubicada en la zona de control y el profesional registra las incidencias. La comisión de calidad las recoge y analiza semanalmente. Auditorias internas(AI): se realizan anualmente por la comisión de calidad, de forma oportunista. Presentación de los resultados en sesión clínica

RESULTADOS: HI: Dos reacciones adversas a fármacos; falta de tiras reactivas en el almacén, glucómetro sin pilas en maletín de urgencias, maletín de urgencias sin sellar, falta de ropa de reserva y 20 incidencias del personal de la limpieza (todas por incomparecencia y una por falta de respeto). AI: Gestión fármacos: No se encuentran muestras de fármacos proporcionados por los visitadores médicos y/o pacientes, envases multidosis: tres envases sin rotular; 2 viales no íntegros, 4 envases multidosis con fecha de apertura caducada; estupefacientes: revisiones correctas según procedimiento, excepto existencia de mayor nº de envases. Registro correcto de las incidencias por rotura de dos ampollas durante el control de caducidades. Seguridad fármacos: No se encuentran fármacos caducados. Incumplimiento del procedimiento referente al nº de viales por principio activo en los cajetines en un 52% y error en la revisión de fecha de caducidad de los fármacos 0'04%. Gestión del utillaje- equipamiento: Revisión hojas de verificación (carros de paro, maletín urgencias, maletín de oxigeno, chalecos): 0'01% ausencia de registro/diario (un 25% en fin de semana), Box2: caducidad ajustada atropina (mes actual). Carro de paros Box3: 2 tubos guedel nº 4 caducados. Maletín de urgencias falta tiras reactivas de orina. Maletín de oxigeno, chalecos y zona de sucio cumplimiento correcto del procedimiento.

CONCLUSIONES: La asignación de responsables del proceso garantiza el cumplimiento de los estándares marcados. Las auditorias internas son un buen instrumento de mejora continua. En relación a la HI pensamos que es un sistema en el cual los profesionales participan y toman conciencia de manera activa en mejorar la atención segura del paciente.

PALABRAS CLAVE: Seguridad pacientes, Evaluar, Centro Salud

1161 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:45 h.

ESTRATEGIA PARA PROMOCIONAR BUENAS PRÁCTICAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) DESDE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS CS DE UN SECTOR DE SALUD.

Javier Moro Lara (1), María Pilar Astier Peña (2), María Pilar Abril Zaera (3), Esteban Jaen Bayarte (4), Celia Posadilla Luengos (5), Victor Manuel Solano Bernad (6)

(1) Área de Clientes. Dirección Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (2) Tecnico de Salud.Dirección de Atención Primaria. Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud. (3) Área de Clientes., Servicio Aragonés de Salud. (4) Responsable de Admisión. C.S. Las Fuentes Norte. Zaragoza, Servicio Aragonés de Salud. (5) Tarjeta Sanitaria. Servicio Provincial de Salud de Zaragoza, Departamento de Salud y Consumo. (6) Gerente del Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de Salud.

OBJETIVOS: Las unidades atención al usuario (UAU) de los centros de salud (CS) son la puerta directa al sistema. El buen desarrollo de sus gestiónes garantiza una idónea identificación del paciente y la puesta en marcha de circuitos asistenciales efectivos. La estrategia se fundamenta en: 1. Difundir la cultura de SP en estos profesionales. 2. Desarrollar habilidades para identificar incidentes de la SP en su trabajo. 3. Identificar buenas prácticas para reducir estos incidentes. 4. Difundir las buenas prácticas, decálogo, en los unidades atención al usuario del sector. 5. Facilitar registro de incidentes que promocionen actitud constructiva ante los mismos.

MATERIAL: Las actividades de esta estrategia son: 1. Taller para responsables de todas las UAU de los CS del sector. 2. Confección del decálogo de buenas prácticas en mejora de la SP en las UAU. 3. Existencia en todos los CS del decálogo. 4. Creación del nuevo código de incidente en relación con la SP en el registro de incidencias de la dirección de atención al cliente de Atención Primaria. 5. Registro de incidencias del código de SP/ mes desde su implantación: Nº incidencias totales (Periodo de registro: junio – diciembre 2010). No existe un estándar de comparación. Se considerará positivo el incremento en el registro. 6. Retroalimentación periódica en reunión con las UAUs y Dirección del análisis de las causas de incidentes detectados y propuesta de áreas de mejora.

RESULTADOS: EL 100 % (18/18) de responsables de admisión de los CS del sector han realizado el curso. El grado de satisfacción global con el curso ha sido 9,3/10. Recomendarían el curso con un 8,8/10 y los conocimientos adquiridos les son útiles para su trabajo 8,8/10. Los comentarios más destacados han sido que "deberían hacerse más cursos relacionados con el día a día del trabajo que realizamos". Durante el curso se ha confeccionado el decálogo de buenas prácticas para las UAUs con el consenso de todos los responsables. Se ha difundido el decálogo por correo interno a todos los CS para incorporarlo a la información de acogida en los centros. Se valora confeccionar un salvapantallas con el decálogo. Se ha generado el nuevo código de incidencia en relación con la SP. Se presentarán resultados de su explotación.

CONCLUSIONES: La extensión de la cultura de la SP a los profesionales de admisión de los CS ha tenido una gran acogida. Ha propiciado reflexionar sobre el importante papel de su trabajo en el circuito asistencial del paciente. El decálogo puede ayudar a recordar este papel y a mejorar las buenas prácticas.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN AL USUARIO, CENTROS DE SALUD, SEGURIDAD DEL PACIENTE

1184 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:50 h.

EVALUACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DE ENTRADA EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Valverde Citores RM (1), Lorente Arias J (1), Guajardo Remacha J (2), Landaluce Lauzurica JI (3), Otamendi Lasa A (4), Burguera Larrea A (4)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital de Zumarraga. (2) Gerente, Hospital de Zumarraga. (3) Director Médico, Hospital de Zumarraga. (4) Lista de Espera Quirúrgica, Hospital de Zumarraga.

OBJETIVOS: Conocer el grado de cumplimiento de requisitos existentes en el consentimiento de entrada en lista de espera quirúrgica y su alineación con la seguridad del paciente.

MATERIAL: El hospital de Zumarraga, aunque tiene diferentes herramientas informáticas para la gestión de la información del paciente, el consentimiento de entrada en lista de espera quirúrgica (LEQ) se realiza de forma manual y en papel.

La información que se incluye en este documento ha de cumplir unos requisitos que garanticen la seguridad del paciente no sólo cuando este está en el hospital sino incluso antes de su llegada al mismo.

Para el estudio se analizaron un total de 400 documentos de las 6 especialidades quirúrgicas del hospital y todas ellas correspondientes al mes de noviembre.

Los campos que se analizaron fueron: identificación del paciente (incluyendo número de historia clínica y teléfono de contacto), diagnóstico, intervención (incluyendo lateralidad), servicio, facultativo, fecha de solicitud, fecha de consulta preoperatoria.

Para que el estudio fuera objetivo, la identificación del contenido de los documentos fue realizada por una persona de nueva incorporación en el hospital que no conocía el ámbito ni la terminología sanitaria.

RESULTADOS: Si bien se realiza análisis por especialidad, se muestran los resultados globales:

Identificación de paciente: aunque la falta del nº de HC se daba en un 1% este se correspondía en una parte con la ilegibilidad de los apellidos del paciente. Resultados asociados a seguridad de paciente y a gestión eficiente.

En el 44% la intervención era ilegible y en un 5% no constaba en el documento. Resultados asociados a seguridad de paciente.

En el campo diagnóstico se constató que en un 31% está era ilegible o no constaba. Resultados asociados a seguridad de paciente (¿fiabilidad diagnóstica?).

En un 8% falta el servicio y en un 29% resulta ilegible la identificación del facultativo. Resultados asociados a gestión eficiente.

En cuanto a la fecha de consulta preoperatorio, esta no aparecía en un 37%. Resultados asociados a gestión eficiente (el servicio de LEQ tuvo que "dejar" de hacer su trabajo para gestionar estas citas), seguridad del paciente, accesibilidad.

En un 7% no se incluyó la fecha de entrada en LEQ. Resultados asociados a accesibilidad.

CONCLUSIONES: La adecuada cumplimentación del consentimiento de entrada en lista de espera quirúrgica ha de considerarse como un elemento importante en la gestión de pacientes que como se ha podido comprobar incide directamente en la seguridad del paciente, la accesiblidad y la gestión eficiente.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD DE PACIENTES, ACCESIBILIDAD , EFICIENCIA

1221 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 11:55 h.

UNA APLICACIÓN WEB DE NOTIFICACIONES COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Moreno Campoy Ee (1), Moraga Ropero I (1), Mérida De la Torre FJ (1), Martín Navarro F (1), Garrido Martínez JA (1), Morillo Martín A (1)

(1) Comisión de Seguridad del Paciente, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

OBJETIVOS: La seguridad del paciente (SP) es objetivo prioritario para la mejora continua de la calidad y fomento de la excelencia clínica. Se refleja en los Planes de Calidad (Nacional y Autonómico) promocionando la cultura de SP y el establecimiento de sistemas de comunicación de incidentes.Así los objetivos son: a.diseñar una aplicación web como herramienta de aprendizaje, que permita la gestión de notificaciones, la puesta en marcha de medidas y la retroalimentación a los profesionales, para minimizar riesgos que provoquen resultados indeseados en los pacientes, creando cultura de Seguridad del Paciente.

b.formar e implantar el Sistema de Notificación en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

MATERIAL: a.Diseño y desarrollo considerando experiencias existentes y características reconocidas de un adecuado sistema de notificación. Seleccionándose, para alcanzar el éxito de uso, características que generen confianza en el sistema, incluyendo otras innovadoras respecto a otros sistemas existentes.
-Voluntario y accesible por todos los profesionales.
-Anónimo, aunque permite la identificación (confidencialmente). Y permite colaborar sin identificarse.
-Formato de la notificación breve y sencillo de cumplimentar.
-Gestión y análisis de notificaciones por un grupo de trabajo dependiente de la Comisión de SP.
-Tras el análisis, permite la retroalimentación y la comunicación a responsables para poner en marcha soluciones.
-permite al profesional la trazabilidad de su notificación y la comunicación directa con el grupo, sin perder el anonimato.
-En el sistema queda registrada cualquier actividad realizada.
b.El sistema se ha incluido dentro de la intranet, en un espacio propio de Seguridad del paciente
c.Formación periódica continua.

RESULTADOS: Aplicación denominada SiGNo (Sistema de Gestión de Notificaciones) vía WEB, para Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Es flexible y susceptible de modificaciones

Hasta la fecha se han realizado 35 talleres de formación, abarcando a un total de 376 profesionales (Atención Primaria y Hospitalaria).

Desde la implantación de SiGNo (final de diciembre-2009), se han realizado 37 notificaciones, trece de riesgos y veinticuatro de incidentes, algunos de ellos con daño para el paciente.

Clasificándolas en áreas se identifican: Errores de medicación (6), Estructura y adecuación de espacios (9), Recursos y mantenimiento (6), Procedimiento (10), Formación (3) Comunicación (3).

CONCLUSIONES: 1.SiGNo es una importante fuente de aprendizaje y facilita la identificación de riesgos, que en otro caso habrían pasado desapercibidos.

2.Al igual que en el análisis causal de los eventos centinela a nivel internacional, en nuestro ámbito también se identifica como área de mejora la formación y la comunicación.

3.Es necesario seguir formando y fomentando el sistema entre los profesionales.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Notificación, Aprendizaje

1247 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 12:00 h.

PLAN INTEGRAL DE ACOGIDA PARA ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS. RESULTADOS DE IMPLANTACIÓN

Balugo Huertas Sm (1), Lospitao Gómez S (1), Medina Reina AM (1), Luengo Alarcia MJ (1), García Gálvez MM (1), Álvarez Rodríguez J (1)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

OBJETIVOS: Definir las acciones de implantación del Plan Integral de Acogida para nuevas enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Evaluar los resultados de implantación.

MATERIAL: Utilización de metodología AMFE para diseñar el proceso de incorporación de nuevas enfermeras a UCI, detectar modos de fallo, efectos y causas, y priorizar acciones de mejora.

Diseño de encuesta de satisfacción para los nuevos profesionales tras finalizar el periodo de acogida.

RESULTADOS: Acciones de implantación. Tras priorizar los modos de fallo detectados en el AMFE se planificaron las siguientes acciones:

a) Plan de acogida y formación: flexible e individualizado en función del grado de conocimientos y experiencia en cuidados críticos de la nueva enfermera. Fases del plan: entrega del Manual de acogida; definición de competencias y objetivos; plan de formación teórico-práctico, precedido de una entrevista con la supervisora para determinar los conocimientos previos del nuevo profesional. La formación se completa con la asistencia al curso anual "Cuidados críticos para enfermería".

b) Tutelaje y supervisión a pie de cama durante la etapa de acogida y formación, llevado a cabo por los profesionales de la UCI experimentados, que requeriría "doblar" el puesto de trabajo durante esta fase.

c) Plan de responsabilidad progresiva: determina la manera en que los nuevos enfermeros se deben ir haciendo cargo de pacientes con gravedad o complejidad creciente.

d) Participación del Servicio de Cuidados Intensivos en la selección del personal de nueva incorporación.

Seguimiento del plan. Durante los primeros 18 meses de aplicación del plan se incorporaron 12 enfermeras (8 contratos largos y 4 cortos), de las que 1 tenía experiencia completa en cuidados críticos, 3 parcial y 8 ninguna. No se pudo participar en la selección del nuevo personal, pero se pudo evitar la incorporación simultánea de 5 profesionales. Todas las enfermeras tuvieron la entrevista con la supervisora y se les entregó el manual de acogida. Todas recibieron tutelaje y supervisión (7 de ellas doblando el puesto) y siguieron el plan de responsabilidad progresiva. Asistieron al curso anual de Cuidados Críticos el 50%.

Encuesta de satisfacción. Elevado grado de satisfacción con una valoración global del plan de 4.5/5 puntos.

CONCLUSIONES: La formación y supervisión individualizada de los nuevos profesionales de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos son estrategias fundamentales para prevenir errores derivados de la inexperiencia, aumentando, al mismo tiempo, la seguridad y satisfacción del proceso de incorporación. Los planes de acogida y formación se muestran como herramientas útiles para garantizar la seguridad de los pacientes críticos.

PALABRAS CLAVE: Plan de Acogida, AMFE, Seguridad

1279 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 12:05 h.

FACTORES ASOCIADOS A CAÍDAS CON LESIONES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO.

Sabido Mauri, Rosa M (1), Bolumar Castellvi, Anna Isabel (2), Domínguez López, Mª De la O (3), Lucas Jardi, Mónica (4), Aspa Gombau, Pilar (5), Brull Royo, Montserrat (6)

(1) SEVAD, Hospital de la Santa Creu. (2) Larga Estancia, Hospital de la Santa Creu. (3) Residencia Asistida y Psicogeriatría, Hospital de la Santa Creu. (4) Convalescencia, Hospital de la Santa Creu. (5) Cuidados Paliativos, Hospital de la Santa Creu. (6) Supervisión, Hospital de la Santa Creu.

OBJETIVOS: Analizar los factores asociados a caídas con lesiones en un centro sociosanitario.

MATERIAL: Estudio incluido dentro del "Projecte de prevenció de caigudes de l'Aliança per la seguretat dels pacients a Catalunya", realizado durante 1 año (junio 2009 - mayo 2010), en las unidades de Convalecencia, Larga Estancia, Psicogeriatría y Cuidados Paliativos. Definimos caída como cualquier incidente que precipita a una persona al suelo en contra de su voluntad.

Las principales características de la intervención incluyeron actividades de:

- Formación del profesional sanitario al inicio.

- Difusión de material informativo al inicio.

- Checklist de instauración de medidas preventivas.

- Utilización de un logotipo de identificación de pacientes con riesgo de caída.

- Registro de factores de riesgo de los enfermos que han caído (intrínsecos y extrísecos) y de las consecuencias de las caídas.

- Análisis descriptivo de los factores de riesgo de caídas. Comparación de caídas con y sin lesiones (comparación de medias mediante la T de student)

RESULTADOS: Nº caídas: 104; 64% mujeres; edad: 79+/-12,2 años; 34,6% caídas con lesiones; 7,6% lesiones moderadas-severas. Turno de la caída: Mañana 44,2%; tarde 31,7%; noche 24%. 39,4% precisaron atención médica. 11,6% precisaron Rx; 2,9% derivación a urgencias; 2,9% precisaron sutura; 65,4% no produjeron lesiones; 26,9% lesiones menores; 2,9% lesión moderada; 2,9% herida abierta; 1,9% lesión mayor/fractura. Comparación de caídas con y sin lesiones: Agitación psicomotriz 11%/28% p<0,05; problemas de iluminación 0%/7% p<0,05; tratamiento diurético 56%/25% p<0,01; no hay diferencias significativas en el resto de variables funcionales, clínicas, farmacológicas y ambientales analizadas. Comparación de caídas sin lesiones o lesiones leves con caídas con lesiones moderadas o severas: Intervención quirúrgica reciente: 18%/0% p<0,001; patología neurológica 53%/100% p<0,001; patología digestiva 9%/0% p<0,005; patología infecciosa 9%/0% p<0,005; incontinencia urinaria 70%/100% p<0,001; fármacos hipoglucemiantes 30%/0% p<0,001; no hay diferencias significativas en el resto de variables.

CONCLUSIONES: 1.Un porcentaje alto de caídas produce lesiones asociadas inmediatas, la mayoría de carácter leve. 2.Un porcentaje elevado requiere atención médica como consecuencia de la caída. 3. En la mayoría de variables funcionales, clínicas, farmacológicas y ambientales analizadas no hay diferencias significativas entre el grupo que sufre lesiones y el que no las sufre. 4.La mayor prevalencia de agitación psicomotriz, de patología infecciosa y cirugía reciente en los enfermos sin lesiones asociadas a las caídas podría atribuirse a una mayor intervención (no cuantificada) sobre los enfermos que presentan estas circunstancias.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, factores asociados, lesiones

1316 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 12:10 h.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Rodríguez-Ruiz HJ (1), Peculo-Carrasco, JA (1), Sánchez-Almagro, CP (1), Maiz-Gabino, V (2), Rios-Ángeles, A (3), Horcajadas García, A (4)

(1) Servicio Provincial de Cadiz, Empresa Publica de Emergecias Sanitarias-061. (2) Servicio Provincial de Cordoba, Empresa Publica de Emergecias Sanitarias-061. (3) Servicio Provincial de Jaen, Empresa Publica de Emergecias Sanitarias-061. (4) Servicio Provincial de Malaga, Empresa Publica de Emergecias Sanitarias-061.

OBJETIVOS: En la actualidad no existe ninguna GPC que se relacione exclusivamente con la seguridad del paciente, independientemente del proceso patológico que padezca.
Objetivo General
• Elaborar recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica, para mejorar la efectividad de las intervenciones relacionadas con la seguridad clínica del paciente, en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias.
Objetivos Específicos
• Enunciar una serie de recomendaciones en las distintas fases del proceso asistencial.
• Disminuir la variabilidad de la práctica clínica y la incertidumbre en la toma de decisiones mediante recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y en la experiencia clínica.

MATERIAL: Estudio secundario de síntesis, de creación de guía de práctica clínica, basada en la revisión sistemática de la literatura científica y en consenso de juicio de expertos.
Criterios de inclusión basados en el Tipo de pacientes, Tipos de intervenciones, Tipos de resultados y Tipos de estudio. Estarán incluidos estudios en los siguientes idiomas: castellano, inglés, francés, alemán, italiano y portugués. Se definen fuentes primarias, secundarias y literatura gris.
Para medir el nivel de la evidencia acerca de cada una de las cuestiones se realizará una clasificación en base a dos aspectos fundamentales: Tipo de estudio (en relación a la pregunta que pueda responder serán necesarios estudios comparativos o descriptivos) y Calidad métodológica (es importante analizar la probabilidad de sesgos que puede presentar cada artículo, su validez).
Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se utilizará el sistema del GRADE Working Group. En los casos donde se encuentren diferencias al determinar el nivel de evidencia de la recomendación se utilizará el consenso formal.

RESULTADOS: En la búsqueda de literatura científica los resultados fueron los siguientes:
• Fuentes primarias: 0 artículos
• Fuentes secundarias: 247 artículos
• Literatura gris: 12 artículos
De estos 259 artículos encontrados fueron seleccionados 117, mediante un proceso de criba descartándose el material no relevante.
Posteriormente se realizo una evaluación crítica, de forma independiente por dos miembros del grupo. Para disminuir la variabilidad se utilizaron plantillas en castellano desarrolladas por CASPe.
Por ultimo, se formularon 62 recomendaciones clasificadas utilizando el sistema GRADES Working Group en:
• 56 Fuertes
• 6 Débiles

CONCLUSIONES: Gracias a este estudio hemos podido elaborar una Guía de Practica Clínica sobre la Seguridad del Paciente.
Las recomendaciones formuladas en nuestra GPC están agrupadas en seis capítulos:
1. IDENTIFICAción DE PACIENTES
2. CONTROL DE INFECCIÓNES
3. ORDENES VERBALES
4. ADMINISTRAción DE MEDICAción
5. PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES
6. TRANSFERENCIA-COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE PACIENTES
Actualmente nos encontramos en la fase de Implementación y Difusión.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Recomendaciones, Extrahospitalaria

1342 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 12:15 h.

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD EN LAS HISTORIAS DE SALUD

Yang Lai R (1), González-Outon Velázquez J (2), Skodova M (3), Montero Domínguez JM (4), Roca Fernández-Castanys E (5), Fernández Sierra MA (3)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Puerto Real. (2) Servicio de Documentación e Información Sanitaria, Hospital Universitario Puerto Real. (3) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. (4) Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Puerto Real. (5) Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

OBJETIVOS: Detallar un procedimiento rutinario que permita reconocer áreas de mejora en la calidad de las historias de salud de un hospital

MATERIAL: La evaluación la realizará el Servicio de Documentación e Información Sanitaria, con periodicidad mínima anual. Cada año se analizará un área hospitalaria: Materno-Infantil, Quirúrgica, Médica, Cuidados Críticos.

La población vendrá definida por todas las historias de salud realizadas en cada área desde el segundo semestre del año anterior al estudio, hasta el primer trimestre del año.

El tamaño muestral se estimará para un nivel de confianza del 90%, prevalencia del 50% y precisión del 10%. En nuestro hospital, el tamaño muestral por área será 55.

El cuestionario a rellenar por el evaluador consta de: datos relativos al hospital, paciente, profesionales implicados, proceso asistencial, orden y tiempo. Las respuestas son: sí, no, ininteligible, incompleto, desordenado, no procede. La ausencia de información registrada se considerará un incumplimiento.

Este sistema será, a su vez, auditable. Es decir, estarán recogidos para cada evaluación realizada, los números de historia, fechas de los episodios evaluados y cumplimiento o no de los criterios.

RESULTADOS: La presentación de los resultados se realizará con sus correspondientes intervalos de confianza. Se registrará la proporción de cumplimientos. Calcularemos también un índice sintético de calidad. Para ello será necesario asignar un valor porcentual máximo a cada documento clínico, proporcional a la importancia del documento clínico componente de la historia de salud. El índice de calidad total de la historia de salud será la sumatoria de los índices de calidad para cada documento.

Con los resultados obtenidos en la Auditoría Interna y su análisis, se elaborarán dos tipos de informes, uno destinado a la Gerencia, y otro a cada una de las diferentes áreas.

Asimismo, se realizará una sesión anual con cada área, explicando de forma detallada los resultados, detectando las áreas de mejora, y realizando formación para encontrar las soluciones pertinentes.

Existirán reuniones periódicas para analizar la metodología y la evolución de las diferentes evaluaciones a lo largo del tiempo, con el fin de incorporar posibles mejoras.

Se emitirá un informe final para la gerencia, exponiéndose en la Comisión de Documentación Clínica, Información y Estadística.

CONCLUSIONES: La elaboración de un documento normalizado de evaluación facilita la homogeneidad en la evaluación, permitiendo la detección de zonas mejorables.

La detección de una correcta cumplimentación de la historia de salud evita fallos en la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: seguridad, calidad, historia clínica

1345 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 12:20 h.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y MANEJO DE LAS INCIDENCIAS TRANSFUSIONALES

Álvarez-Morezuelas MN (1), Alcalde-Bezhold G (1), Pereda-Vicandi A (2), Pujana-Zaldegi MI (2), Achaerandio-López MA (2), Aguirrezabal- G. Cortazar B (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Santiago- Osakidetza. (2) Servicio de Transfusión, Hospital Santiago- Osakidetza.

OBJETIVOS: 1) Medir la percepción de los errores de administración de componentes (EAC), "casi incidentes", conocimiento de la existencia de un protocolo transfusional interno y la pauta a seguir ante una reacción transfusional entre al personal de enfermería del Hospital Santiago y 2) Definir acciones de mejora.

MATERIAL: Se encuestó al personal de enfermería (DUEs) y personal del Servicio de Transfusión (DUEs y Técnicos Especialistas en Laboratorio-TELs). Se preguntaba, sobre su percepción y opinión relativas a la importancia de los errores de administración de componentes (EAC), su frecuencia, horario y personal más implicado, la notificación o no de los "casi incidentes", su conocimiento sobre la existencia y accesibilidad del protocolo transfusional del hospital y la actitud a seguir ante una reacción transfusional.

RESULTADOS: respondieron 164 encuestados, el 79,73% señalaba tener > 5 años de experiencia y el 70.73% refería transfundir < 5 unidades/mes. La mayoría (80.37%) consideraba los EAC como raros pero graves y un 9.8% tan excepcionales que no constituían un problema. Sobre el momento en el que se producían los errores con mas frecuencia destacaba la unidad de hospitalización, antes de iniciar la transfusión (48.47%), seguido del momento de la extracción (28.83%) y el laboratorio (12.88%). La mayoría consideraba que los EAC eran más frecuentes en horario habitual (69.51%) fines de semana (12.8%) y noches (7.9%). Un 18.9% (n=31) desconocía la existencia de un protocolo de actuación ante una incidencia transfusional, del 78% que sí lo conocía el 19.16% no sabía como acceder a él. Sin embargo el 89% de los encuestados referían conocer cómo actuar ante una reacción transfusional y un 10.37% reconocía no saber la pauta a seguir. En lo referente a la comunicación de incidentes, el 77.44% indicaba que comunicaba los "casi incidentes" y un 4.2% no contestó. Entre los que reconocían no hacerlo (18.29%) la mayoría lo justificaba porque no lo consideraba importante (63.33%), un 10% por miedo a represalias y el 26.67% refirieron otros motivos.

CONCLUSIONES: Presentado este análisis en la comisión de Transfusión, se decide 1) realizar una mayor y sistemática difusión del protocolo de actuación ante un error o una reacción transfusional, así como mejorar la accesibilidad al mismo y 2) realizar SESIONES de sensibilización que aumenten la implicación del personal en la notificación de incidentes y casi-incidentes, explicar la importancia y la utilidad de las notificaciones y a su vez apartar el miedo al castigo.

PALABRAS CLAVE: percepción del riesgo, error transfusional, Casi incidentes

1356 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 36 – 21/10/2010, 12:25 h.

RECLAMACIONES COMO FUENTE DE DETECCIÓN DE FALLOS EN LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Chacón-Manzano MC (1), Ríos-Ángeles A (2), López-Henz JM (2), Naranjo-Sánchez MA (3), Vivar-Díaz I (4), Bocanegra-Pérez A (5)

(1) Coordinación Asistencial 061 de Córdoba, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias . (2) Servicio Provincial del 061 de Jaén, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. (3) Coordinación Asistencial 061 de Málaga, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. (4) Coordinación Asistencial 061 de Almería, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. (5) Coordinación de Cuidados 061 de Málaga, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

OBJETIVOS: - Analizar las reclamaciones como fuente de detección de fallos en la comunicación e información.

- Diseñar un indicador

MATERIAL: Estudio descriptivo de reclamaciones en EPES. Último semestre de 2009. Fuentes de datos: gestor de llamadas SIEPES, grabaciones de voz de casos, Aplicación de Reclamaciones y Hojas de reclamación.

Se diseñó una lista de chequeo (técnica de consenso de expertos), para recogida de datos, que se dividieron según las siguientes fases: Datos generales, información Usuario-sala de coordinación de urgencias y emergencias (CCUE), información CCUE-Recurso y Resolución. Variables cuantitativas: edad paciente y reclamante, número de Teleoperadores, Coordinadores y recursos enviados. Resto de variables: cualitativas.

Se estudian frecuencias y porcentaje. Medianas con desviación típica para variables edad.

RESULTADOS: Nº de demandas de Asistencia desde Julio a Diciembre de 2009: 570.985. Nº reclamaciones: 95, con fallos en la comunicación: 95. Motivo más frecuente "demora en la asistencia" (26,3%),
Mediana de edad del Reclamante: 38 años ± 12,18. Relación sexo M/H: 1,24.
Área más afectada (84,2%): CCUE.
Coincidencia alertante e informante: 65,3%. Principal alertante Familiar directo (44,2%).
Barreras en la comunicación en 8,4% de casos. Información verificada por Teleoperador en 76,8%.
Información sobre Tipo de recurso enviado en 85,5%; sobre Tiempo estimado de llegada: 32,6% de casos. Verifican que usuario ha comprendido la información en el 17,9%.
La información entre CCUE y Recurso la facilita el Teleoperador que inicia la gestión de la demanda en un 47% de los casos, otro Teleoperador en el 49% de los casos.
En el 11% de casos se identifica el receptor de la información.
Rellamadas reclamando asistencia en 52,6% de casos. Se reevalúa situación del paciente en un 30%.
Concordancia entre información escrita del caso vs registrada en grabaciones en un 38% si dos Teleoperadores gestionan la demanda, 29% cuando es uno.
Indicador: La Tasa de reclamaciones con fallo de comunicación es del 1,7 por diez mil demandas de Asistencia.

CONCLUSIONES: •Necesidad de normalizar transferencia de información. El método ISOBAR puede ser una buena opción.
•Necesidad de formación en técnicas de comunicación.
•Se deberá informar sobre Tiempos estimados de llegada y recursos enviados, verificar que la información emitida es entendida por alertante y rellamar cuando se estimen demoras.
•Conviene realizar estudio analítico para determinar qué factores realmente influyen en los errores de comunicación.
•Necesidad de realizar seguimiento del indicador como medida de la adecuación de las medidas implantadas.

PALABRAS CLAVE: Comunicación, Reclamaciones, Seguridad

1424 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 15:35 h.

EVALUACIÓN DE NO CONFORMIDADES EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE ANTE LA REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

Rionda Álvarez MM (1), Fernández Campos M (1), Alonso Rodríguez A (1), Iglesias Avión P (1), Pardo Lemos I (2), Rodríguez Lorenzo D (3)

(1) Endoscopias, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (2) Unidad de Calidad de Cuidados, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (3) Coordinador de Calidad CHUVI, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

OBJETIVOS: - Identificar el peso de las no conformidades asociadas a pacientes a los que se le realizan pruebas endoscópicas.

- Identificar la casuística de no conformidades de mayor prevalencia.

- Identificar el período temporal con mayor porcentaje de no conformidades

MATERIAL: Es un estudio descriptivo, retrospectivo. Se realiza el estudio de la totalidad del universo al considerarse todas las no conformidades registradas durante el año 2009. Los Pacientes considerados en el estudio son aquellos derivados a la Unidad de Endoscopias desde las plantas de hospitalización del H. Meixoeiro para la realización de pruebas.

RESULTADOS: Las pruebas totales realizadas en el año 2009, han sido 1.377, de las cuales se han identificado 74 no conformidades, teniendo un peso relativo del 5,37%. De los criterios establecidos como no conformidad en el servicio, las dos de mayor prevalencia son: El paciente no trae canalizada la vía periférica y no trae firmado el consentimiento informado, representando el 25,68% y 58,11% respectivamente. La suma de ambas tienen un peso muy importante sobre el total de no conformidades, significando el 83,79%.

El mayor porcentaje de no conformidades se distribuye en los meses de marzo y abril con un peso relativo del 10,26% y del 12,20% respectivamente.

CONCLUSIONES: - La actuación en cualquiera de estos dos aspectos tendrán gran repercusión en la mejora de la preparación del paciente, debido a su peso sobre el total.

- No conformidad más prevalente (no trae firmado el consentimiento informado), no está directamente relacionada con la actividad enfermera, trasladando dicha información al responsable del colectivo.

- Respecto a la 2ª no conformidad más prevalente (paciente no trae canalizada la vía periférica), se hará periódicamente más hincapié en el cumplimiento del protocolo.

- El seguimiento de las no conformidades, permite conocer la realidad diaria de las no conformidades de la actividad, facilitando la puesta en marcha de acciones que garanticen la no suspensión de pruebas y sus consecuencias negativas sobre el paciente.

PALABRAS CLAVE: No Conformidades, Endoscopias, Digestiva

1439 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 15:40 h.

CUMPLIMENTACIÓN DE UN REGISTRO DE MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Alcolea MI (1), Torregrosa MA (1), Abenza JD (1), Bravo I (1), González MD (1), Pujante C (1)

(1) UCI, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVOS: Analizar el cumplimiento del mantenimiento de cuidado de los catéteres venosos centrales (CVC) en UCI, a través de una hoja de registro

MATERIAL: Estudio retrospectivo, entre el 1 Diciembre 2009 al 31 de Mayo de 2010. El mantenimiento del CVC se realiza mediante la cumplimentación de una hoja de control, donde se valoran diferentes ítems: día de inserción, localización, número de luces, día de retirada, así como el responsable enfermero/a de dicho paciente en cada turno, cambios de sistemas/elementos colaterales (atendiendo al tipo de infusión) y tipo de cura . Según el protocolo de cuidados del mantenimiento de catéteres venosos centrales vigente en nuestra unidad, ha de valorarse por turno el punto de inserción por el enfermero/a responsable de los pacientes en ese turno. Se debe registrar en la gráfica de cumplimientos de cuidados de catéteres por dicho profesional. Según el estado del punto de inserción se actúa según el protocolo. Los indicadores medidos son: presencia de la fecha de inserción del catéter, retirada, tipo, luces del mismo y porcentaje de días y de turnos, con cumplimentación por escrito del estado de CVC. Los datos se expresan como medias, con sus intervalos de confianza al 95%. Comparación mediante prueba de Kruskall Wallis.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se han canalizado 250 CVC, registrándose 156 CVC (62.4%). La media de días de CVC es de 5.9 (IC-95%: 5.1-6.7) y las medición de registros por CVC de 3.9 (IC-95%: 3.4-4.3) La fecha de inserción se ha dejado de cumplimentar en 40 (25.6%), la retirada en 120 (76.9%), el número de luces del CVC en 25 (16%) y la localización del lugar de punción en 23 (14.7%). El porcentaje de cumplimentación de registro por días es de 80.7% (IC-95%75.3-86.1) pero el porcentaje de cumplimentación de registro por turnos es de 26.9% (25.1-28.7). El porcentaje de cumplimentación por turnos es similar en los meses analizados: diciembre: 22.3% (13.4-31.8), enero: 23.3% (8.9-37.7), febrero: 28.1% (23.2-32.9), marzo: 26.6% (23.9-29.4), abril: 28.2% (24.3-32.2) y mayo: 26.4% (21.6-31.2); (p=0.894). Del total de enfermeros, hay 3 enfermeros que no han cumplimentado ningún registro, y de los que cumplimentan el mínimo ha sido de 1 registro en una enfermera y el máximo de 58 por otra enfermera.

CONCLUSIONES: El registro de mantenimiento de los CVC en nuestra unidad presenta múltiples deficiencias en su cumplimentación, habiendo enfermeros que nunca han registrado el estado del catéter.

PALABRAS CLAVE: Cateter venoso, Mantemiento , Registro

1441 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 15:45 h.

IMPLANTACIÓN HOJA DE CIRCULANTE ELECTRÓNICA EN EL HGUCR.

Domínguez Alonso, MT (1), Moreno-Chocano Gutiérrez, C (1), Solana Peña, RM (1), Piña Baeza , MP (1), Fernández Martín-Ondarza , A (1), Cambronero Casas, F (2)

(1) Enfermería, SESCAM. (2) Informática, SESCAM.

OBJETIVOS: Incrementar la seguridad en la recogida y registro de datos en el circuito quirúrgico.

Integrar en un solo documento los datos generados en los distintos Servicios que participan del acto quirúrgico

Dinamizar la fluidez de los canales de información.

MATERIAL: El proyecto se inicia con la andadura del HGCR en 2006 con la puesta en marcha del aplicativo informático Mambrino-HP.

En ese momento se recava información sobre la situación del bloque quirúrgico de forma conjunta por parte de la Dirección Médica y de Enfermería y el equipo de informáticos del Hospital. Este grupo se amplía con otros Servicios implicados y se mantienen reuniones programadas para definir la estructura del documento. Se van realizando mejoras en las aplicaciones informáticas que dan lugar a nuevas versiones, hasta una migración definitiva hacia la versión Mambrino 3.6.1.(abril 2009.

A partir de aquí se crea un grupo de expertos enfermeros del bloque quirúrgico que trabajan los contenidos y validan las mejoras conjuntamente con informática hasta llegar al documento final. Elaboran también un Manual de usuario y una Guía rápida de acceso.

Realizamos un cronograma de formación para los profesionales y un organigrama de implantación de la Hoja de Circulante comenzando en cuatro especialidades y ampliándola al resto de forma gradual.

RESULTADOS: Mejora la seguridad al existir campos de obligada cumplimentación, sin los cuales no se puede finalizar la hoja.

Se garantiza la trazabilidad en todo el circuito quirúrgico quedando registrado en todo momento quien, como y cuando accede al documento.

Mejora considerablemente el circuito prequirúrgico y se anula el circuito posquirúrgico de la hoja en papel.

El acceso a los datos quirúrgicos del paciente se puede llevar a cabo desde cualquier punto del centro.

CONCLUSIONES: La implantación electrónica de la hoja de circulante es una herramienta eficaz de trabajo que incrementa la seguridad del paciente, dinamiza los canales de información y contribuye positivamente a la optimización de recursos y gestión del tiempo del personal de enfermería.

PALABRAS CLAVE: circulante, electrónica, seguridad

1462 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 15:50 h.

SISTEMA DE DETECCIÓN Y RESOLUCIÓN DE INCIDENCIAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL TRABAJADOR

García-Mantas A (1), Navarro - Arranz P. (2), Juandó - Prats C. (3), Peñalba - Novo M. (4), Valls - Guallar C. (5), Bolibar - Ribas I. (6)

(1) Adjunta Dirección de Enfermería metodología y gestión clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (2) Subdirectora TICS y Sistemas de Información, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (3) Adjunta Dirección de Enfermería Gestión del conocimiento e investigación , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (4) Enfermera metodología y gestión clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (5) Calidad y Acreditación , Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. (6) Epidemiología y salud pública, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

OBJETIVOS: Mejorar la seguridad de los pacientes y de los trabajadores relacionada con la atención sanitaria mediante un sistema de detección y resolución de incidencias ocurridas en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP)

Implantación de una herramienta informática que permita el registro, gestión, análisis y evaluación de las incidencias

MATERIAL: El HSCSP desarrolló un sistema propio de detección y resolución de incidencias relacionadas con la seguridad del paciente y del trabajador que se inició en el mes de mayo de 2009, con una prueba piloto en 3 unidades. Este sistema consta de los apartados: notificación, evaluación y análisis, gestión de riesgos y emisión de informes predeterminados y se define un modelo sistematizado de gestión de incidentes adversos que abarca desde el análisis de las causas hasta la implantación de acciones de mejora.

La puesta en marcha de este sistema siguiendo las premisas de preservar la confidencialidad y transparencia del sistema, pretende: a) desarrollar una cultura de seguridad en el Hospital, b) demostrar la capacidad resolutiva del sistema, c) la implicación directa y continuada de todos los cargos de dirección, d) la difusión en todo el Hospital de informes periódicos sobre las incidencias notificadas y las mejoras realizadas.

Las estrategias de implantación fueron: 1-SESIONES informativas desde la gerencia, dirigidas a todos los mandos. 2-SESIONES de sensibilización y presentación del proyecto dirigidas a todos los profesionales implicados. 3-Formación especifica en el uso de la herramienta informática por los profesionales del área de la Fase piloto: gestores primarios y secundarios. 4-Comunicación del proyecto y evolución del piloto en intranet y en bandeja de comida. 5- Diseño de un logo específico mediante concurso abierto. 6- Apoyo a los profesionales durante toda la fase piloto.

RESULTADOS: Las incidencias notificadas mayoritariamente fueron caídas, y con una frecuencia de notificación con tendencia a estabilizarse hacia una media de 1.57/semana. El perfil más frecuente de notificador, es el de enfermera, fisioterapeuta o trabajador social (79%), a pesar de que un 21% de los notificantes no se han identificado en ningún grupo profesional. De igual manera, el 46% ha reportado de forma anónima.

CONCLUSIONES: En la notificación se evidencia que notifican los profesionales que ya están acostumbrados a ello e informan los incidentes que habitualmente comunicaban a través de otro canal. Los resultados de implantación son exitosos, sin embargo hay una necesidad de aumentar la cultura de seguridad en todos los profesionales del hospital

PALABRAS CLAVE: Incidencias, notificación , cultura de seguridad

1463 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 15:55 h.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE LONDRES EN LA INVESTIGACIÓN DE UN EVENTO ADVERSO

Latorre M (1), San Sebastián JA (1), Jauregui I (1), Zumalacarregui JA (2), Blanco Rmª (3), Rodríguez S (4)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces . (2) Unidad de Gestión Sanitaria, Hospital de Cruces . (3) Dirección de Enfermería, Hospital de Cruces . (4) Archivo y Documentación Clínica, Hospital de Cruces .

OBJETIVOS: Aplicación del protocolo de Londres para analizar un evento adverso, que consistió en la utilización de material sin esterilizar en ocho pacientes intervenidos en dos quirófanos del Hospital

MATERIAL: 1. Se reunió el grupo de investigación central del Hospital

2. Se solicitó información a la Dirección de los hechos conocidos

3. Se planificaron las entrevistas y la información que se iba a necesitar

4. Se realizaron entrevistas a los intervinientes y a la supervisión de esterilización, quirófanos y Servicio de Medicina Preventiva

5. Se identificaron las "acciones inseguras" y los "factores contribuyentes" de estas acciones

6. Se propusieron acciones de mejora para enfrentar cada uno de los factores contribuyentes

RESULTADOS: 1. Se realizaron cinco reuniones (dos de planificación y tres de evaluación y de contraste de hallazgos)

2. Se identificaron seis acciones inseguras, tres en la unidad de esterilización y otras tres en el quirófano

3. Aunque se identificaron más, se priorizaron cinco factores contribuyentes, que dieron lugar a la elaboración de cuatro acciones de mejora

4. El plan de acciones se preparó para su envío a la Comisión de Calidad y Seguridad del Hospital

CONCLUSIONES: LECCIONES APRENDIDAS

1. Es necesario informar a los responsables de equipos (jefes y supervisoras) del objetivo de la investigación y de la necesidad de entrevistar a las personas implicadas en el evento adverso 2. Puede ser necesario incorporar en el equipo de investigación una persona con experiencia en el evento investigado que facilite el contacto con las personas implicadas y la recogida de documentación relevante 3. Es necesario asegurar que los entrevistados identifican las "acciones inseguras" y que se realiza, por parte de los investigadores, un recorrido sistemático preguntando por todos los factores contribuyentes en cada una de las acciones inseguras identificadas 4. Es recomendable disponer de protocolos o guías de buenas prácticas que permitan contrastar los hallazgos 5. Aunque las personas colaboramos, a nadie le gusta sentirse investigado, y a veces es necesario verificar los resultados de las entrevistas con información objetiva.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, PROCEDIMIENTOS

1474 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:00 h.

EVOLUCIÓN EN LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Carrillo A (1), López A (1), Llamas N (1), Hernández Cr (1), García JA (1), Capilla L (1)

(1) UCI, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVOS: Analizar la incidencia de las complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva (VNI) a lo largo de los años a partir de la introducción de una ciclo de mejora

MATERIAL: Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de insuficiencia respiratoria y necesidad de VNI. Periodo de estudio entre 1 de enero de 1997 a 31 diciembre 2008. Las complicaciones analizadas han sido: lesión cutánea facial (medición objetiva), afectación ocular (medición subjetiva), distensión abdominal (medición subjetiva y objetiva), vómitos (medición objetiva), broncoaspiración (medición objetiva), isquemia cardíaca (medición subjetiva y objetiva), aparición de tapón mucoso (medición objetiva), infección pulmonar (medición objetiva) neumotórax (medición objetiva) e intolerancia/claustrofobia (medición subjetiva). Durante los 3 primeros años de estudio no se tomaron ninguna medida para prevenir complicaciones. A partir del año 2000 se toman las siguientes medidas: colocación de protectores coloides en las aéreas faciales de presión de la mascarilla, recolocación frecuente de la mascarilla, diminución de la presión del arnés, tolerancia de fugas y humidificación activa del aire inspirado. En el análisis de la lesión cutánea y la distensión gástrica se ha realizado un estudio de concordancia entre 2 observadores. Las variables se expresan como medias ± desviación estándar y porcentajes. La comparación entre variables mediante Ji2 de tendencia lineal y Mann Whitney

RESULTADOS: Han sido analizados 2590 pacientes con VNI, presentando complicaciones 878 (33.9%), de ellos 507 presentaron 1 complicación, 230 presentaron 2 complicaciones, 95 pacientes 3 complicaciones, 33 presentaron 4, 13 pacientes 5 y 1 paciente presento 7 complicaciones. La complicación más frecuente fue la lesión cutánea (28.4%) seguido de la ocular (12.5%). El porcentaje de pacientes con complicaciones relacionadas con la VNI en 1997 era de 44.2% , 45,8% en 1998 y 41.6% en 1999, con un descenso progresivo hasta el 25.7% en el año 2008 ($p<0.001$). La comparación antes y después de la implantación del ciclo de mejora muestra una descenso de las complicaciones cutáneas (37.5% frente 26.7%;$p<0.001$), oculares (21.4% frente 10.9%; $p<0.001$), distensión gástrica (5.8% frente a 3.5%; p:0.026) pero no en el resto de complicaciones. La densidad de incidencia para complicaciones disminuye de 27.5 casos*1000 horas de VNI a 14.8 casos*1000 horas de VNI ($p<0.001$). Entre los pacientes con complicaciones, el numero ha disminuido entre los dos periodos (1.7 ± 0.9 frente a 1.6 ± 0.9;p:0.014).

CONCLUSIONES: Las complicaciones derivadas de la ventilación no invasiva son frecuentes, pero medidas sencillas pueden disminuirlas, sobre todos las mas frecuentes.

PALABRAS CLAVE: ventilación mecanica, complicaciones, UCI

1499 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:05 h.

ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE: MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE EFECTOS ADVERSOS. RESULTADOS PRELIMINARES

Fernández Sierra MA (1), Skodova M (1), Velasco Rodríguez MJ (1), Pérez Vicente S (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. .

OBJETIVOS: La Comisión de Seguimiento y Control de la Seguridad del Paciente en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HUVN) integra las líneas de acción de un grupo multidisciplinar. Una de ellas es un proyecto de estrategias de acción que disminuyan los efectos adversos (EAs) evitables en el HUVN. Se presentan resultados preliminares. Tras la aplicación de las medidas se volverá a medir la incidencia de los EA, realizando un análisis coste-efectividad de la intervención (2ª fase). Los objetivos del estudio fueron analizar los efectos adversos(EA) evitables a través de un estudio preliminar en cuatro servicios, estudiando y aplicando las medidas ya establecidas tanto en otras instituciones como en el propio HUVN, para la evicción de los EA más incidentes en el hospital

MATERIAL: Estudio cuasiexperimental. Se realizó una intervención consistente en la medición de los EA evitables, aplicación de medidas de control del riesgo y medidas preventivas. Ámbito: Población hospitalizada en los servicios de Cirugía General (CG), Medicina Interna (MI), Oncología (ONCO) y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se identificó el EA a partir de una hoja de recogida de información, siendo confirmados posteriormente y grabados en base de datos para su análisis

RESULTADOS: Se revisaron las historias clínicas de 365 pacientes. Se cribaron 114 con posible EA (31,2%), confirmándose 59 pacientes (16,2%). El total de EA fue de 77. De ellos, en el 82,4% existen evidencias de su evitabilidad. La incidencia de EA por Servicio estudiado fue la siguiente: 40% ONCO, 22.2% MI, 18.4% en CG y un 16.6% en UCI. Los EA más frecuentes fueron en CG: la infección asociada a asistencia sanitaria -IAAS- (11,76%), reacción adversa medicamentosa -RAM- (5,88%), intervención quirúrgica abierta no prevista o ingreso después de una intervención ambulatoria programada (5,88%) y presencia de fiebre mayor de 38º el día previo al alta (5,88%). En M: la IAAS (24,14%) y RAM (17,24%). En ONCO: RAM (26,67%), quimioterapia previa (13,33%), la IN (6,67%). En UCI: la IAAS (75% de los EA de UCI) y RAM (25%)

CONCLUSIONES: Los EA encontrados como áreas de trabajo prioritarias en este estudio han sido: la reacción adversa a medicamentos, la infección asociada a asistencia sanitaria y el deficiente control de la anticoagulación. Los resultados representan el nivel basal sobre el que se puede evaluar la efectividad de las medidas adoptadas para el control de los EA

PALABRAS CLAVE: Estrategias seguridad , efectos adversos, Hospital de Tercer Nivel

1517 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:10 h.

MONITORIZACIÓN POR EL MÉTODO DE MUESTREO PARA ACEPTACIÓN POR LOTES (LQAS) DE LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO EN URGENCIAS

Alcaraz-Martínez J (1), Sierra-Prefasi F J (2), Moreno-Reina S (2), Esteban-Lloret Cn (2), Ortiz-González O (2)

(1) Unidad de Calidad, Urgencias, Hospital Morales Meseguer. (2) Urgencias, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: Valorar la utilidad del método de muestreo por lotes (LQAS) para estimar la adecuación de profilaxis frente a enfermedad tromboembólica y gastropatía de acuerdo al protocolo, en pacientes ingresados desde el servicio de urgencias.

MATERIAL: En un estudios previos se habían realizados ciclos de mejora en la adecuación del tratamiento profilactico frente a enfermedad tromboembólica (ETE) y gastropatía de acuerdo con los protocolos vigentes en nuestro centro. Ahora se trataba de valorar la utilidad de un método de muestreo que requiriese menor esfuerzo para la monitorización. Se ha escogido el LQAS, con el cual, una vez establecidos los niveles de cumplimiento estandar y umbral en el 90% y 70% respectivamente, bastaba con una muestra de 20 casos, en los cuales se tenía que dar cumplimiento en al menos 15 de ellos (Nivel de significación 5%, poder 80%).

Tomamos una muestra por trimestre en el año 2009, de forma aleatoria simple entre los ingresos desde Urgencias y se valoró la adecuación por adjuntos del servicio.

RESULTADOS: Partíamos de unos cumplimientos del 80,8% en el caso de la indicación de profilaxis frente a ETE y del 91,7% en la indicación de uso de gastroprotectores, en el estudio de 2006.

En el año 2009 se obtuvieron incumplimientos de 2/20, 8/20, 4/20 y 3/20 en los 4 trimestres correlativos en la profilaxis de ETE y de 3/20, 4/20, 2/20 y 3/20 en gastroprotección. Esto indica que en el 2ª trimestre hubo problemas en el uso de profilaxis frente a ETE.

CONCLUSIONES: Se ha utilizado una técnica sencilla para monitorizar la adecuación a protocolos de uso de fármacos para prevenir complicaciones durante el ingreso.

Se ha detectado problemas en la adecuación al de profilaxis frente a ETE

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, Servicio de urgencias, Monitoreo

1520 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:15 h.

EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE "LOS CINCO 5 MOMENTOS DE LA OMS" EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO DE TALAVERA DE LA REINA.

Bonilla Ba (1), Marín-Guerrero Ac (1), Veiga-Fra R (2), Acevedo-Ramos C (3), Biurrun A (4), Gonseth J (5)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.. (2) Supervisor de Oncohematología, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.. (3) Supervisora de Especialidades Quirúrgicas, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.. (4) Medicina Preventiva, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.. (5) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha..

OBJETIVOS: Analizar la situación y nivel de cumplimiento de la higiene de manos orientados por la Estrategia Multimodal de "Los cinco 5 momentos de la OMS".

MATERIAL: Nov 2009- Abril 2010: intercambio de experiencias para la introducción de la Estrategia de OMS en el marco de un taller internacional. Constitución del Grupo Conductor del Proyecto (11 supervisoras de enfermería, 5 médicos), formación de formadores, desarrollo de rondas de comprobación y refuerzo de dispensadores y de cartelería en hospitalización, urgencias, consultas externas, rehabilitación, Unidad de Cirugía Sin Ingreso y hospital de día. Mayo 2010: observación directa a lo largo de dos semanas del nivel de cumplimiento con "Los 5 momentos" en UVI, neonatología, planta de cirugía y consultas externas en turnos de mañana, tarde y noche que incluyen laborables y festivos.

RESULTADOS: Refuerzo estructural con 100 nuevos dispensadores y 300 carteles. Capacitación del grupo conductor como observadores. Programación de 125 SESIONES de 20 minutos de observación de las cuáles se realizaron un 85%. Se identifican 972 oportunidades y un nivel de cumplimiento global del 34% (UVI 27%, Neonatos 67%, Urgencias 23%, Consultas Externas 30%, Planta de Cirugía 48%). Adicionalmente se observa un uso inadecuado de guantes y un desconocimiento general de "los 5 momentos".

CONCLUSIONES: 1- Fue posible consolidar un grupo conductor y la observación directa de "los cinco momentos" sin recursos extraordinarios.

2- Existe un amplio margen de mejora del nivel de cumplimiento pero este nivel basal es consistente con la literatura.

3- El nivel de cumplimiento varía por ámbitos.

4- La formación probablemente requiere de acciones sistemáticas y mantenidas con alcance a la totalidad de trabajadores para tener impacto.

PALABRAS CLAVE: Higiene de Manos, Evaluación , Seguridad

1572 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:20 h.

ESTUDIO DE POSIBLES FACTORES ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carmen Martín Madrazo (1), Asunción Cañada Dorado (2), Sonia Soto Díaz (3), Juan Carlos Abanades Herranz (4), Miguel A. Salinero Fort (5), Cristina Villanueva Sanz (6)

(1) Unidad de Docencia Investigación Área 4,Madrid, SERMAS. (2) Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del Área 4 de MAdrid, SERMAS . (3) Unidad de Docencia eInvestigación Área 4,Madrid, Sermas. (4) Unidad de Docencia e Investigación Área 4,Madrid, Sermas. (5) Fundación Hospital Carlos III de Madrid, SERMAS. (6) Centro de Salud , Área 4 Madrid, Sermas.

OBJETIVOS: Se está realizando un proyecto FIS, con un diseño de ensayo clínico aleatorizado con grupo control para evaluar el efecto de un programa formativo sobre higiene de manos (HM) en Atención Primaria. Se ha realizado la 1ª primera observación a ambos grupos (experimental y control) y, antes de realizar la formación y la introducción de hidro-alcoholes en el grupo experimental, se envió a ambos grupos dos cuestionarios. Los datos de la 1ª observación nos muestran que el cumplimiento global medio de HM fue del 8,1% (IC95% 6,2-10,1), la experiencia laboral de más de 20 años se asoció significativamente a niveles muy bajos de cumplimiento. Nuestro objetivo es estimar si la percepción sobre HM y el nivel de "desgaste profesional" se relacionan con el cumplimiento de HM en los profesionales sanitarios de AP.

MATERIAL: Descriptivo, transversal, multicéntrico, realizado en 2009, mediante dos cuestionarios:
-"Desgaste Profesional" (Maslach Burnout Inventory),validado, compuesto por tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal .
- "Percepciones sobre HM", de 9 items. Elaboración propia. Validado.
Ambos autoadministrables y anónimos, enviados por correo interno.
Además se solicitaba información sobre edad, sexo, profesión y años trabajados.
Sujetos: La muestra se obtuvo de los 198 profesionales que habían sido seleccionados, mediante un muestreo aleatorio estratificado por categoría profesional para el ensayo clínico.

RESULTADOS: Cumplimentaron los cuestionarios 99 profesionales (53%), 88,9% eran mujeres. El 49,5% médicos, el 37,4% enfermeras, 7,1% pediatras y el 6% resto de profesionales. La media de años de experiencia laboral fue de 20,2 (DE:9,8).
- Cuestionario "Desgaste profesional": Los médicos obtuvieron un 35% de probabilidades más que el resto de profesionales de tener burnout alto en la dimensión Agotamiento Emocional, destacando significativamente p=0,010 (IC95% 1,07-171); y en Despersonalización tienen un 21% más de probabilidades que el resto, no siendo significativo.
- Cuestionario "Percepciones sobre HM". Sólo un 19,2% conocían las medidas higiénicas para proteger a los pacientes frente a Gripe A. Un 98% consideraba que la HM prevenían las infecciones después del contacto con el paciente. Un 72% se retiraba los guantes y se lavaba las manos correctamente. Un 95% valoraba mucho o bastante la eficacia que tiene la HM en la prevención de infecciones. Un 43,4% valoraba que no se necesita ningún esfuerzo para realizar de manera correcta la HM. Más de 20 años de experiencia laboral se asoció de manera significativa con la creencia en los profesionales "que las infecciones relacionadas con los cuidados en Atención Primaria son un problema importante" (RP 2,8 (IC95% 1,1-7,6) p=0,031).

CONCLUSIONES: Desgaste profesional: Se constata que los médicos de familia sufren niveles altos de burnout en relación con las otras categorías profesionales. Los años de experiencia laboral no se relacionan con el burnout.
El burnout no influye en el incumplimiento de Higiene de Manos.
Percepciones sobre HM: Los datos del cuestionario contrastan con los resultados de la observación realizada en los mismos profesionales 3 meses antes, y que presentan cifras de un cumplimiento del 8,1% e incumplimiento muy bajo en profesionales de más de 20 años.
La experiencia laboral de más de 20 años se asocia a niveles muy bajos de incumplimiento de HM, y está asociada a la creencia que las infecciones relacionadas con los cuidados en AP son un problema importante.
Conclusión: Hay discrepancias entre las percepciones que los profesionales tienen sobre la higienización de las manos y el cumplimiento real de la misma. (sesgo de respuesta)

PALABRAS CLAVE: Higiene de Manos, Cuestionario Percepciónes, Cuestionario Burnout

1583 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:25 h.

LA EVALUACIÓN DEL SONDAJE VESICAL COMO MÉTODO PARA REDUCIR INFECCIONES URINARIAS EN EL HOSPITAL BIDASOA.

Millán- Ortuondo E (1), Elosegui-Mendizabal M (1), Ochoa-Bedoya I (2), Urbina-Vélez De Mendizabal Y (3), Ormazabal-Irazusta C (4), Martínez-Pérez MJ (5)

(1) Sº Medicina Preventiva y Calidad, Hospital Bidasoa. (2) Medicina Interna, Hospital Bidasoa. (3) Unidad de Reanimación, Hospital Bidasoa. (4) Cirugía General y Traumatología, Hospital Bidasoa. (5) Urgencias, Hospital Bidasoa.

OBJETIVOS: Valorar si la evaluación completa del procedimiento del sondaje vesical es un método efectivo para reducir la infección urinaria

MATERIAL: Incorporación de la metodología propuesta por la Subdirección de calidad para la evaluación completa de un procedimiento asistencial:

1.- Revisión y actualización del procedimiento del sondaje vesical

2.- Difusión del procedimiento a enfermeras y auxiliares (Dar formación y recoger encuesta de conocimiento sobre el procedimiento)

3.- Elaboración de checklists para evaluar la adhesión al procedimiento (autoevaluación).

Se creó un grupo de discusión para la revisión del procedimiento y la elaboración de los checklist.

Se compararon datos ITU a través de los estudios de incidencia de infección que se realizan en el hospital

RESULTADOS: 1ª Prótesis de cadera y recambio: Incidencia acumulada (IA) de ITU en el 1º semestre frente al 2º semestre: 10% vs 2%. 1ª Prótesis de rodilla y recambio: IA de ITU en el 1º semestre frente al 2º semestre: 13% vs 2,1%.

Cirugía colorrectal: IA de ITU en el 1º semestre frente al 2º semestre: 15,8% vs 0%.

Densidad de incidencia de ITU durante el primer semestre de 2009 frente al año completo: 36,23 vs 30,13 1000pc*día (cirugía protésica+cirugía de colon).

Adhesión al procedimiento de sondaje vesical: Sondaje permanente: 94% criterios cumplidos.

Sondaje intermitente: 91% criterios cumplidos.

Lavado de sonda vesical: 90% criterios cumplidos

CONCLUSIONES: La metodología empleada para la evaluación completa del procedimiento parece eficaz para conseguir reducir la ITU, y podría ser aplicable a otros procedimientos asistenciales.

El grupo de discusión ha servido para detectar los puntos críticos y áreas de mejora en el proceso del sondaje y elaborar check-list ajustados a nuestra realidad.

El sistema de autoevaluación mediante check-list puede ser un método válido para evaluar la adhesión a los procedimientos asistenciales.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Infección, Evaluación

1585 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:30 h.

LABORATORIO-ATENCIÓN PRIMARIA: HISTORIA DE LO NUESTRO.

Martínez-Ferri MJ (1), Turon-Alcaine JM (2), Bone-Alcaine B (3), Tomas-Blasco P (4)

(1) Atención Primaria, Salud. (2) Coordinación de calidad del Sector de Alcañiz, Salud. (3) Laboratorio Hospital de Alcañiz, Salud. (4) Supervisora Laboratorio Hospital de Alcañiz, Salud.

OBJETIVOS: Garantizar la estabilidad y la trazabilidad de las muestras que reciben los laboratorios desde los distintos centros de salud de un sector sanitario rural.

MATERIAL: -Oportunidad de mejora: el laboratorio de nuestro hospital de referencia nos solicitó colaboración para mejorar el circuito de preanalíticos de atención primara, con fines de conseguir la acreditación con la norma ISO 15189:2003.

- Análisis de situación:

RESULTADOS: 2008: Estudio transversal: 5 de 11 centros cumplen el estándar de menos de dos horas y media para la llegada de las muestras al laboratorio. Control de temperatura en el transporte garantizado con el uso de data logger. Sin embargo son numerosas las incidencias relacionadas con la trazabilidad de las muestras, y el laboratorio no puede controlar a diario el indicador de tiempo desde la extracción al procesado de la muestra por déficits de registro. La frecuencia de petición de analíticas en actividades preventivas podría ser superior a la que indican los planes personales de OMI.

2010. Tras la implantación del procedimiento los 11 centros de salud citan las extracciones en agenda de OMI AP.

En el laboratorio no se han registrado nuevas incidencias relacionadas con la trazabilidad de las muestras.

Se realiza control diario del tiempo desde la extracción al procesado de la muestra en todos los centros, con registro de incidencia en caso de sobrepasar el estándar de llegada al laboratorio y aviso al médico en el informe final.

En el año 2009 se realizaron 6750 peticiones analiticas menos que en el año 2007.

Comunicación fluida laboratorio-Atención Primaria que ha facilitado todo el proceso.

CONCLUSIONES: Nuestra línea de trabajo, ha conseguido garantizar la trazabilidad de las muestras, ha permitido controlar a diario los estándares de tiempo y temperatura durante el proceso de transporte y ha reducido el número de extracciones en el sector.

PALABRAS CLAVE: LABORATORIO, ATENCIÓN, PRIMARIA

1617 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:35 h.

¿QUÉ PODEMOS APRENDER DEL PILOTAJE DEL CHECK-LIST DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA?

Martínez-Ortega (1), González Garrido, MJ (1), Fernández, MJ (2), Vázquez, L (3), Fernández-Cadenas, F (4)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Central de Asturias. (2) Enfermería Quirúrgica, Hospital Universitario Central de Asturias. (3) Cirugía, Hospital Universitario Central de Asturias. (4) Subdirección Servicios Quirúrgicos, Hospital Universitario Central de Asturias.

OBJETIVOS: Adaptar la herramienta 'Lista de Verificación para Cirugía Segura' (LVQ) de la OMS, a nuestro centro

Formar en el objetivo y aplicación de la LVQ

Pilotar la Lista para identificar mejoras en la misma

Analizar las debilidades del pilotaje de forma previa a la implantación generalizada

MATERIAL: Estudio transversal, periodo 22 Marzo a 9 de Abril de 2010.

Se seleccionaron 6 quirófanos con procesos homogéneos: Cirugía General (CGD) y Cirugía Cardíaca (CC).

Se realizaron SESIONES formativas a los equipos quirúrgicos de estas unidades.

Se debatió el contenido de la LVQ introduciendo 3 ítems sobre el básico de la OMS.

Se monitoriza por parte del equipo de implantación (en el quirófano, en intervenciones de inicio de jornada) la puesta en marcha de la LVQ.

Se cumplimenta la hoja de registro del LVQ por parte de la enfermera circulante.

RESULTADOS: El número de intervenciones en el periodo a estudio fueron 88 (63 CGD y 25 CC); se realiza la LVQ en 64 (40 de CGD y 24 CC): Tasa de cumplimiento global 72,72%. Por procesos, 63,5% CGD, 96% en CC. Los ítems analizados y el cumplimiento de los mismos son:

Consentimiento Informado: CGD: 92,5% CC: 83,3%

Identificación procedimiento: CGD: 87,5% CC: 91,7%

Identificación sitio quirúrgico: CGD: 70%

Identificación del equipo quirúrgico: CGD: 77,5% CC: 100%

Verificación de identidad, sitio y procedimiento: CGD: 75% CC: 100%

Uniformidad correcta: CGD: 70% CC: 83,3%

Cierre de puertas y ventanas: CGD: 77,5% CC: 66,7%

Repaso de pasos críticos por el cirujano: CGD: 45% CC: 87,5%

Repaso de pasos críticos por el anestesista: CGD: 60 CC: 100%

Repaso de pasos críticos por la enfermería: CGD: 87,5% CC: 95,8%

Se envían los resultados del pilotaje a todos los implicados, se analizan y se vuelven a realizar SESIONES formativas. En Junio se extenderá el procedimiento al resto de quirófanos.

CONCLUSIONES: Los pasos que resultan más costosos son: decir la pausa verbalmente, el contaje de gasas y agujas y el hábito de decir verbalmente los pasos críticos del procedimiento. Los parámetros más débiles y mas sencillos de solucionar son los relativos al consentimiento y la identificación, que deberían ser del 100%, detectándose un margen de 10,9% para la mejora. Es necesario 'ensayar' la LVQ y superar la barrera de 'escenificar' el contenido de la misma, para conseguir el objetivo final: un acto quirúrgico seguro.

PALABRAS CLAVE: Seguridad Quirúgica, Lista Verificación, Pilotaje

1623 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:40 h.

PLAN SEGURIDAD CLÍNICA DE LA RED DE SALUD MENTAL BIZKAIA

Matthies Baraibar, M.C. (1), López Ortiz, M (2), Izarzugaza Iturrizar I (1), Villalabeitia Jiménez, I (1), Arrubarena Ormaechea, M. (3), Mendiburu Belzunegui, L. (3)

(1) Subdirección de Innovación y Sistemas, Red de Salud Mental Bizkaia. (2) Subdirección de Innovación y Sistemas, Red de Salud Mental Bizkaia. (3) Hospital de Bermeo, Red de Salud Mental Bizkaia.

OBJETIVOS: La SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE es una dimensión básica de la calidad de la atención sanitaria; como tal podemos encontrar buenas prácticas en buena parte de los centros de salud mental. El diseño de un plan de seguridad clínica busca dentro de este marco dos OBJETIVOS PRINCIPALES:1)RECONOCER E INTEGRAR EN UN ÚNICO MARCO las acciones que se ya se están realizando 2)REVISAR Y MARCAR NUEVOS RETOS para abordar de cara al futuro.

MATERIAL: metodología: 1) Creación de un grupo director para la elaboración del Plan de Seguridad Clínica en el Hospital de Bermeo

2) Revisión bibliográfica, de las bases empleadas para el diseño (formación en seguridad de Osakidetza, Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud "Con la Seguridad en mente: Servicios de Salud mental y seguridad del paciente".3) Identificación de las áreas prioritarias de actuación en salud mental hospitalaria 4) Diseño y aplicación de cuestionario para ampliación del diagnóstico a la red de salud mental bikaia (2 hospitales y red de atención extrahospitalaria y comunitaria)

RESULTADOS: Se establecen siete áreas de intervención dentro del Plan de Seguridad Clínica para el Hospital, en función de las causas de posibles incidentes que se puedan dar en materia de seguridad. a)Accidentes y caídas de pacientes; b) Agresión y violencia c)S uicidio y autolesiones d) Uso del medicamento e) Fuga y desaparición de pacientes f) Seguridad sexual e) Otras áreas de seguridad clínica.

CONCLUSIONES: En cada área se recogen: - Buenas prácticas implantadas para la seguridad clínica del paciente- Propuesta de acciones de mejora como objetivos propuestos para la red. Como elemento básico facilitador del despliegue se prevé la incorporación de un sistema de notificación que permita recoger de forma unificada para su análisis la información que pertenece a cada categoría, que actualmente se encuentra dispersa en diferentes fuentes.

PALABRAS CLAVE: Seguridad clínica, Salud mental, Evaluación riesgos

1627 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:45 h.

CICLO DE MEJORA: ELABORACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE Y DE REVISIÓN Y CONTROL DEL CARRO DE SOPORTE VITAL AVANZADO 2008-2009

Sáez-Soto Ar (1), Rodríguez-Mondéjar JJ (1), Iniesta-Sánchez J (1), Ruiz-Mayor M (1), Beltrán-Monreal M (1), Terón-Martínez MJ (1)

(1) Dirección Enfermería, H.G.U. Reina Sofía.

OBJETIVOS: Los carros de soporte vital avanzado son elementos indispensables para atender, en condiciones óptimas la parada cardiorrespiratoria. Es necesario protocolizar cómo ha de estar organizado y el material que incluye así cómo su revisión para minimizar errores y garantizar la seguridad de los pacientes.
Objetivos
•Unificar contenido y disposición del material y medicación
•Normalizar la revisión
•Evaluar periódicamente
MATERIAL: Ciclo de Mejora:
•Análisis:
Carros montados de forma similar.
No existe procedimiento de revisión ni plantilla de seguimiento.
•Acciones mejora:
Elaboración de ambos procedimientos.
Difusión e implantación
Colocación de plantillas de revisión
Recogida de aportaciones de profesionales
Evaluación periódica del cumplimiento de ambos procedimientos
•Evaluación:
Está disponible:

C1 Planilla de Revisión
C2 Procedimiento montaje carro de soporte vital avanzado
C3 Procedimiento revisión y control carro de soporte vital avanzado
Planilla registro:
C4 Registrada última revisión
C5 Están todas las hojas.
C6 Realizadas mínimo 8 revisiones
C7 Aparecen 6 firmas legibles
Material/medicación:
C8 No hay material en mal estado
C9 Funciona laringoscopio
C10 Hay 3 catéteres nº18 o 16G
C11 Anectine en frigorífico y no caducado
C12 Tabla en carro
C13 Ambu con mascarilla y conexión toma de Oxígeno
C14 Desfibrilador con batería montada y en buen estado
C15 Bandeja superior no hay material ajeno
C16 Carro limpio y ordenado
C17 Ubicación adecuada
C18 Ubicación conocida por tres profesionales
C19 Revisión de desfibrilador (manual)

Dimensión: Calidad científico-técnica
Datos: proceso, estructura
Unidades estudio: unidades con Carros
Fuente de datos: planillas. 21 carros
Evaluación: Interna. Observación directa
Marco Muestral: Todos los Carros.

RESULTADOS: Resultados 2008
Está disponible: C1: 90%, C2: 81%, C3: 71%
Planilla registro: C4: 66,7%, C5:76,2%, C6: 52,4%, C7: 95,2%
Material/medicación: C8: 100%, C9: 100%, C10: 76,2%, C11: 76,2%, C12: 100%, C13: 95,2%, C14: 100%, C15: 47,6%, C16: 85%, C17: 100%, C18: 100%, C19: 57%
•Acciones de Mejora
Medidas correctoras en cada unidad
Reunión con supervisor
Modificaciones al procedimiento.
Distribución procedimientos definitivos
Talleres RCP
•Reevaluación 2009
Está disponible: C1: 91%, C2: 100%, C3: 76%
Planilla registro: C4: 52%, C5: 62%, C6: 33%, C7: 71%
Material/medicación: C8: 91%, C9: 86%, C10: 100%, C11: 100%, C12:100%, C13: 95%, C14: 90%, C15: 38%, C16: 90%, C17: 95%, C18: 100%, C19: 86%

CONCLUSIONES: De 19 criterios, mantienen su cumplimiento 4, han aumentado 7 y han disminuido 8.
Los procedimientos son instrumentos vivos sometidos a revisión continua, su evaluación periódica permite introducir las modificaciones oportunas y monitorizar su cumplimiento

PALABRAS CLAVE: SOPORTE VITAL, REVISION, PROCEDIMIENTOS

971 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:50 h.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

García-Fraguela B (1), Uriel-Latorre P (2), González-Gutiérrez-Solana R (3), Rimada-Mora D (4), Vázquez-Sánchez O (4), Amado-Aller C (1)

(1) Dirección de Enfermería, CHUAC. (2) Unidad de Investigación, CHUAC. (3) Nefrología, CHUAC. (4) Informática, CHUAC.

OBJETIVOS: Determinar si el uso de los DERi frente a DER ha aumentando.

Analizar si la tendencia al alza es constante en todos los diagnósticos de esta necesidad.

Analizar la relevancia estadística y clínica.

MATERIAL: Extracción, mediante herramientas de Data-Warehouse, del uso de DE reales y de riesgo de la Necesidad 10 (Comunicarse con otros expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. Desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad) en las 56 Unidades de Hospitalización entre 2000 y 2009.

El peso de cada Dx. de riesgo se ha determinado calculando el porcentaje de pacientes a los que se les registró ese Dx., asumiendo que el estándar debería ser el 100%.

Análisis estadístico descriptivo para ver la tendencia de uso de ambos DE en el periodo.

RESULTADOS: El CHU A Coruña es un hospital terciario que atiende a una población de 512.000 personas. El Complejo dispone de 1.437 camas y una media de 42.000 ingresos anuales.

1.- En los Dx. "Respuesta post-traumática" y "Tensión en el desempeño del rol cuidador", se observó un descenso en la prevalencia del Dx. real y un incremento en la frecuencia de uso del Dx. de riesgo correspondiente, con curvas de tendencia opuestas. (Gráficos 12 a 15).

2.- En el Dx. "Manejo ineficaz del régimen terapéutico" se produce un incremento en el peso del Dx. de riesgo correspondiente que, aparentemente, determina una reducción de la pendiente de la curva de tendencia en el Dx. real, aunque, por el momento, sigue con tendencia positiva. (Gráficos 10 y 11).

3.- En los Dx. "Dolor", "Temor" y "Ansiedad", el aumento del peso del Dx. de riesgo no ha producido una reducción en la prevalencia del Dx. real. (Gráficos 4 a 9).

4.- Incremento exponencial en la prevalencia de los Dx. "Riesgo de traumatismo", "Riesgo de infección" y "Riesgo de violencia auto-héterodirigida".

CONCLUSIONES: 1. En los Dx. "respuesta post-traumática", "tensión en el desempeño del rol cuidador" y "manejo ineficaz del régimen terapéutico" se observa una reducción de la prevalencia asociada a un incremento en el uso de los Dx. de riesgo correspondientes, más expresiva en los dos primeros. Esto parece confirmar la hipótesis inicial en el sentido de que el uso de los Dx. de riesgo supone una mejora en la asistencia vinculada a la prevención de complicaciones reales.

2. El uso de los Dx. de riesgo de traumatismo, infección y violencia auto-héterodirigida ha aumentado de forma muy significativa en el período, lo que demuestra una adecuada integración de las políticas y estrategias de seguridad del paciente.

3. En "dolor", "temor" y "ansiedad", el mayor uso de los Dx. de riesgo no ha producido una disminución de los reales. En el entorno de un hospital de tercer nivel, parece lógico que prácticamente todos los pacientes tengan algún tipo de reacción asociada al estrés del ingreso, por lo que nuestros resultados parecen demostrar una mejor práctica clínica por parte de la Enfermería en el sentido de evaluar estas situaciones de una forma más exhaustiva y precoz.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Diagnóstico, Seguridad

1365 | Seguridad

Sala 11 – Sesión: 47 – 21/10/2010, 16:55 h.

¿HACEMOS ALGO PARA APRENDER DE NUESTROS ERRORES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?

Vilaplana García AM. (1), Melcón De Dios A. (2), Del Nozal Nalda M. (1), Baños Roldán U. (3), Barroso Gutiérrez C. (4), Del Álamo Hernando I. (1)

(1) Subdirección de Calidad, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (3) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (4) Centro Coordinador de Procesos Estratégicos, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área.

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 Universitario Virgen Macarena 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: Durante el primer semestre de este año se ha elaborado e implantado 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 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 ocho casos de errores de medicación que han sido motivo de análisis por el grupo de trabajo y con la consiguiente elaboración y difusión del primer boletín informativo que contempla recomendaciones para evitar su repetición. También se han notificados dos sucesos centinelas y que a través del Análisis de Causa Raíz (protocolo de Londres) se ha establecido un plan de mejora específico.

CONCLUSIONES: El sistema de notificación implantado para el Hospital Universitario Virgen Macarena 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.

PALABRAS CLAVE: Notificación, Incidente, Evento Adverso

1237 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:05 h.

S.A.T., SERVICIO ASISTENCIAL AL TERRITORIO, UN PROYECTO DE SOPORTE A NUESTRA RED ASISTENCIAL.

Salguero-Pérez, C. (1), Salvat-López, M.I. (1), Macias-Castellote, I. (1), Treviño-Monjas,S. (1), Cullet-Campeny, E. (1), Güell-Ubillos,J.A. (1)

(1) Dirección Servicios Asistenciales, Mutua Universal.

OBJETIVOS: Mejora de la gestión del proceso derivado de accidente de trabajo y/o enfermedad común

Facilitar la aplicación de procedimientos, guias clínicas y protocolos estandarizados.

Dar soporte facultativo a la red asistencial de ámbito nacional.

MATERIAL: El trabajo se realizó dentro de Mutua Universal, Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS Nº 10).

Dentro de esta entidad, el proyecto ha sido desarrollado en el marco de la actual Dirección Asistencial de Prestaciones. Los profesionales del equipo son médicos y psicólogos.

Dado el ámbito nacional de la empresa, se focalizó en la necesidad de garantizar equipos asistenciales interdisciplinares, con identidad propia, orientación a la atención al paciente y al logro de la máxima competencia profesional. Garantizar también, la eficiencia económica de los servicios y responsabilizarse de la atención integral y global de una forma ágil. Coordinar con el resto de servicios y direcciones, asegurando la correcta integración de los procesos diseñados.

El proyecto no surge en respuesta a un problema concreto y cuantificable, más bien a la intención de reorientar un servicio asistencial ya existente, unificando líneas de trabajo.

El proyecto se desarrolló, primero creando un grupo de trabajo multidisciplinar que recogió todas las táreas y funciones ya existentes para cada colectivo profesional. Segundo, se realizó un trabajo de detección de necesidades de nuestra red asistencial no atendidas y tercero, en función de todo ello se propusieron nuevas soluciones.

RESULTADOS: Creación del equipo de Servicio Asistencial al Territorio, con diversas funciones. Desplazamiento a los centros asistenciales de todo el ámbito nacional, para realizar visitas presenciales, soporte directo y formación al equipo asistencial.

Valoración y seguimiento de los indicadores de gestión.

Todas estas actuaciones, han tenido repercusión directa en el funcionamiento de nuestros equipos asistenciales e indirectamente ha contribuido a una mejor atención global de los pacientes.

Mejora de la comunicación interna entre servicios centrales y los equipos asistenciales, unificación de criterios en la gestión y valoración especializada de los procesos. Destacar que se ha recibido un feedback positivo en los desplazamientos a los distintos centros asistenciales que este servicio ha realizado.

Los integrantes del equipo del proyecto hemos ampliado los conocimientos sobre las áreas asistenciales y hemos obtenido una visión integral del proceso de atención al paciente.

CONCLUSIONES: Las funciones del SAT tienen una repercusión directa al resultado.

PALABRAS CLAVE: Territorio, Asistencia, Equipo

1255 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:10 h.

PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

Cartelle-Pérez TJ (1), Codesido-Mirás R (1), Castro-Pérez M (2), Pérez-Barreiro I (3), Sánchez-Fuentes J (3), Bernárdez-Otero M (4)

(1) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia -061. (2) Gabinete de Comunicación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia -061. (3) Recursos Humanos, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia -061. (4) Dirección de Coordinación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia -061.

OBJETIVOS: Dotar al 061 de Galicia de un sistema de comunicación interna (CI) que le permita difundir sus principios y valores, sus contenidos y sus avances de manera sistemática.

MATERIAL: Se constituyó un grupo de trabajo de Febrero a Octubre 2009 compuesto por 3 propietarios de la acción de mejora y 9 colaboradores señalándose 3 pasos en la planificación de la CI: 1) Realización de diagnóstico de situación mediante una auditoría para conocer los problemas que experimenta la CI. 2) Necesidad del compromiso y apoyo de la dirección con la auditoría y el propio plan. 3) Diseño e implantación del plan estableciendo: 1ª fase, aprobación y difusión del plan al personal de la organización. 2ª fase, creación de un grupo de CI (pendiente de desarrollo). Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo, realizado en Marzo 2009, mediante un cuestionario de 7 preguntas (usando la escala de Likert de 5 puntos en 4 de ellas y 3 preguntas abiertas para obtener una opinión cualitativa) dividiendo la organización en 3 áreas diferenciadas. Sujetos a estudio: todo el personal del 061 de Galicia N=220 (Área asistencial=132, área de coordinación=49, área de dirección-gestión=39). El cuestionario se envió por correo electrónico y fue recogido en papel. Los resultados se recogieron en una tabla de excell y el análisis estadístico se realizo mediante SPSS14.0

RESULTADOS: Encuestas contestadas 68 (30.91%) la valoración de la CI existente (escala muy mala a muy buena) media 2,57desvición típica 1,23. Las herramientas mas valoradas para la CI es el correo electrónico (media de 4,66), intranet (media 3,85) y reuniones informativas (media 3,76). Para conocer la información/contenidos de los que les gustaría ser informados se hizo una pregunta abierta dirigida a un grupo multidisciplinar de trabajadores=27 y otra al equipo directivo=4 de información/contenidos que consideran que deben transmitirse. La información recibida se agrupó en una parrilla de priorización teniendo en cuenta coste e impacto de la medida. Finalmente se hizo una matriz de comunicación donde se recogen tipo de información/contenidos, destinatarios de la comunicación, canal de comunicación, periodicidad y responsable de la comunicación.

CONCLUSIONES: Las personas de la organización valoran globalmente la comunicación como regular .Las herramientas que señalan más útiles son el correo eléctrico y la intranet. Se detectan circuitos de comunicación vertical descendente y circuitos de comunicación horizontal, no se detecta comunicación vertical ascendente

PALABRAS CLAVE: Comunicación, Mejora, Emergencia

1363 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:15 h.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN LA URGENCIA SIN SER ATENDIDOS

Sánchez-Fernández (1), Balzategi-Garai E (1), Melgosa-Latorre F (1), Muñoz-Muñoz M.J. (1), Perea-Rielo Z (1), Sarriugarte-Mochales I (1)

(1) Urgencias, Hospital Alto Deba.

OBJETIVOS: Análisis de uno de los indicadores de calidad clave en el Servicio de Urgencias, siendo el registro y análisis de indicadores, dentro un Servicio de Urgencias gestionado por procesos y certificado con la ISO 9001 2000, un elemento permite monitorizar la calidad de la asistencia en base a unos estándares establecidos, siendo el porcentaje de pacientes que se van sin ser vistos, el indicador de calidad estudiado

MATERIAL: Estudio descriptivo observacional de los episodios correspondientes a los pacientes atendidos en el entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2008, habiéndose utilizándose el programa informático de gestión de pacientes (PCH) y el programa AS400 para la obtención de datos, con posterior análisis estadístico mediante el SPSS

RESULTADOS: Fueron analizados 31857 episodios, de los cuales 346, es decir, el 1,08%, abandonó el Servicio de Urgencias sin ser atendido por el médico, habiéndose aplicado el SET(Sistema español de triaje) a 344 (99,4%). El 52,15% fueron hombres y el 47,85 mujeres, siendo la edad media de 34,7 años y encontrándose el 75% por debajo de los 46 años. El grupo de edad que más frecuentemente abandona la Urgencias sin ser visto es el de entre 20 y 29 años, siendo el 22,8% del total. En cuanto a los días de la semana, fueron los lunes, con el 21%, y los martes, con el 19,2%, los días que más abandonos hubo (mas del 40%), siendo el domingo el día que menos, con el 9,8%. En cuanto a la distribución por meses, el que mas abandonos se vieron fue el de Diciembre, correspondiendo al 2º mes con más carga de trabajo.

En cuanto a los motivos de consulta más frecuentemente en estos pacientes, los dolores de diferente localización y los cuadros inespecíficos de malestar general fueron los principales motivos de consulta.

En lo referente al nivel de gravedad asignado por el triaje aplicado, en el 96% de los casos se trataba de pacientes clasificados con los niveles IV y V (los de menor nivel de gravedad)

CONCLUSIONES: 1. El número de pacientes que se va sin ser visto, sin ser un número significativo, si constituye un grupo importante.

2. El perfil es de paciente joven, residente próximo al hospital, con problemas menores de salud y que abandona el Servicio antes la pespectiva de una espera prolongada.

3. La optimización de los tiempos de respuesta para la atención permitiría disminuir este grupo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: Indicador, Abandono, Calidad

1370 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:20 h.

METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Vilaplana García AM. (1), Gómez Rosado JC. (2), Del Nozal Nalda M. (1), Palomo Lara JC. (3), Comisión De Documentación Clínica (4)

(1) Subdirección de Calidad, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (2) Servicio de Cirugía, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (3) Subdirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. (4) Subdirección de Calidad, Hospital Universitario Virgen Macarena.

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 Universitario Virgen Macarena y Área se dispone de un Reglamento de las 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: La Comisión de Documentación Clínica ha diseñado un plan de evaluación de historias clínicas en los distintos Servicios y Unidades del Hospital Universitario Virgen Macarena y 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.

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 varios Servicios 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.

CONCLUSIONES: 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.

La comprobación de la eficacia de esta herramienta se realizará a través de la repetición del procedimiento de auditoria al cabo de una año. Esta revisión nos permitirá evidenciar las mejoras obtenidas en todos y cada uno de los ítems analizados.

PALABRAS CLAVE: Historia Clínica, Reglamento, Auditoria

1428 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:25 h.

EL MODELO DE EXCELENCIA EFQM ES EL CAMINO, NO ES LA META

Gónzalez-Contreras M (1), Alvaro-Parra JA (2), Cómes-Górriz N (3), Dodero-Solano FJ (4), Fabregat-Sancho JF (4), Fuente-Blanco MC (1)

(1) Calidad, Fundación Jiménez Díaz. (2) Gerente, Fundación Jiménez Díaz. (3) Directora de Enfermería, Fundación Jiménez Díaz. (4) Subdirector Médico, Fundación Jiménez Díaz.

OBJETIVOS: Conseguir posicionar los conceptos fundamentales del EFQM, como motor de la Fundación Jiménez Díaz en el camino emprendido desde el 2003 hacia la excelencia.

Convertir a la Fundación Jiménez Díaz en el Hospital que todos los pacientes/clientes elijan para solucionar sus problemas de salud.

La Fundación Jiménez Díaz lleva realizando la Autoevaluación EFQM desde el año 2003, planteando la realización de la autoevaluación como un objetivo dentro de la planificación anual en el área de calidad. Este planteamiento nos ha permitido utilizar la autoevaluación como una herramienta más para la detección de áreas de mejora e ir introduciendo el Modelo EFQM en la organización. El proyecto iniciado en 2009 tiene como objetivo principal establecer el Modelo como el medio para conseguir las mejores prácticas y resultados en todos los aspectos de la gestión empresarial.

La Fundación Jiménez Díaz ha estado inmersa en un proceso de grandes cambios en todos lo ámbitos de la Organización, es en el año 2009 haciendo balance de todo, donde se detecta la necesidad de establecer bajo el Marco del Modelo EFQM una sistemática que permita Planificar, Desplegar y Revisar todas las actuaciones de forma que puedan ser evidenciadas tanto internamente como a entidades externas a la Organización

MATERIAL: A continuación se detallan las grandes Fases del Proyecto:

1. Planificación y aprobación del Proyecto,
2. Plan de Formación en el Modelo EFQM, dirigida a la Dirección y a los profesionales involucrados en la Gestión por Procesos.
3. Realización de la Autoevaluación en colaboración con entidad licenciataria del modelo EFQM.
4. Planificación Estratégica.

RESULTADOS: Formación a 20 profesionales como Evaluadores Oficiales del Modelo EFQM.

Formación a los directivos de la organización en el Modelo EFQM.

Realización de la Autoevaluación con la participación de 45 personas de todos los colectivos de la organización.

Obtención de una puntuación superior a los 400 puntos en la Autoevaluación realizada con el asesoramiento evaluadores acreditados por la EFQM.

Plan Estratégico de la organización definido en el marco del Modelo EFQM

CONCLUSIONES: El grado de implicación tanto de la Gerencia como de las Direcciones ha sido clave para el éxito del proyecto.

Un concepto importante es que con el Modelo de Gestión EFQM, la organización ha iniciado un largo camino que nunca acabará, ya que la mejora continua debe ser un concepto presente en la organización día a día.

Las razones fundamentales para utilizar el Modelo EFQM son por que permite acelerar el proceso de mejora continua en la gestión, porque aumenta la eficacia en la identificación de la mejora y porque incrementa en los profesionales el conocimiento sobre calidad.

PALABRAS CLAVE: EFQM, EXCELENCIA, MEJORA

1442 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:30 h.

REVISIÓN DEL SINCRONISMO ENTRE LA BASE DE DATOS POBLACIONAL Y LAS BASES DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Gómez Montero, Gerardo (1), Estepa Muñoz, Montserrat (1), Rodríguez Martínez, M. Ángeles (1), Sarrión Bravo, Juán Antonio (1), Escudero Batalla, Fernando (2), Polo Herrador, María Jesus (3)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid. (2) Dirección de Gestión, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid. (3) Sistemas de Información, Gerencia Área 2 Atención Primaria de Madrid.

OBJETIVOS: Objetivo principal:

- Tener correctamente identificados a todos los pacientes asignados en la aplicación OMI-AP

Objetivos específicos:

- Comprobar el estado de sincronismo entre la base de datos poblacional (CIBELES) y las bases de datos de historia clínica electrónica (OMI-AP)

- Corregir errores de sincronismo encontrados.

- Asociar correctamente a cada paciente con su enfermera.

MATERIAL: Debido a la implantación de Ap-Madrid y de la Libre Elección en la Comunidad de Madrid, es necesario que los pacientes estén correctamente identificados y asignados a su médico y enfermera.

Desde la Gerencia se planteó un trabajo de campo para asegurarnos que la implantación de ambos sistemas se hiciese de manera correcta.

Para ello se formó un grupo de trabajo multidisciplinar que trabajando con la filosofía PDCA elaboró un plan de acción:

Para conocer el estado de sincronismo de la base de datos poblacional (CIBELES) y las bases de datos de historia clínica (OMI-AP) se realizó un cruce entre ambas bases de datos para identificar el porcentaje de pacientes correctamente sincronizados. Además se identificó aquellos pacientes que aunque no estaban sincronizados eran recuperables.

En una segunda fase se corrigió el sincronismo de los pacientes recuperables, añadiendo después a las bases de datos de historia clínica aquellos pacientes que no eran recuperables informáticamente.

Posteriormente en una tercera fase en la que ya teníamos identificados a los pacientes correctamente procedimos a actualizar las asignaciones de enfermera a los pacientes.

RESULTADOS: El sincronismo entre Cibeles y OMI-AP resultó ser muy bueno, un 98,4% de media, pero para un número elevado de pacientes (7220) no estaban correctamente identificados en OMI-AP.

Tras llevar a cabo la segunda fase, se recuperaron automáticamente 3340 pacientes, lo que nos llevó a un 99,1% de pacientes correctamente sincronizados, quedando 3880 pacientes para añadir a la base de datos manualmente.

Posteriormente se solicitó a todos los centros de salud la relación médico-enfermera para poder actualizarla y corregirla en los casos que algún paciente no estuviera correctamente asignado.

CONCLUSIONES: - La correcta identificación de los pacientes es fundamental para poder prestar una atención segura y de calidad.

- La existencia de múltiples bases de datos interrelacionadas hace que el sincronismo entre ellas sea complejo, lo que puede ocasionar fallo

PALABRAS CLAVE: sincronismo, identificación, PDCA

1455 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:35 h.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA DE PROBLEMAS DE SALUD AGUDOS ATENDIDOS POR LA ENFERMERA.

Enric Mateo Viladomat (1), Francisca Pavón Rodríguez (2), Susana Vilalta García (3), Antoni Peris Grao (1), Jordi Gascón Ferret (4), Mamta Advani (5)

(1) Dirección, CASAP Can Bou. (2) Enfermería, CASAP Can Bou. (3) Medicina de Familia, CASAP Can Bou. (4) Unidad de Atención al Usuario, CASAP Can Bou. (5) Tecnica sanitaria, CASAP Can Bou.

OBJETIVOS: Mediante protocolos consensuados por todo el equipo, la enfermera se encarga de gestionar problemas de salud utilizando metodología de enfermería. Un estudio descriptivo demostró un alto grado de resolución autónoma (80%) de los casos atendidos por la enfermera. Durante el estudio se percibió un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.

En marzo de este año se inició un estudio cuyo objetivo es Conocer el grado de satisfacción de los usuarios que solicitan ser entendidos el mismo día por patología aguda y que han sido acogidos por el administrativo y atendidos por la enfermera.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal en un EAP urbano, estratificado por edad y sexo y utilizando la t de Student para comparar la media de satisfacción.

Criterios de inclusión: Usuarios mayores de 15 años. Visitados por la enfermera entre el 1 y el 15 de marzo del 2010. Se han excluido aquellos que, una vez valorados, se han derivado a otro profesional.

Hemos realizado 246 encuestas con muestro consecutivo a los 14 días de ser atendidos por la enfermera. El cuestionario utilizado consta de 13 preguntas y es una versión adaptada del utilizado en el ensayo clínico con financiación FIS nº 060715.

RESULTADOS: Los usuarios entrevistados tienen una edad media de 40,9 años y el 61,39 fueron mujeres. El 78,4 % no reconsulto por el mismo PS, en menos de 15 días y el 87% dice que su PS fue resuelto bien o muy bien. La valoración media de la enfermera referente al tiempo dedicado, el trato personal, las explicaciones y la sensación de estar en buenas manos es de un 8,43 sobre 10. Al 60% le sería indiferente qué profesional le resuelva su PS o prefiere a la enfermera. El 82% ve bien o muy bien que el administrativo le pregunte por su PS y lo guíe hacia el profesional más adecuado.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran un alto grado de satisfacción (8,43 sobre 10) de las curas recibidas de la enfermera. El grado de resolución (78,4%) se corresponde con otros estudios anteriores realizados a la misma población.

Estos resultados nos impulsan a seguir por esta vía y nos gustaría que nuestra experiencia fuera refrendada y consolidada por otros EA's.

PALABRAS CLAVE: Demanda aguda, sistemas de emegencia, resolución enfermería

1459 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:40 h.

¿UNIDAD DE CALIDAD HOSPITALARIA COMO UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA?

Hernández Borges AA (1), Torres González G (1), Batista López AI (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario de Canarias.

OBJETIVOS: Mostrar nuestra experiencia en el diseño, implantación y certificación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de nuestra unidad de calidad hospitalaria como una unidad de gestión de proyectos de mejora

MATERIAL: En 2007 se creó la Unidad de Calidad de nuestro centro. De abril a julio de 2009 se emprendió la certificación de su Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Se identificaron y documentaron nuestros procesos operativos con fichas de procesos (flujogramas, misión, proveedor, clientes, entradas, salidas, indicadores) y procedimientos de apoyo. Se implantaron mejoras identificadas en esta fase. En noviembre de 2009 se realizó la primera auditoría interna del SGC y la primera Revisión por la Dirección. En diciembre de 2009 se pasó la auditoría de certificación. Tras cumplimentarse un plan de acciones correctoras para dar respuesta a las observaciones hechas, se obtuvo el certificado ISO en febrero 2010.

RESULTADOS: Los tres procesos caracterizados son: Mantenimiento del SGC, Formación en Calidad y Seguridad, y Gestión de Proyectos de Mejora, el último con cuatro subprocesos: Monitorización e Identificación de Oportunidades de Mejora; Gestión de Proyectos; Implantación de Mejoras; y Análisis del Nivel de Calidad. Se elaboraron cuatro procedimientos para dar apoyo a la documentación de algunos de los procesos citados. Los principales indicadores identificados y los resultados son (en medias): número de asesoramientos emprendidos/trimestre (15); número de oportunidades de mejora detectadas/trimestre (2,5); número de cursos impartidos/trimestre (3); número de alumnos formados en calidad/seguridad por trimestre (150); satisfacción media de los responsables de proyecto asesorados (8,6); satisfacción media de alumnos (8,32).

CONCLUSIONES: Con la evolución del concepto de la función calidad en los hospitales, el papel de las unidades de calidad también ha cambiado. La caracterización de las unidades de calidad hospitalarias es una necesidad detectada en el seno de la propia Sociedad Española de Calidad Asistencial. De hecho es un proyecto de SECA, actualmente en desarrollo, la identificaión de indicadores de gestión para estas unidades, como herramienta potencial para definir las competencias de sus miembros, distintos niveles de acreditación y actividades de benchmarking, entre otras. Pensamos que la aplicación de técnicas de Gestión de Proyectos puede ser útil para redefinir el papel de las unidades de calidad en los hospitales. La implantación/certificación de sistemas de gestión en unidades de este tipo, puede aportarnos capacidad de mejora a un nuevo perfil técnico que apoye las iniciativas de mejora de la Dirección y otros responsables de proyecto en el hospital.

PALABRAS CLAVE: Gestión de Procesos, Unidad de Calidad, Certificación ISO

1470 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:45 h.

VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA MEJORAP DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ANDALUCÍA

Cáceres-Valverde AM (1), Muñoz-García MM (1), Galiot-Torres A (1), Julián-Carrión J (1), Ceballos-Pozo M (1), Torres-Olivera A (2)

(1) Acreditación de Competencias Profesionales, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Dirección Gerencia, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: Analizar el grado de satisfacción de los profesionales con la aplicación informática ME_jora P, que sirve de soporte al Proceso de Acreditación de Competencias

MATERIAL: Desde la puesta en marcha del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales en el año 2006 y hasta el 1 de noviembre de 2009 concluyeron el proceso 1427 profesionales, que constituyen el ámbito de nuestro estudio.

A la finalización de dicho proceso, se les hizo llegar un cuestionario de satisfacción validado que recoge, entre otros, 4 aspectos relacionados con el manejo y funcionamiento de la aplicación ME_jora P:

Sencillez de la utilización de ME_jora P para la cumplimentación de la solicitud

Manejo intuitivo de la aplicación informática

Ayuda a la interacción y comunicación con la Agencia

Sencillez a la hora de aportar las pruebas para el proceso de acreditación

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de estos cuatro aspectos

RESULTADOS: La utilización de ME_jora P ha aumentado progresivamente durante el período analizado, habiendo servido de plataforma para la aportación de 171.020 demostraciones de buenas prácticas y para el intercambio de 112.990 mensajes con los tutores guía a través de la zona de comunicación.

El número de profesionales que han cumplimentado el cuestionario en el periodo analizado es de 886 (Tasa de respuesta: 62,08 %), obteniéndose los siguientes resultados:

- Sencillez de la utilización de ME_jora P para la cumplimentación de la solicitud: el 86,7% de los profesionales se muestran totalmente o bastante de acuerdo.

- Manejo intuitivo de la aplicación informática: el 75'8% de los profesionales está totalmente o bastante de acuerdo.

- Ayuda a la interacción y comunicación con la Agencia: el 84'5% de los profesionales se muestra totalmente o bastante de acuerdo.

- Sencillez a la hora de aportar las pruebas para el proceso de acreditación: el 76'2% están totalmente o bastante de acuerdo con esta afirmación

CONCLUSIONES: La aplicación informática ME_jora P es percibida como una herramienta útil y efectiva, que permite al profesional revisar su propia práctica, recoger a través de ella las pruebas solicitadas en su Manual de Competencias y recibir la información y ayuda necesarias por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, con el objetivo de llevar a cabo la Acreditación de su Competencia Profesional

PALABRAS CLAVE: ME_joraP, acreditación, encuesta

1472 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:50 h.

TRIAJE DE USUARIOS CON DEMANDA ESPONTÁNEA POR PARTE DEL PERSONAL DE LA UAU EN UN EAP.

Jordi Gascón Ferret (1), Araceli Muñoz Roldán (1), Oriol Quesada Macías (1), Alicia Tello (1), Natalia Hurtado Colmenero (1), Andreu Biget Ortega (1)

(1) Unidad de Atención al Usuario, CASAP Can Bou.

OBJETIVOS: Los administrativos sanitarios del CAP Can Bou de Castelldefels (Barcelona) llevan a cabo el triaje de los usuarios que vienen al centro con una demanda espontánea.

La UAU, como primer punto de contacto y siguiendo el protocolo de recepción de usuarios (PRU), indica al usuario a qué profesional debe acudir en función del problema de salud que presenta.

El PRU es mantenido por un grupo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras y administrativos. Todos los miembros además reciben formación desde el primer día de trabajo.

El objetivo es valorar el protocolo de recepción de usuarios y el papel de la UAU.

MATERIAL: Encuesta al personal asistencial del EAP en 2009.

Encuesta de satisfacción a los asegurados del Cat Salut.

RESULTADOS: Encuestas Mayo 2009: El 78% consideraron más competente la UAU del centro que la de otros centros donde habían trabajado. Puntuaciones: Utilidad del PRU (7.94), papel de la UAU (7.69) y competencia de la UAU (7.44).

El 88% consideró más activo el papel de la UAU el EAP. El 77% considera más competente la UAU en este centro. El 63% considera además que la gestión de los usuarios ha mejorado con el tiempo.

Encuesta Satisfacción usuarios Respecto a la media de Cataluña: atención telefónica(+ 8,2), facilidad para el día de visita (+ 6,9), en facilidad de trámites (-1), en puntualidad para entrar en consulta (+ 9) y en trato al usuario (+ 6,1).

CONCLUSIONES: La función de triaje de los administrativos sanitarios tiene un impacto positivo en la valoración que hacen los usuarios de varios aspectos de la atención en el centro. Además, facilita el trabajo del personal asistencial.

PALABRAS CLAVE: Triaje de usuarios, Administrativo Sanitario, Demanda urgente

1489 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 11:55 h.

CALIDAD DE LOS PROVEEDORES DE UN SERVICIO DE FARMACIA DE ACUERDO A LA NORMA ISO 9001:2008

Smits Cuberes A (1), Sánchez Gili M (1), Rodríguez Barrado G (1), López Domeque N (1), Pérez Encinas M (1), Lorenzo Martínez S (2)

(1) Farmacia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

OBJETIVOS: Determinar la calidad de los proveedores tras la implantación de un sistema de evaluación en un servicio de farmacia de acuerdo a la norma ISO 9001:2008, aplicable al proceso de adquisición y gestión de medicamentos.

MATERIAL: Estudio descriptivo iniciado en enero 2010 tras la implantación de un sistema de evaluación de proveedores (SEP), diseñado según la norma ISO 9001:2008, en el servicio de farmacia de un hospital terciario.

Los proveedores fueron evaluados inicialmente según seguimiento histórico del servicio, exclusividad de productos y homologación.

Posteriormente se realiza una evaluación continuada según criterios: 1) plazos de entrega, 2) albarán valorado económicamente con registro lote/caducidad, 3) incidencias del laboratorio leves (exigencia de pedido mínimo, deterioro del embalaje, falta de envío del albarán, no aplicación del descuento, fallo en la transmisión del pedido); moderadas (exceso o defecto de medicación recibida, medicamento biopeligroso sin identificar, cupón precinto sin anular) y graves (rotura de stock prolongada, termolábil sin identificar, medicación en mal estado). Para el primer criterio se calcula el promedio de plazos de entrega adjudicando 5 puntos si es ≤1 día, 4 si es >1-≤2 días, 3 es >2 y ≤3, 2 si es >3 y ≤4 y 1 si es >4. En el segundo criterio se adjudica un 5 si envía albarán valorado con registro lote/caducidad, y un 1 si falta algún dato. Para el tercer criterio, a partir de una puntuación máxima de 5 se restan 0,5 puntos por incidencia leve, 1 por cada moderada y 1,5 por cada grave, pudiendo llegar a una puntuación mínima de 1, y se multiplica la puntuación por un coeficiente que pondera la relevancia de cada criterio: plazo de entrega=1,5; albarán valorado=1 e incidencias del proveedor=1,5. Finalmente se suman todas las puntaciones.

Se considerarán homologados aquellos cuya puntuación supere el 50% de la puntación máxima posible.

RESULTADOS: Evaluación 152 proveedores activos (281 iniciales) tras 4 meses de seguimiento. De 2916 pedidos se registran 130 incidencias; plazo medio de entrega: 2 días (DE:3); albaranes valorados: 92,96% (IC95%:92-94). Todos los proveedores excepto 2 se consideran homologados: 75% (IC95%:68,07-81,92) obtiene puntuaciones entre 15-20 (prestación muy buena); 18,42% (IC95%:12,21-24,62) entre 12-14,99, y 6,57% (IC95%:6,48-6,78) <12 puntos.

CONCLUSIONES: El SEP implantado permite determinar la calidad del servicio prestado, en la mayoría excelente, con la limitación del corto periodo de estudio en proveedores con servicio esporádico. La evaluación permite controlar las variaciones en las prestaciones de un proveedor.

PALABRAS CLAVE: farmacia , proveedores, norma ISO

1507 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 12:00 h.

REDUCCION DEL NÚMERO DE VISITAS ANULADAS Y REPROGRAMADAS GRACIAS A UNA MEJOR GESTIÓN DE LAS AGENDAS DE LOS PROFESIONALES.

Araceli Muñoz Roldan (1), Natalia Hurtado Colmenero (1), Andreu Baiget Ortega (1), Alicia Tello (1), Enric Mateo Viladomat (2), Jordi Gascón Ferret (1)

(1) Unidad de Atención al Usuario, CASAP Can Bou. (2) Dirección, CASAP Can Bou.

OBJETIVOS: La reprogramación de las vistas a los usuarios es una de las incidencias que mayor repercusión tienen sobres su satisfacción. Es un contratiempo en la planificación de su vida diaria y una molestia importante cuando una misma cita llega a ser reprogramada dos o tres veces.

Supone además un coste para el centro porque localizar al usuario para darle una nueva cita supone tiempo y recursos de la Unidad de Atención al Usuario.

Para reducir el número de reprogramaciones se puso en marcha un programa de racionalización de las peticiones de días de libre disposición, vacaciones y ausencias por formación. Y ante una ausencia repentina se prefirió el reparto de visitas a la reprogramación.

El objetivo es evaluar la eficacia de es plan.

MATERIAL: Se registraron las vistas anuladas y reprogramadas en los últimos cuatro meses del 2009 y se compararon con las del 2010.

RESULTADOS: Entre septiembre y diciembre del 2009 se anularon 1727 vistas y todas fueron reprogramadas.

De Enero a Abril las vistas anuladas fueron 1411, habiéndose reprogramado 423. Esto supone una reducción en el número de reprogramaciones de un 75,48 %.

CONCLUSIONES: Una gestión racional de las agendas de los profesionales reduce el número de reprogramaciones e incrementa el grado de satisfacción de los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Programación de agendas, Unidad de Atención al Usuario, Administrativo sanitario

1537 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 12:05 h.

ESTÁNDARES E INDICADORES DE TRANSPARENCIA EN LA INFORMACIÓN EN INTERNET DE HOSPITALES DEL SNS

Zegarra-Salas P. (1), Freire-Campo JM (1)

(1) Departamento de Salud Internacional, Intituto de Salud Carlos III - Escuela Nacional de Sanidad.

OBJETIVOS: Identificar estándares e indicadores de transparencia en la información que ofrecen en internet los hospitales generales británicos del NHS y comparar este estándar y los indicadores resultantes con hospitales públicos de España.

Describir los indicadores, sus dimensiones y componentes referidos a la actividad clínica y los resultados en salud en hospitales generales del SNS.

Establecer algunos estándares de transparencia que faciliten la comparación entre instituciones.

MATERIAL: La información es el mejor instrumento para mejorar la calidad; su disponibilidad y fácil acceso, es además el principal indicador de transparencia y a su vez es un indicador clave de buen gobierno. El "buen gobierno" es piedra angular para la consecución de la calidad en los hospitales y los sistemas de salud. El Consejo de Europa corrobora esta idea al sostener que el buen gobierno de los sistemas sanitarios influencia positivamente todas las funciones del mismo mejorando su desempeño y sus resultados de salud.

Para este análisis consideramos como un indicador de transparencia la disponibilidad y accesibilidad de información publica a través de Internet. Se realizó una búsqueda sistemática, en páginas Web oficiales de distintos hospitales, de una serie de indicadores asistenciales y de resultados y se realizó un análisis comparativo de los hallazgos considerando criterios de disponibilidad y accesibilidad a la información como patrones de evaluación

RESULTADOS: Se observo una gran variabilidad en la cantidad y tipo de información disponible, la facilidad de acceso y la presentación de indicadores relacionados con la actividad hospitalaria y sus resultados.

CONCLUSIONES: La transparencia se puede evaluar por la cantidad, relevancia, calidad, comparabilidad, disponibilidad y accesibilidad de la información. Todos ellos a su vez son parámetros críticos para la analizar la calidad. La importancia de la transparencia para evaluar la calidad y para el buen gobierno de las organizaciones hace interesante medir y comparar los diferentes parámetros que definen la transparencia de las organizaciones sanitarias, para objetivar este importante aspecto del buen gobierno y también para conocer la validez y fiabilidad de los indicadores de calidad en todas sus dimensiones (calidad profesional, organizativa, de servicios).

La disponibilidad y accesibilidad de la información por parte de los ciudadanos, miden de madera muy directa la transparencia de las instituciones y son un instrumento básico para valorar la calidad de los servicios asistenciales y su buen gobierno. Las instituciones en general deben hacer un esfuerzo por acercarse a los ciudadanos facilitándoles información relevante que les permita participar de una manera mas activa en los procesos de atención de la salud

PALABRAS CLAVE: Buen Gobierno, Transparencia , Hospitales

1558 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 12:10 h.

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. BEST IN CLASS 2009

García-Del Rosario C (1), Hernández-Santana A (1), Sánchez-Palacios M (2), Lorenzo-Torrent R (2), Mora-Lourido C (1), Déniz-Rodríguez MJ (1)

(1) Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. (2) Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

OBJETIVOS: Prestar un servicio asistencial con calidad en el diagnóstico y tratamiento que satisfaga al paciente crítico y a sus familiares, del sector de la población asignado, con una cartera de servicios integral y coordinada con otros servicios del Complejo Hospitalario, con el Servicio de Urgencias Extrahospitalario y con el resto de hospitales de referencia.

MATERIAL: Desarrollo del procedimiento de Prestación del Servicio, donde se describen todas las técnicas que se aplican, la disponibilidad de apoyo de otros especialistas, el uso del equipo apropiado, la implementación del seguimiento y medición y de actividades de liberación y entrega.

Las técnicas se desarrollan según Protocolos Asistenciales o Protocolos de Tratamientos y de Cuidados. Los recursos e infraestructuras son gestionados a través de la Gestión de la Infraestructura y Almacén e Interrelación entre Servicios. Para visualizar la interacción entre los diferentes procesos se desarrolla un Mapa de Procesos.

Tras todo este proceso de elaboración, se impartieron charlas sobre la aplicación de la norma UNE-EN ISO 9001:2008 tanto al personal médico como de enfermería y con los cursos recibidos se evaluó la formación en base a criterios globales.

Se creó la figura del Responsable de Calidad en el Servicio y Responsable de la Vigilancia de la Infección.

RESULTADOS: El Sistema de Gestión y Resultados, tales como el Control de los documentos y registros, Revisión por la Dirección, Análisis de datos, Indicadores, Recursos Humanos, Auditorías internas, No conformidades, Acciones correctivas, Acciones preventivas y Medición de la satisfacción son gestionadas como indicadores tanto de gestión como de resultados para el Servicio.

Se realiza un seguimiento a las no conformidades, llevando a cabo acciones preventivas y correctivas. Se realizan auditorías internas por la Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario.

Se ha obtenido el reconocimiento como "Servicio Certificado que gestiona sus actividades según la norma UNE-EN ISO 9001:2008 y premio "Best in Class 2009" al mejor Servicio de Medicina Intensiva.

CONCLUSIONES: La implementación y aplicación del plan de gestión de calidad en el Servicio de Medicina Intensiva, detecta las necesidades que puede cubrir el Servicio con el fin de lograr la satisfacción del paciente, familiar o personal sanitario, mejorar la comunicación dentro y fuera del servicio, conseguir una mayor comprensión de los procesos de la organización y control de riesgo, delimitar responsabilidades de forma clara del personal, llevar a acabo una mejor utilización del tiempo y recursos y, por último, mejorar si cabe la motivación del personal.

PALABRAS CLAVE: Calidad, Best in Class, Medicina Intensiva

1573 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 12:15 h.

PROYECTO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y EL REGISTRO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cárdenas-Valladolid J (1), Mahmoud-Abussada J (2), Lavilla-Gómez V (2), Llamazares-Herranz E (2), Cañada-Dorado A (3), Arnal-Selfa R (4)

(1) Sistema de Información Asistencial, Área 4 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (2) Fisioterapeuta, Área 4 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (3) Unidad de Calidad, Área 4 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (4) Directora de Enfermería, Área 4 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

OBJETIVOS: Implantación de un cuadro de mando integral automatizado de la actividad de fisioterapia en un Área de Atención Primaria con el fin de mejorar la accesibilidad y la seguridad de los pacientes.

MATERIAL: En el año 2006 las unidades de fisioterapia realizaban el registro de su actividad manualmente, carecía de registros clínicos informatizados y no utilizaban la historia clínica electrónica (HCI). La complejidad en los procesos de citación, la demora en la obtención de citas y la inexistencia de un registro clínico homogéneo justifican la creación de un grupo de mejora formado por la directora de enfermería, responsables de calidad y sistemas de información del Área y 3 fisioterapeutas.

Se decidió la metodología PDCA y se realizó un análisis causa-raíz (Ishikawa) que evidenció otros problemas: insatisfacción de los fisioterapeutas sobre la duplicidad de registros y la falta de acceso a la historia electrónica del paciente, carencia de información sobre su actividad y desconocimiento de los indicadores de cartera y contrato programa hasta la evaluación final. Se establece un Plan de Acción que incorpora 6 objetivos basados en criterios de: homogeneidad en agendas y registro, accesibilidad a la citación para pacientes y administrativos, disminución de reclamaciones y de tiempos de espera, elaboración de protocolos de registro clínicos, formación a administrativos y fisioterapeutas, elaboración de un cuadro de mando con 16 indicadores que se evalúan mensualmente extrayéndose automáticamente de la HCI mediante sentencias SQL; eliminación de registros obsoletos y la devolución mensual de la información a los fisioterapeutas.

Se inicia la implantación en noviembre de 2007 y finaliza en junio de 2008, se mantiene el proceso de mejora continua hasta hoy.

RESULTADOS: . Se han alcanzado los estándares previstos (100%) en los 6 objetivos. Se formaron a 16 fisioterapeutas y 31 responsables de grupo, se implementó un protocolo de registro informático específico. En el año 2009 se modificó el cuadro de mando adaptándolo a los nuevos indicadores del Contrato Programa. Han disminuido las reclamaciones en un 55%, la demora en un 18% y el porcentaje de pacientes con registro en la HCI de fisioterapia alcanza el 84,68%

CONCLUSIONES: No se conoce ninguna experiencia igual a la de nuestro Área.

La posibilidad de monitorizar y evaluar sistemáticamente nos permitirá medir la evolución de los indicadores de Cartera de Servicios y de Actividad Asistencial, así como medir la accesibilidad, garantizando una atención de calidad y la seguridad de los pacientes

PALABRAS CLAVE: Fisioterapeuta, Cuadro de mando, Accesibilidad

1614 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 12:20 h.

¿QUÉ PASA SI TRABAJAMOS CON ISO 9001 EN ATENCIÓN PRIMARIA...?

García-Aísa JC (1), Altarribas E (1), Lax A (2), Moreno P (3)

(1) Unidad de Calidad (Servicios Centrales), Servicio Aragonés de Salud. (2) Dirección Atención Primaria, Servicio Aragonés de Salud. (3) Dirección Coordinación Asistencial, Servicio Aragonés de Salud.

OBJETIVOS: Diseñar un sistema de calidad, basado en la norma UNE EN ISO 9001, para los Equipos de Atención Primaria (EAP) del Servicio Aragonés de Salud e implantarlo progresivamente en los mismos.

MATERIAL: Se desarrollaron las siguientes etapas:

Análisis de las experiencias semejantes realizadas en otras comunidades autónomas.

Búsqueda y selección de los EAP que iban a implantar el sistema de calidad inicialmente.

Diseño del mapa de procesos de los EAP.

Elaboración de la documentación que describía los procesos identificados y los aspectos generales del sistema de calidad.

Implantación del sistema.

Evaluación y mejora del sistema de calidad implantado.

Certificación externa del sistema.

Evaluación del proyecto iniciado y valoración de su continuidad.

RESULTADOS: Nueve EAP iniciaron el proyecto e implantaron el sistema de calidad diseñado que incluía nueve procesos y veintidós subprocesos.

La documentación elaborada se agrupó en tres niveles: I)para los documentos del sistema que son aplicables a todos los EAP, II)para los documentos relacionados con los EAP del mismo Sector Sanitario y III)para los documentos específicos de cada EAP.

Las auditorías externas de certificación, de tipo "multisite" señalaron nueve no conformidades menores que se pueden distribuir en tres grupos: a)de carácter documental, b)relacionadas con infraestructuras y equipos de medición y c)aspectos que pueden dificultar la atención al interrupirse la trazabilidad de la información del paciente.

Tras las auditorías, el proyecto fue evaluado conjuntamente por los profesionales de los EAP implicados, Direcciones de Atención Primaria, Dirección del Servicio Aragonés de Salud, los Coordinadores de Calidad de Atención Primaria de cada Sector y la Unidad de Calidad del Servicio Aragonés de Salud.

CONCLUSIONES: El sistema de calidad implantado mejora la organización del trabajo.

Hay que avanzar respecto a la capacidad del sistema para mejorar los aspectos específicamente clínicos de la atención.

La presión de una auditoría externa supone una motivación frente a la posibilidad de mejorar exlusivamente con impulsos internos.

Es necesario hacer visible la incentivación o el trato preferente a los profesionales implicados en este tipo de proyectos.

Algunos aspectos del sistema deben ser mantenidos desde niveles "superiores" a los EAP.

Establecer unos criterios de calidad intermedios para reconocer a EAP todavía no preparados para implicarse en el conjunto del sistema de calidad puede suponer un valor añadido al proyecto.

Con estas y otras consideraciones, se decidió continuar con el proyecto implicando en el mismo un número limitado de nuevos EAP y por supuesto manteniendo los actuales.

PALABRAS CLAVE: ISO 9001, Atención Primaria

1220 | Sistemas de Gestión

Sala 12 – Sesión: 37 – 21/10/2010, 12:25 h.

MEJORA EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Solano-Monserrate, J (1), Sánchez-Sánchez, Fc (1), Alonso-Frias, N (1), Pérez-Abril, C (1), Peñaranda-Mateo, MJ (1), Leal-Llopis, J (1)

(1) Unidad de Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVOS: Evaluar la mejora en la identificación de los registros de enfermería en una unidad de hospitalización tras la implantación de medias correctoras

MATERIAL: Diseño: Descriptivo transversal retrospectivo

Ámbito: Unidad de hospitalización de Medicina Interna

Fuente de datos: Registro de observaciones de enfermería, registro de tratamiento y registro de valoración de enfermería.

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados más de 24 horas en la unidad de hospitalización a estudio

Criterios de exclusión: Pacientes que no tuvieran el registro y pacientes que en el momento de la evaluación no estuvieran en la unidad por realización de alguna prueba complementaria.

Dimensión estudiada: Calidad científico-técnica.

Tipo de datos: Proceso.

Instrumento de evaluación: Registro de evaluación diseñado por el grupo de trabajo.

Se han evaluado 7 criterios: C1: Identificación Observaciones de enfermería turno M; C2: Identificación Observaciones de enfermería turno T; C3: Identificación Observaciones de enfermería turno N; C4: Identificación Administración de Tratamiento turno M; C5: Identificación Administración de Tratamiento turno T; C6: Identificación Administración de Tratamiento turno N; C7: Identificación de Valoración de Enfermería.

Procedimiento: Se realizaron las evaluaciones en marzo de 2009 y abril de 210

Las medias correctoras implantadas fueron la difusión personalizada de los resultados de la primera evaluación a todo el personal de la unidad y la realización de varias SESIONES clínicas sobre el protocolo de cumplimentación de registros clínicos.

Los datos se han analizado con el programa Igual 2000.

RESULTADOS: En la primera evaluación se han analizado 83 casos. Los cumplimientos de los criterios son: C1: 26.5%, C2: 22.9%, C3: 4.8%, C4: 22.9%, C5: 21.7%, C6: 1.2% y C7: 47%.

En la 2ª evaluación se han obtenido los siguientes cumplimientos: C1: 81.7%, C2: 78%, C3: 72%, C4: 45.1%, C5: 36.6%, C6: 50% y C7: 70.7%. Los mejoras han sido estadísticamente significativas ($p<0.05$) en todos los criterios.

CONCLUSIONES: Tras analizar los datos podemos concluir que sean obtenido mejoras importantes en la identificación de los registros pero siguen existiendo áreas de mejora sobre todo en la identificación de la administración del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Evaluacion, registros, enfermería

1081 | CIUDADANO

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 15:35 h.

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Balauder Carrera, A (1), Abellà Porta, M (1), Dalmau Cartanyà, E (1), Gorgues Espasa, M (1), Ribé Miró,A (1), Palou Vall, I (1)

(1) Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salut.

OBJETIVOS: Mejorar la salud de los adolescentes a través de acciones de promoción de la salud, prevención de las situaciones de riesgo y actuaciones ante situaciones de riesgo.

MATERIAL: Ámbito:

La ABS rural aproximadamente 180000 personas y gran dispersión geográfica 15 municipios. Con tres institutos centrados en Montblanc i Espulga de Francolí, la enfermera va a 2 institutos; Martí El Humà de Montblanc (los jueves de 11,30h a 14h) y Joan Amigó de La Espluga de Francolí (los viernes de 11,30h a 14h)

Método:

Una enfermera de la ABS va al instituto durante 2,5 horas a la semana. La enfermera va a 2 institutos; Martí el Humà de Montblanc (los jueves de 11,30h a 14h) y Joan Amigó de La Espluga de Francolí (los viernes de 11,30h a 14h).

Hay una consulta abierta (actuación individual)

Actuaciones en educación sanitaria (actuación grupal)

Otras iniciativas (Coordinaciones adaptadas a área rural)

RESULTADOS: En tres cursos se han visto un total de 121visitas de las cuales 28 son chicos y 93 chicas, de estas consultas 14 fueron sobre salud física, 12 salud social,15 salud mental,9 violencia, 22 sobre consumo de sustancias, 14 de salud alimentarla y 33 de salud sexual y afectiva. De estas se derivaron un total de 29 adolescentes, 18 a EAP, 2 a la comadrona, 3 al ginecólogo, 2 al equipo del centro AP, y 4 hace el seguimiento la enfermera.

CONCLUSIONES: Buena acogida por parte de los adolescentes.

Hemos observado que hay muchos problemas de adaptación en inmigrantes de nuestros propio país (de ciudad que vienen al ámbito rural)

PALABRAS CLAVE: ESCUELA, ADOLESCENTE, INFERMERIA

1088 | CIUDADANO

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 15:40 h.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE MEDIANTE MENSAJE DE TEXTO: MEJORAR Y PERSONALIZAR EL SERVICIO SANITARIO

Sabater-Recolons MM (1), Sarret-Vilà S (1), Álvarez-Rodríguez M (2), Montero Cabeza AM (3), Zamora-Casas I (1), Mas Garriga X (4)

(1) Medicina, Institut Català de la Salut. (2) Enfermería, Institut Català de la Salut. (3) Personal administrativo, Institut Català de la Salut. (4) Medicina, nstitut Català de la Salut.

OBJETIVOS: - Mejorar la efectividad del circuito de extracciones analíticas.

- Disminuir las ausencias en las citas analíticas en un 50% respecto al punto de partida al final de primer año.

- Conocer la satisfacción del ciudadano respecto al nuevo circuito de comu

MATERIAL: Centro de Asistencia Primaria urbano. Desde la dirección, se detectó demora en la programación de algunos productos intermedios y se comprobó un incremento en la ausencia del paciente el día concertado.

El porcentaje de ausencias detectado en las citas analíticas fue un 18% (junio-diciembre-2009) por lo que se priorizó. Se analizó la situación de partida y se planificó un proyecto de mejora en diciembre de 2009.

Se planteó mejorar el circuito de extracciones mediante un sistema recordatorio de citas con mensajes de texto (sms) a través del teléfono móvil. El proyecto se inició en enero de 2010.

Los administrativos incrementaron el registro del teléfono móvil, actividad que se vinculó a una dirección por objetivos.

Dos días antes de la cita de la analítica, el personal administrativo enviaba al paciente un mensaje previamente establecido y revisado. Las 48h de margen, permitían la posibilidad de cambios.

El día de la analítica, el personal de enfermería registraba: (1) Edad, sexo (2) la asistencia o no del paciente, (3) si se había enviado o no sms previamente.

Se pasó un cuestionario para evaluar la satisfacción: a) Le han enviado un mensaje de móvil recordándole su cita para análisis, b) Le parece útil el sistema recordatorio de cita c) Le gustaría que se utilizara para recordarle otras pruebas.

RESULTADOS: Se realizan 60 extracciones diarias, lo que representa unas 1.200 al mes.

Los resultados preliminares recogidos en el primer mes son:

Nº de teléfonos móviles recogidos / mes: 600.

Nº de sms enviados / mes: 724.

Nº de pacientes que han acudido / mes con recordatorio de cita: 549.

Nº de pacientes ausentes / mes con recordatorio cita: 51.

Nº de pacientes ausentes /mes sin reconfirmación cita: 168.

Encuesta satisfacción paciente: a) 96% recepción sms, b) 87% le parece bien, c) 93.5% lo utilizaría para otras pruebas.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha de este circuito de comunicación con el paciente mediante sms, nos ha permitido aumentar la efectividad del circuito de extracciones sanguíneas, de manera satisfactoria para el paciente. Esta herramienta es una opción de futuro para seguir mejorando la comunicación con nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: Comunicación, Recordatorio, Satisfacción

1103 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 15:45 h.

¿SON REALMENTE NUESTROS PACIENTES CONOCEDORES DE LA IMPORTACIA QUE TIENE LA HIGIENE DE MANOS?

De la Cal López M (1), Rebollo Rodrigo H (1), Pino Domínguez L (1), Leal López M (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Santander.

OBJETIVOS: 1- Objetivo principal: conocer si los pacientes o sus familiares son conocedores de la importancia que tiene higiene de manos (HM).

2- Objetivos secundarios:

- Conocer si los pacientes se atreven a pedir al personal sanitario que se lave las manos

- Cuales son los motivos por los que no se atreverían a pedirlo.

MATERIAL: Con motivo de la celebración el 5 de mayo de 2010 de la segunda Jornada mundial sobre HM, que forma parte del compromiso del Ministerio de Sanidad y Política Socialcon el reto de la OMS:.SALVAR VIDAS ESTÁ EN TUS MANOS.

La Comunidad Autónoma de Cantabria, para dicha celebración preparó unas mesas informativas en cada centro, entregando una encuesta a pacientes (compuesta de 8 items) y otra diferente a profesionales sanitarios, que fueron respondidas de forma voluntaria.

En el hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" se pusieron 4 mesas informativas.

RESULTADOS: Se obtuvieron 306 encuestas destacar en cuanto a las características sociodemográficas de las personas que respondieron a la encuesta fueron el 70,6% mujeres, 28,8% hombres. La edad media fue de 51,54 años (D.E: 15,23 años) Respecto a los ítems que hacían referencia a la HM: el 96,4% de los pacientes si conocía la importancia de la misma. El 69,9% si se ha fijado alguna vez si el personal sanitario se lava las manos, un 8,2% ha pedido alguna vez al personal sanitario que se lavase las manos antes de examinarlo.

Tras recibir información sobre higiene de manos (HM), el 71,2% de los pacientes se sentiría capaz de pedir al personal sanitario que se lave, y no se lo pediría el 26,5% de los pacientes: un 2% por temor, 6,2% por timidez, 7,2% por que considera que faltaría al respeto, otro 2% cree que existe una barrera cultural y un 9,8% considera que no debería ser necesario pedirlo, porque deberían saberlo y otros dan por hecho que lo hacen.

CONCLUSIONES: - Entre los pacientes es alto el índice de personas que dice conocer la importancia de HM.

- Existe un alto número de usuarios, que aun conociendo la importancia de la HM, no se atrevería a pedir al personal que lo hiciera, en su mayoría porque no lo con

PALABRAS CLAVE: Higiene de manos, Importancia, Pacientes y familiares

1133 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 15:50 h.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS PATOLÓGICOS GENERADORES DE HIPERFRECUENTACIÓN: ESTUDIO CUALITATIVO

Bartolomé-Benito E (1), Miquel.-Gómez A (2), Hernández- Pacual M (1), López-Romero A (2), Sánchez-Peruca L (1), Casado-López M (1)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. (2) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria..Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS: -Identificar el proceso o procesos patológicos que pueden generar que un paciente acuda al Centro de Salud más de 12 veces al año.

-Identificar los motivos que pueden generar una frecuentación no justificada en estos procesos.

MATERIAL: Partiendo de los resultados del estudio "Frecuentación en Atención Primaria 2009" elaborado por la Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria (SGYSOAP), en el que se analizó la frecuentación en las consultas y el perfil del hiperfrecuentador de la Comunidad de Madrid a partir de la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria, se formaron dos grupos de trabajo con profesionales que prestan asistencia en los centros de Salud: Medicina de Familia (8 médicos de familia) y Pediatría (8 pediatras).

Se establecieron dos fases en una jornada de trabajo:

- Una colectiva, con los 16 profesionales, en la que se mostró el estudio referido y se definió el método de trabajo.

- Una grupal, con aplicación de la Técnica de Grupo Nominal y Diagrama de Ishikawa.

El Grupo Nominal se utilizó para identificar procesos que pueden generar más de 12 visitas al año y conocer el mapa de pensamiento de los profesionales. Fueron ponderados en función del vínculo que para los profesionales puede tener el proceso con la elevada frecuentación y la ponderación resultante se analizó para valorar la consistencia de la misma en relación a las ideas generadas en el otro grupo.

La Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivios de Atención Primaria realizó un Diagrama de Afinidades con objeto de validar las agrupaciones realizadas en el estudio cuantitativo.

El Diagrama de Ishikawa se utilizó para los motivos que pueden generar una frecuentación no justificada.

RESULTADOS: Se priorizaron 12 procesos generadores de más de 12 consultas al año en Medicina de Familia y 10 en Pediatría.

Agrupados en las áreas de Paciente, Método de Trabajo, Recursos, Profesionales y Entorno, se identificaron 25 motivos que pueden generar una frecuentación no justificada en estos procesos en Medicina de Familia y 28 motivos en Pediatría.

CONCLUSIONES: - El estudio cualitativo de la hiperfecuentación ha completado y complementado el estudio cuantitativo y nos ha permitido atender la voz de los profesionales.

- La ampliación de este estudio a otras categorías profesionales extenderán el conocimiento y

PALABRAS CLAVE: Hiperfrecuentador, Población atendida, Estudio cualitativo

1186 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 15:55 h.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO, ¿ES REALMENTE VIRTUAL?

Canovas-Ingles A (1), Barragan-Pérez A (2), Muñoz-Ureña A (3), De Miguel-Gomez A (2), Roig-Angosto E (4), Rodríguez-Martínez MP (5)

(1) Centro de Salud de Cartagena Oeste, Servicio Murciano de Salud. (2) Gerencia del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (3) Unidad Docente de M.F.yC. Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (4) Centro de Salud de Torre Pacheco-Este, Servicio Murciano de Salud. (5) Dirección General de Atención Al Ciudadano, Consejería de Sanidad y Política Social.

OBJETIVOS: Conocer la disposición de los usuarios para la comunicación con los profesionales sanitarios a través del correo electrónico.

MATERIAL: Diseño: Estudio descriptivo, transversal. Ámbito: Zona de salud urbana (19.569 TIS). Aprobación del Comité de Ética del Área II Región de Murcia.

Sujetos: Pacientes de siete cupos médicos a los que se les oferta el servicio en consulta. Muestreo: 1 de cada 3 pacientes (473) durante 5 días consecutivos. Mediciones: Cuestionario autoadministrado diseñado "ad hoc", pilotado y validado (constructo y contenido), con 9 preguntas cerradas que se entrega al paciente al acabar la consulta. Preguntas abiertas y cerradas (2 y 3 categorías). Variables: Edad, género, frecuencia de uso de ordenador, obtención de cita a través de Internet, valoración del correo electrónico como medio de establecer comunicación con los profesionales sanitarios y resolver sus dudas de forma rápida, disposición a usar esta herramienta. Tratamiento estadístico: Programa SPSS 11.0.

RESULTADOS: Total de encuestas recogidas: 473. Tasa de respuestas: 100 %. Alfa de Cronbach: 0,6068. Edad: 47,82 (+-0,78), Mujeres: 57,2 %. Del total, 388/82% usaron ordenador en últimos 3 meses, 386/81,6% internet, 305/64,5% diariamente, 338/71,5% se citaron por internet, 283/59,8% se citaba él mismo, 408/86.3% ve útil e-mail para resolver dudas y para evitar esperas, 418/88,4% el uso del correo lo ve atractivo y 407/86.0% estaría dispuesto a usarlo.

CONCLUSIONES: Las nuevas tecnologías son valoradas por los pacientes como una herramienta útil en la comunicación médico-paciente, con elevadas expectativas en su uso y efectividad.

Existe una nueva generación de pacientes, con una cultura propia, que reconocen el valor de cuidar de su salud, ayudan a los médicos a mejorar la calidad de sus servicios y colaboran conjuntamente con sus profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE: CORREO ELECTRÓNICO, RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, COMUNICACIÓN

1189 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:00 h.

GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES. UN PROCESO CLAVE PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN.

Catalán-Rueda E (1), Rubio-Gómez I (1), Fernández-Conde JA (1), Esteban-Tudela M (2), Santos-Míguez MC (1), Martín-Gutiérrez ME (1)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Dirección Médica, Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS: Describir el desarrollo y la implantación del Proceso de la Gestión de Quejas y Reclamaciones integrado en el Mapa de Procesos de una Gerencia de Atención Primaria.

MATERIAL: Se constituyó un Grupo de Trabajo integrado por profesionales con formación previa en Gestión Por Procesos y se desarrollo un cronograma de actividad. Se establecieron los principios básicos para definir la Misión del Proceso –centrado en el ciudadano y en la implicación de los profesionales-, se delimitaron las entradas y salidas y se identificaron los proveedores y recursos. Se realizó un listado de las actividades, normalizándolas mediante documentos escritos, y se incorporaron los Indicadores para la evaluación continua. Se consensuó la asignación de responsabilidades y se desarrolló una base de datos en Excel 97 para seguimiento y análisis. Previamente a su despliegue se difundió en el Consejo de Gestión con representación multidisciplinar del 100% de las Zonas Básicas.

RESULTADOS: De acuerdo al principio básico de dar un tiempo de respuesta definitiva al usuario en un plazo máximo de 30 días, con respecto del valor inicial referenciado a 2008 (total 52%), desde su implantación el 1 de enero de 2009 y hasta el 31 de diciembre, se ha obtenido un incremento del 22% en el nº de reclamaciones contestadas en plazo (total 74%). Con los Indicadores incorporados en 2009 (% de informes solicitados a la Dirección y/o a los profesionales tras reclamación recibida con un tiempo =/inferior de respuesta a 7 días) se ha obtenido un valor de referencia del 37%. La evaluación cualitativa se ha realizado trimestralmente y, de acuerdo a los motivos relacionados, se han llevado a cabo acciones de mejora en 4 áreas concretas: información y comunicación, calidad de trato, accesibilidad y confort, habiendo disminuido el total de las reclamaciones relacionadas con éstas un 28,5% (en 2008: 726 y en 2009: 519). El número total de reclamaciones recibidas en 2009 ha sido de 1563, un 39,7% menos que en 2008, año en el que se recibieron 2595.

CONCLUSIONES: La Gestión Por Procesos facilita identificar los requerimientos de los ciudadanos y permite una adecuación continua a las nuevas y cambiantes expectativas de la sociedad.

PALABRAS CLAVE: Gestión, Atención, Ciudadano

1199 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:05 h.

¿QUÉ PIENSAN LOS PROFESIONALES DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES?

Herrero Delgado M (1), Cañada Dorado A (2), Martín Madrazo C (3), Soto Díaz S (3), Villar Coloma E (1), García Álvarez Ac (4)

(1) Centro de Salud Mar Báltico, SERMAS. Área 4 de Atención Primaria. (2) Unidad de Calidad. Gerencia Área 4, SERMAS. Área 4 de Atención Primaria. (3) Unidad de Docencia E Investigación. Gerencia Área 4, SERMAS. Área 4 de Atención Primaria. (4) Subdirección médica Área 4, SERMAS. Área 4 de Atención Primaria.

OBJETIVOS: Identificar el grado de conocimiento que tienen los profesionales del Área 4 de Atención Primaria de Madrid, en relación a algunos derechos de los pacientes como intimidad, confidencialidad y protección de datos; así como determinar sus actitudes y percepciónes, para poder intervenir posteriormente y conseguir que se cumplan los aspectos bioéticos y normativos en la práctica habitual de los centros de salud.

MATERIAL: Esta fase de análisis corresponde a la primera parte de un Proyecto de Mejora que se elaboró en marzo de 2010, creándose un equipo que definió la misión y estableció sus fases, así como un comité de seguimiento. En esta fase se realizó el análisis de la situación a través de un grupo focal, sirviendo de base para la posterior elaboración de una encuesta dirigida a todos los profesionales. El grupo focal se desarrolló en mayo, fue multidisciplinar y participaron 9 profesionales.

RESULTADOS: Los datos más importantes aportados por el grupo focal han sido que los profesionales:

•Asumen los derechos reconocidos por la ley, pero tienen la percepción de que los pacientes se aprovechan y presionan.

•Saben que existe legislación sobre la intimidad y la protección de datos, pero no se la han leído.

•Creen que la legislación es en exceso proteccionista.

•Existe bastante desconocimiento sobre los derechos de acceso a la historia clínica.

•Consultan al equipo directivo de los centros, quienes comenten errores al no estar bien formados.

•Se realizan anotaciones en la historia y se colocan flashes que son incorrectos.

•Conocen la necesidad de guardar secreto pero creen que sólo se puede asegurar en la consulta del médico y enfermera, no en la unidad administrativa, sobre todo por barreras arquitectónicas

•Existe confusión sobre la forma de identificar a los pacientes y la entrega de documentación e información.

CONCLUSIONES: Hay bastante desconocimiento entre los profesionales de los aspectos legales. Hay falta de sensibilización, cuestionando incluso esos derechos. Los directivos de los centros adolecen también de falta de formación y al ser referentes pueden inducir a error.

Es necesario revisar todos los procesos que se realizan en los centros para establecer medidas que aseguren el respeto a la intimidad y a la protección de datos de los pacientes. Igualmente es fundamental dar formación, comenzando por los responsables.

La realización de la encuesta servirá para realizar un análisis en mayor profundidad que ayude a la realización del proyecto.

PALABRAS CLAVE: Derechos, Intimidad, Protección datos

1203 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:10 h.

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL MEIXOEIRO

Rionda Álvarez MM (1), Pérez Rodríguez CF (1), Rodríguez López MJ (1), Pardo Lemos I (2), Vieitez Rodríguez C (3), Rodríguez Lorenzo D (4)

(1) Diálisis, CHUVI. (2) Unidad de Calidad de Cuidados, CHUVI. (3) Unidad de Gestión de la Calidad, CHUVI. (4) Coordinador Calidad CHUVI, CHUVI.

OBJETIVOS: Conocer la percepción real que los pacientes tienen del servicio ofrecido en la Unidad de Diálisis.

Identificar el perfil del paciente

Identificar las dimensiones más débiles y las más fuertes en función de los resultados obtenidos.

MATERIAL: Se trata de un estudio descriptivo realizado en el mes de Mayo de 2008 en la Unidad de Diálisis del H. Meixoeiro.

Los datos se recogieron mediante encuesta de satisfacción a todos los pacientes que en ese momento estaban siendo tratados en dicha Unidad.

Para el análisis de los resultados se realizaron dos enfoques diferentes:

Específico, por ítems y por apartados, con la finalidad de establecer el número mayor de conclusiones globales.

Global, que nos permitiese realizar una lectura más general de las dimensiones de calidad medida, obteniendo la referencia de las puntuaciones más positivas y el Diagnóstico de situación de las diferentes dimensiones controladas: Áreas de Mejora (Puntos Débiles), Variables a Controlar y Puntos Fuertes.

RESULTADOS: Se identifica al usuario de la Unidad como paciente varón entre 60 – 65 años, jubilado, sin estudios o con estudios primarios – graduado escolar, residente entre 0 – 20 Km. del centro, con un tratamiento de hemodiálisis con una duración entre 25 – 35 meses.

Se identifican las dimensiones que son percibidas por los pacientes como las más débiles, que son el grado de satisfacción con el transporte concertado y la información recibida con la evolución del estado de salud.

En contrapartida se identifican las dimensiones que son percibidas por los pacientes como las más fuertes, que son la disponibilidad del personal a la ayuda del paciente y la identificación del personal médico de la Unidad de Diálisis.

CONCLUSIONES: De los resultados, se concluye que el apartado relacionado con el trato recibido por los profesionales con un 97 % de media y el relacionado con la profesionalidad de los trabajadores con un 95,7% de media de los valores más positivos son los apartados mejor valorados. Por otro lado, el apartado relacionado con la identificación de los profesionales y el relacionado con la confianza y seguridad que le transmiten los profesionales con un 84,4% y 92,9% respectivamente son los menos valorados por los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Diálisis, Satisfacción , Paciente

1224 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:15 h.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO: SE ENTREGA COPIA DEL MISMO?. LO ENTIENDEN LOS PACIENTES?.

Calle-Urra Je (1), Parra-Hidalgo P (1), Más-Castillo A (1), Gomis-Cebrián R (1), Ramón-Esparza T (1), Fonseca-Miranda Y (1)

(1) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo.

OBJETIVOS: En los últimos años han aparecido varios estudios acerca de la calidad de los documentos de consentimiento informado (DCI). De manera simultánea las encuestas de satisfacción recogen varias preguntas relacionadas con los mismos.

El objetivo de este trabajo es presentar y comparar los resultados obtenidos a partir ambas fuertes de información, con respecto a la entrega de copia y grado de comprensión de los documentos.

MATERIAL: Se ha realizado un análisis y comparación de los resultados obtenidos a partir de ambas fuentes de información, con respecto a 2007.

En el estudio sobre calidad de todos los DCI del Servicio Murciano de Salud, se valoró la legibilidad, la declaración por parte del paciente de haber comprendido y aclarado dudas y la existencia de una expresión acerca de la entrega de copia. La encuesta se realizó en una muestra de pacientes hospitalizados en servicios quirúrgicos, preguntándose si se había sido entregada una copia del documento y si el mismo se había explicado con claridad.

RESULTADOS: Más del 85% de los DCI no contenían ninguna expresión que hiciese referencia a la entrega de una copia al paciente. En la encuesta, mas del 54% los que manifestaban no haber recibido copia del mismo.

En cuanto a la legibilidad de los DCI, ninguno era comprensible por pacientes con estudios primarios, el 3,4% requería tener la ESO, el 68,2% bachiller superior y el 28,5% estudios universitarios. Sólo en el 36,3% de los DCI aparecía una declaración por parte del paciente de haber comprendido la información y de haber aclarado todas las dudas. Según los datos de la encuesta, el 82,1 de los pacientes opinaba que cuando les entregaron el documento les explicaron con claridad el contenido del mismo.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos, en ambas fuentes de información, indican la existencia de un amplio margen para la mejora en relación con la entrega de copia y grado de comprensión de los DCI.

Las diferencias existentes, en los resultados sobre el grado de comprensión de los DCI, se explican por la diferencia de los criterios valorados. El dato obtenido en la encuesta permite destacar la importancia que tiene la información verbal, por parte del profesional, en el proceso del consentimiento informado.

La existencia de DCI de calidad podría mejorar tanto la entrega de copia, como el proceso de información verbal por parte y comprensión por parte del paciente, reforzando su autonomía y capacidad de elección.

PALABRAS CLAVE: Consentimiento informado, Legibilidad, Entrega de copia

1254 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:20 h.

CAMPAÑA DE FOTOPROTECCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL EN LA COSTA DEL SOL

Parrado Rivera, F (1)

(1) Dermatología, Hospital Costa del Sol.

OBJETIVOS: -Sensibilizar a la población de los riesgos del sol y promover el desarrollo de conductas saludables (autoexamen y fotoprotección) para la prevención del cáncer de piel.

-Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre los riesgos de la exposición solar y su papel clave como agentes educativos en salud.

-Conocer los hábitos y actitudes en fotoprotección de profesionales sanitarios y bañistas de nuestro litoral.

MATERIAL: Ámbito: Ámbito Sanitario Público de la Costa del Sol.

Población Diana:

-Profesionales sanitarios y usuarios de los centros sanitarios del Distrito y E.P. Hospital Costa del Sol.

-Bañistas de playas del litoral correspondiente al Área Sanitaria.

Líneas estratégicas de intervención:

-Intervenciones sobre profesionales sanitarios:

-jornadas formativas.

-mercadillo de fotoprotección.

-emisión de mensajes de fotoprotección y autoexamen a través de diversos canales de comunicación internos de los centros sanitarios.

-Intervenciones sobre usuarios de centros sanitarios del área:

-consejos y recomendaciones (carteles, folletos, vídeos).

-Intervenciones a pie de playa:

-formación de socorristas.

-jornadas lúdicas dirigidas a la población en general.

-Consejos a pie de playa.

-Intervenciones en medios de comunicación locales.

RESULTADOS: La evaluación se llevó a cabo mediante la realización de cuestionarios de actitudes y hábitos de fotoprotección y encuestas de satisfacción de las diferentes estrategias:

-De 436 encuestados en las jornadas realizadas en el Hospital Costa del Sol, el 88% mejoraron sus conocimientos entorno a las cremas de fotoprotección. El 82% aprendieron a identificar su fototipo cutáneo y signos de alarma de cáncer de piel. El 86% reconoce haber cambiado su aptitud frente al sol y al bronceado, pensando mejorar sus hábitos de fotoprotección en el futuro. El 90% de los participantes se mostró satisfecho de los métodos empleados (información, examen cutáneo con Lámpara de Woog, examen de lunares con sistema Molemax, taller de cremas fotoprotectoras y taller de fotoprotección infantil).

-Otra encuesta realizada a145 bañistas a pie de playa reveló que el 86% mejoraron sus conocimientos sobre las cremas de fotoprotección, el 78% aprendieron a reconocer su tipo de piel y el 86% reconocería los signos de alarma del cáncer de piel. El 86% había cambiado su actitud frente al sol y al bronceado y el 93% piensa mejorar sus hábitos de exposición solar.

CONCLUSIONES: La campaña fue valorada muy positivamente por los grupos diana, manifestando una mejora de actitudes y conductas frente al sol, lo que permitirá una detección precoz del cáncer de piel incidiendo a largo plazo en la disminución de la morbimortalidad de esta patología en la población de la Costa del Sol.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de piel, Fotoprotección, Prevención

1339 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:25 h.

¿QUÉ CALIDAD DE VIDA TIENEN NUESTROS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL?

Buendía Lucas (1), Sánchez Ramiro MA (1), Vidal Algarra MC (1), López Díaz J (1), Moreno García F (1), Alejandre Lázaro G (1)

(1) Dirección Médica, SESCAM-Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

OBJETIVOS: Conocer la calidad de vida de los pacientes de un Área de Atención Primaria (AP) en tratamiento anticoagulante oral (TAO) con extracción capilar, tras un año de descentralización de su control.

MATERIAL: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico. Realizamos un muestreo aleatorio simple sobre todos los pacientes con TAO (6.533) durante el primer año de descentralización en AP de nuestro Área Sanitaria (febreo 2009-febrero 2010). Utilizamos un cuestionario validado de calidad de vida de pacientes con TAO (adaptado de Sawicki por Sánchez et al) mide 5 dimensiones: satisfacción, autoeficacia, estrés, limitaciones diarias y alteraciones sociales (en una escala de 1 a 6, de mejor a peor salvo para autoeficacia que es a la inversa). Otras variables: edad, sexo, situación laboral, tipo de localidad (rural-urbano), ámbito de seguimiento (AP, hospitalaria), turno de consulta (mañana, tarde).

RESULTADOS: n=448. Edad media 70,6±11,7 años, el 72,6% >65 años. Hombres 54,2%. El 5,5% tenían extracción en AP y mantenían control por Atención Hospitalaria. El 85,6% sin actividad laboral. Población rural el 75,4%. Consulta en turno de mañana 95,3%. Satisfacción: mediana 2,2 (alta); rango intercuartílico (RI) 1,3. Autoeficacia: mediana 4,8 (alta); RI 1,5. Estrés: media 3±1,1 (moderado). Limitaciones diarias: mediana 2 (bajas); RI 1,3. Alteraciones sociales: mediana 1,6 (bajas); RI 1,2. El 82,3% se siente más seguro desde que es controlado en AP. Las mujeres dan peores resultados en estrés (3,3±1,1 vs 2,9±1,1; t=-3,352 p=0,001). No hay diferencias en función de las otras variables estudiadas.

CONCLUSIONES: La calidad de vida de nuestros pacientes con TAO puede ser considerada moderada/alta a 1 año del inicio de la extracción capilar y control desde AP. Además se encuentra dentro de los niveles de otros estudios similares. Convencidos de que el paciente es la razón de ser del sistema sanitario, hemos de orientarnos a satisfacer sus necesidades y demandas. La satisfacción del paciente sólo se alcanza cuando conseguimos el mayor equilibrio posible entre sus expectativas, la calidad que percibe y la calidad asistencial que ofertamos.

PALABRAS CLAVE: Anticoagulantes, Atención Primaria, Calidad

1416 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:30 h.

EL MANUAL DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS V.2

Escobar-Ubreva A (1), Ferrero-Ávarez-Rementería, J (1), Buiza-Camacho, B (1), Fernández-Bermejo, MC (1)

(1) Sistemas y Tecnologías, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: El manual de acreditación es el documento de referencia del Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, tomando como documento de partida e-Europe 2002, Criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud, de la Comisión de las Comunidades Europeas.

Este estudio describe los elementos que conforman la nueva versión del manual.

MATERIAL: La actualización del Manual de acreditación de páginas web sanitarias surge de la experiencia de 3 años de actividad del Programa, de la revisión bibliográfica nacional e internacional de fuentes documentales, y aportaciones de expertos del Comité Técnico Asesor constituido para la elaboración del manual.

Esta nueva versión segmenta distintos perfiles de sitios web sanitarios (asistenciales, educativos, informativos…), recoge niveles de acreditación, y enfatiza los criterios dirigidos al control de calidad de contenidos para mejorar la confianza.

RESULTADOS: El Manual de Acreditación está estructurado en bloques:

I. Derechos de los usuarios: audiencia prevista, accesibilidad, usabilidad y confidencialidad, criterios relacionados con orientación y presentación de los contenidos en el sitio web, adaptándose a su audiencia y empleando diseño sencillo y comprensible para los usuarios.

II. Gestión de la información: transparencia, credibilidad, política editorial y elementos de relación con el sitio web, aspectos que refuerzan la credibilidad, al proporcionar información sobre sus responsables, declarando sus fuentes de información y describiendo los procedimientos utilizados para seleccionar y publicar los contenidos.

III. Contenidos sanitarios y prestación de servicios: atribución de contenidos, actualización de la información, prestación de servicios y publicidad, aspectos que garantizan el reconocimiento de las fuentes de información y autoría de los contenidos, la actualidad de la información publicada y describen los procedimientos relacionados con una prestación de servicios de garantía y bajo un código de conducta.

IV. El centro como parte del Sistema Sanitario Público: identidad y responsabilidad, estructura y organización de la actividad del centro, la ciudadanía y los profesionales sanitarios. Son criterios relacionados con los principales contenidos que debe recoger un sitio web de carácter asistencial y público.

CONCLUSIONES: El considerable aumento de la demanda de información sanitaria en Internet, requiere una continua actualización de los recursos para mejorar la calidad de estos contenidos.

En esta nueva versión, se refuerzan las evidencias relacionadas con aspectos formales y de contenido, contemplando una tipología variada de sitios web sanitarios en cuanto a sus características y particularidades, y que hacen difícil un tratamiento homogéneo.

PALABRAS CLAVE: Calidad , Acreditación de Instituciones de Salud, Informática médica

1423 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:35 h.

TRANSPARENCIA, CREDIBILIDAD Y ACTUALIDAD COMO CRITERIOS DE CALIDAD EN SITIOS WEB SANITARIOS

Escobar-Ubreva, A (1), Buiza-Camacho, B (1), Fernández-Bermejo, MC (1), Ferrero-Álvarez-Rementería, J (1)

(1) Sistemas y Tecnologías, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: Internet se ha convertido en un medio de referencia para la búsqueda de información sobre salud, tanto para la investigación de profesionales sanitarios como para los ciudadanos. Existe gran cantidad de sitios web con contenido sanitario, sin embargo, no es fácil garantizar que sean una fuente fiable de información.

Este estudio analiza el nivel de cumplimiento de criterios de calidad relacionados con el reconocimiento de las fuentes de información, autoría y actualización de contenidos de una muestra de sitios web de instituciones públicas y privadas, páginas personales y entidades de investigación de carácter sanitario, evaluadas por el Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias, diseñado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

MATERIAL: Para medir el grado de cumplimiento de los criterios de calidad relacionados con el uso de fechas de actualización y revisión de contenidos en sitios web sanitarios; reconocimiento de fuentes de información utilizados para publicar contenidos y citación de titularidad de estos, como criterios de transparencia, credibilidad y actualidad, se utilizaron los resultados obtenidos durante la evaluación de 9 sitios web, durante 2008 y 2009, en la Agencia de Calidad Sanitaria.

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo del grado de cumplimiento de estos criterios, entre una primera y segunda evaluación.

RESULTADOS: El 44% de los sitios web analizados tenían en cuenta la fecha de actualización en su página de inicio, pero no en el resto de páginas del sitio. En segunda evaluación, el 55% mostraban la fecha de actualización de cada contenido relevante de todo el sitio web.

En cuanto al reconocimiento de la autoría, el 33% reconocía la titularidad de sus contenidos durante la primera evaluación y el 44% en la segunda.

El 88% de los sitios web analizados no indicaba las fuentes de información en las que se apoyaban para publicar contenidos de información sanitaria, ni en primera ni en segunda valoración.

CONCLUSIONES: Entre la primera y la segunda evaluación se incrementó un 11% la tasa de respuestas favorables sobre el cumplimiento de los criterios analizados. En ese sentido, un programa de acreditación impulsa claramente la mejora, en cuanto a transparencia, credibilidad y actualidad, para lograr la calidad de sitios web.

Por otro lado, un 62% de los sitios no atendían a criterios considerados como no obligatorios para alcanzar la certificación. Ante la falta de concienciación sobre estos elementos, los programas actuales de acreditación deberían potenciar la relevancia en la formulación de estos criterios de calidad.

PALABRAS CLAVE: Evaluación de Servicios de Salud, Calidad en Salud, Acreditación

1471 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:40 h.

INMIGRACIÓN VS NO INMIGRACIÓN: UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE UNA ZBS. ¿SOMOS DIFERENTES?, ¿SOMOS IGUALES?

Díaz Caballero R (1), Besora Cunillera A (1), Rius Rafecas MA (1), Tomàs Cedó RM (1), Balañà Fort LI (1), Colomés Figuera LI (1)

(1) Epidemiologia, Informació i Avaluació Assistencial - EIAA, Grup SAGESSA-Hospital Universitari Sant Joan Reus.

OBJETIVOS: Dado que sobre el fenómeno de la inmigración se dirigen políticas especificas, interesa:

o Conocer las características de los pacientes adscritos (PA) de una zona básica de salud (ZBS) diferenciando paciente inmigrante (PI) y no inmigrante (PNI).

o Identificar las similitudes/diferencias en la utilización del SNS: visitas y recetas (PFA).

MATERIAL: BBDD PA a la ZBS.

Protocolo de PI (últimos 8 años): identificación de PI y variables especificas.

Información año 2009: pacientes, visitas y PFA.

Inclusión de pacientes en edad activa.

Confección de dos grupos: PI y PNI, según criterio protocolo.

Distribución de pacientes, visitas y PFA por edad y género.

Análisis uso recursos sanitarios año 2009:

o Descriptivo: Global, PI y PNI de la ZBS.

o Comparativo: PI vs PNI, ajustando por edad y género.

RESULTADOS: El 90% de los PA a la ZBS han consumido recursos sanitarios. Han pasado el protocolo de inmigración 2.164 pacientes (7,3% PA). De ellos, un 15% cumplen criterios de PI en 2009.

De los 17.638 pacientes visitados durante el 2009, el 2% cumple criterios PI. El PI es mayoritariamente latinoamericano o norteafricano, presenta menor edad media (34,7 vs 39,7 DF: con diferencias significativas) y mayor proporción de mujeres (57% vs 50% DF) que el PNI.

Ajustando edad y género, tanto en global como en ambos géneros, el PI presenta un menor gasto anual por paciente consumidor de PFA. En los PNI, los hombres consumen más que las mujeres (206,32€ vs 180,66€ DF), en PI no hay DF por género (83,63€ vs 73,80€)

Las poblaciones no presentan DF en el número anual de visitas por paciente visitado (13,2 visitas). En conjunto, las mujeres son más consumidoras que los hombres (14,7 vs 11,5 visitas DF), al igual que por separado. Los hombres PI son los menos consumidores de visitas (9,3 DF). Entre las mujeres PI y PNI no existen DF.

CONCLUSIONES: El 7,3% de la PA a la ZBS ha sido identificada por el protocolo.

El 2% de pacientes utilizadores de recursos sanitarios (año 2009) son inmigrantes según protocolo.

El PI es 5 años más joven y con mayor representación femenina que el PNI.

Con igual visitas, el consumo PFA del PI es menos de la mitad que el del PNI, en global y por género.

En PI ambos géneros tienen un consumo PFA similar (mucho menor al PNI) y los hombres tienen pocas visitas.

La mujer PNI consume más visitas que el hombre pero tiene menor gasto PFA.

PALABRAS CLAVE: IMMIGRACIÓN, ACTIVIDAD, ZBS

1497 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:45 h.

LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRESENTAN LIMITACIONES SIGNIFICATIVAS PARA LA VIDA DIARIA.

A.Acevedo-Prado (1), R. Casado-Arroyo (2), D.Lanza-Escobedo (3), A. Río-Lligorit (2)

(1) Coordinación de Calidad, Docencia e Investigación., Área Sanitaria de Ferrol. (2) Cardiología, Hospital Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad Autónoma de Madrid.

OBJETIVOS: Evaluar la calidad de vida de pacientes con cardiopatía isquémica durante las cuatro semanas previas a su ingreso.

MATERIAL: Estudio transversal prospectivo en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). Fueron susceptibles de ser elegidos los pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica en durante 2009. Se obtuvieron: (1) datos demográficos de los pacientes; (2) medicación tomada; (3) motivo del ingreso y (4) calidad de vida utilizando diferentes cuestionarios diseñados a tal efecto. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS

RESULTADOS: Se incluyeron 102 pacientes en el estudio. Los pacientes ingresados tenían una edad media de 66.69.1. La proporción de mujeres fue similar (19% vs 23%; p > 0.05). La proporción de pacientes con limitación para actividades de la vida diaria es la siguiente:

1. Pacientes con limitación moderada-severa para vestirse y andar por casa: 17,1%

2. Pacientes con limitación al menos moderada para mover objetos: 53%

3. Pacientes con limitación al menos moderada para ducharse: 25%

4. Pacientes con limitación al menos ligera para andar a paso ligero: 57,3%

5. Pacientes con limitación moderada-severa para mover objetos: 51,2%

CONCLUSIONES: Los pacientes ingresados con cardiopatía isquémica presentan limitaciones importantes para la vida diaria. La labor de enfermería en Cardiología en este ámbito es fundamental a la hora de prevenir y ayudar a evitar sobreesfuerzos con repercusiones negativas sobre el sistema cardiovascular. Son necesarios más estudios para verificar estos datos y protocolos específicos para mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: cardiopatía, isquémica, calidad

1513 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:50 h.

CALIDAD EN LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS. FACTORES QUE LA CONDICIONA

Martín Maldonado, Jl. (1), Toledo Gomez, D. (1), Calvo Mayordomo,MJ (1), Infantes Rodríguez, JA (1), Solano Villarrubia, C. (1), Almazan Del Pozo, M (1)

(1) Gerencia Área 1 AP Madrid, SERMAS.

OBJETIVOS: Establecer que factores están condicionando la continuidad de cuidados en los festivos en dos zonas del distrito de Vallecas de Madrid.

Comparar la continuidad de cuidados de los SUAP del Distrito.

Aproximar los coste y establecer el punto de muerto o umbral de rentabilidad de actividad de ambas zonas.

MATERIAL: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo Marzo-Diciembre 2009 de los pacientes derivados a continuidad de cuidados por las enfermeras de los centros de salud del distrito de Vallecas, qué perfil sociodemográfico tienen, qué etiquetas diagnosticas (NANDA) abiertas o en seguimiento en el periodo a estudio, qué criterios de resultados (NOC), y qué intervenciones (NIC). La revisión de historias clínicas en OMI (programa que sustenta la historia clínica informatizada) se realizará analizando la información que proporcionan las tablas de Informix.

Se compara "a doc" los datos de los SUAP de la Zona de influencia, calculando para ambos casos el punto de rentabilidad.

RESULTADOS: De este análisis observamos que se derivan intervenciones enfermeras preferentemente a personas mayores de 65 años (79%), y a más mujeres (65%) que hombres, y también comprobamos que hay una desproporción elevada de unos centros a otros pudiendo estar relacionada con los problemas(NANDA)que abordan las enfermeras.

Observamos que se produce una derivación desigual entre la zona A y B del estudio.

En la zona A los pacientes derivados con un plan de cuidados abierto son de un 40% con respecto al 60% de la zona B.

La zona A del estudio muestra una menor eficiencia que la zona B, si atendemos sólo a los coste en RR.HH.

CONCLUSIONES: La distribución por edad/sexo nos muestra una mujer mayor de 75 años, siendo similar en ambas zonas

De media el 20% de pacientes derivados a continuidad de cuidados tiene establecido un plan de cuidados, siendo mayor los pacientes con planes en la zona B.

La eficiencia de los RR.HH de la zona B es mayor.

Que hay seguir estudiando factores que están condicionando la continuidad de cuidados en festivos: el mapa de conocimiento de los profesionales de enfermería, desarrollar líneas estratégicas en formación, favorecer los grupos de discusión y establecer procesos que homogenizar las derivaciones a continuidad de cuidados en festivos.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD , CUIDADOS, ENFERMEROS

1609 | Ciudadano

Sala 12 – Sesión: 48 – 21/10/2010, 16:55 h.

TODO PARA EL PACIENTE… Y CON EL PACIENTE

Rubial-Bernárdez, F. (1), Fernández-Lamelo, F. (1), Fernández-López, A. (1), Moreno-Alegre, A. (1), Peinó-Andión, J. (1), Vilanova-Fraga. F. (1)

(1) Servizo Galego de Saúde, Hospital Universitario Lucus Augusti.

OBJETIVOS: Todo cambio entraña un riesgo, pero todo cambio representa también una oportunidad de mejora. Con esta filosofía y con esta premisa hemos asumido desde la Dirección del Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo la etapa final de la transición hacia un nuevo edificio en el que nos transformaremos automáticamente en el Hospital Universitario Lucus Augusti. Como consecuencia de ese cambio de continente hemos procedido a analizar y planificar las modificaciones necesarias en el contenido, teniendo básicamente en cuenta la voz de los profesionales, la evidencia organizativa y las mejores prácticas disponibles, y los criterios establecidos en el plan estratégico del Servizo Galego de Saúde y del propio Hospital.

Pero faltaba algo. Algo muy importante: la opinión del paciente. Necesitábamos escucharlo.

MATERIAL: Se realizó un taller con los representantes de las asociaciones de pacientes de nuestra área sanitaria, los cuales manifestaron los aspectos organizativos y asistenciales que a su juicio debieran ser mejorados en la nueva ubicación. Mediante la técnica de grupo nominal se priorizaron aquellos más relevantes. Una vez evaluados, la comisión de dirección del Centro validó los mismos en base a criterios de factibilidad, coste, e impacto social

RESULTADOS: De las 97 propuestas recogidas, se seleccionaron las diez mejor valoradas, incorporándose como líneas de actuación sobre las que incidir y trabajar directamente. Son las siguientes: proceso de información y comunicación, horario de citación en consultas externas, establecimiento de medidas orientadas a acortar períodos diagnósticos en pacientes con alta sospecha de patología grave, atención psiquiátrica diferenciada en Urgencias, estructuras de soporte al daño cerebral adquirido, eliminación de barreras arquitectónicas, dotación de un espacio específico en el hospital a disposición de las asociaciones, humanización del hospital de día oncohematológico, adaptación de los menús en hospitalización y participación directa del personal del hospital en programas de formación con cuidadores y familiares.

CONCLUSIONES: La voz del paciente suele estar silenciada y supeditada a la voz del profesional o de las necesidades organizativas. Incorporar su opinión y sus intereses colectivos a través de sus asociaciones a la estrategia de un hospital constituye a la vez un derecho y una necesidad, y puede situar nuestro foco en aspectos a los que de ordinario prestamos poca atención, al tiempo que mejoramos la calidad de la asistencia que dispensamos.

PALABRAS CLAVE: paciente, opinión, estrategia

1066 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:05 h.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA DEL DEPORTE

Porcar, C (1), Salas, A (2), Ballesteros, M (2), Til, Lluis (1), Sust, F (1), Pomés, T (1)

(1) Unitat Assistencial i Preventiva de l'Esport, Consorci Sanitari de Terrassa. (2) Direcció de Qualitat, Consorci Sanitari de Terrassa.

OBJETIVOS: Implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en una Unidad de Medicina del Deporte hospitalaria integrada en un Centro de Alto Rendimiento Deportivo.

MATERIAL: Se ha implantado un Sistema de Gestión de la Calidad teniendo en cuenta los requisitos legales autonómicos, nacionales, los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2008 y los propios del sistema.

Se realizó un diagnóstico de la situación inicial y se programó un cronograma de trabajo.

1. Revisión de los Procedimientos generales de calidad
2. Se identificaron los procesos estratégicos,operativos y de soporte. Se definieron los indicadores en cada proceso.
3. Se desarrollaron los procedimientos relacionados con cada proceso.
4. Planes del sistema.
5. Manual de la calidad y Manual de los procesos (incluye la política de calidad).
6. Auditoria interna
7. Auditoria externa.

RESULTADOS: Se han implantado:

14 procesos,

26 indicadores.

31 procedimientos

7 planes: Calidad, Medida de la satisfacción, Auditorias, Formación, Mantenimiento, Calibración y Control.

Se han definido los registros, su explotación y análisis.

Se ha medido la satisfacción del cliente mediante entrevistas.

Se ha realizado la auditoria interna

Se ha realizado la auditoria externa

AENOR nos ha concedido el Certificado ER-0511/2010, con fecha de 17/5/2010

CONCLUSIONES: La implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad nos ha permitido:

- Ordenar el trabajo realizado por nuestra Unidad y centrarlo en las necesidades del paciente.

- Redefinir las responsabilidades del personal de la Unidad.

- Crear un sistema de información interna que permite la detección rápida de problemas y el análisis de estos para decidir y aplicar las soluciones.

PALABRAS CLAVE: Sistema Calidad, Procesos, Medicina del Deporte

1082 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:10 h.

ESTUDIO SOBRE ESTRÉS LABORAL Y SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

García-Fraguela B (1), Cribeiro-González M (1), Bello-González E (2), Pita-Fernández S (3), López-Ramos P (1), Filgueiras (1)

(1) Dirección de Enfermería, CHUAC. (2) Urxencias, CHUAC. (3) Epidemioloxía, CHUAC.

OBJETIVOS: Determinar cuáles son los principales elementos percibidos como estresantes por los profesionales de enfermería del Servicio de urgencias del CHUAC.

Determinar cuál es el grado de satisfacción.

MATERIAL: Estudio descriptivo con seguimiento prospectivo.

Sujetos: enfermeras y auxiliares de enfermería del Servicio de Urgencias del CHUAC

Instrumentos: Escala de estresores laborales para Enfermería (Nursing stress Scale, Gray-Toft y Anderson)

Cuestionario de satisfacción Font Roja.

Análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.

RESULTADOS: 74 profesionales (65.8% enfermeras, 34.2% auxiliares), 97.3% mujeres, edad 36.3 años (DE 8.3)

Estrés: Se identifican 10n componentes principales que explican el 73% de la variabilidad.

Satisfacción: la información que aportan los componentes principales no se puede interpretar con facilidad por lo que se realiza una rotación que permitirá simplificar la estructura de los factores.

CONCLUSIONES: La edad presenta una correlación inversa con el estrés.

Las relaciones con los médicos parecen ser los estresores más importantes.

Las posibilidades de desarrollo y formación son elementos claves en la satisfacción.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción, Estresores, Enfermería

1117 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:20 h.

EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD. LA GESTIÓN DEL APROVISIONAMIENTO

Jauregui I (1), Bilbao I (1), San Sebastián JA (1), Latorre M (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital de Cruces .

OBJETIVOS: 1. Aplicar la sistemática de procesos para la gestión del proceso de apoyo de Aprovisionamiento en una Unidad

2. Implicar a todas las personas en la gestión de la mejora de la Unidad

MATERIAL: 1. Se documentó el proceso con un formato estandarizado para el Hospital, definiendo la Misión, las entradas, salidas, requisitos, responsables, diagrama de flujo de las actividades e indicadores de resultado

2. Se desarrolló una aplicación informática de gestión de almacenes en la que se daban de baja y alta los consumibles y se recogían las incidencias

3. Se realizó el cálculo automático de stock basándonos en los tiempos de aprovisionamiento y de consumo

4. Se elaboraron los procedimientos para realizar las actividades

RESULTADOS: 1. Este sistema facilita la participación de los miembros de la Unidad en la gestión de las actividades de la misma

2. La información recogida durante un año, en forma de altas, bajas, registro de incidencias y de indicadores está permitiendo realizar cálculos de stock prospectivos y asignar el espacio para el material necesario y que no caduque material

3. Permite establecer requisitos con los proveedores de material basados en datos, identificar problemas monitorizar el seguimiento de los resultados

CONCLUSIONES: 1. La gestión por procesos permite organizar tanto grandes organizaciones como pequeñas unidades

2. La responsabilidad de gestión puede comprenderse a distintos niveles (desde el médico hasta el administrativo), si bien es necesario un nivel de conocimiento en gestión para aplicar el método de manera eficaz

3. Este método permite organizar el aprovisionamiento, estableciendo sólo un día para realizar el pedido, calculando el stock necesario y adecuándolo a cada periodo para minimizarlo, sin que falte nada para realizar el trabajo diario.

PALABRAS CLAVE: MÉTODOS

1142 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:25 h.

DISEÑO DEL PROCESO DE ASISTENCIA EN HOSPITALIZACIÓN.

Ortiz Otero, MM (1), Gómez Ibañez, Y (2), Serrano Balazote, P (3), Rivas Flores, FJ (4)

(1) Calidad, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (2) Gestión de Camas, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (3) Dirección Médica, Hospital Universitario de Fuenlabrada. (4) Gestión de Pacientes, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

OBJETIVOS:

Objetivos.

- Diseño del proceso de asistencia con ingreso hospitalario, buscando su adaptación a las necesidades y expectativas de usuarios y profesionales e integrándolo con el resto de los recursos del área sanitaria.

- Mejorar la resolutividad y continuidad asistencial,

MATERIAL: • Formación básica en Gestión por Procesos al Grupo de Trabajo..

• Enfoque del proceso: identificación de las orientaciones estratégicas que le afectan e identificación de factores críticos de éxito.

• Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora de proceso operativo actual, identificando los principales enfoques de abordaje.

• Definir: Misión y Alcance, Requerimientos, Destinatarios y sus expectativas, Propietario y equipo de proceso, subprocesos y actividades, representación gráfica del proceso y subprocesos, procedimientos, indicadores del proceso y subprocesos

• Desarrollar un plan de implantación del proceso.

• Definir un sistema para la evaluación del proceso de asistencia hospitalizada.

RESULTADOS: En las reuniones del grupo de trabajo, se fueron alcanzando cada una de las táreas propuestas en el diseño de la GxP de las consultas piloto.

o Quedó definida la misión del proceso.

o Se determinaron las fortalezas y debilidades mediante un análisis DAFO.

o Se definieron las entradas y salidas del proceso y los contenidos del mismo.

o Se identificaron las directrices del proceso, se analizaron las expectativas de profesionales y pacientes.

o Se determinaron los indicadores del proceso, y se elaboró el mapa del proceso.

o Se elaboró un plan de mejora.

CONCLUSIONES: Este proyecto ha sido muy útil para conocer nuestras fortalezas y debilidades en el proceso de la asistencia con ingreso hospitalario. Se ha favorecido el trabajo en equipo y un mayor entendimiento por parte de todos los profesionales de las necesidades y expectativas de los procesos, mejora la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes, profesionales (tanto de Atención Primaria como del propio centro).

PALABRAS CLAVE: hospitalizacion, procesos, gestión

1150 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:30 h.

EVOLUCIÓN DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE GERIÁTRIA DURANTE 8 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Cucullo López JM (1), Solsona Fernández S (1), Vial Escolano R (1), Navarro Cirugeda M (2), Ciercoles Sierra MJ (2), Guajardo Sinusia I (2)

(1) Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, Salud. Aragón. Sector I. (2) Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, Salud-Aragón. Sector I.

OBJETIVOS: 1) Valorar si ha cambiado la procedencia y motivo de consulta a una consulta de alta resolución (CAR) de Geriatría durante 8 años.

2) Conocer las características de los pacientes incluidos cada año en dicha consulta.

MATERIAL: : Estudio descriptivo transversal. La muestra son todos los pacientes valorados en la consulta de alta resolución de Geriatría en nuestro servicio desde el año 2002 al 2009. Variables: Edad, sexo, procedencia del anciano, tiempo de duración y causa de la discapacidad, tiempo de demora asistencial, escalas de valoración (Barthel, MSQ), adecuación de paciente según lo prefijado en programa. Programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Acudieron a la consulta en 8 años 1551 pacientes. Se ha observado que el número de pacientes se ha ido incrementando desde el inicio de la consulta (2002: 108 y 2009: 219 pacientes). En el año 2002 el origen de la demanda eran EAP(73,1%) y consulta externa de Geriatría(19,4%), con un cambio de esta tendencia desde inicio de la UVSS en Hospital Miguel Servet de Zaragoza hasta el año 2009 (37,4%) y disminución de la demanda por EAP(23,7%). Los motivos de derivación más frecuentes son: deterioro funcional, ACV y fractura de cadera, observándose un incremento de esta última (2002: 18,7% y 2009: 34,7%). El tiempo desde inicio de la causa hasta inclusión en programa ha disminuido en los 8 años (2002: 109,8±159,43 y 2009: 45,6±34,78 días). El índice de Barthel de inclusión en el CAR ha disminuido 10 puntos (2002: 65 y 2009: 55). La demora asistencial ha ido en aumento (2002: 4,5 y 2009: 6,58 dias), que podría deberse al aumento de pacientes derivados y al cambio de hospital de nuestro Servicio en el año 2008.

CONCLUSIONES: 1.Durante los 8 años de existencia del CAR ha habido un incremento del número de pacientes derivados para valoración.

2.El origen de la demanda más frecuente en el momento actual es la UVSS y la fractura de cadera,ACV y deterioro funcional los motivos de derivación más prevalentes.

3.Hay tendencia a seleccionar pacientes con peor situación funcional.

4. El traslado del Hospital y las modificaciones estructurales en la Unidad motivaron variaciones en el año 2009.

PALABRAS CLAVE: anciano, recuperacion, evolución

1153 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:35 h.

CULTURA DE LA CALIDAD EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA PROTEGIDA. UN PROCESO PARTICIPATIVO.

Avellaneda Millán, A. (1), Herrera Cardenal, E. (2)

(1) Acción Social y Ciudadanía. Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia., Generalitat de Cataluña. (2) Servicios Sociales y Dependencia, Instituto Universitario Avedis Donabedian.

OBJETIVOS: 1. Impregnar a toda la organización de la cultura de la calidad.

2. Responsabilizar a los estamentos de decisión de la organización en el proceso de mejora continua de la calidad.

3. Formar a los profesionales en los contenidos necesarios para la mejora continua de la calidad.

4. Incrementar el número de profesionales implicados en la gestión del sistema de calidad.

MATERIAL: - Creación del Núcleo de Calidad, del Comité Estratègico de Calidad y de las figuras de Coordinador/a de calidad y Referente Territorial de Calidad.

- Comunicación presencial a todos los dispositivos por parte de Coordinadora de Calidad y Referentes Ter

RESULTADOS: Los principales resultados de estas acciones son:

- Asistencia a las reuniones de Núcleo de Calidad con representación de todos los dispositivos.

- Asistencia SESIONES de difusión del Plan de Calida: aumento respecto al año anterior.

- Gran participación en acciones formativas.

- Aumento de solicitudes de Manuales de Calidad.

CONCLUSIONES: Éste es el tercer y último año del primer Plan de Calidad 2008-2010 de DGAIA. Desde su diseño, la estructura implicaba a toda la organización y a todos los equipos y recursos con los que se trabaja para proteger a la infancia en riesgo. De hecho, una de las línias estratégicas hacía referencia a la Cultura de la Calidad.

Se ha conseguido interesar a toda la organización por el trabajo que se realiza desde el Plan de Calidad.

El reto está en ser capaces en 2010 de impulsar el relevo necesario para iniciar el segundo Plan de calidad 2011 - 2013.

PALABRAS CLAVE: participación, cultura, calidad

1156 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:40 h.

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DE UN SERVICIO DE ALERGIA HOSPITALARIO: 2000-2010

Campos-Andreu, A. (1), Gimeno; E (2), Calaforra; S. (2), Pérez, A (3), Ibañez, E (3), López-Salgueiro; R (2)

(1) Servicio de Alergia, HU LA FE. (2) S. Alergia, HU LA FE. (3) S Alergia, HU LA FE.

OBJETIVOS: BACKGROUND: La satisfacción del cliente externo esta ampliamente documentada y asumida por las organizaciones, mientras que la satisfacción del cliente interno, presente en la Teoria de las Organizaciones queda en un segundo plano

OBJETIVO: Estudio de la satisfacción de los Clientes internos (servicios Clínicos hospitalarios) a los que presta su atencion el Servicio de Alergia y comparar los resultados con los obtenidos en 2000.

MATERIAL: Se ha reproducido el estudio realizado en el año 1999-2000 publicado anteriormente. Basicamente se envio una encuesta con respuestas dicotomicas o sobre una escala de likert (1-5) a una muestra aleatoria de 92 Interconsultas solicitadas por los distintos servicios Clínicos del Hospital para enfermos ingresados concretos. El trabajo de distribución fue realizado por una ATS. Se consideraron los siguientes items: CONSTANCIA ESCRITA DE LA ATENCIÓN POR EL ALERGOLOGO, RAPIDEZ EN LA ATENCIÓN, SEGUIMIENTO DEL ENFERMO, GRADO DE IMPLICAción DEL ALEREGOLOGO, UTILIDAD PARA EL PACIENTE Y Satisfacción GLOBAL.

RESULTADOS: La tasa de recuperación de encuestas del estudio actual fue del 59% siendo del 31% para el año 2000. Los resultados correspondientes al estudio anterior se muestran entre parentesis. Para la "Constancia escrita de la atencion" el valor final fue 85% (90), para "Rapidez" fue de 4 (3.8), para el item de "seguimiento" se encontró un valor de 82% (80).La "implicacion" obtuvo 4.03 (3.9), La "utilidad" obtuvo 4.3 (4.1) y el item "satisfacción global" fue 4.2 (4.5). Algunos médicos consultados tuvieron dificultades para recordar la atencion concreta.

CONCLUSIONES: 1)La eleccion de los Items se basó en los postulados de Parasunaman y los habitualmente empleados en la industria de servicios y representan una vision de muestro trabajo para otros servicios

2)Los resultados del estudio actual son similares a los encontrados en el año 1999/2000, con una ligera sdisminución en el item de "satisfacción global" con un descenso de 3 decimas; sin embargo la tasa de recuperación de encuestas ha sido en este estudio casi dobla la anterior

2) La "imagen proyectada" por nuestro servicio entre el resto de servicios solicitantes de nueestra atención continua siendo alta

3) Un Área de Mejora seria la "Constancia escrita" situada en un punto alto (85%), si bien claramente mejorable.

4) El procedimiento descrito, avalado por la Unidad de Gestión de Calidad de nuestro Hospital representa un sistema eficaz y util en la monitorización de la atencion a nuestro Cliente Interno

PALABRAS CLAVE: CLIENTE INTERNO, Satisfacción, CONTINUIDAD

1177 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:45 h.

FIBRINOLISIS EN EL ICTUS. PROGRESANDO CON LOS TIEMPOS

Gros Bañeres B (1), Herrer Castejón A (1), Palazon Saura P (1), Garcés Sanjosé C (1), Javierre Loris M (1), Viñado Oteo B (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: Evaluar los indicadores de calidad del tratamiento fibrinolítico en el ICTUS, tras el cambio de criterios de inclusión, al aceptarse el uso compasivo en mayores de 80 a.y el aumento del tiempo del inicio de los síntomas hasta los 270 min. para edades entre 18-80 a.; y compararlos con los obtenidos los años previos.

MATERIAL: Se incluyeron todos los casos de ictus que recibieron tratamiento fibrinolítico según los nuevos criterios de fibrinolisis en el año 2009; y se compararon con los datos obtenidos los años anteriores (2005-2008). Para ello se utilizó el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: En el año 2009 se realizaron 52 fibrinolisis (24 varones y 28 mujeres). Más del doble de las realizadas de media (24) los años previos.

Por grupos de edad se aprecia diferencia significativa (p=0,01) en el grupo de > 80a. en cuanto al sexo (70% mujeres). En el resto de los grupo existe predominio de varones en todos los años con una proporción casi inversa (65% varones).

La media en min. desde inicio síntomas hasta fibrinolisis ha aumentado sobre todo en el grupo de 51-60a.. Así como el tiempo desde el inicio de síntomas hasta llegada al hospital, superando los 160min de media. El grupo >80a. no supera los 160min. de media. El tiempo puerta-aguja es >90min. en >60 años; siendo entre 60-70min. en el grupo 71-80a., el más numeroso (19 casos). El tiempo TAC-aguja muestra un perfil similar; mayor en grupos más jóvenes. Esta tendencia se aprecia en todos los años, no habiendo diferencias significativas por grupos de edad.

la recuperación completa se produjo en el 19% de casos en 2009 y en el 22% en años anteriores sin existir diferencias significativas en el porcentaje de curaciones (p=,45). Exitus en 4 casos, ninguno de ellos en el grupo > 80a.

CONCLUSIONES: La modificación de los criterios de fibrinolisis ha supuesto un incremento importante del número de pacientes tratados; sobretodo en cuanto a la edad, sin mostrar por ello un aumento de los efectos adversos ni exitus.

Al aumentar el tiempo de fibrinolisis en los grupos más jóvenes hemos empeorado en los tiempos de inicio síntomas-fibrinolisis, aunque también es cierto que llegan más tarde al hospital; si bien ello no debería influir en el tiempo TAC-aguja. Tras la evaluación de los datos se ha propuesto un línea de mejora del protocolo encaminada a disminuir el tiempo TAC-aguja condicionado por la estructura física de nuestro Servicio.

PALABRAS CLAVE: FIBRINOLISIS, ICTUS, INDICADORES

1185 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:50 h.

ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE

Lagos-Pantoja E (1), Sánchez-González Rp (2), García-Cuenca Al (3), Pelaez-Flores A (4), García-Castillo Pérez-Madrid C (5), Cambronero-Casas F (6)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2) Dirección de Enfermería, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (3) SUPERVISOR de Formación y Cuidados de Enfermería, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (4) SUPERVISOR de Área de Enfermería, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (5) Supervisora de Área de Enfermería, Hospital General Universitario de Ciudad Real. (6) Servicio de Informática, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVOS: - Actualizar y unificar la valoración de enfermería al ingreso del paciente, incluyendo un ítem específico sobre capacidad legal del paciente.

- Facilitar el acceso a este registro a todos los miembros del equipo asistencial.

- Promover el uso de la his

MATERIAL: Para la realización de este registro informático se creó un grupo de trabajo formado por enfermeras e informáticos del centro. Se facilitaron al servicio de informática los ítems que debía incluir el registro y se diseñó la hoja siguiendo el formato del resto de registros informáticos del hospital. En la valoración de la dependencia (riesgo social) las que resultan positivas quedan registradas en un listado al que tiene acceso directo la trabajadora social así como a los problemas detectados en cada valoración, pudiendo priorizar las más urgentes. Una vez elaborado el registro se difundió a través de sesión de enfermería a todos los profesionales implicados y se impartieron talleres prácticos para enseñar su manejo.

RESULTADOS: Se ha elaborado el registro informático de la valoración de enfermería al ingreso del paciente y se ha implantado en las unidades de hospitalización del HGCR en las que es aplicable.

En el primer mes de implantación la cobertura ha sido del 79%; se llevarán a cabo acciones de mejora para incrementar su implantación mediante SESIONES informativas dirigidas a los servicios con cobertura más baja. A los tres meses de la implantación se reevaluará la cobertura así como el porcentaje de ítems cumplimentados mediante corte transversal.

CONCLUSIONES: Mediante la elaboración del registro informático de la valoración al ingreso del paciente se han adecuado los ítems del registro a las necesidades de pacientes y profesionales y se ha incluido ítem sobre la capacidad legal del paciente (Ley de autonomía del paciente). El registro es visible para todos los miembros del equipo asistencial a través de historia clínica electrónica, contribuyéndose al uso de la misma. Asimismo se ha conseguido agilizar la interconsulta a la trabajadora social dándole acceso directo a los registros informáticos generados en la valoración, consiguiendo con ello que se pueda priorizar a los pacientes que presentarán mayores problemas de dependencia al alta. Se han detectado áreas de mejora en cuanto a la implantación del registro.

PALABRAS CLAVE: REGISTRO, Informático, VALORACIÓN

1187 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 11:55 h.

LA COOPERACIÓN ENTRE ADMINISTRATIVOS Y FACULTATIVOS COMO ESTRATEGIA CLAVE EN LA DEFINICIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS Y EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL INSTITUTO CATALÁN DE EVALUACIONES MÉDICAS.

Pastor - Milán JR (1), Valenzuela - Izquierdo E (1), Dr. Gomila - Vila (1), Dra. Jardí I Lliberia (1), Gàlvez-Hernando G (1)

(1) Departament de Salut, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).

OBJETIVOS: Mejorar la descripción de los procedimientos clave de l'ICAM: la evaluación médica. La separación inicial entre procedimientos administrativos y médicos tenía una lógica interna pero condujo a una parálisis debido a la dificultad de encontrar nexos de coordinación entre ellos. La colaboración entre administrativos y facultativos para describir conjuntamente los procedimientos operativos de la organización fue un factor clave en su descripción, pero también en su desarrollo e implantación. La participación de ambos logró un sistema de gestión documentado que ayudó a planificar, evaluar sistemáticamente la actividad de la organización de acuerdo con una estrategia de calidad establecida para dar respuesta a las necesidades de la sociedad.

MATERIAL: De acuerdo con los grupos de mejora establecidos en el Plan de Calidad, se asignó a un grupo de mejora la descripción y análisis de los procedimientos del mapa de procesos de la organización.

En un principio se intentó separar los procesos de los facultativos de la de los administrativos, de forma que los procesos se trataban de forma independendiente. No obstante, la escasa i, a veces, confusa interrelación de las táreas de ambos grupos nos condujo a valorar la necesidad de cooperación entre ellos y de tratar táreas administrativas y facultativas en un mismo procedimiento. A partir de entonces, la descripción y análisis de los procedimientos se desarrollaron en tres fases. En una primera fase, el grupo estuvo formado por facultativos, los cuales se encargaron de hacer un primer borrador de la descripción del procedimiento. En una segunda fase, esta vez un grupo formado por administrativos, tras revisar el primer borrador, desarrollaron más minuciosamente las táreas administrativas. Por último, el cap d'Àrea d'Organització, Recursos i Qualitat fue el responsable de revisar y presentar ante el comité de dirección los procedimientos para su aprobación y difusión.
Como resultado de la implicación de la dirección y gerencia en la implementación de la gestión por procesos, las reuniones de los grupos de mejora se desarrollaron siempre en horario laboral.

RESULTADOS: La utilización de los grupos de mejora como forma de gestionar los procesos constituyó uno de los ejes fundamentales de nuestro proyecto. La participación en los grupos de mejora en el desarrollo de los procedimientos fue de un 100%. Los participantes de los grupos de mejora no sólo se encargaron de describir los procedimientos, sino que también fueron los responsables de conseguir la participación de otros profesionales de la organización en la descripción de los procedimientos en los que estaban implicados. Esto permitió abarcar un mayor número per participantes en el desarrollo de la gestión por procesos.
La necesidad de que los procedimientos abarcasen tanto táreas administrativas como facultativas provocó una mayor cooperación entre ellos y aumentó el sentimiento de cohesión de grupo que acabó con el tópico de la separación entre médicos i administrativos.

CONCLUSIONES: Cabe destacar que el camino para alcanzar la gestión por procesos no es un camino fácil, requiere de un proceso de reflexión, cooperación, análisis de la organización e introducir elementos nuevos (terminología, medida de indicadores, etc.) que necesitan ser interiorizados en la cultura organizativa mediante comunicación y formación interna.
La descripción de los procedimientos no habría sido posible sin la cooperación entre facultativos y administrativos. El trabajo conjunto de ambos, nos ha permitido tener una información más completa, describiendo de forma más minuciosa los procedimientos.
Aunque no ha sido un camino corto ni fácil debido a la complejidad de los procesos, no debemos olvidar los aspectos positivos que hemos conseguido. La gestión por procesos nos está permitiendo evaluar, mejorar y homogeneizar los procesos de la organización. Además es una oportunidad para todos los trabajadores de participación en la mejora continua del Instituto.

PALABRAS CLAVE: Cooperación entre administrativos y facultativos, Implementación de la gestión por procesos, Descripción de procedimientos

1188 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 12:00 h.

VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE, RELACIÓN ENTRE NIVEL DE GRAVEDAD ASIGNADO Y DESTINO AL ALTA DE LOS PACINTES

Sánchez-Fernández M (1), Esteban-Zarraoa M.J. (1), Machiñena-Ursuegi L (1), Marín-Tamayo JM (1), Masie-Mebuy A (1), Murguzur-Igarzabal D (1)

(1) Urgencias, Hospital Alto Deba.

OBJETIVOS: Analizar los datos correspondientes al año 2009 sobre la utilización en nuestro Servicio de Urgencias de un sistema estructurado de triaje, que permite realizar una valoración clínica preliminar de los pacientes que acuden demandando atención, viendo la correlación entre el nivel de gravedad asignado por SET (sistema español de triaje)y el destino final de los pacientes tras el alta del Servicio de Urgencias, como indicador de calidad en un Servicio de Urgencias gestionado por procesos y certificado con la ISO 9001 2000

MATERIAL: Estudio descriptivo observacional de los pacientes > de 13 años vistos en el Servicio de Urgencias entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2009, habiéndose aplicado el programa informático de estratificación de riesgo al 100% y correlacionándose con los datos estadísticos obtenidos del programa informático de gestión de pacintes denominado PCH

RESULTADOS: Fueron atendidos un total de 24872 duarante el periodo antes mencionado, siendo el tiempo medio desde que el paciente llega a la Urgencias hasta que al paciente se le realiza el triaje de 6,58 minutos.

Tras la aplicación del SET, el 0,2 % (42 pacientes) fueron clasificados con el nivel I de gravedad (el más grave), el 5,2% (1286 pacientes) correspondían a los pacientes clasificados de nivel II, el 16,8% (4176 pacientes) fueron pacientes de nivel III, el 64,8 % (16155 pacientes) fueron del nivel IV, siendo este el grupo más frecuente y finalmente, el 12,9 % (3213 pacientes) fueron del nivel V, siendo este el menos grave.

Tras ser atendidos en Urgencias, fueron dados de alta a su domicilio un total de 22568 pacientes, correspondiendo 18438, es decir, el 81,69% a los pacientes de nivel de gravedad IV y V, considerados los menos graves. Por otra parte, del total de pacientes atendidos, 2888 precisaron ingreso, correspondiendo 1974, es decir, el 68,35%, a los pacientes de niveles de gravedad más alta, clasificados como niveles I, II y III.

CONCLUSIONES: 1. La utilización en nuestro Servicio del SET, como sistema de triaje estructurado, es valorada como una herramienta útil que permite predecir el destino al alta de los pacientes en relación con el nivel de gravedad asignado.

2. Los sistemas estrucutados de triaje permiten optimizar el trabajo realizado, priorizando la atención en relación con el nivel de gravedad, siendo especialmente útil en situaciones de saturación o de disminución de recursos.

3. El tiempo de respuesta desde la llegada del paciente hasta la realización del triaje cumple los estándares de calidad establecidos.

PALABRAS CLAVE: Calidad , Triaje, Alta

1259 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 12:05 h.

CÓMO TRASLADAR UN HOSPITAL Y NO MORIR EN EL INTENTO

Rubial-Bernárdez, F. (1), Fernández-Lamelo, F. (1), Fernández-López, A. (1), Moreno-Alegre, A. (1), Camino-Fernández, E. (1), Vilanova-Fraga, F. (1)

(1) Servizo Galego de Saúde, Hospital Universitario Lucus Augusti.

OBJETIVOS: Si alguien pensaba que no hay nada más difícil que abrir un hospital voy a dejar claro que no es así. La tárea más complicada a la que puede enfrentarse una organización sanitaria tan compleja como un hospital es un traslado. Un traslado entendido de manera amplia y no sólo como una mudanza. Un traslado como un proceso en el que, paralelo a un cambio de emplazamiento, todos los profesionales cambian su lugar de trabajo, en el que se analizan y se reorganizan todos los procesos, en el que se renueva buena parte de la tecnología, se rediseñan los circuitos asistenciales y de soporte, etc.

El objetivo que nos hemos planteado es presentar cuales son, a nuestro juicio, los elementos críticos para el éxito de un traslado y apertura de un centro hospitalario, así como las dificultades que nosotros mismos nos hemos encontrado en nuestra experiencia en el Hospital Universitario Lucus Augusti.

MATERIAL: Se presenta un análisis descriptivo y cronológico de los aspectos clave para la apertura y puesta en marcha exitosa de un hospital. La metodología aplicada se basó en la reingeniería de macroprocesos a tres niveles: estratégico, factores clave y elementos de soporte. También se abordaron específicamente aspectos vinculados a la logística de traslado.

RESULTADOS: El traslado y puesta en marcha del Hospital Universitario Lucus Augusti ha representado un enorme esfuerzo colectivo que la organización ha debido asumir paralelamente al desempeño de sus responsabilidades y táreas ordinarias. La definición de grandes macroprocesos y el trabajo de reingeniería y rediseño por parte de grupos multidisciplinares ha permitido implicar a un gran número de profesionales en el proyecto, ha establecido unas bases de funcionamiento homogéneas en todas las áreas, y ha dotado al centro de un corpus normativo y organizativo propio y específico. Todo ello minimizará el impacto de un proceso tan complejo como es un traslado, limitando los efectos colaterales del mismo, garantizando una asistencia segura y resolutiva durante ese período y minimizando el impacto de lo imprevisto.

CONCLUSIONES: Si trabajar en un hospital consume tiempo y esfuerzo, hacerlo paralelamente al diseño y planificación del traslado y puesta en marcha de uno nuevo exige, al menos, redoblar ambos. Sin embargo, se trata de un reto de tal magnitud que la ilusión que genera sólo es comparable a las energías que requiere. No obstante, resulta imprescindible aplicar una metodología de gestión por procesos que permita garantizar homogeneidad, reducción del caos y, si me permiten, supervivencia.

PALABRAS CLAVE: traslado, hospital, macroprocesos

1280 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 12:10 h.

CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL PROCESO DE FINAL DE LA VIDA: ACOMPAÑANDO AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

Álvarez Rodríguez M (1), Echevarria Bayas, MP (1), Escudero Hernández, MM (1), Sarret Vilà, S (1), Sabater Recolons, MM (1), Montero Cabeza, AM (1)

(1) Atención Primaria, Institut Català de la Salut.

OBJETIVOS: - Mejorar la asistencia al paciente en los últimos días de vida: estandarizar intervenciones.

- Priorizar soporte emocional a la familia

MATERIAL: A partir de la detección de una incidencia en el circuito asistencial del proceso de final de vida (octubre-2009), la Comisión de Calidad (centro de Atención Primaria urbano) decidió crear un grupo de trabajo multidisciplinario para revisar y actualizar el protocolo de actuación.

-Se realizó un Brainstorming que se analiza a través del diagrama de causa-efecto (Ishikawa).

-Se actualiza el protocolo asistencial para el proceso de final de vida y se incorporan intervenciones de soporte a la familia (diciembre-2009)

-Difusión del protocolo a los profesionales del equipo.

RESULTADOS: Desde la implementación del protocolo hasta la actualidad se ha aplicado en 5 casos.

La Comisión de Calidad realizó una encuesta estructurada de preguntas cerradas a los profesionales implicados en estos casos:

1.¿Ha aplicado el nuevo protocolo asistencial para el proceso de final de vida?

2.¿Es fácil de aplicar?

3.¿Cubre las necesidades del paciente y la familia?

Los 14 profesionales implicados en los casos contestaron la encuesta:

1.Todos aplicaron el nuevo protocolo

2.12 consideran que es fácil de aplicar y 2 que no lo es.

3.13 consideran que se cubren las necesidades del paciente y la familia y 1 considera que no están cubiertas

CONCLUSIONES: La revisión y actualización del protocolo asistencial en el proceso de final de vida ha permitido estandarizar las intervenciones en estos casos.

Con el nuevo protocolo, varios profesionales del centro conocen los casos en situación de final de vida y así se garantiza atención a la demanda de los familiares y apoyo emocional durante el horario que permanece abierto el centro.

Tras la encuesta a los profesionales se decide adelantar la revisión del protocolo a diciembre-2010. Se tendrán en cuenta las aportaciones del profesional que considera que no se cubren las necesidades del paciente y la familia.

PALABRAS CLAVE: proceso de final de vida, soporte emocional, Atención Primaria

1292 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 12:15 h.

¿POR QUÉ REGISTRAR EN SOPORTE INFORMATIZADO LA ACTIVIDAD ENFERMERA Y RECURSOS MATERIALES UTILIZADOS EN LA COLONOSCOPIA DEL PROCESO DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO?

Riquelme-Tenza P (1), Navarro-Egea AP (2), Carrillo-Ortega J (1), Camacho-López P (1), López-Martínez PI (1), Carballo-Álvarez Lf (1)

(1) Área Digestivo, Hospital U. Virgen de la Arrixaca. (2) Área Digestivo, Hospital U. Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS: -Cuantificar tiempos enfermeros y material relacionados con la Colonoscopia de Cribado de Cáncer de Colon y Recto (CCCR).
-Adecuar recursos humanos y materiales garantizando calidad en la CCCR..

MATERIAL: Para poder llevar a cabo los objetivos, elaboramos un circuito asegurando que los pasos del proceso están en consonancia con los recursos existentes. El desarrollo es el siguiente:
-Programación desde Atención Primaria en agenda para consulta de Enfermería de pacientes del proceso de Prevención de CCR con resultado de sangre oculta en heces positivo.
-Entrevista con el enfermero en la Consulta de Orientación Diagnóstica.
-Programación, tras aceptación del paciente, para realización del procedimiento de colonoscopia en agendas especiales.
-Confirmación por Enfermería para verificar la aceptación de la colonoscopia, aclarar dudas relacionadas con preparación y otros, recordando día y hora.
-Recepción y acogida del paciente a la hora prevista, en la Sala de Cuidados.
-Información y verificación de la correcta preparación de limpieza intestinal y comprensión del procedimiento por parte del paciente.
-Preparación para la realización del procedimiento según protocolo establecido.
En Sala de Trabajo:
-Realización del procedimiento según protocolos establecido.
-Registro de actividades e intervenciones médico-enfermeras en soporte informatizado.
-Coordinación entre enfermera de Sala de Trabajo con enfermera de Sala de Cuidados.
Posteriormente en la Sala de Cuidados:
-Alta del paciente según protocolos establecidos con recomendaciones de Enfermería post-procedimiento.
-Programación del paciente en agenda de consultas médico-enfermera según protocolo de derivación establecido.
Material necesario:
-Pacientes programados en agendas específicas de CCCR.
-Personal de Enfermería especializada en CCCR.
-Personal facultativo especializado en CCCR.
-Celador de la Unidad de Endoscopias.
-Personal de Enfermería de la Sala de Cuidados.
-Registros informatizados médico – enfermeros.

RESULTADOS: A ejemplo hemos recogido datos de cuatro meses de registro de la actividad que la enfermera realiza en la colonoscopia de cribado (Enero – Abril 2010):
- Nº total de formularios registrados en relación a estas colonoscopias: 502, de estos se han recogido 3703 intervenciones enfermeras y 2217 actividades de Enfermería, para un total de 489 colonoscopias.
- Tiempo total invertido en la recogida y registro de la actividad: 22.005 minutos (4 minutos y 11 segundos por actividad e intervención (queda incluida realización de la actividad y registro de la misma), y 14670 minutos en la realización del procedimiento.
- Total de unidades de instrumental utilizado: 1445 unidades.

CONCLUSIONES: En base a estos datos, podemos concluir que es necesario registrar para cuantificar tiempos de personal y recursos materiales utilizados, adaptándolos a las necesidades asistenciales relacionadas con los diferentes procesos y evaluando la calidad de los registros para mejorar la atención prestada.

PALABRAS CLAVE: Colonoscopia, Cribado, Recursos

1323 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 12:20 h.

GESTIÓN POR PROCESOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL: UNA APUESTA POR LA CALIDAD

Calvo-Rico R (1), Conejo-Olmedilla MA (1), Cabrera-Del Castillo MA (1), Gomez-Gomez MT (1), Pérez-García Pa (1), González Fernández I (1)

(1) E.A.P. Camarena G.A.P. Toledo, SESCAM.

OBJETIVOS: Aplicar una nueva forma de gestión clínica y administrativa en un Equipo de Atención Primaria (EAP), siguiendo una línea estratégica prioritaria de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo-SESCAM (Plan de Calidad para la Coordinación de los EAPs): consolidar la gestión clínica potenciando la descentralización, enfocada a fortalecer al paciente como eje del sistema, integrar y coordinar los niveles sociosanitarios, e incrementar la eficiencia.

MATERIAL: Proyecto desarrollado en 3 etapas:

· Motivación y consolidación del liderazgo: conseguir un equipo directivo del EAP con liderazgo real y reconocido.

· Desarrollo de una programación funcional (PF) mediante grupos de trabajo que sirva como: primer instrumento de mejora continua, y mecanismo de participación y corresponsabilidad de los profesionales.

· Paso de la PF a la gestión por procesos (GP).

Una vez alcanzadas las dos primeras, el equipo al completo tuvo un día de reflexión (parada técnica) para valorar y priorizar las acciones de mejora a partir del catálogo de procesos desarrollado.

RESULTADOS: Etapa 1: - Establecimiento del grupo de liderazgo clínico/organizativo. – Participación del 100% de los profesionales del EAP, sin distinción del tipo de contrato. – Consecución de un modelo de trabajo dirigido a la motivación profesional y satisfacción del usuario. – Posicionamiento como uno de los EAPs líderes del Área. – Definición de misión, visión y valores alineados con SESCAM y GAP de Toledo.

Etapa 2: - Creación de una PF (modelo para el Área) y su revisión para adaptarla a cambios estructurales (nuevo centro de salud y servicios). - Impulso de relaciones con grupos de interés (consulta joven, consulta dental embarazadas y pregestantes,…). – Acreditación como centro docente. – Sistematización de SESIONES (mínimo 4/mes) y reuniones.

Etapa 3: – Definición del mapa de procesos y 4 Procesos Asistenciales. – Compromiso con la investigación-innovación (al menos 1 proyecto de investigación, 1 comunicación y 1 publicación al año).

CONCLUSIONES: La metodología aplicada nos está permitiendo pasar de una gestión clásica (falta de sistematización, transmisión oral de los procedimientos, duplicidad de actividades, circuitos poco definidos, gran variabilidad clínica/organizativa, poca eficiencia) a una estructura organizativa caracterizada por: apoyo de la dirección, trabajo y reflexión en equipo sin distinción profesional, facilitando la concienciación e implicación de los profesionales en la gestión y mejora continua de la calidad (implantación del EFQM desde la gestión clínica y administrativa). Encontraremos soluciones de gestión dentro de la propia organización si facilitamos la implicación de todas las personas.

PALABRAS CLAVE: PROCESOS, PRIMARIA, CALIDAD

1326 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 38 – 21/10/2010, 12:25 h.

CICLO DE MEJORA DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD) DE URGENCIAS

Fernández Castelló AI (1), Bibiano Guillen C (2), Muñoz De la Nava Chacón MN (1), Martínez Cerezal C (3), González Hernández MJ (3), Mariné Blanco M (4)

(1) Información, Calidad y Seguridad Clínica, Sanitas S.A. Seguros. (2) Jefe del Servicio de Urgencias, Sanitas S.A. Hospitales. (3) Servicio de Urgencias, Sanitas S.A. Hospitales. (4) Dirección Médica, Sanitas S.A. Hospitales.

OBJETIVOS: Mejorar la calidad del CMBD de urgencias.

MATERIAL: El ciclo de mejora del CMBD de urgencias se lleva a cabo en Hospital Sanitas La Moraleja.

Para la identificación de la oportunidad de mejora se utilizó un método de identificación y priorización de problemas sin requerimiento de datos, la matriz decisional. Una vez delimitado el problema se dimensionó y se reflexionó sobre sus causas mediante un diagrama de causa-efecto. Posteriormente se procedió a la construcción de 14 criterios con los que medir la calidad del CMBD de urgencias en la situación de partida y para posteriormente documentar la mejora conseguida. Previamente se realizó un pilotaje para asegurar la fiabilidad de los criterios seleccionados.

Se llevó a cabo un estudio de evaluación del nivel de calidad y teniendo en cuenta los resultados de este y mediante una técnica grupal, se construyó un diagrama de afinidades que nos permitió recoger, ordenar y convertir en plan de acción, todas las ideas y opiniones aportada por los participantes.

Se puso en marcha el plan de acción y se llevó a cabo una reevaluación del nivel de calidad para comprobar si efectivamente se había logrado mejorar.

La evaluación del nivel de calidad se realizó con una muestra seleccionada de forma aleatoria simple de un total de 1.383 urgencias.

RESULTADOS: En el pilotaje realizado para asegurar la fiabilidad de los criterios, la concordancia general de los evaluadores fue mayor o igual al 95% para todos los criterios.

En el estudio de evaluación realizado para conocer la situación de partida, con una confianza del 95%, se observó que 4 de los criterios definidos acumulaban el 100% de incumplimientos y que un solo criterio (estar codificado con CIE-9 MC el diagnóstico principal) acumulaba el 75% de incumplimientos.

El diagrama de afinidades determinó las 4 líneas estratégicas del plan de acción:

1.- Cambios en los sistemas informáticos

2.- Organización del trabajo

3.- Formación del personal médico

4.- Sistemas de control de la evolución experimentada.

Está previsto llevar a cabo la reevaluación del proceso en el mes de septiembre de 2010, después de 6 meses tras poner en marcha las medidas de mejora. Pero con el objetivo de presentar en este resumen resultados se ha realizado una estimación del % de incumplimientos para el criterio estar codificado con CIE-9-MC el diagnóstico principal, y el resultado ha sido del 48%.

Los resultados de la reevaluación estarán disponibles en el mes de septiembre y podrán ser presentados en el Congreso.

CONCLUSIONES: La mejora de la calidad del CMBD de urgencias del Hospital Sanitas La Moraleja se centra en 4 criterios de los 14 establecidos y sobre todo en el criterio de estar codificado el diagnóstico principal.

La implicación y participación de los profesionales del servicio de urgencias en este ciclo de mejora, está siendo fundamental tanto para su puesta en marcha, como para la implantación de las medidas de mejora.

PALABRAS CLAVE: Calidad asistencial, Conjunto Mínimo de datos, Urgencias

1364 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 15:35 h.

MEDICIÓN INTERNA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL

Ferrer-Bas MP (1), Beteta-Fernández D (2), López-Ibáñez M (2), Hellín-Monasterio J (3), Férnandez-Redondo C (4), Iniesta-Alcázar J (5)

(1) Dirección de enfermería. Coordinadora de Hospitalización General, Farmacia y Formación Continuada, Calidad e Investigación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Formación Continuada y Docencia, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Dirección de enfermería. Director, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (4) Supervisora de Área Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (5) Dirección de enfermería. Subdirección de Docencia y recursos económicos., Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS: Detectar las causas de la disminución de los registros de enfermería.

Dar apoyo formativo sobre metodología enfermera.

Reforzar la utilidad de los registros

Favorecer la continuidad de la calidad de los registros

MATERIAL: Durante mayo de 2007 se produjo una importante disminución en los registros de cuidados de enfermería en las mediciones oficiales, exigidas por el grupo de Calidad Regional. Indicadores, como el PVI (Valoración de enfermería del paciente al ingreso) pasaron de un cumplimiento del 74% en las mediciones de febrero a un 49% en mayo. En ningún indicador se llegaba al estándar.

Tras realizar un análisis de la situación detectamos: defectos de las hojas de registro, déficit de formación de enfermería y desconocimiento de los objetivos de la mediciones oficiales y los resultados obtenidos en las mismas.

Como intervenciones de mejora para solucionar estos problemas realizamos:

Elaboración de un "Procedimiento de Medición interna", con un calendario de medición para cada unidad, desde finales de 2007 se realizan mediciones internas que van intercaladas con las mediciones oficiales. En ellas se aprovecha para dar formación en metodología enfermera, insistir en la importancia de los registros, detectar problemas y resolver dudas. Después de cada control, oficial o interno, se transmiten los resultados a todos los profesionales de enfermería, haciéndolos participes del proceso.

Apoyo informativo mediante carteles.

SESIONES de formación aproximativas a la metodología enfermera.

Modificación de la gráfica de enfermería

Instauración de hojas de registro de cuidados.

RESULTADOS: Incremento de los resultados en todos los indicadores de calidad, en la actualidad superamos el estándar en todos. Desde mayo de 2007 a mayo de 2010 el incremento de mejora supera el 50%. En el PVI hemos pasado de un 49% a un 98,5%.

Aumento de los registros y mejora en la calidad de los mismos.

Más de 75% del personal de enfermería de hospitalización general está formado en metodología enfermera.

Mayor implicación de los profesionales con los objetivos marcados por el grupo de calidad regional.

CONCLUSIONES: La elaboración de un "Procedimiento de Medición Interna" además de cubrir los objetivos para los que fue diseñado, añade un valor al proceso de supervisión en los registros de los cuidados, alinea al personal asistencial con el Contrato de Gestión del Hospital, se aporta información personalizada desde la dirección de enfermería, haciendo que los profesionales estén más incentivados.

La realización de mediciones internas de forma sistémica también permite la detección de oportunidades de mejora.

PALABRAS CLAVE: medicion , indicador , calidad

1381 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 15:40 h.

REMODELANDO "LA FACHADA" DE NUESTROS CENTROS DE SALUD: LA IMAGEN TAMBIÉN CUENTA

Fluriache García-Caro MP (1), Dulanto Banda, RA (2), Pacheco Jiménez, FJ (3), Garrido Valverde, I (3), López-Cañizares, MM (3)

(1) Unidad de Comunicación, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2) Unidad de Calidad, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (3) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

OBJETIVOS: Verificar la efectividad de la implementación de un procedimiento sobre la gestión del material divulgativo en los centros de salud (CS) del Área Sanitaria de Talavera de la Reina.

Conocer el grado de satisfacción y participación de los profesionales implicados en el proceso.

MATERIAL: Tras implementar en 2009 un procedimiento de imagen corporativa para la elaboración y difusión de carteles y folletos, se realizó una evaluación comparativa de las características de la cartelería en los 16 CS del Área (12 rurales y 4 urbanos), según criterios de adecuación previamente establecidos. Se registraron las incidencias, sugerencias y comentarios enviados a la Unidad de Comunicación (responsable del procedimiento) por los profesionales durante 12 meses.

Se llevó a cabo un despliegue de recursos para sentar las bases de la mejora de la imagen (catálogo de carteles on-line, paneles corporativos, etc.)

Se encuestó a los Coordinadores de Equipos y los Responsables de las UUAA de cada centro sobre su conocimiento y satisfacción relacionados con la imagen y el procedimiento.

RESULTADOS: De los 962 carteles analizados en 2009, el 41 % estaban dentro de los criterios de excluibles o muy mejorables (19,8 y 21.2 % respectivamente).

Las intervenciones incluyeron la instalación de paneles informativos en el 100% de las puertas de la consultas y zonas estratégicas, designación de personal de referencia en cada centro, un catálogo on-line compuesto por 10 modelos de carteles con contenido específico y 1 genérico y tres folletos, entre otras medidas.

En el año 2010 se redujo la sobrecarga de carteles en más del 50 %, siendo la mayoría de los retirados aquellos que no cumplían criterios de adecuación. Se han recibido 37 consultas de profesionales en el año y se detectó un elevado grado de satisfacción principalmente entre las unidades administrativas.

CONCLUSIONES: La difusión activa de instrucciones claras para la gestión de la imagen de los centros y la implicación de sus profesionales ha permitido una implementación efectiva de un procedimiento de imagen corporativa.

Se han detectado como áreas de mejora la necesidad de ampliar el catálogo de carteles, implicar a más profesionales, extender el procedimiento al interior de las consultas y medir el impacto de esta intervención en los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Imagen corporativa, cartelería, centros de salud

1425 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 15:45 h.

EFQM: HERRAMIENTA DE MEJORA EN EL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA H.GUADARRAMA

Alonso-Martín MSM (1), Salazar- De la Guerra R (1), Gomez- Carracedo AM (1), Flores- Sánchez G (1), García- González C (1), Benito- Magan JJ (1)

(1) Docencia, Hospital Guadarrama.

OBJETIVOS: El modelo EFQM tiene un rol clave en la mejora de la eficiencia de las organizaciones al reforzar la calidad en todas las dimensiones de la organización.

El objetivo de éste estudio es presentar las mejoras en temas de formación en Hospital Guadarrama analizando los puntos fuertes y áreas de mejora de los subcriterios 3b y 7b con las autoevaluaciones realizadas en 2006 y 2009.

MATERIAL: Se han recogido los puntos fuertes y áreas de mejora de los subcriterios 3b y 7b en temas de formación continuada relativas a las autoevaluaciones EFQM de los años 2006 y 2009, analizando nuestros planes de formación continuada durante ese periodo así como las acciones de mejora realizadas.

RESULTADOS: En 2006 ,la puntuación total fue de 35p para Subcriterio 3b (4 P.fuertes 1 A.de mejora en formación) y 45p para Subcriterio 7b (4 P.fuertes, 0 A.de mejora en formación)

Mejoras implantadas: Ampliación de cuestionarios de detección de necesidades formativas a todos los profesionales cuya evaluación sirve para elaborar el siguiente Plan de Formación alineado con la estrategia del hospital. Desde 2006 análisis de evaluación de la formativas con una puntuación media de 8,39.Aumento de acreditación (12% 2006, 93% 2009).Implantación de una Jornada anual .Se realizan comparaciones de los Planes de Formación entre Hospitales de Media-Larga Estancia de la Comunidad de Madrid analizando dos variables: porcentaje de ejecución del plan formativo(H.Guadarrama 100%,otros 80%)y acreditación de actividades formativas (H.Guadarrama 93% en el 2009 y otros 80%).Aumento de rotaciones externa por unidades de otros hospitales para favorecer el Bechmarking: 2006 -2007 cero rotaciones, 2008 (11 Facultativos y 1 DUE), 2009 (4 facultativos).En 2008 se consiguió una beca FIS de investigación de Redes participando cuatro facultativos.

Con estas mejoras implantadas el resultado de la autoevaluación en el año 2009 ha sido puntuación total de 50p para Subcriterio 3b (6 P.fuertes 2 A.de mejora en formación) y 50p para Subcriterio 7b (4 P.fuertes, 0 A.de mejora en formación)

CONCLUSIONES: La evaluación EFQM es una buena herramienta de calidad que nos ha servido para mejorar los planes de formación continuada.

- Ha favorecido la implicación de los profesionales en coordinación de acciones formativas
- La acreditación de los cursos y SESIONES nos ha permitido elevar el nivel de excelencia de la formación en el centro.
- La comparación con otros centros muestra datos favorables a nuestra organización
- Supone un reto para el área de formación el poder realizar evaluaciones de la eficacia de las acciones formativas

PALABRAS CLAVE: FORMACIÓN, EFQM, CALIDAD

1445 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 15:50 h.

EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS EN PACIENTES CON "DERRAME PLEURAL".

Rodríguez-García C, (1), Candia B (2)

(1) Neumología, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Evaluar la solicitud de estudios diagnósticos en pacientes con derrame pleural, a partir de la cumplimentación de la Hoja de solicitud de estudios.

Analizar la utilización de la información que orienta la "sospecha diagnóstica", cuando se indican los estudios complementarios en pacientes con derrame pleural.

MATERIAL: Se realiza un estudio retrospectivo en el que se incluyen 204 pacientes con derrame pleural, recogidos a lo largo de un año, a los que se les realizan estudios complementarios para el diagnóstico etiológico del derrame pleural.
Se dispone de un registro de Hojas de solicitud de estudios diagnósticos, que se utiliza para determinar la etiología del derrame. Estas Hojas se encuentran archivadas en el Servicio de Neumología.
Se procede a la revisión de la información contenida en las Hojas, y a la valoración de la cumplimentación de cada una de las variables, así como a la interpretación de la cumplimentación de las mismas. Se crea una base de datos ad hoc en el Paquete estadístico SPSS/pc+ V16,
Sobre la muestra se determina la Normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.
Se realiza un análisis descriptivo, de distribución de frecuencias para cada una de las variables contempladas en la Hoja de solicitud.

RESULTADOS: De la evaluación de la cumplimentación de la Hoja de solicitud de estudios en derrame pleural, se dobserva que el sexo se registra en el 100%. El Servicio que deriva al paciente consta en 96,5% (197/204). La información de la variable "sospecha de cáncer", se encuentra registrada en 94,1% (192/204); el mismo resultado para "sospecha de tuberculosis". Las "características macroscópicas del líquido" se registran en 92,4%. Las pruebas radiológicas en 97,5%. El pH, que constituye una variable fundamental en los estudios de líquido pleural, aparece registrado en un 78% (160/204). En el 20,5% de los casos de derrame metaneumónico no se habían registrado los datos del pH.
Se observa una solicitud indiscriminada de pruebas diagnósticas complementarias, sin valorar la orientación que ofrece la información registrada.

El índice de cumplimentación en el análisis bioquímico es de 82%. El estudio de células malignas, 98%.

CONCLUSIONES: A pesar de que el aspecto macroscópico del líquido pleural puede orientar sobre la naturaleza trasudativa o exudativa del derame, es preciso aplicar criterios bioquímicos. ´En elevado porcentaje se registran las características macroscópicas (92,4%), frente a un 84% en el análisis bioquímico del líquido.
El elevado índice de cumplimentación de la casi totalidad de estudios diagnósticos complementarios en el derrame, orienta hacia la utilización generalizada de los estudios. Aún así, datos de relevancia (bioquímica, pH) aparecen registrados en menor proporción, e independientemente de la sospecha diagnóstica.
Concluimos que, se recomienda la aplicación de Protocolos de actuación ante las diferentes sospechas, que permitan sistematizar los estudios complementarios específicos y necesarios según la sospecha diagnóstica, con el fin de evitar la realización de pruebas diagnósticas innecesarias.

PALABRAS CLAVE: DERRAME PLEURAL, Diagnóstico, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

1483 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 15:55 h.

IMPORTANCIA DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL PACIENTE EN LA HOSTELERÍA DE CAPIO HOSPITAL TRES CULTURAS DE TOLEDO

Retamero Blázquez J (1), Fernández Vázquez MM (2), Pradillo Perea P (3), Loza Villasis S (4), Garrido Rocamora I (5), Blanco Rodríguez M (6)

(1) Servicios Generales, Capio Hospital Tres Culturas. (2) Dirección Financiera, Capio Hospital Tres Culturas. (3) Recursos Humanos, Capio Hospital Tres Culturas. (4) Atención al paciente, Capio Hospital Tres Culturas. (5) Supervisión Enfermería, Capio Hospital Tres Culturas. (6) Departamento Central de Calidad, Capio Sanidad.

OBJETIVOS: Mejorar la percepción del paciente hospitalizado en lo referente al servicio y calidad de la comida que recibe en el centro, utilizando las encuestas de satisfacción implementadas en el mismo

MATERIAL: En el año 2005 se implantan en el Capio Hospital Tres Culturas encuestas validadas de satisfacción a los pacientes, realizadas por la empresa FBA con periodicidad semestral en varios procesos clave, que son analizadas regularmente en la Comisión de Calidad llamada Núcleo Promotor de Calidad. En las encuestas hay varias preguntas sobre la satisfacción del paciente hospitalizado en relación a la comida (calidad y temperatura de la misma, presentación y, finalmente, cortesía del personal que la sirve). Sin llegar a los criterios de aceptación y rechazo establecidos (60 puntos sobre 100), se observa en todas las encuestas un descenso en los resultados del primer semestre de 2009, en alguno de los casos se observa tendencia negativa (tres datos "a la baja" consecutivos) y, en el caso de la pregunta sobre calidad de la comida, el resultado (62,2) se aproxima al límite de alarma fijado.

Por estas razones se decide implementar una serie de acciones preventivas en la línea de concienciación y formación del personal, identificación mediante colores de las dietas especiales, mayor rotación de dietas o menús, novedades en la presentación de las bandejas, reorganización de personal en cuanto a: la recogida y reparto de los carros de comida (con incorporación a dicha tárea de personal con síndrome de Down, con resultados excelentes) y a la atención y trato directos al paciente

RESULTADOS: En las encuestas correspondientes al segundo semestre de 2009 puede apreciarse la efectividad de las medidas implementadas, habiéndose registrado diferencias positivas, con respecto al anterior informe y a resultados históricos, en todas las preguntas que hacen referencia a la comida. Especialmente positivos son los resultados obtenidos en la pregunta "Calidad de la comida" donde se ha obtenido una puntuación de 74,3 sobre 100, lo que supone un cambio estadísticamente significativo pues se mejoran en más de 12 puntos resultados anteriores y que se sitúa, en cuanto a "Benchmarking" por encima de la media de centros del grupo Capio Sanidad y por encima de la media de centros encuestados por la empresa FBA

CONCLUSIONES: La incorporación de las encuestas validadas de satisfacción de los pacientes en Capio Hospital Tres Culturas, no solo como fuentes de entrada de datos sino como instrumento de análisis para la toma de decisiones en áreas no asistenciales, demuestra, a la vista del estudio realizado, que la correcta utilización de las mismas se traduce en cambios positivos en cuanto a la calidad percibida por el paciente

PALABRAS CLAVE: Satisfacción, Capio, FBA

1490 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:00 h.

PILOTAJE EN RECORDATORIO DE CITAS PARA EVITAR LAS INASISTENCIAS

Esnaola Yanci, C (1), Garate Viloin, A (2)

(1) Admisión CCEE Extrahospitalaria, Hospital Donostia. (2) Servicio de Admisión y Documentación, Hospital Donostia.

OBJETIVOS: Las inasistencias en las consultas externas son un motivo importante de ineficiencia en las organizaciones sanitarias por un lado por los recursos desaprovechados y por otro por su contribución a las demoras. Se considera que uno los motivos puede ser el olvido por parte del paciente de la cita que tiene concertada.

.- Evaluar el impacto de una llamada de recordatorio en la tasa de inasistencia a consultas externas.

.- Conseguir anulaciones en el momento de la llamada y poder aprovechar ese hueco generado.

.- Conocer las causas de inasistencia en pacientes que han confirmado la cita.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal en pacientes adultos de consulta extrahospitalaria de especialidades.

Población: todos los pacientes citados para una primera consulta durante la semana del 1 al 5 de marzo 2010 en el ambulatorio de Gros en Donostia.

Primera fase: Se llama a todos los pacientes citados recordándoles su cita y confirmando su asistencia. En caso de no confirmación se anula la cita y se cita otro paciente.

Segunda fase: se llama a los pacientes que no han acudido a la consulta a pesar de haber confirmado su asistencia, para recabar información sobre posibles motivos.

Variables a estudio: Nº Historia, fecha de cita, fecha de llamada, pacientes localizados, cita confirmada, asistencia a consulta, cita anulada, llamadas realizadas.

RESULTADOS: Nº citaciones en ese periodo: 1190

Nº pacientes localizados: 846

Nº anulaciones confirmadas: 19

Nº total inasistencias: 52

- El número de anulaciones globales conseguidas es del 2,24%, siendo el servicio de neurología el que tiene un porcentaje más elevado situándose cerca del 8% seguido de ORL con casi un 5%

.- Se realiza una comparación entre el porcentaje de inasistencias en localizados (3%) y en los no localizados (7,5%).

En la segunda fase del estudio las causas de inasistencias en citas confirmadas fueron: otras patologías recurrentes, confusión de cita, problemas laborales, olvidos e imprevistos.

CONCLUSIONES: El numero de inasistencias y/ o anulaciones registradas en las primeras consultas no parecen muy elevadas.

No parece que las llamadas telefónicas, con el coste que suponen a nivel de personal, sean una medida muy muy eficiente para evitar inasistencias.

Áreas de mejora: organizar circuitos claros de anulación de citas y utilizar sistemas de aviso automático tipo SMS para todo tipo de citas.

PALABRAS CLAVE: Recordatorio, citas, eficiencia

1506 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:05 h.

EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

González De la Flor, P. (1), Jover Casas,JM. (2), Carmona Vigo, R. (3)

(1) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (2) Calidad, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (3) Oncología Radioterápica, SAS.

OBJETIVOS: El objetivo de esta Comunicación es una descripción estadística y cualitativa del proceso iniciado en el Complejo Hospitalario de Jaén tendente a potenciar la gestión por competencias mediante la herramienta "Mejora_P".

MATERIAL: En marzo 2009 el Complejo Hospitalario de Jaén en su acuerdo de gestión 2009 incluyo como objetivo que al menos el 15% de los profesionales del complejo iniciara el proceso de Acreditación por Competencias. Llevamos a cabo dos reuniones con los profesionales de las Unidades hospitalarias para potenciar la iniciativa de Acreditación. Contamos con la Unidad de Calidad del Centro para recabar su apoyo. Se realización 25 talleres de acreditación para médicos y enfermeras de la Unidades en el que se dieron a conocer las diferentes herramientas de la ACSA que facilitan el proceso de Acreditación. Las evidencias las obtenemos de los sistemas de Información unificados, de los sistemas de registro de la UGC y de los servicios, las Comisiones de Calidad del Hospital, o de auditorias realizadas. Los Certificados y documentos acreditativos expedidos por la Dirección se escaneaban y se aportaban de forma directa a la ACSA a traves de la aplicación Me_jora P. La ACSA evalúa las evidencias aportadas y emite el informe de acreditación de Competencias profesionales y decide el nivel: Avanzado, Experto, Excelente, según el número de estándares cumplidos. La independencia, la objetividad, la imparcialidad y la confidencialidad son garantizadas por la ACSA.

RESULTADOS: Numero de profesionales del Complejo que han iniciado el proceso: 189

Numero de profesionales del Complejo que han finalizado el proceso: 48

Número de profesionales Acreditados nivel avanzado: 17

Número de profesionales Acreditados nivel Experto: 23

Número de profesionales Acreditados nivel Excelente: 8

Número de Facultativos en Proceso de Acreditación: 118

Número de Enfermeros en proceso de Acreditación: 71

CONCLUSIONES: La iniciativa"acreditación de competencias" intenta retener las mejores conductas que puedan clasificarse como profesionales, capturar las mejores prácticas, y crear un entorno nítidamente profesional en el Complejo Hospitalario de Jaén. Pensamos que puede incrementar la confianza de los ciudadanos en los profesionales del Centro y en el propio SSPA, en tanto garantiza unos servicios de calidad. Además, promociona la mejora continua del servicio que se presta en el centro a través de la identificación de espacios de mejora.

El programa me_jora P resultó flexible y autónomo. Estimuló la motivación, la creatividad, la asunción de responsabilidades, la innovación y el liderazgo profesional. Durante el proceso fueron favorecidos los siguientes aspectos: actos administrativos, remoción de barreras y más interés por la accesibilidad; el cuidado compasivo, la seguridad, el trabajo como equipo, el estudio, o la garantía de atención.

PALABRAS CLAVE: Acreditación profesionales, Organización sanitaria, gestión competencias

1540 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:10 h.

MANUAL DE ACOGIDA AL NUEVO PROFESIONAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA

Lerma-Gaude V (1), Hernández-Sansalvador M (1), Sola-Moreno MD (1), García-Gómez C (1)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital General de Villarrobledo y Complejo Hospitalario de Albacete.

OBJETIVOS: La alta rotación del personal del Servicio de Farmacia, debido a las sustituciones por vacaciones, bajas laborales, o por traslados o consolidación de empleo, asociado a la elevada carga asistencial, dificulta en muchas ocasiones una adecuada formación, a tiempo, del nuevo profesional. Además, ello provoca un esfuerzo adicional para realizar las repetitivas y continuas táreas de formación a los diferentes profesionales que se van incorporando. Por ello, se hace necesario establecer medidas que garanticen una óptima formación previa al inicio de las actividades asistenciales. Objetivos: Elaborar un documento que proporcione información para facilitar un rápido aprendizaje y adaptación del nuevo profesional al equipo asistencial del Servicio de Farmacia (SF). Objetivo secundario promover una cultura de seguridad y eficiencia.

MATERIAL: Se han establecido los criterios de forma y contenido que debe cumplir el documento. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica y se ha consultado con expertos en calidad asistencial. Además, se ha entrevistado a profesionales de reciente incorporación para identificar sus demandas de información y facilitar su formación y adaptación. El manual de acogida se entregará en el momento de la entrevista de bienvenida. Debe tener un carácter dinámico, con actualizaciones pertinentes que permitan una mejora continua.

RESULTADOS: Criterios de forma: documento breve, con lenguaje claro, directo y sencillo, comprensible para todo el personal del SF (farmacéuticos, personal de enfermería, administrativo y celador). Criterios de contenido: objetivos definidos claramente, exactitud y relevancia de la información que cubra los aspectos fundamentales a tener en cuenta para el adecuado desarrollo de las funciones, y dando prioridad a la necesidad de modificar conductas para optimizar la eficiencia y la seguridad del paciente. En el manual de acogida se han incluido los siguientes apartados: Objetivo, Misión y Visión del SF, Documentación logística (Planos del SF y del Hospital, Teléfonos), Áreas del SF, Cartera de Servicios, Funciones del SF, Procedimientos y Protocolos disponibles, Comunicación, Confidencialidad y Anexos: Lista de verificación (Conocimientos a adquirir, Habilidades a desarrollar), Cuestionario de satisfacción.

CONCLUSIONES: Se ha elaborado un documento que ofrece, de una manera resumida, información al nuevo profesional, complementaria a la que se le proporciona en el momento de la formación. Este manual se presenta como una herramienta para facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades, así como, para fomentar una cultura de seguridad y eficiencia. En una fase posterior, se realizará la evaluación mediante el cuestionario de satisfacción.

PALABRAS CLAVE: Calidad, Procesos, Gestión

1562 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:15 h.

GESTIÓN POR PROCESOS: IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN EL PROCESO DE ASISTENCIA EN VARIOS CENTROS DE SALUD

Garzón G (1), Alemany A (2), Ubach B (2), Rodrigo R (1), Hernández T (2), Serradilla P (2)

(1) U Calidad, SERMAS. Área 1 AP. (2) Gerencia, SERMAS. Área 1 AP.

OBJETIVOS: Aumentar el tiempo por consulta clínica.

MATERIAL: Se crearon equipos de proceso en cada centro

Se definieron los destinatarios y expectativas del proceso

Se realizço un DAFO del proceso

Se generaron ideas de rediseño para resolver las debilidades y dar respuesta a las expectativas

Se agruparon las ideas mediante un diagrama de afinidades y se prioirizaron por consenso

Cada idea se concretço en un procedimiento

Se definieron indicadores para controlar el proceso

RESULTADOS: Se han implantado los siguientes procesos con los siguientes resultados preliminares:

1. Recetas de crónicos en UNAD. Reduccion de un 7% de la presión asistencial y un aumento del 10 % de las consultas de mas de 7 minutos de duracion

2. Entrega de partes de IT en UNAD. Reduccion de un 4% de la presión asistencial y un aumento del 5 % de las consultas de mas de 7 minutos de duración

3. Entrega de informes en UNAD. Reduccion de un 2% de la presión asistencial

4. Información telefónica de la resolución de un episodio tras la llegada de PPCC. Aumento de las consultas no presenciales en un 6 %

5. Resolución en consulta enfermera de episodios previamente atendidos por médicos. Reduccion de un 8% de la presión asistencial medica y un aumento del 10 % de las consultas de mas de 7 minutos de duración

6. Triage de la solicitud de cita en burocratica, aguda o crónica y asignación de un recurso distinito en cada caso. Identificada una reducción potencial de la presión asistencial medica del 40 % y una duplicación del tiempo por consulta

7. Intervención educativa en hipertensos para ajustar la necesidad de revisiones a las indicadas en las guias: reducción de un 6 % dela consulta enfermera

8. Independencia del crónico (en hipertensos). Reduccion potencial de un 16 % de la presión asistencial de la enfermera

CONCLUSIONES: 1. Cuando se da a los profesionales la oportunidad, la confianza y el tiempo y método para reflexionar identifican mejoras muy alineadas con la misión de la organización

2. La implantación de procedimientos sencillos tiene un alto impacto en el tiempo de consulta

3. Hay procedimientos innovadores que tienen un alto potencial de mejora

PALABRAS CLAVE: Gestión por procesos, Procedimientos, Presion asistencial

1565 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:20 h.

EVOLUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA INTERVENIDO EN LA ZBS DE CÁDIZ-SAN FERNANDO

Enrique Alonso Redondo (1), Pilar Moreno Paredes (2), Alejandro Utor Fernández (2), Ana Tocino (2), Ana García Alcaraz (2), Asunción Rubio Barranco (2)

(1) Unidad de Mama, Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. (2) Unidad de Mama, H.U. Puerta del Mar.

OBJETIVOS: Dentro de la dinámica de coordinación interniveles practicada en nuestra Unidad se encuentra la realización de visitas anuales a los 10 Centros de Salud de nuestra ZBS de Cádiz-San Fernando, donde se comenta la calidad de las derivaciones realizadas, el porcentaje de captación de los cánceres intervenidos y las posibles áreas de mejora sugeridas desde los profesionales sanitarios de dichos centros.

El objetivo del presente estudio es evaluar la influencia de esta coordinación interniveles sobre la procedencia de los cánceres de mama intervenidos en la Unidad de Mama del Hospital U. Puerta del Mar.

MATERIAL: Se analiza de forma retrospectiva los cánceres de mama, que residiendo en nuestra ZBS, hayan sido intervenidos durante el periodo comprendido entre 2004 y 2009. Dichas pacientes son clasificadas por el origen de la derivación a la Unidad de Mama en: procedentes del Programa de Diagnóstico Precoz (PDP), procedentes de Atención Primaria (AP) y procedentes de Atención Hospitalaria (AH). Así mismo se procede a evaluar por Centros de Salud el porcentaje de pacientes que perteneciendo a su población de referencia ha sido captados por ellos (bien desde AP o desde el PDP) o por los distintos servicios hospitalarios

RESULTADOS: El porcentaje de pacientes captadas por AP, bien desde los propios Centros de Salud o el PDP, ha ido aumentando progresivamente en estos años, pasando del 55% al 76 %. Este aumento en la captación ha sido más acusado en el PDP, pasando del 26% al 42%, que en los Centros de Salud que han aumentado del 29% al 34%.

A nivel individual se aprecian una gran variabilidad en los resultados, con centros que apenas alcanzan el 50% y otros que superan el 90%, si bien en todos ellos se ha objetivado una clara mejoría en la captación. Así en el año 2004 tres centros no alcanzaban el 40% de captación y actualmente solamente uno no sobrepasa el 70%.

CONCLUSIONES: La metodología utilizada en nuestra ZBS, consistente en difundir de forma personal e individualizada los resultados de las derivaciones de los distintos Centros de Salud, ha permitido aumentar de de forma significativa el porcentaje de cánceres captados por AP, facilitando de esta forma el adecuado desarrollo del proceso asistencial cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE: coordinación interniveles, cáncer de mama

1577 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:25 h.

CAPTACIÓN Y DERIVACIÓN DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Lòpez-Ben I (1), Barcai-De Vicente C (1), Lijo-Fernández A (1), Martínez-Moreira ME (2), Seijas-Rodríguez PM (1), Torres-Rampa ME (3)

(1) Urgencias H. A Coruña, Sergas- Chuac. (2) Urgencias- H. A Coruña, Sergas Chuac. (3) Urgencias H. A Coruña, Sergas Chuac.

OBJETIVOS: Identificar el nº de pacientes hiperfrecuentadores que acuden al servicio de urgencias del H. A Coruña, determinar perfil y proponer acciones correctoras.

MATERIAL: Estudio descriptivo de cohorte de prevalencia longitudinal. Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2009. Población: pacientes adultos que acuden al S.U. 13 veces o más, a lo largo del año. Variables objeto de estudio: nº de urgencias atendidas, nº de pacientes hiperfrecuentadores, nº visitas/año, fecha, edad, sexo, domicilio, patología, pruebas complementarias, nº ingresos y nº de altas.

RESULTADOS: Como avance de los resultados finales en los primeros 5 meses del año, el número de pacientes atendidos en el S.U. fueron 65.5034, de estos, seleccionamos a los 10 pacientes más hiperfrecuentadores. El total de episodios fueron 163, la md de visitas fueron 15,9 y el perfil es de un varón de md de 50,13 años (DE 20,44), rango entre 15 y 77. Acude al hospital por patologías diversas y de escasa entidad clínica. El 97% de los episodios, se resolvieron con alta domiciliaria en menos de 24 horas.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos concuerdan con otros estudios realizados previamente. Consideramos necesario que para disminuir la demanda y el gasto innecesario de estos pacientes en el SEU, a la vez que se proporciona una respuesta eficiente a su problema de salud, sería recomendable la creación de la figura de enfermera de casos de urgencias que aporte educación sanitaria y sirva de enlace entre el paciente y su centro de salud.

PALABRAS CLAVE: urgencias, hiperfrecuentador, Derivación

1587 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:30 h.

PROYECTO DE MEJORA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE UN CENTRO DE SALUD DEL ÁREA 7 DE ATENCIÓN PRIMARIA

García-Pardo, RM (1), Arroyo-Morollón, J (1), Bayón-Cabeza , M (1), Gómez-Pesquera, C (1), López-Palacios, S (1), López-Gómez, Ca (1)

(1) Gerencia Área 7, Área 7 Atención Primaria. Madrid.

OBJETIVOS: Disminuir la demora prospectiva en consultas de valoración inicial en la Unidad de Fisioterapia de Las Cortes (UF). Ajustar la derivación a criterios establecidos en protocolo. Meta: alcanzar el pacto del Contrato Programa 2009: demora ≤ 30 días

MATERIAL: En mayo de 2009 se revisa el Protocolo de Derivación a UF desde Atención Primaria (AP) y se presenta en los Centros de Salud (CS) del Distrito Centro y en el Hospital de referencia. Se modifica la agenda, ampliándola en una cita para cada fisioterapeuta (total 4), pasando de 4 a 5 pacientes/día, aumentando la oferta de servicio en 20 pacientes/semanales. En los CS se informó sobre: criterios de derivación, problemática actual (pacientes en lista de espera…), papel del médico de AP como filtro de las derivaciones desde el hospital, abordaje compartido del dolor artrósico y evidencia científica; papel de Enfermería de AP en el cuidado, y seguimiento. A las Unidades Administrativas se informó sobre modificar aspectos de la cita. Seguimiento trimestral de la demora (media de días en espera para valoración inicial) calculada en base a la fecha del primer hueco disponible y la fecha del día de medida. Seguimiento de las derivaciones incorrectas emitidas por el hospital

RESULTADOS: El 100% (4) de las agendas se modificaron y las SESIONES informativas se llevaron a cabo en el 100% (6) de los CS y según el calendario establecido. La demora disminuyó, pasando de 40 días (turno mañana) y 70 (turno tarde) en el mes de mayo a 15 días en el mes de septiembre (ambos turnos). No se alcanzó la meta al finalizar el año, las demoras fueron respectivamente: 39 y 37 días en diciembre.

Las derivaciones incorrectas desde el hospital fueron de 3,06 % monitorizadas en el mes de mayo y no tuvieron el seguimiento planteado inicialmente. Los motivos habituales fueron: accidente de tráfico, fracturas, luxación de hombro y patología derivados anteriormente

CONCLUSIONES: La demora media disminuyó en el turno de tarde casi un 50%, manteniéndose en la mañana, al finalizar el año. Las intervenciones no consiguieron el efecto esperado, por lo que seguiremos trabajando reforzando laslíneas propuestas y creando otras nuevas.El proyecto sin embargo, mejoró la coordinación entre niveles asistenciales y la relación entre Fisioterapeutas, Rehabilitadores, Subdirecciones asistenciales y personal de los CS. Una vez más, se demuestra la importancia de la continuidad asistencial como eje de la mejora en la atención al paciente

PALABRAS CLAVE: Fisioterapia, Protocolo, Derivación

1599 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:35 h.

ALIANZA DE COLABORACIÓN: HOSPITAL ALTO DEBA - S.UROLOGÍA -HOSPITAL DE REFERENCIA

Angulo-Orue,JI (1), Yarritu-Fernández,C (2), Muñoz-Miguel,C (3), Angulo-Preciado,JI (4), Romeo-Martín,M (5), Extramiana-Cameno,J (6)

(1) Dirección- Dirección Gerencia, Hospital Alto Deba. (2) Dirección-Dirección de Enfermería, Hospital Alto Deba. (3) Calidad- Enfermera de Calidad, Hospital Alto Deba. (4) Radiología, Hospital Alto Deba. (5) Sº Urología - Enfermero, Hospital Alto Deba. (6) Sº Urología - Facultativo, Hospital Santiago Apóstol.

OBJETIVOS:

•Consolidar un modelo asistencial integrado, sostenible y de calidad, mediante el establecimiento de una alianza de colaboración con el Servicio de Urología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.

•Reducir las demoras de consultas externas, pruebas complementarias y cirugía programada.

•Evitar desplazamientos, gastos, riesgo de accidentes y pérdidas de horas laborales a la población de nuestra comarca.

•Atención continuada integral de los pacientes derivados al Hospital Santiago para someterse a intervenciones quirúrgicas o procedimientos más específicos.

•Potenciación del Servicio de Urología al ampliar su alcance.

MATERIAL: El Hospital Alto Deba dispondría en su plantilla de un Médico especialista en Urología que funcionalmente se integraría en la estructura del Servicio de Urología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.

El Servicio de Urología del Hospital Santiago cubriría en una primera fase de forma diaria una consulta (5 semanales), que se ubicaría físicamente en las Consultas Externas del Hospital Alto Deba, junto con las demás especialidades hospitalarias. Igualmente cubriría pruebas complementarias, apoyo a los servicios Quirúrgicos (Ginecología y Cirugía), y en una segunda fase tendría quirófano programado.

Se establecen la actividad y funciones a desarrollar por el Urólogo.

RESULTADOS: Después de un año y medio de experiencia:

CONSULTAS DE Urología

	2009	2010	TOTAL
Primeras Consultas	1.573	830	2.403
Consultas Sucesivas	1.705	1.297	3.002
TOTAL CONSULTAS	3.278	2.127	5.405

MIR: Acreditación docente.

CONCLUSIONES:

•La toma de decisión para establecer una alianza o no debe sustentarse en un análisis DAFO, serio y compartido con los líderes de la Organización.

•Las alianzas que se sustentan en “ganas tú” “gano yo”, tienen grandes posibilidades de éxito.

•Misión y Visión: Estrategia compartida.

•Confort para el paciente y familiares.

•Eficiencia en Costes.

•Sostenibilidad y garantía de continuidad del Servicio de Urología en un Hospital Comarcal

PALABRAS CLAVE: ALIANZA, INTEGRACION, PACIENTE

1607 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:40 h.

DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN CONTINUADA DE LOS PROCESOS HEMATOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DÍA

Galego Vizoso T (1), López-Puente C (2), Santiago JI (1), Ciria MJ (1), Quilez Salvador L (1), Giraldo P (1)

(1) Hospital de Día de Hematología, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Hospital de Día de hematología, Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: La implantación de los sistemas de calidad permite activar procesos de mejora continuada en la atención sanitaria. Desde 2007, el Hospital de Día (HD) de Hematología del Hospital Universitario Miguel Servet ha trabajado en la implantación de un programa de calidad con la colaboración de todo el equipo: médicos, enfermería, personal auxiliar y administrativo, para obtener la acreditación ISO-9001-2008 que se ha conseguido en enero 2010. Objetivo: detectar oportunidades de mejora.

MATERIAL: Para conseguir los objetivos del Proyecto de Mejora, se han establecido las siguientes acciones: 1.- calendario de reuniones trimestrales de obligado cumplimiento (enero-abril-junio-octubre) para realizar seguimiento de las no conformidades y acciones pendientes, que evalúe la eficacia de los procesos a través de los indicadores y se favorezca la implicación de todo el personal en el proyecto.

2.- Elaboración de la hoja de acogida con toda la información/documentación que es necesario aportar al personal que se vaya incorporando y relativa a los diferentes puestos y sistemática de trabajo y valoración de la formación realizada basada en criterios objetivos.

3.- Utilizar las herramientas informáticas y aplicaciones existentes para facilitar la recogida de datos y su seguimiento y simplificar la estructura de los indicadores de gestión. 4.-Aumentar el grado de respuesta de las encuestas de satisfacción entregadas a los pacientes y familias.

RESULTADOS: Se ha completado la primera etapa de implantación de protocolos normalizados de trabajo y de información a todos los participantes, coincidiendo con la política general del HUMS por la cuál los trabajadores hagan de la calidad una manera natural de pensar y actuar, implicándose activamente en la mejora. Esto significa que, cuando un paciente es atendido en el HD, todo el circuito: acogida, valoración clínico-analítica, establecimiento del esquema de tratamiento, solicitud y administración de fármacos, cuidados de enfermería y siguiente citación, se realizan de manera sistemática para eliminar errores y satisfacer expectativas garantizando la calidad, seguridad asistencial y trazabilidad. Los datos de implantación del proceso y resultado de la encuesta de satisfacción se proporcionaran en la presentación.

CONCLUSIONES: Establecer una política de calidad, mejora el grado de cumplimiento de los Procesos Asistenciales sistematizados, la implicación de los profesionales en la unidad y la satisfacción de los usuarios

PALABRAS CLAVE: Hospital de Día Hematología, Implantación sistema de Calidad, ISO 9000-2008

1620 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:45 h.

REESTRUCTURACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE FIBROMIALGIA

Cimadevila-Álvarez B (1), Martínez-Varela F (1), Calvo-Pérez A (2), Facio-Villanueva A (3), Domínguez-González N (4), Martínez-Romero MD (1)

(1) Servicio de Desarrollo de Procesos Asistenciales y compra de servicios, Servizo Galego de Saúde. (2) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Subdirección General de Planificación y Ordenación Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (4) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: La fibromialgia es un síndrome crónico, de etiología desconocida, de evolución compleja y variable, que provoca dolores generalizados, que pueden llegar a ser invalidantes y que en ocasiones tarda en ser diagnosticado, provocando un alto índice de frecuentación y elevado consumo de recursos sanitarios.

Nuestro objetivo es establecer un circuito asistencial integrado que aglutine criterios comunes de actuación en la toma de decisiones, que contribuya a agilizar el diagnóstico, disminuir la variabilidad y mejorar la calidad asistencial (mayor accesibilidad y más calidad de vida de los pacientes con fibromialgia).

MATERIAL: Se establece un grupo central en la Subdirección de Planificación donde se definen y priorizan las líneas de actuación. Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar y multicéntrico para el abordaje de la fibromialgia en toda la comunidad.

La metodología de trabajo (participativa y centrada en el paciente), a través de la técnica de grupo nominal y búsqueda de consenso, pretende diseñar y desarrollar el circuito asistencial, que garantice la máxima agilidad y coordinación de los diversos ámbitos asistenciales implicados.

Se designan los profesionales del grupo (reumatólogo, rehabilitador, médicos de familia y enfermería), sus responsabilidades y cronograma de trabajo.

RESULTADOS: 1. Se define y desarrolla el circuito asistencial integrado (actividades asistenciales y administrativas) y el flujograma correspondiente.

2. Se establecen criterios de inclusión específicos y la sistemática de pruebas, consultas e interconsultas, así como la integración de toda esa información en la historia clínica electrónica.

3. Se definen y desarrollan indicadores para su monitorización.

El proceso asistencial de fibromialgia se circunscribe al ámbito de actuación de Atención Primaria, primando el papel del médico de familia y de enfermería, aunque incluye, en función de las circunstancias de cada caso, la posibilidad de interconsultas a otras especialidades .

Actualmente se ha presentado el proceso a las organizaciones profesionales y de pacientes, y estamos en trámites para su implementación en toda la comunidad.

CONCLUSIONES: Al establecer el nivel de atención y resolución en Atención Primaria, se mejora la accesibilidad al sistema.

La aplicación de criterios comunes de actuación, ha de repercutir en la mejora de la rapidez en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la fibromialgia, mejorando la calidad asistencial y la calidad de vida de estos pacientes.

Sin la colaboración e implicación de los profesionales (multidisciplinar, multidepartamental y multicéntrica) sería imposible reestructurar los Procesos Asistenciales.

PALABRAS CLAVE: Procesos Asistenciales, Fibromialgia, Atención Primaria

1019 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:50 h.

PROCESO "ASISTENCIA SANITARIA URGENTE": CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN LA PUERTA DE ACCESO AL PROCESO.

Unanue-Munduate T (1), Bustinduy-Bascarán A (2), Esquisabel-Martínez R (3), Medina-Sánchez I (4), García-García S (5), Rojo-Salaberri M (6)

(1) Calidad, Emergencias de Osakidetza. (2) Unidad de Gestión Sanitaria, Comarca Ekialde. (3) Centro de Salud San Martín, Comarca Araba - Osakidetza. (4) Responsable de Enfermería, Emergencias de Osakidetza. (5) Centro de Salud Basurto., Comarca Bilbao - Osakidetza. (6) Soporte Vital Avanzado, Emergencias de Osakidetza.

OBJETIVOS: Conocer cuales son las características que definen a los diferentes usuarios de los dispositivos que prestan asistencia sanitaria urgente en nuestra Comunidad.

MATERIAL: Estudio descriptivo mediante encuesta telefónica de una muestra estratificada por dispositivo, de 1480 pacientes que utilizaron los dispositivos asistenciales del sistema público, con carácter urgente y/o indemorable. Variable dependiente:dispositivo asistencial utilizado: Atención Primaria indemorable (AP); Punto de Atención Continuada (PAC); Emergencias de Osakidetza (EO); Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). Se empleó el modelo de Andersen de utilización de servicios sanitarios, que identifica en la toma de decisión tres tipos de factores: a) predisponentes: Sociodemográficos, Formación y Localidad; b) capacitantes : Distancia hasta dispositivo sanitario, Conocimiento del centro de salud y/o de otros dispositivos a donde acudir/llamar, Apoyo social y Situación laboral. y c) de necesidad: Gravedad percibida, Calidad de salud percibida y Existencia de enfermedad crónica.

RESULTADOS: Total de respuestas obtenidas: 1184 encuestas (tasa de respuesta del 80,0%). Se diferencian dos tipologías de usuarios, que comparten características comunes y diferenciadas. Tipo de usuario de AP-PAC: Consideran su enfermedad como de gravedad moderada, con una mejora percibida tras paso por dispositivo muy elevada (95,0%) (IC 95%: 92,9%-96,6%), que no se consideran enfermos crónicos (72,1%), con calidad de salud percibida como mala/muy mala en porcentajes bajos (8,5%) (IC 95%: 6,4%-11,1%), con elevado porcentaje de pacientes "sin estudios"/"estudios primarios" y siendo, por último, uno de cada cuatro de ellos jubilado. Tipo de usuario EO-SUH: Consideran su enfermedad como grave o muy grave en un 45,6% de los casos, tras su atención señalan una mejora percibida (bastante mejoría o mucha) del 83,2% (IC 95%: 79,9%-86,1%), se consideran enfermos crónicos en un 42,5% de los casos y con una calidad de salud percibida mala o muy mala que alcanza al 22,8% de la muestra (IC 95%: 19,5%-26,4%). Por último señalar que la mayoría de los pacientes universitarios así como los estudiantes, de la muestra, acuden o llaman a SUH y EO, respectivamente.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos permiten diferenciar predictores de comportamiento relacionados con el tipo de asistencia solicitada. Si bien se precisan estudios focales que ahonden en las motivaciones que hacen identificar a una situación como urgente y que llevan a la elección de un determinado dispositivo, los resultados obtenidos, junto con los estudios de proyección sociodemográficos para nuestra Comunidad, nos ayudarán a proponer alternativas asistenciales de la urgencia, orientadas al paciente.

PALABRAS CLAVE: Urgencias médicas, Pacientes

1360 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

Sala 19 – Sesión: 49 – 21/10/2010, 16:55 h.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO HOSPITALARIO EN LA DETECCIÓN DE SEGUNDOS TUMORES DE MAMA

González Calvo E (1), Díaz Díaz V (1), Díaz Gomez L (1), Munive Álvarez E (1), Alonso Ojembarrena A (1), Alonso Redondo E (1)

(1) Unidad de atención integral al cáncer, Hospital Puerta del Mar.

OBJETIVOS: Aunque no existe evidencia de que el seguimiento del cáncer de mama realizado por Atención Hospitalaria (AH) sea mejor, en cuanto a supervivencia y detección de recidivas, que el realizado por Atención Primaria (AP), el seguimiento hospitalario podría influir en el diagnóstico temprano de cánceres contralaterales y por tanto en la cirugía que se oferta a estas pacientes.

El objetivo del presente estudio es evaluar en pacientes con cáncer de mama la influencia del seguimiento hospitalario (AH) en el diagnóstico temprano de tumores contralaterales comparándolos con nuevos primarios diagnosticados en Atención Primaria (AP) o el programa de diagnóstico precoz (PDP).

MATERIAL: Se ha evaluado de forma retrospectiva el quinquenio comprendido entre 2005 y 2009, en el cual se han diagnosticado 263 pacientes en la zona básica de salud de Cádiz-San Fernando. Los criterios de estadificación y actitud quirúrgica han sido los mismos en todas las pacientes al ser tratadas en el seno de una Unidad de Mama multidisciplinaria. Las pacientes han sido clasificadas en función de su procedencia: tumores primarios remitidos desde PDP (118), AP (119) y tumores contralaterales (26) en pacientes con seguimiento hospitalario.

RESULTADOS: Los parámetros analizados han sido: tamaño tumoral, número de ganglios metastásicos, tipo histológico y tipo de cirugía. En cuanto al tamaño tumoral y número de ganglios, si bien no existen diferencias estadísticamente significativas entre AP y AH, si se evidencian al compararlos con PDP, objetivándose menor tamaño tumoral y menor número de ganglios metastásicos en éste grupo. Existe un mayor número de diagnósticos de in situ en el brazo del PDP respecto a AP, no siendo valorable en el grupo de AH debido al reducido tamaño muestral. El riesgo de sufrir una cirugía radical (CR) es 6 veces mayor en AH (CR=17/26) y 3 veces mayor en AP (CR=61/119) cuando se comparan con el PDP (CR=30/118). Las causas que justifican esta mayor agresividad quirúrgica en el tratamiento de los cánceres contralaterales están relacionadas fundamentalmente con la voluntad de las pacientes o los tratamientos quirúrgicos previos, justificando un 35% de las mastectomías realizadas en este grupo.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, el seguimiento por AH en el diagnóstico de tumores contralaterales no aporta beneficio respecto al tamaño tumoral, número de ganglios metastásicos ni porcentaje de cirugía conservadora en relación al diagnóstico de tumores primarios en AP y PDP.

PALABRAS CLAVE: Efectividad, Seguimiento, Recidiva

pósters



XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

pósters

índice de pósters

GUÍAS DE AUTOCUIDADOS: LA CALIDAD ASISTENCIAL ORIENTADA AL PACIENTE. 559

Illana - Rodríguez N (1), García - Payá F (1), García Jiménez C (2), Hellín Monasterio J (3)

(1) Servicios Centrales, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Subdircción Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Dirección De Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE COAGULACIÓN 559

Candela-Fuster C (1), Prieto-Llamas, Rosario (2), Puga-Sánchez, E (3), Eduardo (4), De la Fuente- Ginés, M (5), Arroyo-Yanes, C (6)

(1) Bloque de Apoyo al diagnóstico, Hospital Virgen Macarena. (2) Consultas externas de hematologia, Hospital Virgen Macarena. (3) Laboratorio, Hospital Virgen Macarena. (4) Dirección de enfermería, Hospital Virgen Macrena. (5) Enfermería, Escuela universitaria de ciencias de la Salud. (6) Consultas externas, Hospital Virgen Macarena.

MEJORA DE LA ANSIEDAD EN UN GRUPO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO POR ENFERMERÍA..... 560

Balauder Carrera,Anna (1), Abellà Porta, Montserrat (1), Ribé Miró,Anna (1), Dalmau Cartña,Esther (1), Gorgues Espasa,María (1), Boldú Ortega,Marinel·LA (1)

(1) Atención Primaria, ICS.

ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE RECLAMACIÓN DE CUATRO CENTROS DE SALUD DE MADRID..... 560

Fernández Moreno A (1), Beamud Lagos M (2), Vásquez Annly L (1)

(1) CS Orcasitas, SERMAS. (2) Unidad de Formación e Investigación Área 11 de Atención Primaria de Madrid, SERMAS.

IMPLANTACIÓN DE METODOLOGÍA ENFERMERA EN UN HOSPITAL COMARCAL: "DEL NADA AL TODO". 561

Saura-Pizarro MD (1), Andreu-Gómez AB (2), Martínez-Carrasco RM (2), Pagán-Moreno P (3), Muñoz-Sánchez M (4), Escudero-Sánchez N (5)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos. (2) Unidad Materno-Infantil, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos. (3) Unidad de Medicina-Interna, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos. (4) Dirrección de Enfermería, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos. (5) Dirección de Enfermería, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos.

TALLER DE RECUPERACIÓN POSTPARTO DEL SUELO PÉLVICO Y APOYO A LA LACTANCIA NATURAL..... 561

Aguiar-Couto MR (1), Moral-Santamarina E (1), Campos-Arca S (1), Ferreiro-García E (1), Leal-Gómez E (1), Fernández-Rodríguez M (1)

(1) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complexo Hospitalario de Pontevedra, SERGAS.

ORGANIZACIÓN DEL PUNTO DE EXTRACCIÓN DEL HOSPITAL... .ALGO MÁS QUE UNA CITA..... 562

Andrade Mateos A (1), Jiménez Álvarez MT (2), Rivero Torrejon A (3), Bailen García MA (4), Mateo-Sidron Pérez MD (5), Jiménez Pérez I (6)

(1) Jefatura de Bloque de Enfermería Apoyo al Diagnóstico, Hospital Puerta del Mar. (2) Servicio de Informática, Hospital Puerta del Mar. (3) Supervisor Hematologia, Hospital Puerta del Mar. (4) UG LaboratorioS Clínicos, Hospital Puerta del Mar. (5) UG LaboratorioS Clínicos Supervisora, Hospital Puerta del Mar. (6) Subdirección Enfermería, Hospital Puerta del Mar.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, UNA MIRADA CRÍTICA EN BUSCA DE LA EFICIENCIA 562

Piñeiro-Lago B (1), González-Moure F (2)

(1) Hospital del Salnés (Dirección), Servicio Gallego de Salud. (2) Inspección Médica Pontevedra, Consellería de Sanidad.

ENTREVISTAS SEMIDIRIJIDAS, UN MÉTODO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS DEMENTES Y SUS FAMILIAS..... 563

Tomàs-Rubinat E (1), Civit-Chervet C (1), Ballesteros M (2), Salas A (2), Ruiz R (2)

(1) Ambit Dependencies, Consorci Sanitari de Terrasa. (2) Calidad, Consorci Sanitari de Terrasa.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS: INDICADOR DE GESTIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA FIABLE Y ÚTIL PARA ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA **563**

Crespo Palau JM (1), Morales Suárez E (1), Collado Cuco A (1), Espejo Vidal T (1), Jiménez Marques Cm (1), Esquius M (1)

(1) ABS Vandellòs- L'Hospitalet, Grup Sagessa.

SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INICIAL **564**

Pastor-Benavent MC (1), Vázquez-Cacheiro J (1), Rial-Otero J (1), Ramos-Sánchez T (1), Lires-Rodríguez C (1), Fernández-Fernández MV (1)

(1) Xerencia de Atención Primaria de Santiago, Servizo Galego de Saúde.

ENFERMERAS EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA: MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD **564**

Villar - Espantoso MP (1), Izquierdo - Nazar MI (2), Buezo - Serrano MJ (3), Martín - Hernández MT (4), Limia - Sotelo L (5), Vallojera - Alvacar A (6)

AULA DE FORMACIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADO EN LA UNIDAD CORONARIA **565**

Mtz-Escauriaza-Alonso JM (1), Rodríguez-García, E. (2), Cortés-Cañones, J. (3), Pérez-Veloso, M. (3), Rodríguez-Vázquez, M. H. (4), Núñez-Masid, E. (5)

(1) Facultativo especialista de UCI, Hospital CHOU. (2) Jefe Servicio de UCI, Hospital CHOU. (3) Facultativo especialista de UCI, Hospital CHOU. (4) Directora Médica del Complajo Hospitalario de Ourense, Hospital CHOU. (5) Gerente General Complajo Hospitalario de Ourense, Hospital CHOU.

SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INICIAL **565**

Fernández Fernadez, Manuel V. (1), Ramos Sánchez T (1), Lires Rodríguez C (1), Rial Otero J (1), Pastor Benavent MC (1), Vázquez Cacheiro J (1)

(1) Xerencia de Atención Primaria de Santiago, Servizo Galego de Saúde.

EL ENFERMO TERMINAL Y SUS NECESIDADES ESPIRITUALES **566**

Bilbao-Sáez De Paracueyo I (1), González -Reguero A (1), Portuondo- Jiménez J (2), Larrinaga -Llaguno M (1), De Luis -Álvarez S (1), García -Alegre R (1)

(1) Hospital de Basurto, Osakidetza. (2) Hospital de Cruces, Osakidetza.

RELACIÓN ENTRE DENSIDAD MINERAL ÓSEA, CALIDAD DE VIDA Y OTROS FACTORES DE INTERÉS EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS **566**

Pérez-Fernández MR (1), Alves-Pérez MT (2), Almazán- Ortega R (3), Martínez-Portela JM (4), Segura-Iglesias MC (5)

(1) Servicio de Atención Primaria de Ribadavia, Gerencia A.P. Ourense- SERGAS. (2) Unidad de APOYO A LA Investigación, Complexo Hospitalario de Ourense- SERGAS. (3) Servicio de PROGRAMAS POBOACIONAIS de CRIBADO , Dirección Xeral de SAÚDE PÚBLICA. (4) Servicio de Atención Primaria de CANGAS, Gerencia A.P. Vigo- SERGAS. (5) Departamento de CIENCIAS MORFOLÓGICAS, FACULTAD de MEDICINA- Universidad de Santiago de COMPOSTELA.

DEL GESTO AL ENTENDIMIENTO:COMUNICACIÓN NO VERBAL **567**

Barrado -Narvión MJ (1), González -De la Cuesta D (1), Bara-Machín G (2), López -Ibort N (3)

(1) Hospital-UCI, Salud-HRV. (2) Hospital-Bloque Quirúrgico, Salud-HUMS. (3) Calidad, Salud-HCLB.

EVALUACIÓN Y MEJORA: PLAN DE ACOGIDA AL INGRESO EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS (CPQ) **567**

Beteta-Fernández D (1), Ortiz Lorente MC (2), Martínez-Aragonés R (3), Díaz -Velázquez B (4), Armero Barranco M (4), Ferrer-Bas P (5)

(1) Unidad de Docencia y Formación Continuada, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). (2) Unidad de hospitalización 7ªC, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). (3) Unidad de Cirugía plástica y Quemados, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). (4) Área Maternal. , Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). (5) Diección de enfermería- Coordinadora de Hospitalización General, Farmacia y Unidad de Formación, Calidad e Investigación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE BIZKAIA **568**

Izarzugaza Iturrizar, E. (1), Hernanz Ruiz, M. (2), Goiriena Seijo, M.D. (3)

(1) Unidad de Calidad, Red de Salud Mental de Bizkaia. (2) Psicólogo Clínico, Red de Salud Mental de Bizkaia. (3) Información Sanitaria, Red de Salud Metal de Bizkaia.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PARTICIPANTES EN LOS TALLERES DE VIOLENCIA DE GÉNERO DE LA ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA LA CIUDADANÍA 568

Graña Garrido MI (1), De la Peña Cristiá MM (2), Prados Moreno JC (3), López Silva MC (4)

(1) Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistrencial, SERGAS. (2) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI. (3) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (4) Ambulatori Praza do Ferrol. , XAP Lugo. Sergas.

RECAMBIO DE LA SONDA DE GASTROSTOMÍA PERCUTANEA EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE. 569

Iglesias Ojea A (1), Trelles Martín A (2), Arias Barrientos S (3), Dios Del Valle R (1)

(1) Gerencia, Hospital de Jarrio. (2) Cirugía General, Hospital de Jarrio. (3) Gerencia, Área Sanitaria I de Asturias .

MAPA DE PROCESOS DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA 569

Abad Cebolla JC (1), Currás Mateo MD (2), Belkebir S (3), Sanz Baselga A (1), Lapeña Lapeña M (4), García Mata JR (5)

(1) Servicio de Admisión, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Subdirección Médica, Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Unidad Docente Medicina Prevetniva y Salud Pública, Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet. (4) Servicio de Admisión, Hospital Unversitario Miguel Servet. (5) Unidad de Calidad Asistencial , Hospital Universitario Miguel Servet.

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA 570

Antonio Acevedo Prado (1), Rubén Casado Arroyo (2), David Lanza Escobedo (3), Alfonso Del Río Ligorit (2)

(1) Coordinador de Calidad, Docencia e Investigación, Área Sanitaria de Ferrol. (2) Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Facultad de Psicología (Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación), Universidad Autónoma de Madrid.

¿CÓMO SON NUESTROS USUARIOS? 570

Cuevas-Baticón B (1), Beguer -Larrumbe N (2), Aguilar-Martín C (3), Dalmao-Llorca R (2), Fabá- Prats I (2), Segura -Marti A (2)

(1) Atención Primaria ABS Tortosa Est, Institut Catalá de la Salut Gerencia Territorial Terres d'Ebre Tortosa. (2) Atención Primaria -Área Basica Tortosa Est, Institut Catalá de la Salut. (3) Unidad de evaluación Gerencia Territorial Terres de l'ebre, Institut Catalá de la Salut.

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL, UN MÉTODO DE MEJORA, LA CITACIÓN POSTAL. 571

Diana Serrano Peris (1), C. Chaverri Alaman. (2), A. Antoñanzas Lombarte. (3), A. Villanova Lanuza. (4)

(1) Dirección General de Atención al Usuario, Servicio Aragonés de Salud.. (2) C. S. Binefar. Sector Barbastro., Servicio Aragonés de Salud.. (3) C. S. Delicias Sur. Sector Zaragoza III., Servicio Aragonés de Salud.. (4) C.S. Delicias Sur. Sector Zaragoza III., Servicio Aragonés de Salud..

OTRAS FORMAS DE MOTIVAR AL PROFESIONAL 572

Martínez-Saorin ME (1), Martínez-Gimenez A (2), Escudero-Sánchez MC (3), Lorca-Sánchez I (4), Cayuelas-Verdu FJ (5), Valiente-Borrego F (6)

(1) Servicio de Atención al Usuario, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (2) Servicio de Atención Al Usuario, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (3) Servicio de Urgencias, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (4) Dirección de Gestión, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (5) Servicio de Informática, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (6) Calidad, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

BENEFICIOS DE LA MODELIZACIÓN DEL CIRCUITO DE PETICIONES ELECTRÓNICAS DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS 572

Navarro-Egea AP (1), Soler-Gallego P (2), Pina-Salinas F (2), Sánchez-Ballester MA (3), García-Jiménez C (4), Hellín-Monasterio J (4)

(1) Formación, Investigación y Calidad, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Servicio de RADIOLOGÍA, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Supervisión de Consultas Externas, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (4) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

¿MEJORALA COBERTURA DE VACUNACIÓN CUANDO EL PERSONAL SANITARIO SE DESPLAZA AL COLEGIO? 573

Ros-Martínez E (1), Guerrero-Díaz B (1), Ramirez-Espín (2), Luquin-Martínez R (1), Sánchez-Inglés M (2), Zamora-Lorente J (1)

(1) Atención Primaria de Cartagena, Centro de Salud Virgen de la Caridad. (2) Atención Primaria de Cartagena, Centro de Salud Virgen de la Caridad.

REGISTROS DE VALORACIÓN INICIAL DEL NIÑO AL INGRESO EN HOSPITAL INFANTIL VIRGEN DE LA ARRIXACA 573

Alcaraz-Pérez T (1), Alonso-Blanco F (2), Braña-Noya R (3), Cervantes-Vidal J (4), Martínez -Guirao JM (5), Mena -Checa MP (6)

(1) Enfermera Supervisora Urgencias Infantil. , Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (2) Enfermera Supervisora Área Pediatría, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (3) Enfermera Supervisora Lactantes, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (4) Enfermera Supervisora Escolares, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (5) Enfermera Supervisora Oncología Infantil, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (6) Enfermera Supervisora Cirugía y Aislados Infantil, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud.

IMPACTO DE LAS HERRAMIENTAS DE LA WEB SOCIAL EN LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD 574

Vázquez-Vázquez M (1), Escobar-Ubreva A (2), Esposito T (3), León-Vergara MR (4)

(1) Observatorio para la Seguridad del Paciente, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Sistemas de Información, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (3) Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud , Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (4) Comunicación , Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

MEJORA DE LA RENTABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR (IPA) 574

Del Río Medel L (1), Blázquez Gómez R (1), Guerrero Gómez C (1), Casañ López C (1), Cesteros R (1), Ramírez Almagro C (1)

(1) Laboratorio de Microbiología y Parasitología, Hospital J.M.Morales Meseguer (Murcia).

ÉRASE UNA VEZ UN PLAN DE ACOGIDA EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA 575

García-Caro S (1), Gil-Orellana MJ (2), Borrás-Formoso C (2), Mera-Sánchez T (2), Nieto-Ponce De León MD (3), Romero-Rebollo E (4)

(1) Unidad Clínica de Pediatría, Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz . (2) Unidad Clínica de Pediatria, Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz . (3) Área Materno Infantil, Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz . (4) Unidad Clínica de Pediatría, Due.

LA MEDIDA DE LA IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS QUE CONFIGURAN LA SATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL CATSALUT CON LOS SERVICIOS SANITARIOS. 575

Aguado-Blazquez, H (1), Cerda-Calafat,I (2), Murillo-Font,C (3), Brosa-Llinares, F (2)

(1) Área de Servicios y Calidad , Servicio Catalán de la Salud. (2) Área de Servicios y Calidad, Servicio Catalán de la Salud. (3) CRES , Universidad Pompeu Fabra .

PROMOCIÓN DE SALUD Y ATENCIÓN A LA COMUNIDAD 576

Calvo Pérez A. (1), Burke Torreira P. (2), Vázquez Fernández MP. (3), Fernández Segade J. (1), López Pena A. (4), López Jiménez Z. (5)

(1) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (2) Centro de Salud Noia, Servizo Galego de Saúde. (3) Centro de Salud de Muros, Servizo Galego de Saúde. (4) C.H. Universitario de Santiago de Compostela, Servizo Galego de Saúde. (5) C.S. Vite, Servizo Galego de Saúde.

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A AL UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL MEIXOEIRO 576

Rionda Álvarez MM (1), Pérez Rodríguez CF (1), Rodríguez López MJ (1), Vieitez Rodríguez C (2), Pardo Lemos I (3), Rodríguez Lorenzo D (4)

(1) Unidad de Diálisis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (2) Unidad de gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (3) Unidad de Calidad de Cuidados, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (4) Coordinador Calidad CHUVI, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

PILOTAJE DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 24H /7DIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE PONTEVEDRA 577

Hevia-Pardo MC (1), Fernández-Fraga C (2)

(1) Unidad de Cuidados Paliativos., Complejo Hospitalario de Pontevedra.. (2) plan gallego de cuidados paliativos, Coordinador del plan gallego de cuidados paliativos del servicio gallego de salud.

BANCO DE PELUCAS 577

Cereijo Gárea C (1), Fraga Coira MA (2), Camarero Alenda MJ (3), Cano Pan G (4), Gavín Bouso H (5)

(1) Hospital Abente y Lago (CHUAC), Dirección enfermería. (2) Unidad de Corta Estancia Quirúrgica, Auxiliar de enfermería. (3) Consultas externas, Enfermera. (4) Unidad de Corta Estancia Quirúrgica, Enfermera. (5) Unidad de Corta Estancia Quirúrgica, Supervisora.

PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN EMBARAZADAS 578

Mohedano-Mira MA (1), Bernárdez-Couto AI (2), Franco-Aradas R (3), Tajes-Vázquez M (4), Núñez-Orjales JI (1), Sánchez-Valiño MJ (2)

(1) Centro de saúde de O Ventorrillo, Servicio galego de saúde. (2) Centro de saúde de Fene, Servicio galego de saúde. (3) Centro de saúde de Betanzos, Servicio galego de saúde. (4) Centro de saúde de Arteixo, Servicio galego de saúde.

¿ÉXITO O FRACASO EN LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN UN HOSPITAL COMARCAL? 578

Cruz-Palacios R (1), Hernández- García E (2), Saura-Pizarro MD (2), Contessotto-Spadetto C (2)

(1) Hospital Los Arcos, Hospital Los Arcos. (2) ,

GUÍA DE ACOGIDA A PACIENTES EN UNA UNIDAD PEDIÁTRICA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS 579

Herreros López P (1), Ruiz Pato J (1), Torre Polo AI (1), Sánchez Fernández N (1), Ontoria Lerma AI (1), Sánchez Crespo E (1)

(1) Servicio de Oncohematología, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO A TRATAMIENTO EN FISIOTERAPIA 579

Pérez-Fernández MR (1), Alves-Pérez MT (2), González-Lázaro RM (3), Rodríguez-Rodríguez MC (4), Cima-Ferreño MP (5), González Rodríguez MC (6)

(1) Servicio de Atención Primaria de Ribadavia, Gerencia A.P. Ourense- SERGAS. (2) Unidad de Apoyo a la Investigación, Complexo Hospitalario de Ourense- SERGAS. (3) Servicio de Atención Primaria de Xinzo de Limia, Gerencia A.P. Ourense-SERGAS. (4) Servicio de Atención Primaria Valle Inclán- Mañana, Gerencia A.P. Ourense- SERGAS. (5) Servicio de Atención Primaria Valle Inclán- Tarde, Gerencia A.P. de Ourense-SERGAS. (6) Servicio de Atención Primaria Ponte-Mañana, Gerencia A.P. de Ourense-SERGAS.

MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD AL CIUDADANO: WEB ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS 580

Mosquera-Verea M (1), Salido-Bendaña B (2), Fiuza-Barreiro B (3), Carreras-Viñas M (3), Martín-Rodríguez MD (4), Menor-Rodríguez MJ (5)

(1) Responsable de Unidad, FEGAS. (2) Escola Galega de Saúde para Cidadáns, FEGAS. (3) Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Gallego de Salud. (4) Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Servicio Gallego de Salud. (5) Servicio de Atención al Usuario, Servicio Gallego de Salud.

EMPLEO DE AGREE EN EL DESARROLLO DE UNA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE LACTANCIA MATERNA 580

Muñoz-Menor AJ (1), Toribio-Mata M (2), Romero-Cano M (2), Tenias-Burillo JM (3), Martínez-Muñoz JA (2), Jiménez-Barragán MT (2)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2) Gerencia de Atención Primaria de Alcázar de San Juan, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (3) Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Mancha-Centro., Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

PREVALENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN UNA UNIDADDE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS. INTERVENCIÓN ENFERMERA 581

Diaz-Belosos R.M (1), Calvo-Castro C (1), Cortegoso-Moreira L (1), Rodríguez-Álvarez R (1), Fontanillo Fontanillo M (1)

(1) Hospitalización Psiquaitrica de Agudos.Meixoeiro.CHUVI, Xunta. Sergas.

PROTOCOLO DE NIVEL SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD DE LOS FACULTATIVOS RESIDENTES DURANTE LAS GUARDIAS EN UN HOSPITAL DOCENTE 581

Villalonga Vadell R (1), Coscujuela Mañá A (1), Salazar Soler A (2), Corbella Virós X (3)

(1) Comisión de Docencia, Hospital Universitari de Bellvitge. (2) Dirección Médica, Hospital Universitari de Bellvitge. (3) Gerencia Territorial àrea Metropolitana sud, Hospital Universitari de Bellvitge.

INTOXICACIONES POR DROGAS DE ABUSO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. 582

Garcés San José C (1), Javierre Loris MA (1), Bustamante Rodríguez E (1), Herrer Castejón A (1), Gros Bañeres B (1), Palazón Saura P (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza.

BIFOSFONATOS Y OSTEONECROSIS MAXILAR: PREVENCIÓN A PARTIR DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN 582

Lagaron-Sanjurjo C (1), Rodríguez -Ozores R (1), Teijo-Gómez MC (1)

(1) Odontología, Atención Primaria Área Norte Pontevedra.

¿SE CUMPLEN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN NUESTRA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL? 583

Nicolas (1), Esteve V. (1), Pou M. (1), Duarte V. (1), Ramirez De Arellano M. (1), Ruiz R. (2)

(1) Nefrologia, Consorci Sanitari de Terrassa. (2) Gestión de la Calidad, Consorci Sanitari de Terrassa.

VIVIR CON SONDA DE GASTROSTOMÍA 583

Benitez-Negro E (1), Fernández-Román C (2), Tíscar-González Verónica (3), Castillo-Corrales P (4), Castaños-Paisan C (4), San Juan-Alcalde S (5)

(1) UCE , Hospital de Basurto. (2) UCE (Unidad de Corta Estancia), Hospital de Basurto. (3) ADG (Digestivo), Hospital de Basurto. (4) UCE, Hospital de Basurto. (5) Supervision Continuada, Hospital de Basurto.

LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMATICA COMO ALTERNATIVA EFICAZ PARA DISMINUIR EL DOLOR EN PACIENTES INTERVENIDOS POR LAPAROSCOPIA 584
Benitez-Negro E (1), Tiscar-González V (2), Fernández-Roman C (3), Castillo-Corrales P (3), Castaños-Paisan C (3), San Juan-Alcalde S (4)
(1) UCE , Hospital de Basurto. (2) Digestivo, Hospital de Basurto. (3) UCE, Hospital de Basurto. (4) Supervisora Continuada, Hospital de Basurto.

LA IDENTIFICACIÓN SISTEMÁTICA DE LAS PARATIROIDES DURANTE LA TIROIDECTOMÍA REDUCE LA HIPOCALCEMIA POSTOPERATORIA 584
Guillén-Paredes MP (1), García-García MI (1), Flores-Pastor BM (2), Miguel-Perelló J (2), Mengual-Ballester M (1), Aguayo-Albasini JI (2)
(1) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Morales Meseguer. (2) Servicio Cirugía General y Digestiva, Hospital Morales Meseguer.

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) 585
Eibe-Mandiá MV (1), Neiro Rey MC (1), Castromán-Souto MJ (1), Arufe-Manteiga MI (1), Outes-Velay MB (1)
(1) Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

CALIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE RESERVORIOS PARA HEMODIÁLISIS 585
Regueiro-Moreira EM (1), Lago-Vázquez MI (2), Velo-Facal MS (1), Rey-Veiras R (1), Potel-Torres E (1), Castelo-Iglesias J (1)
(1) DUE-Diálisis, CHUS-Santiago. (2) DUE-Supervisora Diálisis, CHUS-Santiago.

RELACIÓN ENTRE ESTANCIA E HIPOCALCEMIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA TOTAL 586
García- García MI (1), Guillen- Paredes P (1), Miguel- Perello J (1), Flores- Pastor B (1), Carrillo- Alcaraz A (2), Aguayo- Albasini JI (1)
(1) Cirugía General y Digestivo, H. U. Morales Meseguer. (2) Medicina Intensiva, H. U. Morales Meseguer.

INDICADORES DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ¿CUÁNTA INFORMACIÓN NOS APORTAN? 586
Caragol Urgellés, L1 (1), Magdalena Diaz, M.L (1), Lorenzo Alonso, R (1), Álvarez Ordoñez J (1), Vázquez Rueda, M (2), Martínez Argüelles, B (2)
(1) Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital Universitario Central de Asturias . (2) Área de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias .

VACUNACIÓN ANTITETÁNICA EN UN CENTRO DE SALUD 587
Troncoso-Recio S (1), Lago-Deibe FI (2), Velicia-Peñas C (1), Casariego-Barro L (1), Moliner-De la Puente JR (1), Pérez-González C (2)
(1) CS Sárdoma, SERGAS. (2) XAP Vigo, SERGAS.

EVOLUCIÓN CUALITATIVA DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA & ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA 587
Muñoz-Castro FJ (1), Centeno-Centeno J (1), Valverde-Gambero E (1), Villanueva-Garrido L (1), Periañez-Vega MT (1)
(1) Área de Acreditación de formación continuada, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE LIMPIEZA EN COLONOSCOPIA EN UN MEDIO ASISTENCIAL CLÁSICO 588
Martínez Otón, JA (1), Carrión García, F (1), Sánchez Ladrón De Guevara, S (1), Moran Sánchez, S (1)
(1) Servicio de Aparato Digestivo. , Hospital Universitario Santa María del Rosell.

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA 588
Sánchez-Rentero S (1), Tudela-Machuca C (2), Gomez-Cantarino S (2), Novillo-Ayala C (2), Rodríguez-Rojas MJ (2), Sukkarieh-Noria L (2)
(1) Materno-Infantil, Complejo Hospitalario de Toledo. (2) Unidad Docente de Matronas, Complejo Hospitalario de Toledo.

¿AUMENTA LA PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA(LM) EXCLUSIVA, EN FAMILIAS QUE RECIBEN EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) DURANTE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO? 589
Sánchez-Rentero S (1), Tudela-Machuca C (2), Duque-Teomiro C (2), Gomez-Cantarino S (2), Sukkarieh-Noria S (2), Lumbreras-López F (2)
(1) Materno-Infantil, Complejo Hospitalario de Toledo. (2) Unidad Docente de Matronas, Complejo Hospitalario de Toledo.

MEJORA DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN DE RECURSOS A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO 589
Pais-Rodríguez O (1), Novo-López (1), Puga-Mira MJ (2), González-Gutiérrez-Solana R (3), Souto-Martínez D (1), Ramil-Franco (1)
(1) Nefroloxía, CHU A Coruña. (2) Nefroloxía, CHU A Coruña . (3) Nefoloxía, CHU A Coruña.

MEJORA EN LA DETECION DE LOS DISTINTOS TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO POR EL PERSONAL DE PAC..... 590

Graña Garrido MI (1), De la Peña Cristiá MM (2), Prados Moreno JC (3), López Silva MC (4)

(1) Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistrencial, SERGAS. (2) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI. (3) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (4) Ambulatori Praza do Ferrol. , XAP Lugo. Sergas.

MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PARTES DE LESIONES EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO..... 590

De la Peña Cristiá MM (1), Prados Moreno JC (2), López Silva MC (3), Graña Garrido MI (4)

(1) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI. (2) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (3) Ambulatorio Praza do Ferrol, XAP de Lugo. (4) Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial, Sergas..

MEJORA DEL CIRCUITO DE DERIVACIÓN DEL PARTE DE LESIONES EMITIDOS EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO..... 591

López Silva MC (1), Graña Garrido MI (2), Prados Moreno JC (3), De la Peña Cristiá MM (4)

(1) Ambulatorio Praza do Ferrol, XAP Lugo. (2) Subidirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial, SERGAS. (3) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (4) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI.

VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO POR LA CIUDADANÍA..... 591

Prados Moreno JC (1), López Silva MC (2), Graña Garrido MI (3), De la Peña Cristiá MM (4)

(1) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (2) Ambulatorio Praza do Ferrol, XAP de Lugo. (3) Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial, SERGAS. (4) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI.

APLICACIÓN DE TÉCNICA OSNA (ONE-STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION) EN EL ANÁLISIS GANGLIONAR DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA..... 592

Guillén-Paredes MP (1), García-García MI (1), Carrasco-González L (1), Cases-Baldó MJ (1), Chaves-Benito A (2), Aguayo-Albasini JI (1)

(1) Servicio Cirugía General y Digestiva, Hospital Morales Meseguer. (2) Servicio Anatomía Patológica, Hospital Morales Meseguer.

ANÁLISIS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA DE CALIDAD..... 592

Moreno-Torres B (1), Otero-Redondo MC (2), Pena-Meilán MC (1), Gómez-López M (3)

(1) Docencia, Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo . (2) Docencia, COMPLEXO HOSPITALRIO Xeral-Calde de Lugo . (3) Subdirección de Xestión e Recursos Humanos, Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo .

GESTIÓN DOCENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN MODELO DE COLABORACIÓN CON LA EUF DE A CORUÑA..... 593

Arnaiz-Rubio F (1), Álvarez-Madi A. (1), Martínez- Rodríguez A. (2)

(1) Centro de Salud Casa del Mar, Sergas. (2) Escuela Universitaria de Fsioterapia, Universidad de A Coruña.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA..... 593

Saborido Rodríguez MJ (1), Álvarez Casal E (1), Barral Santos P (1), Cibrian Barbolla P (1), Naveira Sánchez B (1), Silva López D. (1)

(1) Unidad de Hospitalización de Oncologia UMAP y endocrinologia., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

VAINA LÁSER SPECTRANETICS EN LA EXTRACCIÓN DE CABLES DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES..... 594

Cereijo Silva Eg (1), Seoane Bello M (1), Vidal Miralles MR (1), Villar Rodríguez C (1), Eibe Mandiá MV (1)

(1) Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

MEJORANDO LOS CIRCUITOS EN UN LABORATORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA..... 594

González-Bravo A (1), Angles - Segura T (1), Gondalbeu- Petit A (1), Martínez - Chueca M (1), Palleja - Mir R (1), Pena - MT (1)

(1) Atención Primaria, Institut Català de la Salut.

ESPIROMETRÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA EXPERIENCIA DE MEJORA..... 595

Lago-Deibe FI (1), Represas Represas C (2), Fernández-Villar A (2), Rodríguez-Álvarez D (3), Pérez-Antolín P (3), Garrido-González L (3)

(1) Unidad Docente de MFyC de Vigo, Xerencia de Atención Primaria de Vigo. (2) Servicio de Neumología, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. (3) Centro de Salud de Sárdoma, Xerencia de Atención Primaria de Vigo.

VARIABILIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE PENICILINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ÁMBITOS URBANO-NO URBANO. 595

Pinilla-Sánchez JM (1), Eiros-Bouza JM (2), Moreno-Sánchez E (3), Vega-Quiroga S (4), Velasco-Gatón B (5), Arahuetes-Benito F (6)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Segovia, SACYL. (2) MICROBIOLOGIA, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (3) Unidad de Farmacia. Gerencia Atención Primaria Segovia, SACYL. (4) Centro de Salud de Arévalo. Ávila, SACYL. (5) Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ICICOR. (6) Centro de Salud Segovia 1. Segovia, SACYL.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCP) DEL HOSPITAL DO SALNÉS TRAS UN AÑO Y MEDIO DE SU APERTURA. 596

Fernández-Pérez S (1), López-Triguero A (2), Vaquerizo-García D (1)

(1) Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Hospital do Salnés. (2) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

INCREMENTAR LA SEGURIDAD MEJORANDO LA COMPETENCIA. 596

Calvo-Méndez EM (1), García- Cepeda B (1), Lago- Vázquez MI (2), Lago- Quinteiro JR (3), Otero- Fernández D (4), Gude- Sampedro F (5)

(1) Calidad, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (2) Unidad de Diálisis, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (3) Unidad de Reanimación, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (4) Hospitalización, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (5) Epidemiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

AL MENOS 10 MN POR FAVOR 597

Mira JJ (1), Navarro IM (1), Guilabert M (1), Rodríguez-Marín J (1), Pérez-Jover V (1), Carballo JI (1)

(1) Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández.

INFLUENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMAS EN LA ADECUADA INDICACIÓN DE LOS MISMOS 597

Bergua-Martínez C (1), Pueo-Crespo E (1), Viles-Betrán D (1), Hernández-Martín I (1), Miñano-Oyarzabal A (1), Worner-Diz F (1)

(1) Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova (Lleida).

IMPACTO SANITARIO DE LA INCORPORACIÓN DE TEMOZOLAMIDA AL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN TUMORES CEREBRALES 598

Carmona-Vigo, R (1)

(1) Oncología Radioterápica, Hospital General Juan Ramón Jiménez.

PROYECTO DE MEJORA SOBRE CUMPLIMIENTO DIETÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 598

Martín-Miguel MV (1), Barciela-Garrido MJ (2), Delgado-Martín JI (3), Iglesias Conde M (4), Lago-Deibe FI (5), Álvarez-Carrera C (6)

(1) CS Matamá, SERGAS. (2) CS Teis, SERGAS. (3) CS Sárdoma, SERGAS. (4) CS Pintor Colmeiro, SERGAS. (5) XAP Vigo, SERGAS. (6) CS Doblada, SERGAS.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÁREA DE FORMACIÓN: IMPACTO SOBRE EL ÁREA Y SOBRE LA ORGANIZACIÓN. 599

García-Fraguela B, (1), Cernadas I, (2), Domínguez-Guillén I, (2), Parada H, (3), Páez P, (4), Calvo JA, (5)

(1) Área de Formación Enfermería, CHUAC-SERGAS. (2) Área Formación Enfermería, CHUAC-SERGAS. (3) Área de Formación, CHUAC-SERGAS. (4) Área Formación , CHUAC-SERGAS. (5) Área Formación, CHUAC-SERGAS.

PROCESO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN PUÉRPERA CON GRIPE A. 599

Flores-Cordón J. (1), Llamas-Sánchez F. (1), González-Caro MD (1), Atalaya-Povedano J (2)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.. (2) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

ALGORITMO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN EL MODELO JOANNA BRIGGS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA 600

Munera Canfrán E (1), Ordoñez Blanco SI (1), Muñoz Ledesma MC (2), Moreno Barbas JA (3)

(1) Medicina Interna, Hospital Beata María Ana de Jesús . (2) Subdirectora de Enfemería, Hospital Beata María Ana de Jesús . (3) Director de Enfermería, Hospital Beata María Ana de Jesús .

COMPATIBILIDAD ENTRE LACTANCIA Y TRABAJO. ESTUDIO DESCRIPTIVO A PROPÓSITO DE UN CASO 600

Ocaña López S (1), Martín Rios MD (2), Casas Losada MI (1), Cava Valenciano F (1), García Menéndez MI (3)

(1) Laboratorio General, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Medicina Preventiva, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Dirección Asistencial, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

VALIDACIÓN EXTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE AGUDOS 601

Balanà Fort LI (1), Tomàs Cedó RM (1), Díez Caballero R (1), Rius Rafecas MA (1), Besora Cunillera A (1), Colomés Figuera LI (1)

(1) Epidemiologia, Informació i Avaluació Assistencial - EIAA, Grup SAGESSA- Hospital Universitari Sant Joan Reus.

GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DESDE LA PERSPECTIVA DE PROCESOS..... 601

Reyes-Alcázar V. (1), Casas-Delgado M. (1), Torres-Olivera A. (2)

(1) Gestión del Conocimiento , Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Dirección Gerencia, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

MAMÁ TIENE UN TUMOR..... 602

Cereijo-Gárea C (1), Novoa-Vega B (2)

(1) Hospital Abente y Lago (CHUAC), Dirección enfermería. (2) Quirófano, Enfermera.

CREACIÓN DE UNA RED DE FORMADORES COMO ELEMENTO IMPULSOR DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN EL SISTEMA SANITARIO PUBLICO DE ANDALUCIA..... 602

Muñoz-Castro FJ (1), Martín-García Sm (2), Villanueva-Garrido L (1), Galiot-Torres A (2), Periañez Vega MT (3), Almuedo-Paz A (3)

(1) Área de Acreditación de Formación Continuada, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia. (2) Área de Acreditación de Profesionales, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia. (3) Dirección, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS O POR PRINCIPIO ACTIVO EN CIRUGÍA GENERAL. OPORTUNIDAD DE MEJORA 603

Ruiz-Marín M (1), Tamayo-Rodríguez ME (1), González-Valverde FM (1), Ruiz-Rodríguez A (1), Peña-Ros E (1), Albarracín-Marín-Blázquez A (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario "Reina Sofía" de Murcia.

CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES CON ANESTESIA LOCAL EN URGENCIAS. PROPUESTA DE OPORTUNIDAD DE MEJORA Y PRIMERA EVALUACIÓN. 603

Emilio Peña Ros (1), Miguel Ruiz Marín (1), María Vicente Ruiz (1), Carlos Sánchez Rodríguez (1), Miguel González Valverde (1), Antonio Albarracín Marín-Blázquez (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía.

CENTRO TECNOLÓGICO DE FORMACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA: UNA APUESTA POR LA CALIDAD. 604

Centeno-Cortés A (1), Aguirrezabalaga J (1), Martínez Moar AM (1), Blanco Fraga (1), Ríos Neira M (1), López Peláez E (1)

(1) Centro Tecnológico de Formación, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

ESTOMAS DIGESTIVOS. GUÍA PRÁCTICA 604

González-Reguero A (1), Bilbao -Sáez De Parayuelo I (1), Aizpuru F (2), Larrinaga- Llaguno N (1), Portuondo -Jiménez J (3), Larrinaga- Llaguno M (1)

(1) Hospital de Basurto, Osakidetza. (2) Hospital de Cruces, Osakidetza. (3) Hospital de Cruces, Osakidetza.

¿EN QUÉ ESTAMOS FORMANDO?, MEJORAR PARA CAMBIAR 605

María Teresa Ortega Maján (1), María Asunción Cisneros Izquierdo (2), Diego Júdez Legaristi (3)

(1) Departamento de Salud y Consumo, Dirección de Atención Especializada del Servicio Aragonés de Salud. (2) Departamento de Salud y Consumo, Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. (3) Departamento de Salud y Consumo, Hospital Miguel Servet.

ACOGIDA SEGURA DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN: CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, VS OPINIÓN PROFESIONALES..... 605

Pérez-Medrano MT (1), Robledo-González A (1), Cobo-Izquierdo A (1), López-Jorquera R (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario Santa Cristina.

VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE PERSONALIZACIÓN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD MÉDICA DEL HOSPITAL "PUERTA DEL MAR" 606

López-Alonso Sr (1), García-Juárez MR (2), Orozco-Cozar MJ (3), Márquez-Borrego MJ (3), Martín-Contreras T (3)

(1) Dispositivo Cuidados Críticos y Urgencias. CS San Miguel. DS Costa del Sol. , Servicio Andaluz de Salud. (2) Dirección de Enfermería. Hospital Puerto Real, Servicio Andaluz de Salud. (3) Unidad de Medicina Interna 1ª sección. Hospital Puerta del Mar, Servicio Andaluz de Salud.

MEJORA DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA 606

Martínez Cantarero C (1), Aubà Llambrich J (1), Correcher Aventin O (1), Massaguer Díaz-Regañón I (1), Lozano Romera E (1), Vargas Manzano F (1)

(1) Avaluació sanitaria DAP Metropolitana Nord, Institut Català de la Salut.

HACIENDO CAMINO EN CALIDAD TOTAL. PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ. HUELVA. 607

Prada Peña M (1), Camacho Pizarro A. (2), Paz Expósito J (3), Bayo Lozano E (4), Espinosa Gúzman J (5), García Fernández C (6)

(1) Documentación Clínica y Calidad, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (2) Jefe de servicio de Documentación Clínica y Sistemas de Información, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (3) Jefe de UGC Diagnóstico por la Imagen, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (4) Jefe de servicio de Radioterapia, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (5) Jefe de servicio de Cirugía General, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (6) Responsable de Formación continuada, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez .

ENFERMERÍA, A TUS ZAPATOS: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL PLATO 608

Burgués Burillo, L (1), Gallardo González, Gemma (2)

(1) Dirección Enfermería (Área asistencial), Hospital Plato. (2) Adjunta Dirección Enfermería (Área asistencial), Hospital Plato.

TRIAGE EN GENÉTICA MÉDICA: UNA GESTIÓN OPTIMIZADA AGILIZA PROCEDIMIENTOS Y REDUCE COSTES DRÁSTICAMENTE 608

P.Vidal-Ríos (1), JC.Guinarte (1), A.Pazos (1), A.Benítez (2)

(1) Genética Médica y Molecular, Lab Central, Hospital Clínico Universitario de Santiago (CHUS). (2) Laboratorio Central, Hospital Clínico Universitario de Santiago (CHUS).

PLAN DE MEJORA CONTINUA E INNOVACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE A ESTRADA 609

Sánchez-Castro, JJa (1), Cernadas-Blanco MJ (2)

(1) Centro de Salud de A Estrada, SERGAS - Atención Primaria Área Norte. (2) Servicio Actual. Unidad de Cuidados Intensivos, C.H.U.S..

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIZACIÓN DE CUIDADOS EN EL H.U. PUERTO REAL 609

García-Juárez MR (1), Lacida-Baro M (1), Casado-Mora MI (1), Cobacho-De Alba JJ (1), García-Palacios R (1), Reyes-Malia T (1)

(1) H.U. Puerto Real (Cádiz), Servicio Andaluz de Salud.

CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DEL LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN 610

Garrote-Moreno L (1), Pellicer-Alonso M (1), López-Lozano R (1), Sevilla-Hernández E (1), González-Martínez A (1), Hernández-Cascales N (1)

(1) REHABILITACIÓN, HGU Morales Meseguer (Murcia).

¿SON ÚTILES LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES PARA DESCONGESTIONAR LAS AGENDAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA? . 610

Collado Cucò, A (1), Silvestre García, E (1), Saladie Vernet, MT (1), Pàmies Hidalgo, M (1), Crespo Palau, JM (1), Morales Suárez, E (1)

(1) ABS Vandellòs-Hospitalet, Grup SAGESSA.

LAS COMPETENCIAS EN HOSPITAL PLATÓ 611

Ferrarese-Salaverry C (1), Barbancho-Ordóñez O (1), Palacios Belmonte N (2), Fernández-Candelario I (3)

(1) Dirección de Desarrollo de Personas, Hospital Plató Fundación Privada . (2) Formación y Selección, Hospital Plató Fundación Privada . (3) Administración de Personal , Hospital Plató Fundación Privada .

CALIDAD EN LOS REGISTROS EN HISTORIA CLÍNICA. IMPORTANCIA DE LOS MISMOS PARA EL CÁLCULO DE NECESIDADES DE TIRAS DE GLUCEMIA. 611

Santos Álvarez,P. (1), Barrado Fernández, L (2), Blázquez Blázquez,A.B. (2), Cerro Valcárcel, A. (3), Martín Maldonado, J.L. (4), Toledo Gómez,D. (4)

(1) Gerencia A.P. Área 1 Madrid, SERMAS. (2) Gerencia A.P. Área 1 Madrid, SERMAS. (3) Gerencia A. P. Área 1 Madrid, SERMAS. (4) Gerencia A.P. Área 1 Madrid, SERMAS.

EVALUACIÓN SISTEMATIZADA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES 612
Soto Trastoy,S (1), Castro Segade,J (2), Rivas Ares,P (3), Roca Ledo,S (4), Vázquez Cardidad,E (5)
(1) Traumatología, Hospital San Rafael-A Coruña. (2) Medicina Interna, Hospital San Rafael-A Coruña. (3) Urgencias, Hospital San Rafael-A Coruña. (4) Cirugía General, Hospital San Rafael-A Coruña. (5) Hemodiálisis, Hospital San Rafael-A Coruña.

MEDICIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL: ¿QUE INDICADORES UTILIZAR? 612
Calle-Urra Je (1), Parra-Hidalgo P (1), Gomis-Cebrián R (1), Más-Castillo A (1), Ramón-Esparza T (1), Arellano-Morata C (1)
(1) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo.

MANEJO DE LA EPOC DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTAMOS PREPARADOS? 613
Calle-Urra Je (1), Parra-Hidalgo P (1), López-Santiago A (2), Martínez-Escandell R (3), Gomis-Cebrián R (1), Más-Castillo A (1)
(1) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo. (2) Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias, Consejería de Sanidad y Consumo. (3) Subdirección General de Asistencia Especializada, Servicio Murciano de Salud.

DISEÑO DE UN CIRCUITO PREANALÍTICO EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA 613
Palacián-Ruiz, MP (1), Egido-Lizán, MP (1), Monforte-Cirac, MI (1), Yagüe-Larriba, MD (1), Solano-Bernad V (2), Revillo-Pinilla MJ (1)
(1) Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Gerencia, Hospital Universitario Miguel Servet.

CÓMO CUANTIFICAR EL TRABAJO DEL RADIÓLOGO EN UNA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA 614
Arias-González M (1), Iglesias-Castañón A. (1), Brandt-Sanz MI (1)
(1) Diagnóstico por Imagen. CHUVI, Galaria.

TRANSFORMACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ÁLVAREZ-BUYLLA (MIERES)EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA 614
Álvarez-Muñoz MB (1), Gallego-Rodríguez F (2), López-Muñiz B (3), Rodríguez- Villa AB (4), Álvarez- Cueto B (5), Bueno- Moreno M (6)
(1) Servicio de Salud del Principado de Asturias, AGC de Urgencias. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres. (2) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gerente. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres. (3) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Directora Médica. Hospital Álvarez-Buylla, Mieres. (4) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Directora de Gestión. Hospital Álvarez -Buylla, Mieres. (5) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Coordinadora de Calidad. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres. (6) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Directora de Enfermería. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres.

EVOLUCIÓN INDICADORES DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO . 615
Caravaca- Alcaráz B (1), Rodríguez-Molina MA (2), Martínez -Caballero MI (3), Lucas- Salmerón Mg (4), Iniesta- Martínez D (5), Arias-Estero (6)
(1) Dirección de Enfermería. Área IX. Vega Alta del Segura, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (2) Servicio de farmacia., Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (3) Servicio de Medicina Interna, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (4) únicad de prevenció de infección nosocomial, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (5) Calidad Asistencial, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (6) Unidad de Hospitalización de Media Estancia, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

LACTANCIA MATERNA: DE PRIMARIA A ESPECIALIZADA CON GUÍA ÚNICA 616
Sánchez Mesias MJ (1), Eiriz Barbeito D (1), Aller Fernández C (1), Estrada Mosquera Ic (1), Amado Aller, C (1)
(1) Dirección de Enfermería, Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO 616
Brotons-Martínez E (1), Mora-Rufete A (1), López-Casanova P (1), López-Moreno J (2)
(1) Unidad de Calidad, Departamento de Salud Elche - Hospital General. (2) Dirección Médica, Departamento de Salud Elche - Hospital General.

FACILITAR EL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CONTRATO PROGRAMA EN LOS CENTROS DE SALUD. ... 617
Barberá Martín A (1), Plaza Nohales C (2), Olivera Cañadas G (1), Jurado Balbuena JJ (1)
(1) Gerencia Área 6, Servicio Madrileño de Salud. (2) Gerencia Área 6, Servicio Madrileño de Salud.

DISMINUIR LA ESTANCIA MEDIA ES UN ESFUERZO MULTIDISCIPLINAR 617
Cabezas C (1), González-Gallegos M (2), Gozalo T (3), Geremías L (1), Marcuño A (4), Rodríguez L (5)
(1) Dirección Asistencial, Hospital POVISA . (2) Calidad, Hospital POVISA . (3) Gestión Operativa, Hospital POVISA . (4) Planificación y sistemas, Hospital POVISA . (5) Control y gestión, Hospital POVISA .

DISEÑO DE CALIDAD. PROTOCOLO DE HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA. 618

Santiago-García C (1), Cervell-Ferrón JM (2), Cao-Avellaneda E (2), Luquin-Martínez R (3), Schmidt-Fernández G (4), Ballesteros-Pérez AM (5)

(1) Dirección de PROCESOS, Gerencia de Área Sanitaria II Cartagena. (2) Servicio de Urología, Hospital Universitario Santa Mará del Rosell. (3) Centro de Salud Cartagena Oeste, Gerencia de Área Sanitaria II Cartagena. (4) Subdirección Área Quirúrgica, Hospital Universitario Santa Mará del Rosell. (5) Centro de Salud Cartagena LOS DOLORES, Área Sanitaria II Cartagena.

PLAN DE MEJORA DE LA INTRANET EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 618

Barreiro Díaz, MV (1), Otero Díaz, M (2), Iglesias Vázquez, JA (3), García Estraviz, C (1), Codesido Mirás, R (4)

(1) Dirección asistencial, Urxencia sanitarias 061 Galicia. (2) Tecnoloxía, Urxencia sanitarias 061 Galicia. (3) Dirección, Urxencia sanitarias 061 Galicia. (4) Área de calidad, Urxencia sanitarias 061 Galicia.

EL RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS EN UNA UNIDAD DE APOYO: OTRA DIMENSIÓN DE LA MOTIVACIÓN 619

Dulanto-Banda RA (1), Garrido-Valverde I (1), Tofiño-González I (2), Deocal-Reina S (3), Fluriache-García MP (4)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (2) Servicio de Farmacia, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (3) Dirección de Enfermería, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (4) Unidad de Comunicación, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina.

QUE LO DIGAN ELLOS: SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS ODONTÓLOGOS DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (SESCAM) – 2010 619

Sabín-Jerez ME (1), Serrano-Sánchez S (1), Dulanto-Banda RA (2)

(1) Unidad de Salud Bucodental, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (2) Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina.

LA COMUNICACIÓN INTERNA ENTRE TRABAJADORES DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN VALOR EN ALZA 620

Fluriache García-Caro P (1), Dulanto Banda RA (2), Sánchez Holgado J (3), Torijano Casalengua L (4), Rodríguez Sánchez C (5), De A Hija Díaz MB (6)

(1) Unidad de Comunicación, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2) Unidad de Calidad, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (3) Coordinación de gestión, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (4) Oficia de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (5) Unidad de Tarjeta Sanitaria, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (6) Servicio de Farmacia, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

VERIFICACIÓN DE LOS PROCESOS: UN APLICATIVO INFORMÁTICO PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. 620

Candia JI, (1), Candia E, (2), Cienfuegos F, (3), Candia M, (4), Fernández De Castro I, (5), Candia B, (6)

(1) Dirección , Clínica Dr. Candia (A Coruña). (2) GESTIÓN, Clínica Dr. Candia (A Coruña). (3) Informática, Clínica Dr. Candia (Foz). (4) Calidad, Clínica Dr. Candia (A Coruña). (5) Coordinación Asistencial, Clínica Dr. Candia. (6) Calidad, CHUAC-SERGAS.

GESTIÓN DEL DOLOR TORÁCICO EN UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (DCCU). 621

Romero Aroca JM (1), Cordero Rodríguez Rp (1), Paz León Uj (1)

(1) DCCU Distrito Sur, Distrito Sanitario Sevilla Sur.

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA. 621

Márquez-Nieto A (1), Fernández-Valverde B (2), Tordera-Ramos M (3), Lillo-Tejeda MP (1), Ballesteros-Cavero JA (4), Márquez-Martín P (1)

(1) Dirección de Enfermería, Hospital Virgen De La Luz de Cuenca. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Virgen de la Luz. (3) Director Gerente, Hospital Virgen De La Luz de Cuenca. (4) Dirección de Médica, Hospital Virgen De La Luz de Cuenca.

OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN TRANSICIONES ASISTENCIALES DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA 622

Crespo-Diz C (1), Suárez-Rodríguez, A (1), Martínez-Bahamonde, F (1)

(1) Servicio de Farmacia, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

PROYECTO DE PROCESO DE VIGILANCIA GLOBAL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL CHUS (VIGINCHUS)..... 622

García-Ruise S (1), Gestal Otero JJ (1), Barros Dios JM (1), García Cepeda B (2), Martínez Casal I (3), Lale Candal MM (4)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, SERGAS - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Supervisora de Calidad, SERGAS - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Ciber de Epidemiología -Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela. (4) Técnico de Calidad, SERGAS - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN A TERCEROS DEL 061 A LOS DOS AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN..... 623

González Prieto, P. (1), López Álvarez, X. (2), Campos Sampedro, P. (1), Pérez González, FJ. (3), Penas Penas, M. (4), Martín Rodríguez, MD. (5)

(1) Facturación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Tecnología, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Contabilidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (4) Directora de Gestión, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (5) Xefa de Servizo, Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade.

IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL CAPILAR DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL ÁREA DE SALUD DE CARTAGENA..... 623

Iturbe Hernández T (1), Buyo Rodríguez A (2), Martínez Francés A (2), Ibáñez García J (2), López Lacoma JC (3), Santiago García C (4)

(1) Servicio de Hematología, Hospital Universitario Santa María del Rosell (Cartagena). (2) Servicio de Hematología, Hospital Universitario Santa María del Rosell (Cartagena). (3) Subdirector de Enfermería de Continuidad de Cuidados , Área de salud II (Cartagena). (4) Directora Médica de Procesos , Área de salud II (Cartagena).

GESTIÓN BASADA EN PROCESOS: LA NUEVA MANERA DE TRABAJAR EN EL HOSPITAL..... 624

Polo, D (1), Alonso, T (2), Pujol, D (3), Nicolas, I (3)

(1) Coordinador Dirección Asistencial, Hospital Plató. (2) Director Asistencial, Hospital Plató. (3) Socio, Athenea Solutions.

INDICADORES DE CALIDAD EN LOS PROCESOS DE DONACIÓN Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEAS..... 624

Simon Pérez RM (1), Moya Teixidó F (2), Massuet Bosch LI (2), Asensio Montoro A (3), Ariza García V (1), Moner Corominas LI (1)

(1) Dirección de Calidad, Consorci Sanitari del Garraf. (2) Banc de Sang i Teixits. , Banc de Sang i Teixits. . (3) Hematología, Consorci Sanitari del Garraf.

UN PASEO POR LA GRAN VÍA..... 625

Marcuño-Cendón A. (1), Fdez.-Brea, J. (2), González-G. Nuria (3)

(1) Planificación y Sistemas, Hospital POVISA, S.A.. (2) Sistemas de Información, Hospital POVISA, S.A.. (3) Unidad de Calidad - Gestión de Procesos, Hospital POVISA, S.A..

INDICADORES DE MORTALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA NOMALIZADO UNE ISO 9001:2008..... 625

Castiella-Herrero, J (1), Musitu Pérez, V (1), Arancón Oñate, B (1), Naya-Manchado, J (1), Sanjuán Portugal, F (1), González-Gay, JM (1)

(1) Unidad de Medicina, Fundación Hospital Calahorra.

INDICADORES DE TIEMPO DE RESPUESTA: HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS DE MEJORA..... 626

Garnacho Gayarre Nuria (1), Bulnes-Fernández MJ (2), Bal- Alvaredo MJ (2), Formoso- Lavandeira D (2), Recasens- Esteruelas M (2), Rueda-Rúa R (2)

(1) servicio análisis clínicos, Hospital Xeral-Calde Lugo . (2) Servicio Análisis Clínicos, Hospital Xeral-Calde Lugo .

ACUERDO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS CON LA ASOCIACIÓN DE HEMOFÍLICOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN..... 626

Busca Ostolaza P (1), Aginaga Badiola JR (1), Dorronsoro Goikoetxea I (2), Carrera Hernani J (3), Careche Recacoechea I (4), Furundarena Salsamendi JR (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia. (2) Sudirección de Organización y Sistemas de información, Hospital Donostia. (3) Presidencia, ASEGUI. (4) Psicoterapeuta, ASEGUI.

ENFERMERA ENLACE EN EL PROCESO DE ASISTENCIA A INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL ÁREA A CORUÑA..... 627

Bahamonde Sánchez, M (1), Rodríguez Sánchez, Nieves (2), Naya Leira, MC (3), Fariñas Garrido, MC (3)

(1) Subdirección de Enfermería, Sergas - Xerencia Atención Primaria A Coruña. (2) Subdirección de Enfermería, Sergas - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. (3) Servicio de Cardiología, Sergas - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

INNOVACIÓN EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS: SESIÓN CLÍNICA 627
Tena García, B (1), Rodríguez Paños, MT (1), García Nuñez, E. (2)
(1) Traumatología y Ortopedia, H.U.V.Macarena y Área. (2) Neumologia y C. de Torax, H.U.V.Macarena y Área.

LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CASO PRÁCTICO 628
Pena Meilán MC (1), Fernández Doallo MR (2), Núñez Magdalena MA (2), Penela Puga P (2), Díaz López JI (2), Roca Bergantiños Mo (3)
(1) Docencia, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (2) EUE, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (3) Calidad, Complexo Hospitalario Xeral-Calde.

ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC: ¿CÓMO MEJORAR LA CAPTACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA? 628
Lueza-Lampurlanes C (1), Torres-Clemente E (2), Bailac-Costa J (3), Chaverri-Alaman C (2), Allue-Ciutat M (4), Ibañez-Castellar L (5)
(1) servicio aragones de salud, atencion primaraia. (2) servicio aragones de salud, atencion primaria. (3) servicio aragones de salud, atencion primaria. (4) sevicio aragones de salud, atencion primaria. (5) servicio aragnes de salud, atencion primaria.

GESTIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL (EDC)EN SACYL 629
García Megido,MI (1), Ferreira Recio,M (2), Sahuquillo Bartolome,S (3), Domínguez Duque,E (4), Rebollo Rodríguez,V (2), Guerrero Peral,AB (5)
(1) Profesionales, Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (2) FQS, egional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (3) Calidad, egional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (4) Profesionales, egional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (5) Profesiopnales, egional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León.

UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL, EN LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN 629
Villaverde-Gómez MA (1), Pérez-Castro JC (2), Mosquera-Verea M (3), Gómez-Ruiz R (4), Grela-Piñeiro R (5), Galego-Feal P (6)
(1) Responsable de Calidad de la Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria., Servicio Gallego de Salud. (2) Responsable de la Unidad de Gestión y Apoyo Tecnológico de la Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Responsable de la Unidad de Formación de la Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (4) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (5) Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (6) Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego Salud.

DESARROLLO DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA LA CERTIFICACIÓN ISO: 9001-2008 EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN 630
Juncal-Menéndez FJ (1), Losada- Fernández JA (2), Martínez-Márquez A (1), Torres-Pérez MT (1), Filgueira-Capelo (1), Cortegoso-Caramés S (1)
(1) Unidad de Esterilización, Complexo Hospitalario de Pontevedra. (2) Suministros (Grupo de Xestión), Complexo Hospitalario de Pontevedra.

IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA 5S EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE MUTUALIA UT GIPUZKOA 630
Olatz Irazustabarrena (1), J. M. Ibañez (1), Amaia Muñoz (1), Jokin Amilibia (1), Elena Entrena (1), Lucia Duo (1)
(1) Servicio de Rehabilitación de Gipuzkoa, Mutualia.

PROCESO DE CAPTURA Y GESTIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS Y EVIDENCIAS DE PROFESIONALES DE SERVICIOS DE SALUD 631
Ferreira Recio, M (1), García Megido ,MI (2), Burgoa Cobreros,I (2), Carazo Gil,S (2), Martínez Rodríguez,L (2), Molina Del Caño,M (2)
(1) FQS, Fundación Centro regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (2) Profesionales, Fundación Centro regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León.

INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS DE LOS CENTROS DE SALUD Y PAC 631
Candal-Gómez J (1), Lema-Rama M (2), Mosquera-Cobian T (3), Rodríguez-Abellón MJ (4)
(1) Centro Saúde Os Mallos, Xerencia de Atención Primaria A Coruña. (2) Administración Periférica, Xerencia de Atención Primaria A Coruña. (3) Centro Saúde Elviña-Mesoiro, Xerencia de Atención Primaria A Coruña. (4) Director Xerente, Xerencia de Atención Primaria A Coruña.

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN, DOS OBJETIVOS POR LOS QUE CUMPLIR INDICADORES. 632
Tomàs-Rubinat E (1), Civit-Chervet C (1), Ballesteros E (2), Salas A (2), Ruiz R (2)
(1) Ambit Dependencies, Consorci Sanitari de Terrasa. (2) Ambit Qualitat, Consorci sanitari de Terrassa.

GESTIÓN POR PROCESOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL. 632
Bilbao-Markaida MB (1), Gutiérrez De Teran-Moreno G (1), Somavilla-Pérez MJ (1)
(1) Comarca Bilbao, Osakidetza.

UNA MASCOTA LLAMADA ISO 9000 633
Roman, Abel (1), Martín Pozo, J.F. (1), González Veiga, B. (2), Fernández López, A. (3)
(1) Lavandería , Área Sanitaria de Ferrol . (2) Hostelería, Área Sanitaria de Ferrol . (3) Unidad de Calidad, Área Sanitaria de Ferrol .

DIAGRAMAS DE FLUJOS DE LOS PROCESOS CLAVES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA: PROCESO DE URGENCIA HOSPITALARIA 633
Barrera M-Merás A (1), Martínez Albarrán Al (2)
(1) Unidad de Calidad. Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, Servicio Extremeño de Salud. (2) Subdirección de Sistemas de Información. Servicios Centrales SES:, Servicio Extremeño de Salud.

AHORRO Y MEJORA DE LA CALIDAD EN INTERVENCIONES DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA 634
Martínez- Abellán C (1), Bermejo-López J (2), Borja-Rabadán J.A (1), Serrano-Santos E (3), Alcaraz-Quiñonero M (4), Aranda-Lorca J.J (5)
(1) Subdirección Gestión Económica Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud. (2) Servicio Anatomía Patológica Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud. (3) Dirección Médica Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud. (4) Gerencia Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud. (5) Dirección de Gestión Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud.

ESTRATEGIA PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA PRIORIDAD 1 EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN GALICIA 634
López-Pardo ME (1), Domínguez-González MN (1), Rey-Liste MT (1), García-Sixto MM (1)
(1) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde.

GESTIÓN BASADA EN PROCESOS EN LOS SERVICIOS DE SOPORTE ASISTENCIAL 635
Varez Pastrana M (1), Montserrat Toran M (2), Trias Puig-Sureda I (3), Subira Gomez R (4), Riba Co X (4), Agusti Ferre B (4)
(1) Servicio de Documentación Médica, Hospital Plató. (2) Servicio de Farmacia, Hospital Plató. (3) Servicio de Anatomia Patológica, Hospital Plató. (4) Asesoria Procesos Asistenciales, Athenea Solutions.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA INDICACIÓN Y RENTABILIDAD DE LA CÁPSULA- ENDOSCÓPICA EN UN HOSPITAL GENERAL 635
Carrión García. F (1), Martínez Otón. JA (1), Morán Sánchez. S (1), Serrano Ladrón De Guevara. S (1)
(1) Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa María del Rosell.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA PREPARACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES 636
Isaura Rodríguez Penín (1), Lucía Fuster Sanjurjo (2), Lorena Cea Pereira (2), Ana Mª González Rodríguez (2)
(1) Servicio de Farmacia, Área Sanitaria Ferrol. (2) Servicio de Farmacia, Área Sanitaria de Ferrol.

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS COMO MEJORA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA 636
López-Fuster MA (1), Cerdá-Diaz R (1), Regodón-García S (1), Vizcaya-López P (1), Campayo-Ortega C (2), Cardona Torres A (2)
(1) Oficina de calidad y atención al usuario, Gerencia Atención Primaria de Albacete. (2) Dirección Médica, Gerencia Atención Primaria de Albacete.

MEJORANDO EL PROCESO DE TRAMITACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA EN UN ÁREA SANITARIA 637
Ferrer Arnedo C. (1), Martín-Carrillo P. (2), Risquez T (3), Montero Mªa (3), Leal D (3), Morán P (3)
(1) Gerencia, Gerencia de Atención Primaria Área 9. (2) Unidad de Calidad, Gerencia de Atención Primaria Área 9. (3) Unidad Central de Tramitación de Tarjeta Sanitaria, Gerencia de Atención Primaria Área 9.

CICLO DE MEJORA DE LA HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA 637
De la Iglesia-Cano E (1), Roldán-Valcárcel MD (1)
(1) Unidad de especialidades quirúrgicas 6ª Derecha, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA BASADA EN PLANES DE CUIDADOS PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS. **638**

María Áurea Paz Baña (1), María Ángeles Fernández Rodríguez (2), Begoña Castro Mato (3), Isabel Pais Pazos (4), Susana García Luengo Álvarez (4), María Jesús Wandosell Picatoste (5)

(1) Hospital Psiquiátrico- Supervisora de Área, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Docencia de Enfermería responsable programa GACELA, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Hospital Psiquiátrico Supervisora, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (4) Hospital Psiquiátrico - DUE, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (5) Supervisora del Área de Docencia de Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA **638**

Rodríguez- Sánchez,N (1), Penin-Castiñeiras,A (2), Del Corral-Gómez,Sagrario (3), Bahamonde-Sánchez,M (4)

(1) Subdirección de Enfermería, CHUAC. (2) Consulta de Ostomia, CHUAC. (3) Servicio de Atención al Paciente, CHUAC. (4) Subdirección de Enfermería, Xerencia de Atención Primaria da Coruña.

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO FISIOTERAPIA EN UN HOSPITAL **639**

Valle-Martín B (1), Flórez-García MT (2), Lorenzo-Martínez S (3), Alcántara-Bumbiedro S (2), Pavón-Depaz M (1)

(1) Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Rehabilitación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Análisis de la Información y Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN UN ÁREA DE SALUD **639**

Pedreño JJ (1), Espi F (2), Villaescusa M (1), López-Picazo JJ (3), Gómez R (4), Alcaraz M (5)

(1) Continuidad asistencial, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste. (2) Servicio de Medicina Interna, unidad de tabaquismo, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste. (3) Calidad asistencial, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste. (4) Enfermería, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste. (5) Dirección, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste.

CÓMO SE PLANIFICA LA ACTIVIDAD ENFERMERA **640**

Muíños-Pérez MD (1), Pardo-Lemos I (2), González-Sánchez A (2), Rodríguez-Lorenzo D (3)

(1) Unidade de Calidade de Coidados (Gacela), CHUVI. (2) Unidade de Calidade de Coidados, CHUVI. (3) Coordinación de Calidade CHUVI, CHUVI.

PROCESO DE ACOGIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO **640**

Camino Aldariz E. (1), Guillán Lajos T. (1), López Abad T. (1), López Fernández A. (1), Martín De la Cruz M. (1), Paz Graña A.I. (1)

(1) Unidad de Hospitalización de Oncologia, UMAP y Endocrinologia., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

INDICE DE SUSTITUCIÓN EN CIRUGÍA GENERAL. EVOLUCIÓN ANUAL COMO CRITERIO DE EFICIENCIA. **641**

Flores-Pastor B. (1), Soria-Aledo V. (2), Campillo-Soto A. (2), Guillen-Paredes P. (2), García-García MI. (2), Aguayo-Albasini JI. (2)

(1) Cirugía General, Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) Cirugía General, Hospital Morales Meseguer.

IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DEL CUIDADOR EN EL RETORNO A DOMICILIO DE LOS PACIENTES COMPLEJOS **641**

Cristina Piñol Uson (1), Esther Dalmau Cartaña (1), Montserrat Rodríguez Pena (1), Noèlia Estevez Fernández (1), Rosa Mas Escoda (1), Carmen Jiménez Rubio (1)

(1) Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salut.

ESTUDIO DE VIBILIDAD PARA LA IMPLANTACIÓN DE "INTERNATIONAL CONSENSUS FOR HEMATOLOGY REVIEW" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS **642**

Javier Pico (1), Luisa Castro (2), Mª.Jose Nuñez (2)

(1) Servicio de hematologia, Complejo Hospitalario Xeral-Calde Lugo. (2) Servicio de hematologia, Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

EVALUACIÓN UNIDAD DE COORDINACIÓN INTERNIVELES IMPORTANCIA DEL LÍDER **642**

Cuevas-Baticón B (1), Roig-Panisello A (2), Martin-Vicente AI (3), Solá-Miravete E (4), Lleti-Estupiña S (5), Cardona-Rodríguez A (6)

(1) Dirección de enfermería Territorial -Tortosa, Instituto Catalán de la Salud. (2) Unidad Coordinación Interniveles-Gestión de casos, Instituto Catalán de la Salud. (3) Dirección de enfermería - Tortosa, Instituto Catalán de la Salud. (4) Coordinadora Calidad Asistencial Terras de Lebre, Instituto Catalán de la Salud. (5) Enfermera Área Básica de Salud, Instituto Catalán de la Salud. (6) Secrtària Dirección territorial de Enfermería, Instituto Catalán de la Salud.

LA GESTIÓN DE UNA PANDEMIA EN UN HOSPITAL COMARCAL: EXPERIENCIA DE AUTOAPRENDIZAJE..... 643
Cantón Álvarez MB (1), Mediavilla-Sesmero MV (1)
(1) Medicina Preventiva y Salud Pública., Hospital Comarcal de Medina del Campo. SACYL..

PROGRAMA DE APOYO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL REGISTRO DE LOS PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS EN GALICIA. CÓDIGO CIAP A28.02..... 643
López-Triguero A (1), Fernández-Fraga C (1)
(1) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

GESTIÓNANDO LA CALIDAD EN LOS EQUIPOS DE GASES LOCALIZADOS FUERA DEL LABORATORIO EN EL CHUS..... 644
Otero-Santiago Mf (1), García-Aschauer JM (1), Díaz-Delcastillo A (1), Benítez-Estévez A (1), F Hermida-Cadahía E (1), Alonso-Delapeña C (1)
(1) Laboratorio Central, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

PROCESO EVOLUTIVO DE GESTIÓN DE PRUEBAS DESCENTRALIZADAS. MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL..... 644
Otero-Santiago Mf (1), García Aschauer JM (1), Villaverde-Datorre R (1), Benítez-Estévez A (1), Blanco-Jiménez J (1), Alonso-Delapeña C (1)
(1) Laboratorio Central, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

ORGANIZACIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA..... 645
Arias-González M (1), Louzao-García C (1), Iglesias-Castañón A (1), Brandt-Sanz Ml (1)
(1) Diagnóstico por Imagen. CHUVI, Galaria.

MONITORIZACIÓN A DOMICILIO DEL ANCIANO FRÁGIL. PREVENCIÓN DE INGRESOS Y CALIDAD DE VIDA..... 645
Vallés Gállego V (1), Coll Clavero J (1), Torres Clemente E (1), Lueza Lampurlanes C (1), López M (1), Romero Marco D (1)
(1) Sector Sanitario Barbastro, Servicio Aragonés de Salud.

COSTE-EFECTIVIDAD DE LA COMBINACIÓN TAMSULOSINA Y DUTASTERIDA EN DIFERENTES CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN..... 646
Huerta A. (1), Cozar JM (2), Brenes FJ (3), Molero JM (4), Fernández-Pro A (5), Palencia R (1)
(1) Departamento de Evaluación de Medicamentos y Gestión Sanitaria, GlaxoSmithKline. (2) Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. (3) Atención Primaria, Centro de Atención Primaria Lleifa (ABS 6), Badalona. (4) Atención Primaria, Centro de Salud San Andrés, Madrid. (5) Atención Primaria, Centro de Salu Mensalbas, Toledo.

CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL LEGRADO EVACUADOR..... 646
Nieto-Ponce De León MD (1), Castillo-Rosales M (1), Cantos-García M (1), García-Caro S (2), Alconchel-Rivero J (1), Gomar-García F (1)
(1) Unidad de Gestión Clínica "Atención integral a la Mujer", Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz . (2) Área Materno Infantil, Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz .

EL CAMINO POR LA CALIDAD HACIA LA EXCELENCIA, COMO HERRAMIENTA ORGANIZATIVA DEL ÁREA CLÍNICA DE URGENCIAS. PROYECTO DE ACREDITACIÓN SEGÚN EL MODELO VALENCIANO..... 647
Navarro Juanes A (1), Fornes Vivas RM (2), Uris J (3)
(1) Área Clínica de Urgencias, Hospital de Denia. Alicante. (2) Área Clínica de Urgencias, Hospital de Denia. alicante. (3) Departamento Calidad, Hospital de Denia. Alicante..

ANÁLISIS DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS..... 647
González-Rodríguez LA (1), Fernández-Fernández MS (2), Vidal-López Jl (3), López-Manzano Jl (4), Montes-Gutiérrez ME (5), Abad-Vila MA (6)
(1) Dirección de procesos, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA.). (2) Centro de Salud Valle Inclán, Atención Primaria. (3) Director Gerente, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA.). (4) Centro de Salud de Padrenda, Atención Primaria. (5) Centro de Salud de Outomuro, Atención Primaria. (6) Centro de Salud Nóvoa Santos, Atención Primaria.

NUEVOS PACIENTES: NUEVOS DOCUMENTOS. ADAPTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS CLÍNICOS AL NIVEL DE DEPENDENCIA..... 648
González-Rodríguez LA (1), Fernández-Fernández MS (2), Vidal-López Jl (3), López-Manzano Jl (4), Montes-Gutiérrez (5), Abad-Vila MA (6)
(1) Dirección de procesos, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA.). (2) Centro de Salud Valle Inclán, Atención Primaria. (3) Director Gerente, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA.). (4) Centro de Salud de Padrenda, Atención Primaria. (5) Centro de Salud de Outomuro, Atención Primaria. (6) Centro de Salud Nóvoa Santos, Atención Primaria.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y/O FISIOTERAPIA A PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIO **648**

Darriba Fraga MJ (1), Martínez Toledo B (2)

(1) Terapia Ocupacional, SERGAS. Hospital Marítimo Oza. CHUAC.. (2) Fisioterapia, Universidad A Coruña. SERGAS. CHUAC..

GESTIÓN DEL COBRO DE FACTURAS NO PAGADAS DE PRECIO PÚBLICO EN EL 061 DE GALICIA. **649**

Pastoriza-Costas EM (1), Calaza-Coira L (1), Codesido-Miras R (2), Penas-Penas M (3)

(1) Área de Cobros, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

REDUCCIÓN DE LA SOBRETRANSFUSIÓN EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA PROGRAMADA **649**

Chamorro-Fernández C. (1), Ron-Martínez N. (2), Arrozpide-García I. (3), Álvarez-Álvarez L. (4), Higuera-Mateo J. (5)

(1) Servicio de Hematología, Hospital del Oriente de Asturias. (2) Unidad de Calidad, Hospital del Oriente de Asturias. (3) Banco de Sangre, Hospital del Oriente de Asturias. (4) Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital del Oriente de Asturias. (5) Servicio de Traumatología, Hospital del Oriente de Asturias.

DISEÑO DE UN PROCESO DE CONTRATACIÓN MEDIANTE PROCEDIMIENTO ABIERTO EN EL 061 DE GALICIA. **650**

Otero-López Lm (1), Codesido-Mirás R (2), Quintáns-Lago M (1), Castro-González AJ (1), Penas-Penas M (3)

(1) Servizo de Contratación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

DISEÑO DE UN PROCESO DE GESTIÓN DEL REGISTRO DE DOCUMENTACIÓN EN EL 061 DE GALICIA. **650**

Ramos-Ramos MJ (1), Codesido-Mirás R (2), Penas-Penas M (3), Ribá-García M (4), Ferreiro-Nieto L (4), Iglesias-Vázquez JA (5)

(1) Secretaría Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Área de calidade, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (4) Departamento de Registro, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (5) Dirección, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

GESTIÓN DE PUBLICACIONES EN EL 061 DE GALICIA **651**

Briegas-Arenas A (1), Codesido-Mirás R (2), Martín-Rodríguez MD (2)

(1) Gabinete de Prensa, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LAS PUBLICACIONES EN EL 061 DE GALICIA. **651**

Briegas-Arenas A (1), Codesido-Mirás R (2), Martín-Rodríguez MD (2)

(1) Gabinete de Prensa, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de galicia-061. (2) Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de galicia-061.

ANÁLISIS DE INASISTENCIAS EN CONSULTAS EXTERNAS DE ESPECIALIDADES **652**

Garate-Viloin A (1), Alegria Ayerdi B (1)

(1) Servicio de Admisión y Documentación, Hospital Donostia.

(CUIDADO -CONFORT - CALIDAD) DECONSTRUYENDO LA ESCALERA ANALGÉSICA EN PACIENTES PALIATIVOS CON "BOCA DOLOROSA" **652**

Casañas García De Cortázar I (1), Pérez Fernández F (2), Molins Castiella E (3), Fernández Rodríguez P (4), Conde Reina E (5), González Sánchez JA (6)

(1) Supervisora de Enfermería, Hospital Beata María Ana de Jesús . (2) Cuidados PALIATIVOS, Hospital Beata María Ana de Jesús . (3) Farmacia, Hospital Beata María Ana de Jesús . (4) Responsable de Calidad, Hospital Beata María Ana de Jesús . (5) Directora Médica, Hospital Beata María Ana de Jesús . (6) Enfermera Cuidados PALIATIVOS, Hospital Beata María Ana de Jesús .

EDUCACIÓN AL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON CAPECITABINA **653**

Valverde Citores A (1), Bolinaga Carriqui A (2), Uranga Garcíarena E (1), Jauregui Celaya F (3), Amondarain Goicoechea MA (4)

(1) Consultas Externas, Hospital Donostia. (2) Adjunto de Enfermería, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección de Enfermería, Hospital de Zumarraga. (4) Adjunta de Enfermería, Hospital de Zumarraga.

LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ENFERMEROS NO ASISTENCIALES COMO BASE PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD 653

Deocal-Reina S (1), Dulanto-Banda RA (2), Fernández-Crespo S (1), Mingo-Blanco M (1), Sánchez-Pérez L (3)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (2) Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (3) Centro de Salud La Algodonera, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina.

CAPTACIÓN Y DERIVACIÓN DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS..... 654

López-Ben MI (1), Lijó-Fernández MA (1), Seijas-Rodríguez PM (2), Torres-Rampa ME (2), Martínez-Moreira ME (1), Barcia-De Vicente C (3)

(1) Urgencias H. A Coruña, SERGAS-CHUAC. (2) Urgencias H. A Coruña, SERGAS. (3) Urgencias H. A COruña, SERGAS-CHUAC.

DISEÑO DE UN DISPOSITIVO SANITARIO ASISTENCIAL CON PERSONAL DE ENFERMERÍA POR EL 061 DE GALICIA..... 654

Caamaño Martínez M (1), Aguilera Luque (2), Caamaño Arcos M (3), Iglesias Vázquez JA (4), González Olveira J (1), Chayán Zas MI (5)

(1) Atención al Usuario, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (2) Coordinación-asistencial, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (3) Coordinación, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (4) Dirección, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (5) Formación, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061.

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA AMBULANCIA MEDICALIZADA OPTIMIZANDO EL MANTENIMIENTO DEL RECURSO..... 655

Aguilera Luque JM (1), Castillo Iglesias S (2), Caamaño Martínez M (3), Chayán Zas MI (4), Barreiro Díaz MV (5), Iglesias Vázquez JA (5)

(1) Coordinación-asistencial, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (2) Asistencial, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (3) Atención al Usuario, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (4) Formación, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (5) Dirección, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061.

LA GESTIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DE SANT RAFAEL 655

Mestres C (1), Monsó A (2), Gimeno P (3), Pujol D (4), Nicolas I (4)

(1) Calidad y Seguridad de Paciente, Hospital Sant Rafael. (2) Anestesiologia, Hospital Sant Rafael. (3) Enfermería, Hospital Sant Rafael. (4) Consultoria, Athenea Solutions.

EVALUACIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA EN URGENCIAS..... 656

Moreno-Reina S (1), Torrecillas-Gómez MM (1), Esteban-Lloret Cn (1), Pérez-Costa R (1), Reyes-Reyes Cm (1), De Leon-Robert A (1)

(1) Urgencias, Hospital Morales Meseguer.

CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008 EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DEL HGUCR 656

Cañuelo-Merino T. (1), López-Menéndez C. (2), Calvo-García M. (2), Zarca -Díaz De la Espina. M. A. (2), Luna-Díaz S. (2), Molino-Trinidad C. (2)

(1) Calidad-Radiología, Hospital General Universitario de Ciudad-Real. (2) Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad-Real.

HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE INTERACCIONES ENTRE PROCESOS..... 657

Muñoz-Miguel,C (1), Angulo-Orue, JI (2), Bacigalupe-Artacho,L (3), Angulo-Preciado,JI (4), Sánchez-Fernández,M (5), Murgoitio-Lazcano, Mª a (6)

(1) Calidad - Enfermera de Calidad, Hospital Alto Deba. (2) Dirección - Director Gerente, Hospital Alto Deba. (3) Dirección dePersonal-Directora, Hospital Alto Deba. (4) Radiología, Hospital Alto Deba. (5) Urgencias - Jefe de Servicio, Hospital Alto Deba. (6) Servicios Generales, Hospital Alto Deba.

EL GUÍA PARA EL LOGRO DE LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO: APOYO AL JEFE CLÍNICO 657

Angulo-Orue,JI (1), Yarritu-Fernández,C (2), Muñoz-Miguel,C (3), Angulo-Preciado,JI (4), Zubizarreta-Urcelay,P (5), García-Puertas,C (6)

(1) Dirección - Director Gerente, Hospital Alto Deba. (2) Dirección- Directora de Enfermería, Hospital Alto Deba. (3) Calidad-Enfermera de Calidad, Hospital Alto Deba. (4) Radiología, Hospital Alto Deba. (5) PLANTA-Supervisora de Enfermería, Hospital Alto Deba. (6) Sº Traumatología-Facultativo, Hospital Alto Deba.

HACIA LA COORDINACIÓN SALUD MENTAL - ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA DE UN PROYECTO DE CALIDAD..... 658

García-Gómez MA (1), Iglesias C (1), Latorre JI (2), Pereyra L (1), Saa D (1), Gomez-Chagoyen B (1)

(1) Psiquiatria, Hospital Obispo Polanco. (2) Psiquiatria, Centro Salud "El Ensanche".

CONTINUIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA DESDE PEDIATRÍA 658

Calzada -Barrena J. (1), Blarduni -Cardón E. (2), Molero -Pérez B (3), Zuazo- Zamalloa E (1), López De Munain -Ormazabal MC (1), Azkacibar -Larrañaga Mg (1)

(1) Pediatria , Hospital de Zumarraga (Pediatria -Unidad de Gestión Sanitaria). (2) Pediatria, Hospital de Zumarraga (Pediatria -Unidad de Gestión Sanitaria). (3) Unidad de Gestión Sanitaria, Hospital de Zumarraga (Pediatria -Unidad de Gestión Sanitaria).

[TEST] IMPLANTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008 659

Test3 (1), Poblete-García V.M. (2), Soriano-Castrejón A.M. (2), García- Vicente A.M. (2), Talavera-Rubio M.P. (2), Palomar-Muñoz A. (2)

(1) Calidad-Medicina Nuclear, Hospital General Universitario de Ciudad-Real. (2) Medicina Nuclear, Hospital General Universitario de Ciudad-Real.

ANÁLISIS DE INCIDENCIA Y MANEJO CLÍNICO DE LA COLECISTITIS AGUDA 659

Orbegozo-Alberdi I (1), Zavala-Aizpurua E (1), Goenai-Iglesias I (1)

(1) Osakidetza, Hospital Donostia.

¿ES MEJORABLE LA MEDICIÓN QUE REALIZAMOS DE LA "CALIDAD ASISTENCIAL" PRESTADA A NUESTROS CIUDADANOS? 660

Regidor-Fuentes I (1), González- Arza E (2)

(1) Calidad, Comarca Interior - Osakidetza. (2) Organización y Sistemas, Red de Salud Mental de Bizkaia.

LA COMUNICACIÓN, EFECTO BOOMERANG 660

Terradellas-Antoñanzas L (1), Jover-Moreno A (2), Gross-Zapata A (1), Pujol-Colomer J (3)

(1) Comunicación y Marketing, Hospital Plató. (2) Directora Responsabilidad y Gestión Social, Hospital Plató. (3) Director General, Hospital Plató.

DIFUSIÓN CONVENIO DE ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES FISCALÍA/SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA 661

Rodríguez-Martínez MP (1), Gómez-Martínez J (1), García-Escribano E (2), Guijarro-Bernal R (2), Alarcon-Sabater P (3)

(1) Coordinación Plan de Agresiones. Dirección General de.Recursos Humanos., Servicio Murciano de Salud.. (2) Servicio Jurídico , Servicio Murciano de Salud.. (3) Dirección General de.Recursos Humanos, Servicio Murciano de Salud..

¿ES ADECUADA LA APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS PARA LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA? 661

Lozano-Marín J (1), Fajardo-González R (1), Martínez-Cantero J (1)

(1) Unidad de Quirófano, Hospital Morales Meseguer.

COMPROMISO Y VALORES CORPORATIVOS: EL CÓDIGO ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI 662

Rubial-Bernárdez, F. (1), Yáñez-López, Asunción (1), Moreno-Alegre, A. (1), Camino-Fernández, E. (1), Vilanova-Fraga, F. (1)

(1) Servizo Galego de Saúde, Hospital Universitario Lucus Augusti.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN AL PROGRAMA DE APOYO A LA PRIMARIA DE SALUD MENTAL 662

González Cáceres A (1), García Caro Y (1), Cañada Nogues J (1), González González L (1), Moreiras Salguero (1), Ramos Montes J (1)

(1) Unitat de Gestió de Qualitat, Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO 663

Cubi Guillen, M Teresa (1), José Luis Colome Blanch (2), Galiana Llasat, M Jesús (3), Ferré Blanch, José Luis (1), Faba Montesó, Joan (2), March Cid, Carmelo (4)

(1) Dirección, Hospital de la Santa Creu. (2) Administración, Hospital de la Santa Creu. (3) Supervisión, Hospital de la Santa Creu. (4) Mantenimiento, Hospital de la Santa Creu.

LA ORIENTACIÓN LABORAL PARA ESTUDIANTES DESDE EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO 663

Cruz-Torres R (1), Vera-Rodríguez (2), Martín Rudilla F (1), Gámiz Domínguez F (1)

(1) Formación Continuada, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área (Servicio Andaluz de Salud). (2) Dirección de Personal y Desarrollo Profesional, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área (Servicio Andaluz de Salud).

ALGO MÁS QUE UNA VIÑETA 664

Domínguez-Fernández M (1), Gabilondo-Larrañaga E (1), Calleja Sedano P (1), Muñoz-Fernández J (2), Arispe-Ruiz De Gauna J (3), Marrodan-Pérez B (4)

(1) Unidad Básica de Prevención, Hospital Santiago. (2) Dirección-Gerencia, Hospital Santiago. (3) Dirección de Recursos Humanos, Hospital Santiago. (4) Dirección de Personal, Hospital Santiago.

MEJORA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS: GRUPOS FOCALES DE DISCUSIÓN 664

Uriarte Brizuela, P (1), De Allende Achalandabaso, A (1), Goyeneche Arandia, G (1), Regidor Fuente, I (1), Diaz Gandia, MC (2)

(1) Sanidad, Hospital Galdakao-Usansolo. (2) Osakidetza, Hospital Galdakao-Usansolo.

MUTUALIA OBTIENE UN NOTABLE EN SU PRIMERA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES 665

Sainz De Vicuña-Bravo L (1), Aguirre-Zubillaga IM (2), Lledó-Vicente P (3), Oleaga-Goia FJ (4), Paz-Pailhez A (2), Ulibarrena-Sainz MA (5)

(1) Organización y Calidad, Mutualia. (2) Asistencia Sanitaria, Mutualia. (3) Medios Ajenos, Mutualia. (4) Urgencias, Mutualia. (5) Dirección Médica, Mutualia.

LISTADO DE VERIFICACIÓN EN EL PROCESO DE INGRESO DE UCI 665

Robles-Carrión J (1), Vega-Vázquez FJ (1), Pachón-María E (2), Martin-Ramos MI (1)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Virgen Macarena de Sevilla. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San Juan de Dios de Bormujos.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS: ESTUDIO COMPARATIVO EN HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS 666

González-De-Jesus C (1), Álvarez-Zamora AI (2), Santos-Guzmán J (3), Martínez-Osuna G (4)

(1) Calidad de la Atención Clínica, Programa Multicéntrico ITESM-SSNL. (2) Salud Pública, Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda. . (3) Escuela de Medicina, ITESM. (4) Centro de Gestión y Calidad Clínica de la división Ciencias de la Salud , ITESM.

PERCEPCIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA QUIRÚRGICA SOBRE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES 666

García-Orea Álvarez M (1), Benitez Ruiz L (2), Gomez Fernández C (3), Sierra Camerino R (4), Rueda Ruiz AM (5)

(1) Área Quirúrgica, H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz.. (2) Coordinadora Intrahospitalaria Trasplantes Cádiz, H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz.. (3) Área Quirúrgica, . H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz.. (4) Unidad Cuidados Intensivos, H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz.. (5) Coorrdinación Trasplante Cádiz, H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz..

CONSULTA DE ENFERMERÍA Y ENCUESTAS, HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 667

Illana Rodríguez, N (1), García Payá, F (2), Ruiz Martínez, A (2), García Jiménez,C (3), Hellín Monasterio,J (4)

(1) Servicios Centrales, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Servicio Oncología Radioterapica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Subdirección De Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (4) Dirección De Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

GESTIÓN DE RECAMBIOS DE SONDAS DE GASTROSTOMÍA EN UN ÁREA DE SALUD 667

Blanco-González M. (1)

(1) Hospitalización a Domicilio, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE AUTOPROTECCIÓN Y DE EMERGENCIA DEL CHUS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. SANTIAGO DE COMPOSTELA 668

Luis Toxo Ramallo (1), María José López Rebollo (2), Uxía Ferrer Ozores (1), Iván Montenegro Rodríguez (3)

(1) Calidad, Sergas (Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela). (2) Recursos Económicos, Sergas (Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela). (3) Mantenimiento, Organización CLECE.

HACIA UNA CIRUGÍA SEGURA. NUESTRAS DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST **668**

Arocena Cedrón MG (1), Errasti Olartekoetxea G (2), Huertas Pastor E (2), Moncloba Pérez B (3), Calleja Santisteban C (2), Colina Alonso A (2)

(1) Cirugía General y del Ap.Digestivo. Unidad de Gestión Clínica(Dr. Colina), Hospital de Cruces. (2) Cirugía General y del Ap. Digestivo. Unidad de Gestión Clínica(Dr. Colina), Hospital de Cruces. (3) Cirugía General y del Ap. Digestivo. Unidad de Gestión Clínica(Dr. Colina), Hospital de Cruces.

IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 630 CAMAS **669**

Arasa Alegre FR (1), Andreu Crespo A (1), Bonafont Pujol X (1), Quilez Castillo F (2), Ruiz Consegal A (2), Roca Amatria E (3)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Germans Trias I Pujol . (2) Departamento de Enfermería , Hospital Germans Trias I Pujol . (3) Servicio de Neumología , Hospital Germans Trias I Pujol .

CAMPAÑA DE EDUCACIÓN EN HIGIENE DE MANOS. HOSPITAL DE CRUCES 2009-2010 ..... **669**

Pacho-Martín B (1), Arocena-Cedrón G (2), Villate-Navarro JI (1), Carrandi-Camiña B (1), Urcelay -Lopéz MI (1), Carriba- Rodríguez J. (1)

(1) Medicina Preventiva, Osakidetza. (2) Cirugía General, Osakidetza.

SITUACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN GALICIA **670**

Rodríguez-Castaño M (1), Campos-Pardo I (2)

(1) Calidad, Hospital da Barbanza. (2) Directora de Enfermería, Hospital da Barbanza.

PROYECTO MEJORA USO SEGURO CLK ENDOVENOSO **670**

Baquero-Sabajanes B (1), Ballester-Vieitez A (2)

(1) neuroloxia- nefroloxia, complexo hospitalario de pontevedra. (2) farmacia, complexo hospitalario de pontevedra.

PRESCRIPCIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS EN INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS **671**

Izquierdo-García E (1), Fernández-Ferreiro A (1), Gastalver-Martín C (1), De Amuriza-Chicharro N (1), Ferrari Piquero JM (1), Herreros De Tejada A (1)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario 12 de Octubre.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN HIGIENE DE MANOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA **671**

Martínez-Casal I (1), García-Ruise S (2), Gestal Otero JJ (2), Barros Dios JM (2), García Cepeda B (3), Martínez Mareque I. (2)

(1) Servicio de Medicina Preventiva del CHUS, Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública. (2) Servicio de Medicina Preventiva del CHUS, SERGAS. (3) Dirección de Enfermería, SERGAS.

EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO **672**

Baguena-García A (1), Escriche- Ros R (1), Pueyo-Salavera C (1), Pemán-Muñoz T (1), Iglesia-Ara S (1), Sobreviela-Celma N (1)

(1) Atención Primaria, C.S Almozara.

PROYECTO DE MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DAFO **672**

Moreno Dias, JF (1), Carnero Santas, MA (2), Vilariño-Mendez; Cr (3), Martin-Rodríguez:; MD (4)

(1) Gerencia Atención Primaria Ourense (Centro Saúde Entrimo), SERGAS. (2) Gerencia Atención Primaria Ourense (Farmacéutica), SERGAS. (3) Gerencia Atención Primaria (Facultativo Centos Saúde A Ponte), SERGAS. (4) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade., Conselleria de Sanidade Xunta de Galicia.

PROYECTO DE MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE PARTIDA **673**

Moreno- Díaz; JF (1), Carnero-Santa; MA (2), Vilariño-Méndez, Cr (3), Martin-Rodríguez; MD (4)

(1) Gerencia Atención Primaria Ourense (Enfermereo Centro Saúde Entrimo), SERGAS. (2) Gerencia Atención Primaria (Farmacéutica), SERGAS. (3) Gerencia Atención Primaria de Ourense (Facultativo Centro Saúde A Ponte), SERGAS. (4) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade., Conselleria de Sanidade.

INCIDENTES RELACIONADOS CON LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN **673**

Sabuco-Tebar EA (1), Rios-Risquez MI (2), Garrido-Montañes O (1), Abellaneda- Abellaneda A (1), Botia-Martinaz R (1), Morcillo-Rodríguez P (1)

(1) Reanimación, Hospital Morales Meseguer. (2) Urgencias, Hospital Morales Meseguer.

DISEÑO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS 674

Lacruz Gimeno P (1), Cortés Navalón C (2), Gomez González E (3), Martínez Romero Gj (4), García Espert C (5), Cañellas Martínez G (6)

(1) Departamento de Calidad y Procesos, Departamento de Salud de Manises. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Departamento de Salud de Manises. (3) Coordinación de Enfermería de Hospitalización, Departamento de Salud de Manises. (4) Servicio de Farmacia Hospitalaria, Departamento de Salud de Manises. (5) Servicio de Traumatología, Departamento de Salud de Manises. (6) Dirección de Planificación, Departamento de Salud de Manises.

MEJORANDO LA INFORMACIÓN CLÍNICA ACERCA DE LA PRÁCTICA TRANSFUSIONAL 674

Val Carrascón MI (1), Domínguez Lomeña MJ (2), Tejero García R (3)

(1) Cuidados Intensivos/ Coordinadora de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario de Melilla. (2) Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario de Melilla. (3) Microbiología y Parasitologíai, Hospital Universitario de Melilla.

HIGIENE DE MANOS: ¿ESTAMOS CONCIENCIADOS? 675

Ainhoa Apesteguia Busto (1), Mª Carmen Martínez Varela (2), Izaskun Elorduy Vadillo (3), Dorleta Cardeñoso (4), Ione Miren Agirre (5), Txaro Zaballa (5)

(1) Organización y Calidad, Mutualia. (2) Asitencia Sanitaria Bizkaia, Mutualia. (3) Área Sanitaria Bizkaia, Mutualia. (4) Asistencia Sanitaria Araba, Mutualia. (5) Asistencia Sanitaria Bizkaia, Mutualia.

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACIÓN DE PACIENTES CON TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES ORALES 675

García-Canet MI (1), Martin-Rodríguez MD (2), Carreras-Viñas M (3), Menor-Rodríguez MJ (4), Fiuza-Barreiro MB (5), Rodríguez-Pérez B (2)

(1) Presidenta, Asociación de ayuda mutua APACAM. (2) Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Servicio Gallego de Salud. (3) Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Gallego de Salud. (4) Servicio de Atención al Ciudadano, Servicio Gallego de Salud. (5) Subdirección de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Gallego de Salud.

PROCESO DE SEGURIDAD: SUBPROCESO DE SEGURIDAD GENERAL DE PACIENTES EN LA HOSPITALIZACIÓN 676

Sabater-Raga, Rosa Mª (1), Aloy-Duch,A (2), Magrazo-Ruiz,E (3), Banco-Tura, LI (4), Rosa-Córcoles, A (5), Rossell-Coll, R (6)

(1) Dirección Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers (Barcelona). (2) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (3) Enfermera Pediatría, Hospital General de Granollers. (4) Enfermera UCI, Hospital General de Granollers. (5) Enfermera unidad polivalente, Hospital General de Granollers. (6) Enfermera Convalescencia, Hospital General de Granollers.

NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO 676

Ros-García Vm (1), López-Pedreño FM (2), Pérez-Moya I (3), González-Martínez JF (4), Sáez-Soto Ar (1), Iniesta-Sánchez J (1)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia Área VII Murcia-Este. (2) Farmacia, H.G.U. Reina Sofía. (3) Unidad de Medicina Interna, H.G.U. Reina Sofía. (4) Unidad de Neurología e Infecciosos, H.G.U. Reina Sofía.

VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN NEONATOLOGÍA 677

Gomis Muñoz, P (1), Bustos Lozano G (2), Herreros De Tejada A (1), Pallás Alonso C R (2)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital 12 de Octubre. Madrid. (2) Servicio de Neonatología, Hospital 12 de Octubre. Madrid.

IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL XERAL-CALDE DE LUGO 677

Pardo-Sobrino López , FJ (1), Galego Vázquez , E (2), Vidal Varela, Consolación (3), Fernández Vázquez , Emilia (4), Alonso Portela , I (5), Coria Abel, G (6)

(1) Servicio de Anestesiología-Reanimación., Hospital Xeral- Calde . (2) Enfermería Quirúrgica , Hospital Xeral- Calde . (3) Supervisora Área Quirúrgica , Hospital Xeral- Calde . (4) Supervisora Área Quirúrgica , Hospital Xeral- Calde . (5) Supervisora de Traumatología, Hospital Xeral-Calde . (6) Enfermería Área Quirúrgica , Hospital Xeral- Calde .

GESTIÓ PARTICIPATIVA DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD 678

Baeza-Ransanz T (1), Mas-Rubio D (2), Obradors-Soriano J (2)

(1) Enfermería, Fundación Althaia de Manresa. (2) Infecciones, Fundación Althaia de Manresa.

RECLAMACIONES DE LOS CIUDADANOS, FUENTE DE INFORMACIÓN DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS 678

Rubio-Gómez I (1), Catalán-Rueda E (1), Ríos-Germán P (2), Fernández-Conde J (1), Santos-Míguez MC (1), Martín-Gutiérrez ME (1)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Toledo.

ACCIÓN DE MEJORA (AM): "LISTADO DE VERIFICACIÓN EN CIRUGÍA" **679**

Gilabert-Murcia J (1), Saura-Pizarro MD (2), Cervantes-Urán E (3), Beltrán-Bañón M (3), Ortuño-Albaladejo S (3), Gracia-Ros J (3)

(1) Servicio de Quirófano., Servicio Murciano de Salud, Hospital Los Arcos.. (2) Unidad de Calidad Asistencial., Servicio Murciano de Salud, Hospital Los Arcos.. (3) Servicio de Quirófano, Servicio Murciano de Salud, Hospital Los Arcos..

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE MUESTRAS DE COAGULACIÓN CON LLENADO INSUFICIENTE... **679**

Varela-Soto B (1), Diez-Diego A (1), Martínez-Matienzo I (1), Mendoza-Ruiz C (1), Larrucea-Rica M (1), Aguayo-Gedilla FJ (1)

(1) Laboratorio de 24 Horas, Osakidetza. Hospital Basurto.

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA DISMINUCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTERES **680**

Díaz Lamas A (1), Miralles Frutos C. (1), Castro Orjales M.J. (1), Martínez Rodríguez M.J (1), Rivera P (1), Gomez Canosa S. (1)

(1) Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Arquitecto Marcide.

COMO VALORAR EL TABAQUISMO EN CONSULTAS MÉDICAS **680**

Mouriz E (1), Díaz Penelas I (2), Ares MT (3), Vilariño C (2), Casariego E (2)

(1) Medicina Interna., SERGAS. Complexo Hospitalaqrio Xeral-Calde. Lugo. (2) Medicina Interna. Hospital de Lugo, SERGAS. (3) Medicina Interna. , SERGAS.

MODELO ÉTICO MÉDICO DE NOTIFICACIÓN DE LOS ERRORES SANITARIOS. **681**

López-Álvarez S (1), Suárez-Soto R (2), Seoane-Mato D (3), Fernández De Armas Lisset (3)

(1) Medicina preventiva , Sergas. (2) Medicina preventiva, Sergas. (3) Medicina Preventiva, Sergas.

ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN UNIDADES DE AGUDOS. **681**

Amenedo-Losada MB (1)

(1) Hematologia, Hospital Xeral-Calde.

SEGURIDAD EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO QUE RECIBE TRATAMENTO RADIOTERÁPICO RADICAL.. **682**

Gutiérrez Bayard L. (1), Salas Buzón, MC (2), Angulo Pain E. (3), González Calvo E. (2), Munive E. (2)

(1) Unidad de Atención Integral Al Cáncer, Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Puerta del Mar.Cadiz. (2) Unidad de Atención Integral Al Cáncer, Servicio Andaluz de Salud.Hospital Universitario Puerta del Mar.Cádiz.. (3) Unidad Clínica de Radofisica y Protección Radiologica, Servicio Andaluz de Salud.Hospital Universitario Puerta del Mar.Cádiz..

PACIENTE RENAL CRÓNICO EN DIÁLISIS PERITONEAL: CAMINO HACIA EL MÁXIMO AUTOCUIDADO. **682**

Ozores-Álvarez L (1), Gómez-Vilas MA (1), Lago-Vázquez MI (1)

(1) Unidad de Diálisis, Complejo Hospitalario universitario de Santiago de Compostela.

MODIFICACIÓN OPERATIVA DEL TRATAMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LDH EN FUNCIÓN DE LA HEMÓLISIS. **683**

Martínez-Matienzo I. (1), Varela-Soto (1), Mendoza-Ruiz C (1), Larrucea-Rica M (1), Aguayo-Gredilla FJ (1), Eguileor-Gurtubai M (2)

(1) Laboratorio 24 horas, Osakidetza.Hospital Basurto. (2) Laboratorio 24 horas, Osakidetza.Hospital d Basurto.

GUIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA DEL BRAZO NO PORTADOR DE FISTULA ARTERIOVENOSA INTERNA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL **683**

Gras-Baeza MA (1), Maldonado- López LA (2), Quesada -Martínez MD (2), Puerto -Pérez MA (2), Quintero- Pérez Y (3), Gallego-González-Aller FJ (4)

(1) Consultas externas, Hospital Comarcal Melilla. (2) Diálisis, Hospital Comarcal Melilla. (3) Urgencias, Hospital Comarcal Melilla. (4) Dialisis, Hospital Comarcal Melilla.

CUIDANDO CON CALIDAD: PAPÁS - BEBÉS - ENFERMERAS **684**

Galego Novo M.C. (1), Alonso García, MJ (1), Flores Goy, MI (1), López Eimil, MP (1)

(1) Prematuros, SERGAS, C.H. Xeral-Calde Lugo .

EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA RECEPCIÓN DE LOS PACIENTES: INSTRUMENTO PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA..... 684
Magdalena Diaz, M.L (1), Caragol Urgellés, L (1), Lorenzo Alonso, R (1), Álvarez Ordoñez J (1), Martínez Argüelles,B (2)
(1) Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital Universitario Central de Asturias . (2) Área de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias .

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS A TRAVÉS DE LA VISITA DE ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA..... 685
Lamas García, B (1), Miguelez Blanco,M (1), Couto López,E (1), Da Silva Costa,B (1), Alonso Castro,MJ (1)
(1) Área Quirúrgica, Hospital San Rafael-A Coruña.

OPTIMIZACIÓN EN LA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS DEL C.H.U.S 685
Ferrer-Ozores U (1), Alcázar-Verde MJ (2), López-Rebollo MJ (3), Campos-Suárez MJ (3), García-Cepeda B (2), Calvo-Méndez E (1)
(1) Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Dirección de Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Dirección de Recursos Económicos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

IMPLANTACIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL (UGMA) EN UN HOSPITAL DE AGUDOS..... 686
Tafalla Bordonada, Carmelo (1), Molina Alen, Eva (1), Fidalgo Hermida Beatriz (1), Granados Ulecia, Cristina (2)
(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario de Móstoles. (2) Directora Gerente, Hospital Universitario de Móstoles.

NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA HOSPITAL DA BARBANZA 686
Rodríguez-Castaño M (1), Méndez-Leivas HJ (2), García-Rivela Lm (3)
(1) Calidad, Hospital da Barbanza. (2) Servicio de Urgencias, Hospital da Barbanza. (3) Servicios Centrales, Hospital da Barbanza.

LA GESTIÓN DE LOS GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL. EL MODELO POVISA. 687
Millan Cachinero, C (1), E De Salamanca Holzinguer, I (1), Bermúdez Sanjurjo, JR (1), Fernández Soneira, MJ (1)
(1) Medicina Preventiva, Hospital POVISA .

OPINIÓN DE NUESTROS PROFESIONALES SOBRE LA CALIDAD DEL PUESTO DE TRABAJO: "MOSTRADOR VERSUS MESA CONFIDENCIAL"..... 687
Fernández-Conde JA (1), Morales-Ortega L (2), Rodríguez-Guerrero MR (3), Alcázar-García MR (2), Arias-Espada MM (1), Hernández-Muñoz MP (4)
(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria. (2) Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud de Ocaña, Gerencia de Atención Primaria. (3) Recursos Humanos, Gerencia de Atención Primaria. (4) Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud de Santa Cruz de la Zarza, Gerencia de Atención Primaria.

IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN EL C.H.U.S. 688
Rico-Otero E (1), Folgueira-Aguiar E (1), García-Cepeda B (2), Ferrer-Ozores U (2)
(1) Quirofano, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. (2) Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

AGENDA DE CUIDADOS IMPRESCINDIBLES EN ENFERMERÍA 688
Álvarez Quintáns, M (1)
(1) Sanidad-Gacela, Empresa Oesía en un proyecto para el Sergas.

SEGURIDAD: EVALUACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PACIENTES 689
Chueca-Ajuria A (1), Camiña-Gallego I (1), Maestre-Martínez MT (2), Solozabal-Orbegozo K (1), Toro-Sánchez L (1), Villa-Valle R (1)
(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo. (2) Bloque Quirúrgico, Hospital Galdakao-Usansolo.

EVALUACIÓN DEL ESTATUS VACUNAL FRENTE AL SARAMPIÓN Y VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PERSONAL SANITARIO EN UN HOSPITAL COMARCAL..... 689
Abraira-García MI (1), Alvárez-Dacal A (1)
(1) Medicina Preventiva, Hospital Comarcal de Valdeorras.

PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD SOBRE HIGIENE DE MANOS E INFECCIÓNES..... 690
Cueto- Baelo M (1), García -García MJ (2), Sande -Mejide M (2), De- LA-Concepcion-Da-Silva P (1), Del- Campo -Pérez V (1), Bravo -Ricoy JA (3)
(1) Medicina Preventiva y Salud Publica, CHUVI. (2) Medicina Preventiva y Salud Publica, CHOU . (3) Medicina Preventiva y Salud Publica, Hospital Comarcal Monforte.

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD) COMO FUENTE DE INFORMACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD 690

Gabari-Machín M (1), Arrospide-Elgarresta A (2), Mendizábal-Larrañaga M (3), Taboada-Gómez J (4), Lanzeta-Vicente I (5)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Alto Deba-Osakidetza. (2) Unidad de Investigación, Hospital Alto Deba. (3) Medicina Preventiva, Hospital Alto Deba. (4) Medicina Preventiva, Hospital de Mendaro. (5) Medicina Preventiva, Hospital de Zumárraga.

CURSO ON LINE SOBRE HIGIENE DE MANOS. INFORME DE RESULTADOS. 691

De-la-Concepción-da-Silva P (1), Martin-Rodríguez MD (2), Cueto- Baelo M (1), Del Campo- Pérez V (3), Bello -Rodríguez H (4), Domínguez -López C. (4)

(1) Medicina Preventiva y Salud Publica, CHUVI. (2) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade, Sergas. (3) Medicina preventiva y Salud Publica, chuvi. (4) Medicina preventiva y Salud Publica, CHUVI.

SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN PACIENTES 691

Pérez-Vázquez V (1), Suárez-Costa G (1)

(1) Enfermería, Hospital Ntra Sra de la Esperanza.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN MEDICINA INTERNA 692

Diez-Martín MJ (1), García-Duro M (1), Pérez-Vázquez V (2)

(1) Enfermería, Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (2) Enfermería, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza.

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LA MOVILIZACIÓN MANUAL DE PACIENTES 692

Amenedo-Losada MB (1), Roca-Bergantiños Mo (2)

(1) Hematología, Hospital Xeral-Calde. (2) Calidad, Hospital Xeral-Calde.

PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO AL INGRESO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA GENERAL DEL HGUGM 693

Cristina González Steinbauer (1), Ana Belén Jiménez Muñoz (2), Ana Clara Zoni (2), Rosa Plá Mestre (2), Paz Rodríguez Pérez (2)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Dr Peset. (2) Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

REGISTRO DE ENFERMERÍA DEL CHUVI EN EL PROCESO QUIRÚRGICO 693

Fernández-Aldao MA (1), Suris-Barandon E (2), Graña-Blanco M (3), Dacosta-Delgado I (4), Domínguez-Arias B (5), Fernández-García A (6)

(1) Supervisora Área Proceso Quirúrgico, CHUVI. (2) Supervisora Quirofano Xeral, CHUVI. (3) Supervisora Quirofano CIES, CHUVI. (4) Supervisora Área Hospitalización Quirúrgica, CHUVI. (5) Subdirectora de PROCESOAS de Enfermería, CHUVI. (6) Enfermera Calidad, CHUVI.

EVOLUCIÓN DE LA HOJA DE MEDICACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS TIC 694

Martínez- López MA (1), Vázquez-López MI (2), Fernández- Neira ME (3), Aparici- Bolufer Jv (4), Pérez- Rodríguez MT (3)

(1) Calidad y Docencia, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (2) Servicio de Informática, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (3) Unidad de M. Interna, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (4) Servicio de Farmacia, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde).

MANOS LIMPIAS. RECOMENDACIONES SOBRE LA HIGIENE DE LAS MANOS AL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESPAÑA. 694

Martín MD (1), Palacio J (2), Aibar C (3), Mareca R (4), Marcos MP (2), Astier P (5)

(1) Servicios Centrales , Sergas. (2) Atención Primaria, Salud Aragón. (3) Medicina Preventiva, Salud Aragon. (4) Medicina Preventiva, Salud Aragón. (5) Gerencia Atención Primaria, Salud Aragón.

TECLADOS Y RATONES DE PC DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COMO FUENTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL. 695

Martínez Mareque I (1), Ces Calvo ME (1), Ramos Maneiro MC (1), García Otero M.J (1), Fernández Naveiro JM (1), Gestal Otero JJ (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

ATENCIÓN COMUNITARIA, TAMBIÉN POR LA SEGURIDAD DE PACIENTES 695

Blanco-Sio S (1), Canseco-Suárez X (1), Pimentel-Bardal Mªp (1), Martin-Miguel Mªv (1), González-Formoso C (2)

(1) CS Matamá, SERGAS. (2) XAP Vigo, SERGAS.

YO TE AYUDARÉ A NO CAER 696

Iglesias-Casas GC (1), Fernández-Cotado MJ (2), Fernández-Álvarez MC (2), Pulgarín -Sobrino Sb (2), Castro-Feijóo TM (2), Graña-Álvarez J (3)

(1) Dirección de Enfermería, CHOU (Complejo Hospitalario de Ourense). (2) Dirección de Enfermería, CHOU. (3) Dirección de Enfermería, CHOU.

CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN Y EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS 696

Sorribas-Álvarez MJ (1), Blanco-Carbia A (2), Suárez-Gil I (2), Trashorras-González P (2), Davila-Casal E (3)

(1) ONCO/HEMA, SERGAS. (2) SERGAS ONCO/HEMA, SERGAS. (3) Oncología, Hospital de Día Meixoeiro.

ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES: UNA HERRAMIENTA PARA MEDIR PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL. 697

López García ,D (1), Martín Montero .G (2), Avilés Amat ,Js (3), Busca Ostolaza, P (1)

(1) Servicio de Urgencias Generales, Hospital Donostia. (2) Urgencias generales, Hospital Donostia servicio de admision. (3) Servivio de Urgencias generales, Hospital Donostia.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE HÁBITOS SOBRE HIGIENE DE MANOS 697

De-LA-Concepción-Da-Silva MP (1), Cueto-Baelo M (1), Rodríguez-Lorenzo MJ (2), Fariñas-Lorenzo B (3), González-Novoa MC (1), Salceda-Lavandeira FJ (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud PUBLICA, CHUVI SERGAS. (2) Servicio de Reanimación, CHUVI SERGAS. (3) Servicio de Cuidados PALIATIVOS, CHUVI SERGAS.

SEGURIDAD DEL PACIENTE ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS? : ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN URGENCIAS. 698

Castellano Ortega M (1), Romero De Castilla Y Gil R (2), Aguilera Peña M (3), Rus Mansilla C (4), Cortez Quiroga G (4), Durán Torralba C (4)

(1) Coordinación de Calidad EPHAG, Hospital Alto Guadalquivir. (2) Coordinación de Calidad EPHAG, Hospital de Montilla. (3) Servicio de Urgencias, Hospital de Montilla. (4) Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir.

VALORACIÓN DE LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS DE PACIENTES INTERVENIDOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO 2006-2009 698

Ana Rodríguez García-Bejar (1), Carmen Alerany Pardo (2), Pere Cabré Fabré (1)

(1) Unidad de Cirugía sin Ingreso, Hospital Universitari Vall d'Hebron. (2) Farmacia, Hospital Universitari Vall d'Hebron.

CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL MANEJO DE NUTRICIÓN ENTERAL EN U.C.I. 699

Lanzas-Neira P (1), Pradas-Ayala JA (1), Pérez-Gacrcía M (1), Jiménez-Oliveros I (1), Fernández-González M (1), Bayort-Gómez R (1)

(1) U.C.I., Hospital Virgen Macarena.

RECEPCIÓN PROTOCOLIZADA EN UCI DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA CARDÍACA 699

Lopo Bustelo,C (1), González Cainzos,S (1), Martínez Bermúdez,L (1), Rodríguez Iglesias,E (1), Méndez Barbeito,V (1), Vales Moledo,L (1)

(1) U.C.I, Hospital San Rafael-A Coruña.

EXPERIENCIA SOBRE LA IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN Y DECLARACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN 700

Lopo Bustelo,C (1), Roca Ledo,S (2), Castro Segade (3), Vázquez Caridad (4), Soto Trastoy (5), Rivas Ares,L (6)

(1) UCI, Hospital San Rafael-A Coruña. (2) Cirugía General, Hospital San Rafael-A Coruña. (3) Medicina Interna, Hospital San Rafael-A Coruña. (4) Hemodiálisis, Hospital San Rafael-A Coruña. (5) Traumatología, Hospital San Rafael-A Coruña. (6) Urgencias, Hospital San Rafael-A Coruña.

IDENTIFICACIÓN DE RECEPTOR Y MUESTRA EN EL CIRCUITO DE LA TRANSFUSIÓN..... 700

Ramirez-Cereceda C (1), González-Rodríguez MR (1), Candia-Bouso B (2)

(1) Servicio de TRANSFUSION, Complejo Hospitalario Universitario de CORUÑA. (2) Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de CORUÑA.

TECLADOS Y RATONES DE PC COMO FUENTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNIDADES DE CRÍTICOS..... 701

Martínez Mareque I (1), García Otero MJ (1), Ferreiro Cadahia MI (1), Requeijo Gil MC (1), García-Zabarte Casal MA (1), Gestal Otero JJ (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

CONTROL DE CALIDAD EN LA PREPARACIÓN DE BIBERONES: CINCO AÑOS DE SEGUIMIENTO..... 701

Fernández Naveiro JM (1), Requeijo Gil MC (1), Rodríguez González Del Blanco Ps (1), Martínez Mareque I (1), Ces Calvo ME (1), Gestal Otero JJ (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

SANO Y SALVO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RED..... 702

Torijano-Casalengua MI (1), Palacio-Lapuente J (1), Palacio-Lapuente F (1)

(1) Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente, SEMFYC.

ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 702

Serrano-Fernández P (1), Jiménez-Ojeda Cm (2), Pérez-Cecilia C (3), Ramos-Martos MJ (4)

(1) Servicio de Traumatología, Área Sanitaria de OSUNA. (2) Jefatura de Bloque de Enfermería, Área Sanitaria de OSUNA. (3) Servicio de Cuidados CRÍTICOS y Urgencias, Área Sanitaria de OSUNA. (4) Dirección de Enfermería, Área Sanitaria de OSUNA.

QUIÉN, CÓMO, CON QUÉ Y CUÁNDO HAY QUE LIMPIAR LOS OBJETOS QUE ESTÁN EN CONTACTO CON EL PACIENTE?.... 703

Ferrús-Estopà L (1), González M (2), Caro B (2), Casas D (2)

(1) Área de Seguridad del Paciente. Dirección de Organización y Planificación, Consorci Sanitari Integral. (2) Dirección de Enfermería, Hospital General de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral.

JORNADA '5 DE MAYO' OTRA OPORTUNIDAD PARA CONVENCER Y COMPROMETER..... 703

Ibarburen-G.Arenas R. (1), Martínez-Ortega C (1), Blanco-Verdugo G (1), Busto-Toyos A (1), Martínez-Bueno B (1), Payá-Martínez B (1)

(1) U.Calidad,seguridad del paciente y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Central de Asturias.

EVALUACIÓN DE LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN, EN INFORME DE ALTA, DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPPS) AL ALTA DEL PACIENTE..... 704

Várea-Lahuerta K (1), Basurco-Celaya MR (2), Vázquez-García RM (3), Rodríguez-Lehalper JM (4)

(1) Unidad de Gestión Sanitaria - Documentación CLÍNICA, Hospital Bidasoa- Osakidetza. (2) Docencia de Enfermería, Hospital Bidasoa-Osakidetza. (3) Documentación CLÍNICA, Hospital Bidasoa- Osakidetza. (4) Unidad de Gestión Sanitaria , Hospital Bidasoa- Osakidetza.

IMPLANTACIÓN DEL BRAZALETE IDENFITIVATIVO EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ..... 704

Gómez-Santillana M (1), Pérez-Alonso M (2)

(1) Oficina de Calidad Asistencial y Atención al usuario, Hospital Virgen de la Luz. (2) Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario, Hospital Virgen de la Luz .

IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ..... 705

Pérez-Alonso M (1), Gómez-Santillana M (1)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

APLICACIÓN DEL AMFE EN EL PROCESO DE OBSERVACIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS..... 705

González Iglesias I. (1), Naves Gómez C. (2), Pérez Villanueva N. (1), Giménez Gómez P. (1), Velasco González AM. (1), Augusto Fernández M. (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias., Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA. (2) SAMU, Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: MEDIDAS DE CONTENCIÓN FÍSICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS **706**

Sevilla-Hernández EA (1), Garrote-Moreno LC (2), Alcaráz-Martínez J (3), Parreño-Caparrós E (4), Morales-Giménez F (5), Giménez-Abadía MA (6)

(1) Hospital Morales Meseguer de Murcia, F.E.A. de Rehabilitación. (2) Hospital Morales Meseguer de Murcia, M.I.R. de Rehabilitación. (3) Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer, F.E.A. de Medicina de Familia. (4) Hospital Morales Meseguer, M.I.R. de Endocrinología. (5) Hospital Morales Meseguer, Fisioterapéuta. (6) Hospital Morales Meseguer, F.E.A. de Rehabilitación.

IMPACTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONSEGUIR INCREMENTAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD. **706**

Olivera Cañadas G (1), Herrero Hernández S (2), Jamart Sánchez L (3), Barreda Velázquez C (4)

(1) Gerencia. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Técnico de salud . (2) Gerencia. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Farmecéutica.. (3) Gerencia. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Farmacéutica. . (4) Gerencia. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Farmacéutico. .

¿SE SIENTEN SEGUROS LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL? **707**

Fernández-García MA (1), Domínguez-Arias B (2), Moure-Fernández L (3), Porto-Porto B (4), Burgos-Hernández M (5), Estevez-Álvarez A (6)

(1) Calidad, CHUVI. (2) Subdirectora de Calidad, CHUVI. (3) Formación, CHUVI. (4) Profesor de Sociologia, Universidad de Vigo. (5) Subdirectora de Enfermería, CHUVI. (6) Directora de Enfermería, CHUVI.

HACIA UN MANEJO SEGURO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS **707**

Martínez-Iglesias MC (1), González García MA (1), Nevado-Arribas P (2), Rodríguez-Sánchez N (3), Montero-Sánchez M (4), Morales-Guerrero D (5)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.. (3) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena.Sevilla. (4) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (5) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

DEBATE POR LA HIGIENE DE MANOS EN UN ÁREA DE SALUD **708**

Guirao Sastre JM (1), Sánchez Martínez A (2), Sáez Soto Ar (3), Iniesta Sánchez J (4), Santiuste De Pablos MA (5), Sánchez Gil A (6)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. (2) Gestión del Riesgo Sanitario, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia. Reina Sofia de Murcia. (3) Subdirección de Enfermería, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia.Reina Sofía de Murcia. (4) Área de Calidad, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia.Reina Sofía de Murcia. (5) Dirección Médica, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia. Reina Sofía de Murcia. (6) Medicina Preventiva, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO **708**

Becerra-Sueiro MV (1), García-Cepeda B (2), Mesias-Sar B (3), Fernández-González AI (4)

(1) Quirófanos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Dirección de Enfermería (Calidad), Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Quirofanos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (4) Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

PAE: SINÓNIMO DE CALIDAD ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LOS HOSPITALES SERGAS **709**

Álvarez - Quintáns, M (1)

(1) Empresa Oesía , Enfermera/Consultora Sanidad Gacela asignada a un proyecto del SERGAS.

LA INCORPORACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN URGENCIAS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE **709**

Echeverria Muguruza MA (1), Valverde Citores RM (2), Arraiza Fernández I (1), Lasa Garmendia K (1), Jauregui Celaya F (3), Valverde Citores A (4)

(1) Urgencias, Hospital de Zumarraga. (2) Unidad de metodología de Calidad, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección de Enfermería, Hospital de Zumarraga. (4) Consultas Externas, Hospital Donostia.

NUESTRO PACIENTE INGRESA: ¿HEMOS FACILITADO SU CUIDADO? **710**

González Vázquez,C (1), Vázquez Caridad,E (1), Seoane Ferreiro,L (1), Insua Castiñeiras,M (1)

(1) Hemodiálisis, Hospital San Rafael-A Coruña.

DETERMINACIÓN DE LAS PRIORIDADES DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL EN RELACIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE **710**

García-Franco MM (1), Lobo Polidano E (2), González González L (1), García Caro Y (1), Ramos Montes J (3), García Fortea MC (4)

(1) Unitat de Gestió de Qualitat, Parc Sanitari Sant Joan de Déu. (2) Servicios Comunitarios Salud Mental, Parc Sanitari Sant Joan de Déu. (3) Planificación, Parc Sanitari Sant Joan de Deu. (4) Unitat de Gestió de Qualitat, Parc Sanitari Sant Joan de Deu.

EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL: ¿UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE SUCESOS ADVERSOS? **711**

Andrés Luis V (1), Torijano Casalengua M.L (2)

(1) Centro de Salud Cebolla, Talavera de la Reina, SESCAM. (2) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM.

POLÍTICA DE ANTISÉPTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL **711**

Recha Sancho, R (1)

(1) Servicio de Farmacia HOSPITALARIA, Hospital Comarcal Móra D'ebre (Tarragona).

ESTUDIO OBSERVACIONAL: ADHESIÓN AL LAVADO MANOS DE LOS PROFESIONALES EN HOSPITALIZACIÓN DEL C.H. XERAL-CALDE (LUGO) **712**

Pérez Gómez M. (1), Quintas Fernández JC (1), Jato Díaz M (1), Devesa Barreira MJ (1), Núñez Corredoira I (2), Rego Docando MJ (3)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Xeral-Calde (Lugo). (2) Medicina Interna, Hospital Xeral-Calde (Lugo). (3) Dirección de Enfermería, Hospital Xeral-Calde (Lugo).

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN **712**

García-Fraguela B (1), Rimada-Mora D (2), Uriel-Latorre P (3), Delgado-Fernández R (4), Portela-Fernández C (1), Amado-Aller C (1)

(1) Dirección de Enfermería, CHUAC. (2) Informática, CHUAC. (3) Unidad de Investigación, CHUAC. (4) Enfermería, Área Sanitaria de Ferrol.

IMPLANTACIÓN SISTEMÁTICA EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVES DEL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO **713**

Bartolomé-Benito E (1), Sánchez-Peruca L (1), Miquel-Gómez A (1), Cruz-Martos E (2), Calvo-Alcántara MJ (2), Larrubia-Muñoz O (2)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. (2) Subdirección de Compras de Fasmacia y Productos Sanitarios, Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmaceúticos. Comunidad de Madrid.

GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL MOMENTO DE LA TRANSFERENCIA - PROGRAMA PREALT **713**

Dalmau - Cartañà E (1), Forés - Palacios M (1), Piñol - Usón C (1), Mas - Escoda R (1), Lluís - Burgueño M (1), Giménez - Rubio C (1)

(1) Unidad de Gestión de Casos ICS Camp de Tarragona, ICS.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN MUTUALIA **714**

Txaro Zaballa (1), Eider Romero (1), Gloria Manzano (1), Begoña Henrich (1), Irune Ortiz (1), Olga Minguez (1)

(1) Asistencia Sanitaria Bizkaia, Mutualia.

COMO EVITAR RIESGOS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS FACILMENTE CONFUNDIBLES EN UN ÁREA SANITARIA **714**

Tofiño González, MI (1), De la Hija Díaz, MB (1), Torijano Casalengua, MI (1), Arroyo Pineda, V (1), Sánchez Holgado J (1)

(1) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM.

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS **715**

Grande Arnesto M (1), Llorente Parrado C (1), Alcarazo García-Villaraco JP (2), García Notario A (2), Camacho Bautista J (1), Calahorra Fernández L (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario Ciudad Real. (2) Servicio de Urgencias , Hospital General Universitario Ciudad Real.

RETRASOS E INTERRUPCIONES EN RADIOTERAPIA. IMPACTO NEGATIVO EN EL ÉXITO TERAPÉUTICO. **715**

Carmona-Vigo, R (1), González-De la Flor, P (2), Jover -Casas, JM (3)

(1) Oncología Radioterápica, Hospital General Juan Ramón Jiménez. (2) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Jaén. (3) Subdirección Médica del Área de Calidad, Complejo Hospitalario de Jaén.

EXPERIENCIA DE MEJORA CONTINUA EN LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA RELACIONADA CON LA CIRUGÍA DE COLON..... 716

Cruz Antolin AJ (1), Domenech Martín A (1), García Fortea MC (2)

(1) Control de Infecciones, Parc Sanitari Sant Joan de Deu. (2) Calidad y Acreditación , Parc Sanitari Sant Joan de Deu.

LOS LENGUAJES ENFERMEROS APLICADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EXPLORACIONES DE RADIODIAGNÓSTICO (TC)..... 716

Garrido-Filgueiras MJ (1), García-Fraguela B (1), Outón-Fernández I (1), Arrojo C, (2), Cernadas I, (3), García-Camino MJ, (2)

(1) Dirección de Enfermería, CHUAC. (2) Radiodiagnóstico, CHUAC-SERGAS. (3) Área de Formación, CHUAC-SERGAS.

DAR A CONOCER LA DISFAGIA..... 717

Pardo Diez MJ (1), Bolinaga Moral MI (1), Alfonso Cortés MI (2)

(1) Salud, Hospital Royo Villanova. (2) Salud, Atención Primaria Sector I.

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO SOBRE RIESGOS LABORALES CON EL PERSONAL DE LA UNIDAD DEL LABORATORIO DE 24 HORAS..... 717

Marcos González B (1), Lampón Fernández N (1), Rebollido Fernández M (1), Talavero González C (1), Vidal-Rios Vázquez (1), Guinarte Cabada JC (1)

(1) Laboratorio Central, C.H.U. Santiago de Compostela.

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO: EXPERIENCIA EN UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL CHUAC..... 718

Florez Rodríguez D (1), Pérez Nuñez A (2), Sánchez Mesias MJ (3), Miguez-García AP (4), Rama Rabuñal M (1), Corral Martínez T (1)

(1) Unidad de Neonatología, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. (2) Unidad de NEONATOLOGÍA, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. (3) Dirección de Enfermería, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. (4) Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

UTILIZACIÓN DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA COMO MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA 2006-2009..... 718

López Barba J. (1), Blanco Galán, MA. (2), Rodríguez Mirón, Y. (3), León Rivera, F (3), Jiménez Gómez, MJ. (3), José Acedo, MI. (3)

(1) USYR. Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos., INGESA. Área Sanitaria del INGESA de Ceuta.. (2) Jefa de Área de Coordinación Médica., INGESA. (3) USYR. Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos, INGESA. Área Sanitaria del INGESA de Ceuta..

¿CÓMO PODEMOS MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS LLAMADAS DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN UN CENTRO COORDINADOR? 719

Naranjo Sánchez MA (1), Caballero García A (2), Tristan Altube A (2), García Escudero G (1), Bonilla Quintero F (2), Tejedor Sánchez A (3)

(1) Servicio Provincial Málaga_061, Empresa Publica de Emergencias Sanitarias. (2) Servicio Provincial Sevilla_061, Empresa Publica de Emergencias Sanitarias. (3) Unidad de Mejora Continua, Empresa Publica de Emergencias Sanitarias.

EVALUACIÓN DE RIEGOS MICROBIOLÓGICOS ASOCIADOS A INFRAESTRUCTURAS HOSPITALARIAS DE OSAKIDETZA, COMO ORIENTACIÓN A LA MEJORA CONTINUA..... 719

Larrea Arechabaleta .I (1), Santos Pombo. JM (2), Iruretagoyena Sánchez.M (3), Peiró Callizo E (3)

(1) Coordinación de PROGRAMAS de Salud PÚBLICA, Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. (2) Subdirección de COMPRAS, OBRAS y ServicioS ESTRATÉGICOS, Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. (3) Coordinación de PROGRAMAS de Salud PÚBLICA, Osakidetza- Servicio Vasco de Salud.

EXPLORANDO LA SEGURIDAD DE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS. ESTUDIO EARCAS..... 720

Aibar C (1), Pérez-Pérez P (1), Aranaz JM (2), Agra Y (3)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza | Hospital Clínico Lozano Blesa. (2) Salud Pública, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant | Universidad MIguel Hernández de Elche. Alicante. (3) Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Politica Social.

"LA CALIDAD ASISTENCIAL COMIENZA POR HIGIENE DE MANOS": ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 720

Martín Muñoz O (1), Skodova (1), Yang Lai R (1), Fernández Sierra MA (1), Rosales Rodríguez M (1), García Ruiz P (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada .

APLICACIÓN DE MANUALES DE USO RÁPIDO DE APARATOS ELECTROMEDICINA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS..... 721

Peña Capsir, I (1), Doblado López, O (2)

(1) Urgencias , Hospital Lleuger de Cambrils . (2) Informática , Hospital Lleuger de Cambrils .

INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS..... 721

Ocaña Alves,J (1), Ibiricu Barro, A (2), Peña Capsir,I (3), Doblado López, O (4)

(1) Urgencias , Hospital Lleuger de Cambrils . (2) Área Básica de Salut , Hospital Lleuger de Cambrils . (3) Urgencias, Hospital Lleuger de Cambrils . (4) Informática, Hospital Lleuger de Cambrils .

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA INTEGRACIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA EN SU PROCESO ONCOLÓGICO..... 722

Valverde Citores A (1), Bolinaga Carriqui A (2), Uranga Garcíarena E (1), Jauregui Celaya F (3), Amondarain Goicoechea MA (4)

(1) Consultas Externas, Hospital Donostia. (2) Adjunto Enfermería, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección de Enfermería, Hospital de Zumarraga. (4) Adjunta Enfermería, Hospital de Zumarraga.

BANCO DE PROYECTOS EN SEGURIDAD DE PACIENTES (SP) EN CATALUÑA..... 722

Alava-Cano F (1), Lushchenkova O (1), Oliva-Oliva G (1), García-Carbajo A (1), Esquerra -Majó M (1), Davins-Miralles J (1)

(1) Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, Servicio de Promoción de la Seguridad de los Pacientes. Subdirección General de Servicios Sanitarios.

IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA FARMACOLÓGICA DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS..... 723

Martínez González, Esther (1), Egea Ferrer, Maribel (2), Peña Capsir, I (1), Doblado López, O (3)

(1) Urgencias , Hospital Lleuger Cambrils . (2) Urgencias, Hospital Lleuger Cambrils . (3) Informática , Hospital Lleuger Cambrils .

CULTURA DE LA SEGURIDAD EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN BENALMÁDENA 2009..... 723

Miguel Santos Rodríguez (1), Martínez Del Campo M. (1), Quintana Miguel (2), Pérez Martín P. (1), Teresa Ruano (1), María Isabel Torres (1)

(1) Urgencias y Cuidados Criticos , Hospital de Alta Resolución BENALMÁDENA (H. Costal del Sol). (2) ADMISION de Urgencias y Cuidados Criticos , Hospital de Alta Resolución BENALMÁDENA (H. Costal del Sol).

¿MEJORA LA GESTIÓN POR PROCESOS LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?..... 724

Begoña Garitano Tellería (1), Eva Lamiquiz Linares (1), Iñaki Polo Rodríguez (2), Rufina González Gallego (3), Carmen Zugaza Salazar (4), Juan José Jaras Bartolomé (5)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Txagorritxu. (2) Servicio de Alimentación , Hospital Txagorritxu. (3) Servicio de Transfusiones, Hospital Txagorritxu. (4) Servicio de Laboratorio, Hospital Txagorritxu. (5) Servicio de Esterilización, Hospital Txagorritxu.

IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN FARMACIA..... 724

Paloma Fernández (1), Elisa Molins (2), Javier Somolinos (3), Elvira Conde (4), Germán Ibáñez (2), Cristina Candenas (2)

(1) Calidad, Hospital Beata. (2) Farmacia, Hospital Beata María Ana. (3) Sistemas de Información, Casa Provincial Hermanas Hospitalarias. (4) Dirección Médica, Hospital Beata María Ana.

VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL QUIRÓFANO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA... 725

Soria-Aledo V (1), Valbuena-Moya S (2), Flores-Pastor B (3), Grau-Polán M (4), Lorca-Parra F (4), Carrillo-Alcaraz A (5)

(1) Unidad de Investigacion, Hospital Morales Meseguer. (2) Seguridad del paciente, Servicio Murciano de Salud. (3) Cirugía General, Hospital Morales Meseguer. (4) Investigación, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias. (5) Unidad de Formación Continuada, Hospital Morales Meseguer.

LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN 726

González De la Flor, P. (1), Carmona Vigo, R. (2), Jover Casas, JM. (3)

(1) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (2) Oncología Radioterápica, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (3) Dirección de Calidad. , Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-.

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN 726

González De la Flor, P. (1), Carmona Vigo, R. (2), Jover Casas, JM. (3)

(1) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (2) Oncología Radioterápica, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (3) Dirección de Calidad. , Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-.

PRINCIPIOS BIOETICOS EN LA ASISTENCIA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS 727

Francisco Javier Lucas-Imbernón (1), María Asunción Galán Traba (1), Rosa Roldán Ortega (2), Carlos García Fernández (1), Joaquín Paya Berbegal (1), Ramón Perales Pardo (1)

(1) Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (2) Servicio de Urgencias, Hospital de Hellín (Albacete).

A PROPÓSITO DE UN CASO: MEJORA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA. 728

Sambola Figueras G (1), Tello Galindo I (2), Bueno Domínguez MJ (3), Aznar Matilles N (4), Figuera Colomés A (1)

(1) Quirófano, Hospital Sant Joan de Reus. (2) Anestésia, Hospital Sant Joan de Reus. (3) Calidad, Hospital Sant Joan de Reus. (4) Informática, Hospital Sant Joan de Reus.

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL CON OMI AP. VERSIÓN 6.3C 728

Fustero Fernández MV (1), San Miguel Arbués D (1), Granado González M (1), Sarasa Piedrafita D (1), Oto Negre (1), Casbas Vela D (1)

(1) Centro de Salud Cariñena (Zaragoza, sector III), Servicio Aragonés de salud.

EXPERIENCIA EN EL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA. 729

Ruiuz-Marín M (1), Peña Ros E (1), Vicente-Ruiz M (1), González-Valverde FM (1), Tamayo-Rodríguez ME (1), Albarracín-Marín-Blázquez A (2)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario "Reina Sofía" de Murcia. (2) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitariio "Reina Sofía" de Murcia.

PLAN DE MEJORA CCC EN BOTIQUINES: COLOCACIÓN, CADUCIDAD Y CONSERVACIÓN 729

López-Palacios S (1), Alejo-Bru N (1), Diaz-López Y (2), López-Gomez C (2), Saiz -Fernández LC (2), García- Pardo RM (2)

(1) Unidad Funcional de Riesgos, Gerencia Atención Primaria. (2) Unidad Funcional de Ries, Gerencia Atención Primaria.

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE EL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA 730

Emilio Peña Ros (1), Miguel Ruiz Marín (1), María Vicente Ruiz (1), Miguel González Valverde (1), Marcelino Méndez Martínez (1), Antonio Albarracín Marín-Blázquez (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía.

PRESCRIPCIÓN DE ANALGÉSICOS EN EL INFORME DE ALTA EN CIRUGÍA GENERAL, ¿LO HACEMOS BIEN? 730

Emilio Peña Ros (1), Miguel Ruiz Marín (1), María Vicente Ruiz (1), Javier Ródenas Moncada (1), Marifé Candel Arenas (1), Antonio Albarracín Marín-Blázquez (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía.

DESCENTRALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE INCIDENTES: EXPERIENCIA DE 5 AMFE REALIZADOS POR LOS CENTROS DE SALUD 731

Garzón G (1), Alemany A (2), Ubach B (2), Calvo MJ (2), Escriva De Romani B (2), Meseguer Cm (3)

(1) U Calidad, SERMAS. Área 1 AP. (2) Gerencia, SERMAS. Área 1 AP. (3) UF Gestión Riesgos, SERMAS. Área 1 AP.

RESPUESTA A INCIDENTES DECLARADOS: MEJORA DE VENDAJES EN URGENCIAS 731

Alcaraz-Martínez J (1), Garrote-Moreno L (1), Martínez-Rocamora MD (1), Moreno-Reina S (1), Guzmán-Boronat L (1), Mayoral-Sánchez MT (1)

(1) Urgencias, Hospital Morales Meseguer. Área 6.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA NORMALIZADO Y SEGURO DE VERIFICACIÓN DE CARROS DE PARADA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO **732**

Polo Parada A (1), Gómez De Merodio Sarri R (1), Alcalá Jiménez R (2), Escobar Ortega C (3), Medina Durán A (4), Escribano Escribano M (5)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (2) Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (3) Supervisión General de Enfermería, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (4) Formación de Enfermería, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (5) Supervisión de Área Calidad y Formación, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: PUNTO CRÍTICO EN LA EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA **732**

González-Rodríguez R, (1), Ramírez-Cereceda C, (1), Candia B, (2)

(1) Servicio de Transfusión, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS.

IMPLICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE **733**

Rumbo-Prieto JM (1), Arantón-Areosa L (2), Tizón-Bouza E (3), Fernández-Segade J (2), Calvo-Pérez AI (2)

(1) Servicio de Radiodiagnóstico, Área Santaria de Ferrol - C.H. Arquitecto Marcide. (2) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Servicio de Urgencias, Área Santaria de Ferrol - C.H. Arquitecto Marcide.

ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA AL CAMBIO: CLAVE DEL ÉXITO EN LOS PROGRAMAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. **733**

Obón-Azuara B (1), Gutiérrez-Cía I (1), Giménez-Julvez T (2), Pérez-Pérez P (2), López -Ibort N (2)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, H. Clínico Universitario. Zaragoza. (2) Servicio de Medicina Preventiva, H. Clínico Universitario. Zaragoza.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA **734**

Gutiérrez-Cía I (1), Obón-Azuara B (1), Giménez -Julve T (2), Pérez-Pérez P (2), López -Bort N (3)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario. (2) Servicio Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario. (3) Unidad de Calidad, Hospital Clínico Universitario.

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO **734**

López-Palacios S (1), Bayon -Cabeza M (1), García -Pardo RM (1), Gómez -Pesquera C (1), Uribe- Llopis MP (2), Caso-Pita C (2)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia Atención Primaria Área 7 . (2) Servicio de Prevención, Hospital Clínico San Carlos.

IMPACTO EN LA SEGURIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD. PROGRAMA DE ALISTAMIENTO PROGRESIVO PARA LA ACREDITACIÓN **735**

Alaluf Mg (1), Tojo MR (1), Otero RA (1)

(1) Acreditación, ITAES.

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO Y CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN AP **735**

Salgado Gil MR (1), Falantes Herdugo D. (1)

(1) Centro de salud Bellavista Sevilla, Servicio Andaluz de Salud(Distrito Atención Primaria Sevilla).

MEJORA CONTINUA EN LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL COMARCAL **736**

Abraira-García MI (1)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Comarcal de Valdeorras.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR DEL CONOCIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC) **736**

Cachadiña F (1), Buixadera Y (2), Guasch J (3), Pérez-Capellades RM (4), Pinilla N (5), Rodríguez-Perpinyà P (6)

(1) Calidad, Clíniques de Catalunya. (2) Calidad, Clínica de Ponent (Clíniques de Catalunya). (3) Calidad, Clínica Terres de l' Ebre (Clíniques de Catalunya). (4) Calidad, Hospital comarcal del Pallars (Clíniques de Catalunya). (5) Calidad, Hospital Universitari Sagrat Cor (Clíniques de Catalunya). (6) Calidad, Clínica Quirúrgica Onyar (Clíniques de Catalunya).

LA MEDICIÓN EN CALIDAD EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD: INDICADORES CORPORATIVOS **737**

Lasheras Goicoechea C (1)

(1) Subdirección Xeral de Compras e Servizos, Servizo Galego de Saúde.

AUTOEVALUACIÓN EN SERVICIOS CENTRALES DE ENFERMERÍA; RETO Y COMPROMISO **737**

Illana Rodríguez, N (1), García Jiménez, C (2), García Paya, F (1), Hellin Monasterio, J (3)

(1) Servicios Centrales, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Subdirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

EL PRECIO DE UN DENTISTA **738**

Montero-Balosa, E (1), García-Palma, A (2), Parrales-Carneiro, M (3), Millán-Bravo, F (4), Nieto-Reinoso, A (5)

(1) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Sistema de Información, Servicio Andaluz de Salud. (2) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Odontología., Servicio Andaluz de Salud. (3) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Sistema de Información., Servicio Andaluz de Salud. (4) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Dirección de Salud., Servicio Andaluz de Salud. (5) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Dirección Gerencia., Servicio Andaluz de Salud.

LA ENTRADA DE LA CULTURA ISO EN UN HOSPITAL Y SU EFECTO CONTAGIO **738**

Nogueira-Fariña J (1), Abalo-Martínez S (2), Estevez-Rial E (1), Gomez-Amoedo S (1), Losada-Fernández JA (1), Torres-García C (1)

(1) Complexo Hospitalario de Pontevedra, SERGAS. (2) Complexo Hospitalario de Pontevedra, SERGAS.

OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA CARGA DE TRABAJO ASISTENCIAL EN UNA UCI **739**

Rodríguez Arce MC (1), Benítez Ruiz L (1), Navarro Pantojo G (1), Sierra Camerino R (1), Bendicho López MJ (1), Pedraza López S (1)

(1) UCI, SAS.

EXPERIENCIAS PRÁCTICAS EN EL USO DE VIDEOCONFERENCIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA GESTIÓN **739**

López-Álvarez XM (1), Otero-Díaz M (1), Barreiro Díaz MV (2), Iglesias-Vázquez JA (3)

(1) Servicio de Tecnoloxía e Sistemas da Información, F.P.U.S de Galicia - 061. (2) Dirección asistencial, F.P.U.S de Galicia - 061. (3) Dirección, F.P.U.S de Galicia - 061.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL: TRAYECTORIA Y EVOLUCIÓN DE UNA DÉCADA. **740**

Martínez-Espiñeira J (1), Fernández-López AM (1), Pesado-Cartelle JA (1), Millor-Sanesteban B (1), Acevedo-Prado A (2)

(1) Unidad de calidad, Área Sanitaria de Ferrol. (2) Dirección, Área Sanitaria de Ferrol.

UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA N.S.I. EN LA VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL **740**

Martín González J (1), Mariñas Placer MD (1), Martínez Espiñeira J (2), Fernández López A.M. (2), Calderón De Arriba A. (3)

(1) Servicio Subministros, Área Sanitaria de Ferrol. (2) Unidad de Calidad, Área Sanitaria de Ferrol. (3) Dirección de Recursos Económicos y Servicios Generales, Área Sanitaria de Ferrol.

PROYECTO DE BIBLIOTECA DIGITAL EN LA FEGAS **741**

Gómez-Ruiz R (1), Pérez-Rodríguez U (2), Galego-Feal P (3), López-Vaamonde M (2), Grela -Piñeiro RA (2), Villaverde-Gomez MA (2)

(1) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (2) LA Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Director de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, SERGAS.

CALIDAD EN LA RELACIÓN INTERPERSONAL ENFERMERA-PACIENTE **741**

Pena Meilán MC (1), Novo Teijeiro MC (2), Quiroga Mariño MJ (3), Ramiro Fernández JM (4)

(1) Docencia, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (2) EUE, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (3) Calidad, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (4) Informática, Complexo Hospitalario Xeral-Calde.

LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ¿CÓMO HACERLA LLEGAR A LOS PROFESIONALES? **742**

Touriño Miguez,E (1), Rodríguez Lozano,Mª I (2), Rodríguez Martínez, A (3)

(1) Dirección Enfermería, Hospital San Rafael-A Coruña. (2) Nefrología, Hospital San Rafael-A Coruña. (3) Dirección Asistencial, Hospital San Rafael-A Coruña.

CERTIFICACIÓN ISO EN CENTROS DE SALUD (CEDESISO) **742**

Lago-Deibe FI (1), Charle-Crespo MA (2), Novoa-González J (3), Delfín-Vázquez M (4), López-Vilar L (5), Domínguez-Sardiña M (6)

(1) XAP Vigo, SERGAS. (2) CS Porriño, SERGAS. (3) CS Nicolás Peña, SERGAS. (4) CS Doblada, SERGAS. (5) CS Teis, SERGAS. (6) CS Sárdoma, SERGAS.

INNOVACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD GLOBAL DE COMARCA EKIALDE, SEGÚN NORMA ISO 9001-2008... **743**

Silvestre-Busto C (1), González-Lombide E (1), Retes-Saratxaga A (2), Esparza-García E (1), Bustinduy-Bascarán A (1)

(1) Comarca Ekialde, Osakidetza. (2) Hospital Donostia, Osakidetza.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SERVICIO "MERIENDA-CATERING" **743**

Pérez-Izaguirre I (1), Garabal-Vázquez A. (1), Ferreira-Barragans F (2), Pérez-Vázquez V. (3)

(1) Servicio Alimentación, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (2) servicio Alimentación, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (3) Enfermería, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza.

CERTIFICACIÓN DE FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA SEGÚN UNE-CWA 15896 GESTIÓN DE COMPRAS DE VALOR AÑADIDO **744**

Muñoz-Machín I (1), Peñalva-Segura PJ (2), Bermejo-Guerra M (1), Antoñanzas-Moreno P (1), Jiménez-Lacarra V (1), Benito-García P (3)

(1) Unidad Logistica, Fundación Hospital Calahorra. (2) Dirección ECONOMICO FINANCIERA y ServicioS Genreales, Fundación Hospital Calahorra. (3) Unidad Calidad, Fundación Hospital Calahorra.

MÁSTER EN LEAN PARA ORGANIZACIONES SANITARIAS. PILOTAJE DE FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA. **744**

Muñoz-Machín I (1), Ruíz U (2), Simón J (3), Benito-García P (4), Peñalva-Segura PJ (5), González-Rodríguez JI (6)

(1) Unidad Logistica, Fundación Hospital Calahorra. (2) Instituto Evaluación Sanitaria Universidad Complutense Madrid, Instituto Evaluación Sanitaria Universidad Complutense Madrid. (3) Director Instituto, Instituto Evaluación Sanitaria Universidad Complutense Madrid. (4) Unidad Calidad, Fundación Hospital Calahorra. (5) Dirección ECONOMICO FINANCIERA y ServicioS Genreales, Fundación Hospital Calahorra. (6) Unidad Recursos Humanos, Fundación Hospital Calahorra.

SISTEMA DOCUMENTAL SEGÚN NORMA ISO 9001:2008 DEL ÁREA DE FARMACOTECNIA DE UN SERVICIO DE FARMACIA **745**

Gómez-Tijero N (1), Idoipe A (1), Abad R (1), Vela MI (2), Agustín MJ (1), Carcelén J (1)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA DE MEDICAMENTOS (SADME) EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO **745**

Amarante-Fente C (1), Otero- Ordoñez J (2), Castro-Martiño L (3), Morlán-Vieites R (4), Rey-Castro (5), Álvarez-Vilariño D (6)

(1) Servicio de Farmacia, SERGAS. (2) Servicio de Medicina Interna, SERGAS. (3) Servicio de Neumologia, sergas. (4) Supervisión tarde-noche enfermería, Sergas. (5) Suministros, Sergas. (6) Quirofano, Sergas.

REPERCUSIÓN DE LA RECOGIDA Y TRASLADO DE MUESTRAS SOBRE LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL CULTIVO DE ORINA **746**

Villanueva R (1), Candia B (2)

(1) Servicio Microbiología, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS.

INTEGRACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL EN BIZKAIA..... 746

López-Ortiz M (1), Matthies-Baraibar MC (1), Izarzugaza-Iturrizar E (1), Villalabeitia-Jiménez I (1)

(1) Innovación y sistemas, Red de Salud Mental de Bizkaia.

IMPLEMENTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA RADIOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO..... 747

Iniesta-Martínez D (1), Aguirán-Romero Lm (2), Caravaca-Alcaraz B (3), Roldán-Martínez C (1), Salmerón-Aroca JC (4), Moreno-Ros I (1)

(1) Servicio de Radiología., Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Área IX Vega Alta del Segura. (2) Dirección Médica Asistencial. Gerencia Àrea IX. Vega Alta del Segura, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (3) Dirección de Enfermería. Gerencia Àrea IX. Vega Alta del Segura, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (4) Supervisor de Consultas Externas y Rehabilitación., Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

SISTEMAS INFORMÁTICOS PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA..... 748

Miguel Caínzos Fernández (1)

(1) Cirugía, Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES INTERNOS..... 748

Fidalgo-Hermida B (1), Tafalla-Bordonada C (1), Molina-Alen E (1), Granados-Ulecia C (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario de Mostoles. (2) Gerencia, Hospital Universitario de Mostoles.

IMPULSO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA II..... 749

Belkebir S (1), Vela Marquina MI (2), Clemente Roldán E (3), Coca Moreno J (4), García Mata JR (5)

(1) Unidad de Calidad Asistencial - Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón. (2) Unidad de Calidad Asistencial , Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Unidad de Calidad Asistencial - Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón. (4) Unidad de Calidad Asistencial, Área de Atención Primaria Sector II. (5) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet.

AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO..... 749

Codesido-Mirás R (1), Cartelle-Pérez TJ (1), Iglesias-Vázquez JA (2), Barreiro-Díaz MV (3), Penas-Penas M (4), Martín-Rodríguez MD (5)

(1) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Dirección, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Dirección Asistencial, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (4) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (5) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade, Subdirección Xeral de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial.

PORTAL DEL TRABAJADOR: HERRAMIENTA DE GESTIÓN ACTIVA..... 750

Fernández Candelario I (1), Oscar Barbancho (1), Cecilia Ferrarese (1), Noemí Palacios (1)

(1) Dirección Desarrollo de Personas, Hospital Plató.

FORO CONSULTOR, NUEVA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES..... 750

García-Cubero MC (1), Seivilla-Machuca I (2), Conejos-Miquel MD (2), Alonso-Safont T (3), Rodríguez-Morales D (4), Cañada-Dorado A (5)

(1) Gerencia AP Área 4 (subdirector médico), SERMAS. (2) C.S. Alpes, SERMAS. (3) Gerencia Área 4 de AP (sistemas de información), SERMAS. (4) Gerente, MENSOR. (5) Gerencia Área 4 de Madrid (responsable de calidad), SERMAS.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LOS CLIENTES INTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA..... 751

Toro Chico P (1), Pérez Encinas M (1), Lorenzo Martínez (2)

(1) Farmacia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

PEQUEÑAS APLICACIONES INFORMÁTICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL..... 751

Doblado López, O (1), Peña Capsir. I (2), Claret Jorba, A (2), Nogues Domingo, A (2), Gomez Laso. E (2), Egea Ferrer, M (2)

(1) Informática , Hospital Lleuger de Cambrils . (2) Urgencias , Hospital Lleuger de Cambrils.

REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL 061 DE GALICIA. 752

Penas-Penas M (1), Codesido-Mirás R (2), Munín-Sánchez MA (3), Iglesias-Vázquez JA (4), Contreras-Martinón F (5), Pampín-Gómez (6)

(1) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Secretaría de Dirección, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (4) Dirección, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (5) Dirección de Coordinación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (6) Dirección Asistencial, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

TRATO RECIBIDO Y CLARIDAD DE LOS INFORMES EN LABORATORIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES 752

Vázquez-Rueda M (1), Berros-Reinoso M (1), Suárez-García FM (2), Franco-Vidal A (3), Martínez-Arguelles B (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias. (2) Servicio de Evaluación Sanitaria, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Pdo de Asturias. (3) Dirección Médica Área V, Gerencia Atención Primaria Área V.

LA PRIMERA ASIGNACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO: CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS 753

Salmerón Menárguez,A. (1), Alcaraz Escribano,M.L. (1), García Grande, M.M. (1), Fuentes Larrosa, F.J. (1)

(1) Recursos Humanos, H. Virgen Arrixaca , Murcia.

EVOLUCIÓN COSTES DE ACTIVIDAD ÁREA 1 AP. VS MEDIA MADRID 2007 / 2009. 753

Almazán Del Pozo, M (1), Domingo Gil, G (1), Velasco Tarrero, S (1), Galindo Fariña, M.A. (1), Zorita Herreros, M. (1)

(1) Gestión Económica, SERMAS.- Área 1 A.P..

IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA 754

Ojeda-Cruz AM (1), Hernández-Santana A (2), García-Del Rosario C (2), Santana-Quintana S (1), Torres-Aragón C (2), Cobián-Martínez JI (2)

(1) Servicio de Electromedicina, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. (2) Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

CONTROL INFORMÁTICO DE CADUCIDADES DE ALMACENES PERIFÉRICOS 754

Iglesias-Noya S (1), Pimentel A (2), Pérez-Vázquez V (3)

(1) logistica, Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (2) logistica, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (3) Enfermería, hospital Ntra Sra de la Esperanza.

TRAZABILIDAD DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS 755

Balado-Dacruz MC (1), Pastor-Zapata A. (1), Rodríguez- Nespereira B (2), Pato-Blanco C (2), Rodríguez Carnero MP (1)

(1) Bloque quirúrgico, Complexo Hospitalario Ourense. (2) Compras y suministros, Complexo Hospitalario Ourense.

CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS A TRAVÉS DE LA PRECISIÓN EN LOS MOTIVOS QUE LAS GENERAN. ¿CÓMO ESTAMOS? 755

Barragan-Pérez A (1), Muñoz-Ureña A (2), Canovas-Ingles A (3), De Miguel-Gomez A (1), Santiago-García C (1), López-Lacoma JC (1)

(1) Gerencia del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (2) Unidad Docente de MFyC del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (3) C.S. de Cartagena-Oeste, Servicio Murciano de Salud.

SERVICIOS DE TI: UN ENFOQUE A LA CALIDAD ASISTENCIAL 756

Prado-Casal J (1)

(1) Jefe de Servizo de Soporte e Implantación - Centro de Servizos Tecnolóxicos, Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información, SXSTI.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE UNA UNIDAD BÁSICA DE FISIOTERAPIA 756

Morales -Jiménez F. (1), Sevilla- Hernández E. (2), Royo -Morales G. (3), Rodríguez-Álvarez J. (4)

(1) Unidad de Fisioterapia, Centro de Salud Ranero. (2) Servicio de RHB, Hospital J.Mª Morales Meseguer. (3) Enfermría, Clínica San Carlos. (4) Admisión, Centro de Salud Ranero.

VALORACIÓN INCENTIVOS ECONÓMICOS ANUALES. DILEMAS DE GESTIÓN EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA 757

Bidegain-González E (1), Mariscal-Rodríguez FJ (2), Nieto-Reinoso (2), Galiana-Auchel JM (1), Varo-Baena R (3)

(1) Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. (2) Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla Norte, Servicio Andaluz de Salud. (3) Distrito Sanitario Sevilla Sur , Servicio Andaluz de Salud.

PLAN DE MEJORA DE LA SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO. 757

Abad-Navarro AI (1), González-Pérez P (2), Garrido-Montañés O (3), Sánchez-Ortega JI (2), Escribano-Jiménez M (2), Martín-Bragado V (2)

(1) Supervisor Unidad Traumatología y ORL, Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia). (2) FEA Anestesiología, reanimación y dolor., Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia). (3) Supervisor Unidad Reanimación, Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia).

PROGRAMA CALIDAD HNSE 758

Grasa-Pérez R (1), Pérez-Vázquez V (1), Araguas-Álvarez T (2)

(1) Enfermería, Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (2) Gerencia, hospital Ntra Sra de la Esperanza.

586 | CIUDADANO

GUÍAS DE AUTOCUIDADOS: LA CALIDAD ASISTENCIAL ORIENTADA AL PACIENTE.

Illana - Rodríguez N (1), García - Payá F (1), García Jiménez C (2), Hellín Monasterio J (3)

(1) Servicios Centrales, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Subdirección Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Dirección De Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS: Nuestros objetivos fueron:

Llevar a cabo la normalización de guías de recomendaciones a pacientes

Conseguir una mejora de la calidad de la información que reciben los pacientes (información clara y completa sobre su enfermedad y los autocuidados que deben aplicarse).

Favorecer la accesibilidad a la información.

MATERIAL: Durante el año 2009 la Dirección de Enfermería del HUVA, y dentro del contexto del Modelo EFQM de Calidad Asistencial (concretamente su ORIENTACIÓN HACIA EL CLIENTE) desarrolló 3 guías de recomendaciones a pacientes. Guía para el autocuidado de su Diabetes, Guía para su autocuidado durante el tratamiento con Radioterapia y Guía de autocuidado a pacientes de Cáncer de mama. La finalidad de estas guías es ser distribuidas en las Consultas de Enfermería como complemento a la educación sanitaria proporcionado por los profesionales de dichas Unidades.

RESULTADOS: La implementación de estas guías se esta llevando a cabo a lo largo del año 2010.

La enfermera titular de la Consulta de Enfermería (Servicio de Endocrinología, Radioterapia y Unidad de Mama) entrega al paciente estos documentos informativos tras haber llevado a cabo la educación sanitaria pertinente.

La Subdirección de Servicios Centrales ha desarrollado una encuesta para comprobar el nivel de satisfacción de los pacientes con la información proporcionada en estas Guías de autocuidado.

Dicha encuesta se encuentra en fase de Validación por parte de la Subdirección General de Calidad Asistencial del Servicio Murciano de Salud.

CONCLUSIONES: Entre los diferentes derechos de los pacientes, aquellos relacionados con su participación en la adopción de las decisiones más adecuadas sobre su salud y la información necesaria para ello (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".) han sido de vital importancia para la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca que apoya y avala cualquier acción dirigida a potenciar la materialización de este derecho.

PALABRAS CLAVE: guías, calidad, paciente

588 | CIUDADANO

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE COAGULACIÓN

Candela-Fuster C (1), Prieto-Llamas, Rosario (2), Puga-Sánchez, E (3), Eduardo (4), De la Fuente- Ginés, M (5), Arroyo-Yanes, C (6)

(1) Bloque de Apoyo al diagnóstico, Hospital Virgen Macarena. (2) Consultas externas de hematologia, Hospital Virgen Macarena. (3) Laboratorio, Hospital Virgen Macarena. (4) Dirección de enfermería, Hospital Virgen Macrena. (5) Enfermería, Escuela universitaria de ciencias de la Salud. (6) Consultas externas, Hospital Virgen Macarena.

OBJETIVOS: Mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastorno de coagulación

MATERIAL: Se planifica un programa para facilitar el autocontrol en domicilio de la coagulación, a pacientes con patología de trastornos de la misma. Se disponen de 20 dispositivos para autocontrol de la coagulación, por lo que son 20 pacientes los que entran en el programa.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Pacientes entre 30 y 60 años
- Paciente con trastorno de coagulación durante al menos 2 años.
- Paciente o familiar con disponibilidad de soporte informático y correo electrónico y conocimiento para el manejo del mismo.
- Paciente con INR (Internacional Normalizated Ratio)en rango según su patología en un periodo mínimo de tres meses.
- Acceso voluntario al estudio

Se desarrolla un programa de formación para los pacientes anti coagulados que van a entrar en el programa.

Tras la formación se les entrega la el dispositivo de control y al mes debe realizarse el control. La primera en la consulta bajo la supervisión de la enfermera para comprobar que los hace correctamente. Si es así los controles sucesivos los realizara en domicilio.

Los pacientes cumplimentan un cuestionario de satisfacción del programa. El cuestionario consta de cinco preguntas medidas con una escala de liker del 1 al 5

RESULTADOS: Comenzamos el programa en el mes de febrero de 2010. En Marzo de 2010 son captados los 20 pacientes para poner en marcha el programa. Tras el primer control, realizado al mes, todos realizan correctamente los controles y valoran muy positivamente el programa, Los resultados de la encuesta de satisfacción son los siguientes:

- Facilidad del manejo de la maquina: 4.6 de media
- Consideración de que el método le facilita el tratamiento: 4.8 de media
- Creen que mejorar sus complicación y evitara reingresos: 4.4 de media
- Creen en que facilitara su relación laboral: 5 de media
- Evaluar la satisfacción de la atención recibida: 5 de media

CONCLUSIONES: El autocontrol de los valores de INR, permite mejorar la vida familiar y laboral de los pacientes anticoagulados. Necesitamos mas datos para tener una valoración más amplia y profunda del los resultados del programa Se abre un nuevo campo importante de trabajo y que puede reportar grandes mejoras en la calidad, y seguridad del paciente con trastorno de coagulación

PALABRAS CLAVE: Anticoagulacion, Autocontrol

632 | Ciudadano

MEJORA DE LA ANSIEDAD EN UN GRUPO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO POR ENFERMERÍA

Balauder Carrera,Anna (1), Abellà Porta, Montserrat (1), Ribé Miró,Anna (1), Dalmau Cartña,Esther (1), Gorgues Espasa,María (1), Boldú Ortega,Marinel·LA (1)

(1) Atención Primaria, ICS.

OBJETIVOS: Aceptación del proceso de la enfermedad

Conseguir el autocontrol y el manejo de la ansiedad.

Dar estrategias

Interacción entre las personas incluidas en el grupo

MATERIAL: Se pone en marxa un grupo psicoeducativo para pacientes diagnosticados de ansiedad, conducido por una enfermera y una psicóloga en un centro de Atención Primaria rural dirigido a personas que presentan un cuadro de ansiedad leve. Se realiza una selección previa entrevista a personas derivadas por su equipo de Atención Primaria. La entrevista consta de: datos familiares y generales, diagnósticos psicopatológicos, sintomatología somática y psicológica, tratamiento farmacológica, test de evaluación de ansiedad y depresión (Goldberg y HAD). Formaron el grupo 8 personas y se realizaron 12 SESIONES, 1 por semana, de hora y media y se distribuía de la siguiente forma: la primera media hora se daba formación teórica, después se hacia interacción grupal y al final de la sesión se daba trabajo para realizar de forma individual en casa, que se exponían en común en la próxima sesión. Al finalizadas las SESIONES y a los tres meses se hacia una nueva valoración.

RESULTADOS: Se derivaron 15 personas las cuales 12 decidieron formar parte del grupo, finalmente fueron 8 las que asistieron a las SESIONES. El grupo estaba formado por 7 mujeres y 1 hombre de edades comprendidas entre 40-60 años. El 65% del grupo tienen como diagnóstico principal trastorno de ansiedad, el 25% trastorno mixto de ansiedad y depresión. Los síntomas más relevantes son a nivel psicológico: agitación y miedo, a nivel orgánico: palpitaciones y disnea. En relación al tratamiento farmacológico un 37,5% no toman medicación un 12,5% toman antidepresivos, un 25% sedantes con antidepresivos. Pasados los test el 62,5% del grupo presentaba ansiedad y depresión al final de la sesión el 37,5% y a los tres meses el 12,5%. En relación a la ansiedad al inicio la presentaban el 25% al finalizar y al control de los tres meses ningún integrante del grupo presentaba signos de ansiedad. En relación a la depresión la presentaban el 12,5% y al finalizar el 37,5% y a los tres meses el 25%. El resultado fue que el 37,5% no presentaba ninguna patología y se mantenía a los tres meses.

CONCLUSIONES: Se constata una mejoría de los pacientes que presentan diagnóstico de ansiedad y depresión también de aquellos que presentaban diagnóstico de ansiedad al finalizar las SESIONES y a los tres meses. Constatamos un ligero aumento de la depresión.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, GRUPO, ENFERMERA

688 | Ciudadano

ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE RECLAMACIÓN DE CUATRO CENTROS DE SALUD DE MADRID

Fernández Moreno A (1), Beamud Lagos M (2), Vásquez Annly L (1)

(1) CS Orcasitas, SERMAS. (2) Unidad de Formación e Investigación Área 11 de Atención Primaria de Madrid, SERMAS.

OBJETIVOS: El análisis de las reclamaciones de los pacientes (RP) en los Servicios de Atención al Usuario (SAU) constituye una herramienta eficaz para una continua mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. En el presente trabajo se analiza incidencia y motivos de RP en cuatro Centros de Salud (CS) de características similares del Área 11 de Madrid.

MATERIAL: Estudio descriptivo de la incidencia y los motivos de RP registradas en los SAU de los Centros 1, 2, 3 y 4 del Área 11 durante el año 2009.

RESULTADOS: La incidencia de RP por población atendida fue: Centro 1 (C1) 0.25%, C2 0.4%, C3 0.32%, C4 0.15% ($p < 0.001$).

Las RP se agruparon en 6 categorías: accesibilidad (AC), desacuerdo con criterio profesional (CP), desacuerdo con normas de organización (NO), recursos humanos (RH), recursos materiales (RM) y trato personal (TP).

Las tasas máxima y mínima de los diferentes motivos de RP fueron: AC (40.2 vs 22.5%, C3 vs C2, $p = 0.02$), CP (35.5 vs 7.1%, C3 vs C1, $p < 0.001$), NO (29.2 vs 1.9%, C2 vs C3, $p < 0.001$), RH (23.4 vs 4.7%, C4 vs C3, $p < 0.001$) y RM (12.2 vs 1.7%, C3 vs C2, $p < 0.01$). La tasa de RP por TP fue similar en los cuatro Centros.

La proporción de RP por AC fue superior al 20% en los cuatro CS estudiados.

CONCLUSIONES: • Existen diferencias significativas entre las RP de los cuatro CS, a pesar de tener características similares y pertenecer a la misma Área sanitaria.

• La accesibilidad, motivo de reclamación superior al 20% en todos los CS analizados, se configura como una línea prioritaria de intervención para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

PALABRAS CLAVE: Reclamación, Centro de Salud, Accesibilidad

712 | Ciudadano

IMPLANTACIÓN DE METODOLOGÍA ENFERMERA EN UN HOSPITAL COMARCAL: "DEL NADA AL TODO".

Saura-Pizarro MD (1), Andreu-Gómez AB (2), Martínez-Carrasco RM (2), Pagán-Moreno P (3), Muñoz-Sánchez M (4), Escudero-Sánchez N (5)

(1) Unidad de Calidad Asistencial, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos. (2) Unidad Materno-Infantil, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos. (3) Unidad de Medicina-Interna, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos. (4) Dirrección de Enfermería, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos. (5) Dirección de Enfermería, Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos.

OBJETIVOS: -Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, aplicando metodología Enfermera (ME).

-Lograr la adhesión del personal de enfermería al trabajo con metodología.

-Formar al personal de enfermería en las taxonomías:NANDA-NOC- NIC.

-Cumplir con una de

MATERIAL: Desde 2007, viene recogida en el contrato gestión del Hospital Los Arcos (HLA), una línea estratégica que establece la medición mediante indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería. Tres de estos indicadores miden la adhesión del personal al trabajo con ME. Son: PVI-1(nº de pacientes con valoración realizada en las 1as 24h), PVI-3 (nº pacientes con Diagnóstico de Enfermería (DxE) tras valoración), PVI-4 (nº de DxE enunciado según formato PES). Las primeras evaluaciones realizadas de estos indicadores dejaron constancia de que en el HLA el personal de enfermería no trabajaba con ME.

Actividades desarrolladas,para la implantación:

-Formación: Curso "Metodología de Planificación de Cuidados". Formando en dos años 2008-2009 a un total de 67 profesionales,un 31% sobre el total de plantilla.

-Constitución del grupo de trabajo metodología Enfermera:

A principios de 2009 se constituye el grupo de trabajo (ME) con profesionales formados. Este grupo elabora un total de 13 planes de cuidados estandarizados y un manual de cumplimentación de los mismos.

- Realización de talleres para implantación. Se llevan a cabo en abril y mayo de 2009.

En mayo de 2009 se entrega un dossier en las unidades con los planes de cuidados elaborados y con el manual de cumplimentación.

-Digitalización de los planes de cuidados. En septiembre de 2009 se comienza a trabajar con los planes de cuidados digitalizados tras formación del personal del manejo del soporte informático.

En la actualidad el grupo de trabajo se reúne con carácter bimensual, disponiendo en la actualidad de 16 planes de cuidados que han sido revisados en su totalidad.

RESULTADOS: Año 2007. PVI-3(nº pacientes con Diagnóstico de Enfermería (DxE) tras valoración): 0%. PVI-4(nº de DxE enunciado según formato PES): 0%.

Año 2008. PVI-3: 11%; PVI-4: 100%.

Año 2009. PVI-3: 35%; PVI-4: 100%.

Año 2010. Corte de Marzo: PVI-3: 97%; PVI-4: 75%.

CONCLUSIONES: Los resultados ponen de manifiesto que en la actualidad estamos trabajando con ME y además la adhesión es bastante alta, observando un crecimiento exponencial en el indicador PVI-3 en el último corte realizado.Aunque la bibliografía aporta evidencias suficientes de que el trabajo con ME aumenta la satisfacción del usuario y mejora los cuidados enfermeros, queda pendiente de evaluar ambos parámetros en el HLA.

PALABRAS CLAVE: metodología, Cuidados, Enfermería

721 | Ciudadano

TALLER DE RECUPERACIÓN POSTPARTO DEL SUELO PÉLVICO Y APOYO A LA LACTANCIA NATURAL.

Aguiar-Couto MR (1), Moral-Santamarina E (1), Campos-Arca S (1), Ferreiro-García E (1), Leal-Gómez E (1), Fernández-Rodríguez M (1)

(1) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complexo Hospitalario de Pontevedra, SERGAS.

OBJETIVOS: Enseñar hábitos saludables, favorecer nuevas conductas, reforzar actitudes beneficiosas en disfunciones del suelo pélvico desencadenadas por el embarazo y el parto.

Promover la lactancia materna como la más adecuada para el recién nacido, la que condiciona el desarrollo psicofísico más adecuado y la que mejor protege frente a problemas de salud del recién nacido.

MATERIAL: Las patologías del suelo pélvico femenino tras el embarazo y el parto, junto a la gran variabilidad de situaciones novedosas y desconocidas por la puérpera en lo que hace referencia a la lactancia y primeros cuidados del neonato, nos ha llevado en el año 2009 al planteamiento de un foro abierto una vez al mes, encuadrado dentro del marco institucional de nuestro hospital público.

Actualmente no existe en el ámbito de la comunidad autónoma gallega un Plan Institucional promovido por el Servicio Gallego de Salud que atienda a las patologías del suelo pélvico a modo de guía o vía clínica que oriente y sirva de base al profesional en los distintos aspectos preventivos y terapeúticos de estas patologías, por lo que hemos diseñado nuestro taller basándonos en la mejor evidencia científica disponible.

La parte relacionada con la lactancia está basada en la documentación recogida en las guías técnicas del "Plan de Atención Integral da Saúde da Muller" editado por la Consellería de Sanidade y el "Manual de Lactancia Materna" de la Asociación Española de Pediatría, así como documentos de la OMS Y UNICEF.

El taller está formado por dos partes, una primera constituida por dos presentaciones powerpoint con contenido teórico, y una segunda parte estructurada en forma de debate entre las pacientes y el personal que imparte el taller.

RESULTADOS: Para evaluar el grado de satisfacción de nuestras pacientes y su nivel de conocimientos básicos se ha diseñado una encuesta anónima y voluntaria que se entrega durante el transcurso de las ponencias y se recoge al finalizar el taller.

El nivel de valoración y de interés ha sido muy alto, alcanzando una puntuación de 9 sobre 10.

Todas nuestras encuestadas recomendarían el taller a sus familiares o amigas.

CONCLUSIONES: Nuestro taller de recuperación postparto es pionero en la Comunidad Autónoma Gallega y constituye una herramienta útil para resolver dudas durante el postparto y favorecer el acercamiento entre pacientes y personal sanitario, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres de nuestra área sanitaria, a nivel individual y comunitario.

PALABRAS CLAVE: Taller, Suelo Pélvico, Lactancia

789 | Ciudadano

ORGANIZACIÓN DEL PUNTO DE EXTRACCIÓN DEL HOSPITAL... .ALGO MÁS QUE UNA CITA

Andrade Mateos A (1), Jiménez Álvarez MT (2), Rivero Torrejon A (3), Bailen García MA (4), Mateo-Sidron Pérez MD (5), Jiménez Pérez I (6)

(1) Jefatura de Bloque de Enfermería Apoyo al Diagnóstico, Hospital Puerta del Mar. (2) Servicio de Informática, Hospital Puerta del Mar. (3) Supervisor Hematologia, Hospital Puerta del Mar. (4) UG LaboratorioS Clínicos, Hospital Puerta del Mar. (5) UG LaboratorioS Clínicos Supervisora, Hospital Puerta del Mar. (6) Subdirección Enfermería, Hospital Puerta del Mar.

OBJETIVOS: Mejorar la percepción y satisfacción del ciudadano y del profesional en el acceso al Sistema Sanitario Público Andaluz
Organización completa de la citación evitando desplazamientos, colas y esperas innecesarias.
Adecuación de los recursos técnicos y profesionales procurando una mejor atención y respuesta al ciudadano.

MATERIAL: Ámbito: Sistema Sanitario Público Andaluz. Hospital Puerta del Mar, pacientes ambulatorios a los que se obtiene muestras sanguíneas en el punto de Extracción del Centro, sin cita previa ni horario definido.
Obtención de datos anuales de reclamaciones, extracciones y procedencia de las peticiones por Especialidad Médica.
Estudio "in situ" de la situación actual del Punto de Extracción, detectándose masificación de pacientes, tiempos de espera, circuitos no optimizados, percepción negativa tanto en el ciudadano (reclamaciones) como en el profesional (entrevistas de Complemento Rendimiento Profesional).
Estudio del tiempo mínimo-máximo para la correcta atención al paciente.
Pruebas de imprescindible obtención en el punto de extracción.
Horarios de realización de pruebas en los laboratorios.
Pacientes frágiles y dependientes.
Estudio de los tramos horarios por tipo de paciente.
Estudio de confortabilidad de la zona de atención.

RESULTADOS: Tiempo mínimo estimado de atención 10 minutos.
Tiempo máximo el que excepcionalmente se necesite (niños, oncológicos..)
Identificación de 11 grupos de pacientes bien diferenciados.
Identificación de tramos horarios y días adecuados a cada grupo.
Definición de nº de puestos de extracción por tramo horario.
Agendas definidas:
08:00 Post -Trasplantados (LMXJV)
08:20 Inicio pruebas funcionales de larga duración (LJV)
08:30 HDIA oncohematologico(LMXJV)
09:00 Subpoblaciones linfocitarias(MX)
09:30 Personal interno- urgencia social(LJV)
09:40 Niños(LJV)
10:50 Genética(LMXJ)
11:00 Laboratorios externos(LMXJ)
11:10 Preanestesia(LMXJV)
12:00 14:00 General y Urgencia social (LMXJV)
Definición del nº de puestos de extracción necesarios por tramo horario.
Diseño del circuito.
Adecuación del espacio al circuito (señalización, paneles informativos).
Definición de los puestos de citación y asignación de claves.
Instalación del hardware y software necesario.
Organización de la formación y realización de curso-taller.

CONCLUSIONES: La cuidadosa organización atendiendo a las necesidades específicas de nuestra población es imprescindible para mejorar la atención prestada y la satisfacción de los profesionales implicados.
Desde el punto del ciudadano:
Disminución de las reclamaciones mejorando sus expectativas.
El paciente es atendido en el horario asignado.
La confortabilidad del espacio resulta adecuada.
Mayor percepción de seguridad ,transparencia y de servicio individualizado.
Desde el profesional:
Mejora notable del clima laboral, implicándose profundamente en el proyecto, participando y aportando propuestas de mejora.
Distribución equitativa de las cargas de trabajo
Desde la Gestión , el conocimiento anticipado de las agendas permite una adecuación y optimización de tiempos, recursos personales , tecnológico y adquisición material fungible.

PALABRAS CLAVE: CITA, Satisfacción, CIUDADANO

796 | Ciudadano

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, UNA MIRADA CRÍTICA EN BUSCA DE LA EFICIENCIA

Piñeiro-Lago B (1), González-Moure F (2)

(1) Hospital del Salnés (Dirección), Servicio Gallego de Salud. (2) Inspección Médica Pontevedra, Consellería de Sanidad.

OBJETIVOS: Determinar procesos susceptibles de mejora en Atención Primaria de Salud que incrementen la eficiencia y efectividad de los recursos sanitarios y la satisfacción de usuarios y profesionales.
MATERIAL: Estudio descriptivo transversal.

Población Objeto: Centros Salud(CS) Atención Primaria Pontevedra.
Muestra: 2 CS Urbano y Costero.
Unidades de Muestreo: Usuarios y Profesionales.
Tipo Muestreo: no probabilístico aplicando selección "según criterio de autoridad" y oportunidad.
Marco Muestral: 47 CS AP Pontevedra-SERGAS.
Variables estudio: pirámide poblacional, citas, agendas, encuestas de satisfacción y reclamaciones.
Se diseñaron dos encuestas de elaboración propia, basadas en encuestas validadas y adaptadas a las necesidades de información del estudio.
Análisis descriptivo de los datos: media y desviación típica para variables numéricas y porcentajes para variables cualitativas.
Análisis bivariados, T de Student para datos independientes en variables numéricas y pruebas de Chi Cuadrado para cualitativas. Nivel de significación (p=0,05).

RESULTADOS: CS Urbano: cupos médicos homogéneos, P.Asistencial 37 pacientes/día, desviación estándar 2,7.
CS Costero: cupos médicos variabilidad significativa, P.Asistencial 30 pacientes/día, desviación estándar 6,8.
Encuestas Profesionales
Participación: 85% CS Costero, 70% CS Urbano
Los profesionales perciben:
Carga de trabajo alta y disponibilidad de tiempo baja, mayor presión de los usuarios que de los superiores, poco reconocimiento al esfuerzo y escasa información de los resultados laborales, poca posibilidad de innovación y de promoción profesional. Se consideran sobradamente capacitados para su trabajo.
Encuesta Usuarios
Mayoría mujeres (2/1), Edad media superior en el CS Urbano (p=0.06), nivel de estudios superior en el CS Costero.
Existe diferencia importante en la satisfacción global: CS Urbano 25% muy satisfecho, CS Costero 4%.
Los mejores resultados se obtienen en los items trato y competencia de los profesionales sanitarios, significativamente mejor en el CS Urbano.
No existen diferencias en cuanto a la percepción del tiempo de espera, considerando poca espera.
Reclamaciones
Los motivos fundamentales son: Cita telefónica, no sustitución de médicos y falta de información al respecto. El CS Urbano tiene más reclamaciones.
Agendas
Predefinidas, sectorizadas por acto y no están previstos colchones sin cita para compensar retrasos.

CONCLUSIONES: El trabajo en equipo, pilar fundamental en AP, en los centros a estudio no existe como tal, trabajan en miniequipos médico/a-enfermero/a sin coordinación y cohesión.
Las agendas cumplen con los criterios mínimos sin dar respuesta a las necesidades reales de la población limitando su accesibilidad.
Los usuarios están más satisfechos con el profesional sanitario que con el de apoyo. Las quejas más acusadas son derivadas de la accesibilidad y la organización.
La población más envejecida y con nivel cultural inferior está más satisfecha.
Es necesario mejorar la acesibilidad para mejorar la satisfacción de usuarios y profesionales.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria, Eficiencia, Satisfacción

825 | CIUDADANO

ENTREVISTAS SEMIDIRIJIDAS, UN MÉTODO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS DEMENTES Y SUS FAMILIAS.

Tomàs-Rubinat E (1), Civit-Chervet C (1), Ballesteros M (2), Salas A (2), Ruiz R (2)

(1) Ambit Dependencies, Consorci Sanitari de Terrasa. (2) Calidad, Consorci Sanitari de Terrasa.

OBJETIVOS: La ejecución de las entrevistas semiestructuradas,se realiza con el fin de conocer la opinion y satisfacción de los usuarios y familiares, clientes del Hospital de día St. Jordi (centro especializado en el tratamiento rehabilitador de demencias) del Consorci Sanitari de Terrassa.

La ejaboración de dicho método pretende cumplir los siguientes objectivos:

- Evaluar, conocer y analizar la opinion de los propios usuarios y sus familiares, en referencia al grado de satisfacción global percibido del centro.

- Detectar aspectos de mejora continua, que permitan resolver aquellos aspectos de menor conformidad por parte de los clientes.

- Acotar y definir los objetivos de mejora continua a nivel assistencial y de gestión.

- Cumplir los requisitos, establecidos, por el Departament de Salut, de la generalitat de Cataluña.

Medir el grado de cumplimiento de los requistos, que establecerá el Departamento de Salud, de la Generalitat de Cataluña.

- Incorporar los aspectos de mejora, subyacentes de la evaluación de satisfacción, como elementos de mejora continuada, en el reciente sistema de calidad, implantado en el propio centro.

- Elaborar indicadores, factibles y funcionales assistencialmente, certificables ante la normativa ISO 9001, pendientes de auditar.

MATERIAL: Evaluar el grado de satisfacción en los usuarios afectados, de deterioro cognitivo, comporta elaborar un método de evaluacion, adaptado a las caracteristicas del cliente demente, comportando en primer lugar, la previa adaptación del método a las capacidades cognitivas preservadas de los usuarios del centro.

El contenido de las entrevistas semiestructuradas, se adapta de forma consisa, clara i comprensible a la mayoria de población afectada de demencia, sin obviar la necesidad de dotar al personal entrevistador de tecnicas formativas assistenciales que permitan averiguar la respuesta real ante dificultades de comprension y/o verbalización de las questiones a tratar.

Tras la dicultad de elaborar las questiones queda un gran trabajo logistico, el qual no puede olvidar-se, para crear un ambiente seguro, confortable y no desconcertante, en el momento de llevar a cabo, dichas entrevistas de satisfacción.

Se ha de evaluar sin entorpecer la assistencia quotidiana del centro y sin comportar alteraciones a los propios pacientes.

RESULTADOS: A fecha del congreso, se presentaran los resultados de las evaluaciones, las quales estan en proceso de ejecución actualmente.

CONCLUSIONES: Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con demencias y de sus propias familias , nos permite detectar las opciones de mejora del sistema.

La ejecución de dicho método, comporta una gran adaptacion, para poder realizar una investigación coherente a las necesidades del perfil demente.

PALABRAS CLAVE: evaluacion, satisfacción, demencias

832 | CIUDADANO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS: INDICADOR DE GESTIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA FIABLE Y ÚTIL PARA ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA

Crespo Palau JM (1), Morales Suárez E (1), Collado Cuco A (1), Espejo Vidal T (1), Jiménez Marques Cm (1), Esquius M (1)

(1) ABS Vandellòs- L'Hospitalet, Grup Sagessa.

OBJETIVOS: Se ha observado que las acciones de mejora (AM) en relación a varios ítems desfavorables de la Encuesta de Satisfacción (ES) de asegurados del CatSalut se habían llevado a término y los resultados habían mejorado.

Se decide evaluar si el análisis de dicha encuesta como instrumento para establecer AM en todos los Procesos Asistenciales de nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP) nos puede ser de utilidad.

MATERIAL: Tras recibir los resultados de la ES de asegurados del CatSalut del año 2009, con un total de 24 ítems, se procede a su presentación ante el Equipo de Atención Primaria.

En diversas SESIONES de trabajo, se analizan los resultados, determinando ítems favorables, desfavorables e indistintos.

Se determinan conjuntamente AM, que se incorporan al proceso correspondiente, dentro de una sistemática de Gestión por procesos.

RESULTADOS: De la encuesta realizada en el año 2006, se valoraron los ítems más desfavorables, determinado AM.

Al haber observado una notable mejoría en los ítems analizados, se decidió, con los resultados de la siguiente ES, analizarla en su totalidad.

En reuniones establecidas con todo el EAP, se establecen tanto las acciones como las situaciones que han contribuido a mantener una puntuación elevada, incorporándolas como actuación sistemática en los procedimientos correspondientes.

Se analizan posteriormente en profundidad los ítems con puntuación significativamente menor y se deciden, con amplio consenso, las AM, así como la persona responsable de su cumplimiento.

Dichas AM se incorporan al Proceso correspondiente, decidiendo en siguientes reuniones del EAP la periodicidad de evaluación de resultados, si fuera posible.

Se establece asimismo un cronograma de actuaciones, intentando disponer de indicadores fiables para su seguimiento.

CONCLUSIONES: El análisis de la ES en SESIONES en las que participe todo el EAP favorece la toma de decisiones consensuadas para establecer AM concretas y asequibles.

La incorporación de las AM en todos los procesos existentes fomenta la participación en su consecución de todo el EAP

Entre la información recogida para la evaluación en el sistema de Gestión por procesos se establece la ES como indicador de gestión de calidad percibida de gran fiabilidad.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción del paciente, Gestión de calidad, Evaluación de programas

840 | Ciudadano

SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INICIAL

Pastor-Benavent MC (1), Vázquez-Cacheiro J (1), Rial-Otero J (1), Ramos-Sánchez T (1), Lires-Rodríguez C (1), Fernández-Fernández MV (1)

(1) Xerencia de Atención Primaria de Santiago, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: La frecuentación del paciente crónico es un aspecto complejo y preocupante de la práctica diaria de Atención Primaria (AP). El seguimiento compartido (SC) es una metodología de trabajo entre médicos y enfermeros de AP, que se incluyó en el protocolo de actividad del año 2008 por la Gerencia de AP de Santiago con el objetivo de disminuir la frecuentación manteniendo o mejorando el grado de control.

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la frecuentación y el grado de control durante el año previo a la inclusión en el SC, de los pacientes diabéticos correspondientes a 9 unidades/servicios de AP en los que todos los profesionales, médicos y enfermeros, eligieron el SC como objetivo asistencial.

MATERIAL: Estudio transversal retrospectivo de los pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 14 años y con al menos un año de seguimiento anterior a la inclusión en el SC. Se excluyeron aquellos pacientes sin registros en su HC en el último año, desplazados, cambios de domicilio, inmovilizados, pacientes con dificultad para su seguimiento (deterioro cognitivo, incapacidad para comunicarse, patología psiquiátrica grave no controlada) y enfermos terminales. El total de la población estaba formada por 776 pacientes de los cuales se extrajo una muestra de 168 pacientes (49.5% mujeres y 50.5% hombres) por muestreo aleatorio estratificado por cupo.

Las variables estudiadas fueron sexo, edad, frecuentación y grado de control

RESULTADOS: El 51% de los pacientes (n=91) acudieron más de 12 veces al año (hiperfrecuentadores) a la consulta del médico y/o enfermero de los cuales el 48% eran hombres y el 52% mujeres.

En cuanto al grado de control de la glucemia, el 47% de los hiperfrecuentadores (n=43) tenían un buen control frente al 45% (n=35) de los no frecuentadores.

CONCLUSIONES: Encontramos una elevada frecuentación entre los pacientes diabéticos siendo mayor la frecuentación entre las mujeres (52%) que entre los hombres (48%).

No se encontraron grandes diferencias en cuanto al grado de control entre los frecuentadores y los no frecuentadores.

Dentro de las limitaciones del estudio destacar los cambios de profesionales como consecuencia de la OPE del 2008 y la falta de homogeneidad de la muestra ya que unas historias estaban en formato electrónico (OMI-AP) y otras en papel.

PALABRAS CLAVE: Diabetes , Seguimiento, Frecuentación

867 | Ciudadano

ENFERMERAS EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA: MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD

Villar - Espantoso MP (1), Izquierdo - Nazar MI (2), Buezo - Serrano MJ (3), Martín - Hernández MT (4), Limia - Sotelo L (5), Vallojera - Alvacar A (6)

<

OBJETIVOS: La época actual está viviendo cambios importantes en la sanidad pública, tanto en su organización como en los servicios sanitarios que ofertamos a la población.

Enfermería con sus competencias y actitudes tiene un papel relevante en las organizaciones sanitarias, para hacer frente a las demandas de los usuarios de los servicios de salud.

En el C.E. Vicente Soldevilla, situado en el Distrito de Vallecas de la Comunidad de Madrid, se atienden una media de 125 pacientes al día en sus consultas de Ginecología, atendidos por ginecólogos y enfermeras.

La demanda existente sobre estas consultas, nos lleva a implementar medidas que aseguren un tratamiento y diagnóstico precoz .Planteándonos los siguientes objetivos:

- Resolución y tramitación de los procesos generados en las consultas
- Gestionar la anticipación de citas para la recogida de resultados de pruebas diagnósticas.
- Mejorar la calidad percibida por las pacientes.

MATERIAL: El equipo formado por enfermero/a y ginecólogo/a realizan un filtrando de los resultados de las pruebas diagnósticas en las cinco consultas de Ginecología de nuestro Centro de Especialidades

Se avisa telefónicamente a las pacientes que presentan:

1.Resultados patológicos malignos,

2.Las que necesitan ampliación de estudio o

3.Las que hay que poner tratamiento por alguna patología benigna.

Las llamadas se realizan en ambos turnos de trabajo

La pacientes acuden a la consulta al día siguiente o bien en la misma semana, siempre priorizando la patología.

RESULTADOS: Diariamente se realizan una media de nueve llamadas, en el transcurso de las consultas Ginecológicas.

Desde el 1 de Enero al 31 de Abril, se han gestionado 729 casos.

Al realizar las gestiónes de anticipación de citas, se consigue una importante disminución en los tiempos de diagnóstico y tratamiento de estas mujeres.

CONCLUSIONES: Mayor calidad y accesibilidad de las pacientes a las consultas de Ginecología, por tanto, promovemos una relación terapéutica más participativa, donde la fiabilidad y la competencia son un garantía total del trabajo enfermero.

La rapidez en la prestación de este servicio es una mejora importante en la calidad de la atención sanitaria y aumenta la satisfacción de los usuarios.

Actuamos como recurso de información y formación para nuestras usuarias, estas actividades son un desafío a los que la enfermería se enfrenta para proporcionar una atención de calidad.

PALABRAS CLAVE: enfermería, ginecología, accesibilidad

868 | Ciudadano

AULA DE FORMACIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADO EN LA UNIDAD CORONARIA

Mtz-Escauriaza-Alonso JM (1), Rodríguez-García, E. (2), Cortés-Cañones, J. (3), Pérez-Veloso, M. (3), Rodríguez-Vázquez, M. H. (4), Núñez-Masid, E. (5)

(1) Facultativo especialista de UCI, Hospital CHOU. (2) Jefe Servicio de UCI, Hospital CHOU. (3) Facultativo especialista de UCI, Hospital CHOU. (4) Directora Médica del Complajo Hospitalario de Ourense, Hospital CHOU. (5) Gerente General Complajo Hospitalario de Ourense, Hospital CHOU.

OBJETIVOS: En consecuencia con las recomendaciones del Foro de Expertos en Desfibrilación Semiautomática, la European Resuscitation Council y el Plan Nacional de RCP de la SEMYCIUC y en la busqueda de una disminución en los tiempos de alerta y de impulsar la formación de la RCP básica en la población y de la movilización de los Servicios de Emergencias a través de un nº de teléfono único y universal, ante las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias

MATERIAL: Se ha diseñado un aula de formación para familiares ingresados en la Unidad Coronaria de nuestro Hospital. Para ello, se dispone de un aula con capacidad para 12 personas, dotado de material audiovisual y de maniquíes de RCP.

Se inicia con una exposición teórica, con apoyo de una simulación en vídeo sobre "RCP sólo con las manos" y una demostración, sobre maniquíes, del diagnóstico de pérdida de conciencia; llamada al Sº de Emergencias a través del 061 o del 112, indicándoseles que información deben de proporcionar; y realización de un ejercicio de masaje cardiaco externo. Tras la misma, se invita a todos los asistentes a repetir la simulación ejercitando, sobre los maniquíes, las maniobras durante el tiempo preciso a la ciscunstancia de cada persona (fundamentalmente la edad), corrigiendo posibles posiciones incorrectas de las manos y brazos, ritmo y profundidad del masaje, etc. Para concluir, se les entrega un díptico con el contenido de las explicaciones recibidas.

RESULTADOS: La iniciativa se puso en marcha el 15 de marzo del 2010 y en los dos primeros meses aceptaron la invitación a pasar por el aula 92 personas, de las que sólo 3, tras la parte teórica, declinaron en realizar la práctica.

En el Congreso presentaremos la experiencia acumulada en los 6 primeros meses, valorando la efectividad, al menos memoristicamente, de lo enseñado en este aula de formación de familiares.

CONCLUSIONES: Pendiente de valoración de los 6 primeros meses.

PALABRAS CLAVE: Parada Cardíaca extrahospitalaria, tiempos de alerta, formación RCPB ciudadana

933 | Ciudadano

SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INICIAL

Fernández Fernadez, Manuel V. (1), Ramos Sánchez T (1), Lires Rodríguez C (1), Rial Otero J (1), Pastor Benavent MC (1), Vázquez Cacheiro J (1)

(1) Xerencia de Atención Primaria de Santiago, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: La frecuentación del paciente crónico es un aspecto complejo y preocupante de la práctica diaria de Atención Primaria. El Protocolo de Actividad (PA) del año 2008 de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela incluye, entre sus objetivos asistenciales, el seguimiento compartido (SC) de pacientes hipertensos.

El seguimiento compartido (SC) es una metodología de trabajo entre médicos y enfermeros de Atención Primaria (AP) con el objetivo de disminuir la frecuentación manteniendo o mejorando el grado de control.

MATERIAL: Estudio transversal de frecuentación con recogida de datos retrospectiva de los pacientes con hipertensión arterial en los doce meses previos a su inclusión en las consultas de seguimiento compartido. La población a estudio está constituida por pacientes diagnosticados de hipertensión arterial, atendidos en las consultas de Atención Primaria (servicios o unidades) en las que todos los profesionales eligieron el seguimiento compartido como objetivo de mejora asistencial. En total 1537 pacientes.

Por muestreo aleatorio estratificado por cupo se extrajo una muestra de 275 pacientes (56% mujeres y el 44% ho9mbres).

Se incluyeron los pacientes mayores de 14 años, diagnosticados de HTA, con al menos 1 año desde su diagnóstico.

Se excluyeron pacientes sin registros en su historia clínica en el último año, desplazados, cambios de domicilio, inmovilizados, pacientes con dificultad para su seguimiento: deterioro cognitivo, incapacidad para comunicarse, patología siquiátrica grave no controlada, enfermedades terminales.

Variables estudiadas: sexo, edad, frecuentación y grado de control.

RESULTADOS: El 65% de los pacientes acudieron más de 12 veces al año (hiperfrecuentadores) a la consulta de médico y/o enfermero, un total de 178 pacientes, de los cuales, el 38% fueron hombres y el 62% mujeres.

En cuanto al grado de control de HTA en los hiperfrecuentadores fue del 60% frente a un 50% de los no frecuentadores.

CONCLUSIONES: En la población estudiada observamos una elevada frecuentación con HTA como motivo principal de la consulta.

En nuestro estudio las mujeres son más frecuentadoras que los hombres.

Los pacientes más frecuentadores presentan mejor control de su HTA previo a la implantación de la intervención.

Limitaciones del estudio. fundamentalmente los cambios de profesionales como consecuencia de la resolución de la OPE del 2008 y la falta de homogeneidad de la muestra debido a que un porcentaje…….. de historias auditadas estaban en soporte informático (OMI-AP) y el resto en formato papel.

Como propuesta de mejora proponemos homogeneizar los registros en la HªC con el fin de facilitar las auditorías…….

PALABRAS CLAVE: hipertension, seguimiento, frecuentacion

944 | Ciudadano

EL ENFERMO TERMINAL Y SUS NECESIDADES ESPIRITUALES

Bilbao-Sáez De Paracueyo I (1), González -Reguero A (1), Portuondo-Jiménez J (2), Larrinaga -Llaguno M (1), De Luis -Álvarez S (1), García -Alegre R (1)

(1) Hospital de Basurto, Osakidetza. (2) Hospital de Cruces, Osakidetza.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN:

Cuando un paciente sufre una enfermedad progresiva, avanzada, que no es curable, se merece otro tipo de cuidados. Cuidados que deben ser orientados a la búsqueda del bienestar y calidad de vida en esos últimos momentos de la vida.

Hacer frente a una enfermedad amenazante para la vida genera necesidades psicosociales en los pacientes, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, etc., recursos utilizados para responder al sufrimiento psico¬lógico al que se enfrenta el paciente.

OBJETIVOS:

El personal de enfermería debe cubrir de una forma eficaz, eficiente y efectiva las necesidades espirituales (una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material), para así ayudar al enfermo terminal a hacer con menor sufrimiento psicológico en los últimos momentos.

MATERIAL: A veces, se tiende a evitar al paciente por no saber que decirle o como conversar con él, pero en esta situación, este requiere que se le dedique más tiempo para conocer lo que le preocupa y así poder apoyarle para poner en orden sus pensamientos y su vida.

Por ello, lo mejor que se pude hacer por los pacientes en fase terminal es estar a su lado y escucharle para procurar establecer un diálogo que le sea positivo y visitarle con frecuencia.

Una buena comunicación favorece el control del dolor, ansiedad, depresión y otros síntomas. La comunicación tiene formas verbales y no verbales, y si bien cada una transmite un mensaje determinado, las dos son necesarias para dar el mensaje total. Para que la comunicación sea eficaz eficiente y efectiva, el personal de enfermería debe saber escuchar, tener empatía y aceptación.

RESULTADOS: Los pacientes en fase terminal recibirán por parte del personal de enfermería el apoyo espiritual necesario en estos últimos momentos de la vida.

CONCLUSIONES: Con la ayuda del personal de enfermería los pacientes en fase Terminal, tendrán el apoyo de estos profesionales para cubrir de forma eficaz, efectiva y eficiente las necesidades espirituales que se plantean en estos momentos. Para ello, enfermería pone en práctica la comunicación.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO TERMINAL, NECESIDADES , ESPIRITUALES

956 | Ciudadano

RELACIÓN ENTRE DENSIDAD MINERAL ÓSEA, CALIDAD DE VIDA Y OTROS FACTORES DE INTERÉS EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS

Pérez-Fernández MR (1), Alves-Pérez MT (2), Almazán- Ortega R (3), Martínez-Portela JM (4), Segura-Iglesias MC (5)

(1) Servicio de Atención Primaria de Ribadavia, Gerencia A.P. Ourense- SERGAS. (2) Unidad de APOYO A LA Investigación, Complexo Hospitalario de Ourense-SERGAS. (3) Servicio de PROGRAMAS POBOACIONAIS de CRIBADO , Dirección Xeral de SAÚDE PÚBLICA. (4) Servicio de Atención Primaria de CANGAS, Gerencia A.P. Vigo- SERGAS. (5) Departamento de CIENCIAS MORFOLÓGICAS, FACULTAD de MEDICINA-Universidad de Santiago de COMPOSTELA.

OBJETIVOS: Evaluar si existen diferencias significativas en cuanto a valores de densidad mineral ósea (DMO), índice de masa corporal (IMC) y calidad de vida, entre las mujeres perimenopausicas de diferentes ámbitos: rural y semirrural

MATERIAL: Estudio transversal de prevalencia con selección aleatoria de 205 mujeres con una edad media de 50 años (D.T. +2,9) del SAP de Ribadavia (Ourense). Se realizaron dos encuestas presenciales, una con preguntas de características sociodemográficos y epidemiológicas y otra con el cuestionario de calidad de vida en osteoporosis (OPTQoL); también se les realizó una densitometría ósea en calcáneo con P-dexa. Para el análisis estadístico se utilizó la T de Student y Chi2.

RESULTADOS: De las 205 mujeres, 152 (74,1%) viven en hábitat rural y 53 (25,9%) en semirrural (ayuntamientos entre 5.000 y 10.000 habitantes). Las mujeres de ámbito semirrural poseen peores niveles de DMO que las que viven en medio rural (0,499g/cm2 - 0,526g/cm2) respectivamente (p= 0,034) e inferiores IMC (26,8kg/cm2 - 28,2kg/cm2) respectivamente (p=0,084), sin embargo su calidad de vida es mejor (2,4 - 2,8; p=0,148), aunque esta última no resulta estadísticamente significativa, si es clínicamente relevante. Las mujeres con IMC más alto tienen mejores valores de DMO (p<0,0001) pero su calidad de vida es peor (p<0,0001).

CONCLUSIONES: Las mujeres de ámbito rural tienen mejores niveles de DMO, IMC más altos y tienen peor calidad de vida que las mujeres de ámbito semirrural.

PALABRAS CLAVE: DENSIDAD DE MASA ÓSEA, MUJERES PERIMENOPÁUSICAS, CALIDAD DE VIDA

965 | Ciudadano

DEL GESTO AL ENTENDIMIENTO:COMUNICACIÓN NO VERBAL

Barrado -Narvión MJ (1), González -De la Cuesta D (1), Bara-Machín G (2), López -Ibort N (3)

(1) Hospital-UCI, Salud-HRV. (2) Hospital-Bloque Quirúrgico, Salud-HUMS. (3) Calidad, Salud-HCLB.

OBJETIVOS: -Conocer los elementos de la comunicación no verbal.

-Aplicar esos conocimientos en el postoperatorio inmediato, para mejorar la comunicación con el paciente recién intervenido.

-Aumentar la satisfacción de los pacientes.

-Mejorar la calidad de los cui

MATERIAL: Estudio descriptivo de los componentes de la CNV en los pacientes en el postoperatorio inmediato a través de los registros de enfermería establecidos para ello.

RESULTADOS: -Conocer las expresiones según patología quirúrgica

-Comprender signos y síntomas

-Relación próxima "prójimo"

-Interacción con el medio

-Aumento de la expresividad y sensibilidad

-Sentimiento de satisfacción

-Atenúa el dolor y aumento del bienestar

CONCLUSIONES: Mayor confortabilidad

Confianza del paciente hacia el equipo

Aumento de la calidad asistencial

Crecimiento personal, profesional y humano

Obtiene feed-back

Expresa emociones

Cuidado personalizado

PALABRAS CLAVE: Comunicación no verbal, Empatía, Enfermera

974 | Ciudadano

EVALUACIÓN Y MEJORA: PLAN DE ACOGIDA AL INGRESO EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS (CPQ)

Beteta-Fernández D (1), Ortiz Lorente MC (2), Martínez-Aragonés R (3), Díaz -Velázquez B (4), Armero Barranco M (4), Ferrer-Bas P (5)

(1) Unidad de Docencia y Formación Continuada, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). (2) Unidad de hospitalización 7ªC, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). (3) Unidad de Cirugía plástica y Quemados, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). (4) Área Maternal. , Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). (5) Diección de enfermería- Coordinadora de Hospitalización General, Farmacia y Unidad de Formación, Calidad e Investigación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

OBJETIVOS: Analizar las posibles causas de la no correcta realización del plan de acogida al ingreso en CPQ.

Identificar los criterios de calidad que indiquen si existe o no defecto de calidad.

Diseñar e implantar intervenciones de mejora en la realización del plan de acogida en CPQ.

Reevaluar si las intervenciones realizadas han sido apropiadas para llegar a los estándares marcados.

MATERIAL: En las mediciones oficiales de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) se detectó que el personal de enfermería de CPQ no realiza correctamente el plan de acogida al ingreso.

Tras analizar las posibles causas de la no correcta realización del plan de acogida, mediante encuesta de causas entre el personal de enfermería de CPQ, se elaboró un diagrama de causa-efecto (Ishikawa) y se diseñaron los criterios a utilizar en la evaluación.

Se enunciaron 7 criterios con excepciones y aclaraciones.

Para la identificación de los casos se consulta la planilla diaria del Servicio de Admisión del HUVA.

Para la obtención de los datos en las dos mediciones se utiliza la historia de enfermería de los pacientes ingresados y encuesta realizada al paciente "ad hoc".

Las evaluaciones se realizan en el turno de mañana del día posterior al ingreso.

La 1ª evaluación se realizó del 17/09/2009 al 6/11/2009.

La 2ª medición se realizó del 21/12/2009 al 21/01/2010.

No hubo método de muestreo, se cogieron a todos los pacientes ingresados en la unidad en las fechas indicadas anteriormente, hasta llegar a n=60.

Durante una semana, del 11 al 18 de diciembre, se formó al personal de la unidad en la correcta realización del plan de acogida. Se realizaron SESIONES individualizadas, explicándoles los pasos que incluye el Plan de Acogida e hicieron un caso práctico para aplicarlo.

RESULTADOS: En la 1ª medición los resultados de incumplimientos por criterios fueron: C1=1 (0,8%), C2=2 (1,5%), C3=29 (22%), C4=9 (6,8%), C5=17 (12,9%), C6=14 (10,6%), C7=60 (45.4%). Con una frecuencia absoluta de 132.

En la 2ª medición se disminuyeron los incumplimientos a 8; C3=4, C5=2 y C6=2. El resto de criterios no tuvieron incumplimientos.

CONCLUSIONES: Entre las principales causas de la no correcta realización del plan de acogida estaban la falta de conocimiento del personal de enfermería del protocolo y la falta de motivación y déficit en registrar la actividad.

Con el diseño de los criterios, pudimos identificar si existían problemas de calidad y cuantificar la mejora tras realizar las intervenciones.

PALABRAS CLAVE: CICLO, MEJORA, ACOGIDA

987 | Ciudadano

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE BIZKAIA

Izarzugaza Iturrizar, E. (1), Hernanz Ruiz, M. (2), Goiriena Seijo, M.D. (3)

(1) Unidad de Calidad, Red de Salud Mental de Bizkaia. (2) Psicólogo Clínico, Red de Salud Mental de Bizkaia. (3) Información Sanitaria, Red de Salud Metal de Bizkaia.

OBJETIVOS: PRESENTACIÓN

Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia es una Organización de Servicios de OSAKIDETZA que desde el 21 de marzo de 2010 forma parte de la Red de Salud Mental de Bizkaia, junto con los tres hospitales psiquiátricos del Territorio Histórico de Bizkaia (Hospital Zamudio, Hospital Zaldibar y Hospital Bermeo). La reorganización de la prestación de servicios sanitarios especializados de salud mental en el territorio histórico de Bizkaia supone entre otras cosas la implantación de un modelo organizativo basado en tres Procesos Asistenciales clave, Trastorno mental grave, Trastorno mental común y Trastorno mental Infanto-juvenil.

La atención integrada deberá garantizar la mejora de la salud, mayor calidad y seguridad de la atención, mayor eficiencia en el uso de los recursos y mayor satisfacción de pacientes y usuarios.

En el ámbito de la salud mental de usuarios adultos tenemos una larga trayectoria en la evaluación y análisis de la satisfacción de los pacientes y familiares. Sin embargo no ocurría lo mismo con el paciente infantojuvenil, así como con sus familiares (padre/madre) y/o tutores.

OBJETIVO

Conocer el grado de satisfacción que tienen los usuarios infantojuveniles atendidos en las Unidades de Psiquiatría Infantil de Bizkaia, así como la de sus padres, madres y tutores.

MATERIAL: Reflexión y análisis de diferentes encuestas de satisfacción realizadas en otros entornos/poblaciones. Equipo de trabajo: un Psicólogo Clínico (liberado) y el apoyo y supervisión de una Unidad de Gestión Sanitaria. Año 2008.

Búsqueda bibliográfica al respecto, elección de herramientas a utilizar, definición de variables, planteamiento métodológico, aplicación de los instrumentos seleccionados y elaboración de conclusiones. Prueba piloto: pasación de cuestionarios en una Unidad de Psiquiatría Infantil en Bizkaia. Cuestionario dirigido a niños, niñas y adolescentes de entre 11 y 17 años y Cuestionario dirigido a padres, madres y tutores. Año 2008.

Revisión y modificación de algunos ítems de los cuestionarios elaborados.

Distribución de ambos cuestionarios en todas las Unidades de Psiquiatría Infantil de Bizkaia. Año 2010.

RESULTADOS: Se presentan los principales resultados obtenidos con las encuestas.

CONCLUSIONES: Se elabora un informe de valoración sobre el propio proceso de encuestación, identificando puntos fuertes y puntos débiles, señalando áreas de mejora a implantar en el siguiente proceso de encuestación.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción, Adolescentes, Padres

995 | Ciudadano

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PARTICIPANTES EN LOS TALLERES DE VIOLENCIA DE GÉNERO DE LA ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA LA CIUDADANÍA

Graña Garrido MI (1), De la Peña Cristiá MM (2), Prados Moreno JC (3), López Silva MC (4)

(1) Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistrencial, SERGAS. (2) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI. (3) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (4) Ambulatori Praza do Ferrol. , XAP Lugo. Sergas.

OBJETIVOS: Determinar el perfil sociodemográfico de las personas asistentes a los talleres, para corregir el posible sesgo de género que supone la poca participación de hombres en estas actividades formativas

MATERIAL: La población a quien se dirige son asociaciones de mujeres y ciudadanía en general, la muestra objeto de estudio son los y las 75 asistentes a los tres talleres de Educación Sanitaria en Violencia de Género realizados en los meses de abril y mayo de este año.

Es un estudio de tipo descriptivo, cualitativo de corte transversal. Se utilizan dos cuestionarios ad hoc, pre y post actividad, para recoger los datos a estudiar, el análisis de los datos se realiza con el programa de análisis estadístico G-Stat.

RESULTADOS: Se trata de una muestra de 75 personas, 94,66 % mujeres y 5,33% hombres, con una edad media de 40 años

El 78% de los y las asistentes tienen un nivel de estudios universitarios o de formación profesional.

El 66% de las personas asistentes al taller son solteras .

El 67% de las mujeres realizan trabajo doméstico no remunerado.

El 5% de los asistentes al taller son hombres.

CONCLUSIONES: El perfil de la persona que asiste a estos talleres de Educación Sanitaria en Violencia de Género es el de mujer soltera, con una edad media próxima o en torno a los 40 años con estudios de formación profesional/universitaria y trabajo doméstico no remunerado.

Destacar el sesgo de género de las personas asistentes a estos talleres,

El conocimiento de la violencia de género y sus consecuencias en la salud es de poco o muy poco interés para los hombres.

PALABRAS CLAVE: violencia, género, ciudadanía

1034 | CIUDADANO

RECAMBIO DE LA SONDA DE GASTROSTOMÍA PERCUTANEA EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE.

Iglesias Ojea A (1), Trelles Martín A (2), Arias Barrientos S (3), Dios Del Valle R (1)

(1) Gerencia, Hospital de Jarrio. (2) Cirugía General, Hospital de Jarrio. (3) Gerencia, Área Sanitaria I de Asturias .

OBJETIVOS: Incrementar la accesibilidad de los pacientes que requieren el recambio de la sonda PEG evitando desplazamientos innecesarios al hospital implementando un programa de recambio en el domicilio del paciente, mejorando con ello también la confortabilidad del paciente y evitando gastos innecesarios en desplazamientos para los usuarios.

MATERIAL: La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) es una vía de acceso para la alimentación en pacientes que requieran una nutrición enteral a largo . Ésta vía de acceso entre la piel del abdomen y el estómago puede ser temporal o permanente. Esta técnica es usada en pacientes como: ACV,parálisis cerebral, esclerosis lateral, alteraciones deglutorias e imposibilidad para una suficiente nutrición oral en paciente ancianos o demenciados, Grandes quemados o trauma severo, Pacientes con lesiones orofaringeas que impiden la alimentación oral, etc. Las sondas de la PEG se cambian cada 6 meses. Estos cambios se realizaban en el Hospital.. Fase de Elaboración: Elaboración del protocolo (Jefe del Servicio de Cirugía General y Coordinador de Enfermería de Atención Primaria). Enero-Febrero 2008. Formación del formador para el recambio de la sonda.

2. Fase de Implantación: Notificación de los pacientes,planificación del recambio (Jefe de Servicio de Cirugía y Coordinador de Enfermería). Marzo 2008 a Abril 2009. Formación de los profesionales de enfermería de los EAPs. Se realiza con el profesional de enfermería responsable del paciente. Inicio del recambio en el domicilio del paciente.

3. Fase de evaluación: Estudio Descriptivo. Ámbito: Atención Primaria. Se estudian los pacientes a los que se les hace el recambio de la sonda en domicilio desde marzo de 2008 a abril del 2009.Variables: número pacientes, número sondas, municipio, distancia al hospital, coste en transporte del desplazamiento(taxi).

RESULTADOS: 7 pacientes de 5 municipios diferentes. Cambiadas 14 sondas. Hemos evitado 483.2 km de desplazamiento total, lo que significaría una media de 69,02 km por paciente (rango:19,2-135,2 km). Si calculamos 0,53 euros por km (tarifa taxi estándar) hemos evitado el gasto a estas familias de 256.096 euros totales, media: 36,58 euros/paciente.

CONCLUSIONES: El programa incrementa la accesibilidad del sistema sanitario mejorando la coordinación interniveles e incrementado la capacidad resolutiva de AP, logrando con ello incrementar la confortabilidad de estos pacientes y sus familias, lo cual es de gran importancia al ser un colectivo muy vulnerable por su estado de salud. El programa funciona también evitando gastos a las familias, algo de gran interés en nuestra zona, ya que la renta familiar disponible en todos los municipios de nuestra zona es más baja que la media de Asturias.

PALABRAS CLAVE: Accesibilidad al Servicio de Salud, Atención Domiciliaria, Gastrostomía percutánea

1079 | CIUDADANO

MAPA DE PROCESOS DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Abad Cebolla JC (1), Currás Mateo MD (2), Belkebir S (3), Sanz Baselga A (1), Lapeña Lapeña M (4), García Mata JR (5)

(1) Servicio de Admisión, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Subdirección Médica, Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Unidad Docente Medicina Prevetniva y Salud Pública, Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet. (4) Servicio de Admisión, Hospital Unversitario Miguel Servet. (5) Unidad de Calidad Asistencial , Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: Implantar un sistema de gestión de calidad en el servicio de admisión del Sector Zaragoza II.

Objetivos específicos:

1. Implantar la gestión por procesos en el servicio de admisión.

2. Implantar la certificación según la norma UNE-EN-ISO 9001-2008 en el servicio de admisión, a partir del diseño del proceso de admisión.

MATERIAL: metodología de gestión por procesos (elaboración mapa subprocesos, clientes internos y externos, indicadores de calidad y procedimientos operativos).

Adaptación de la documentación elaborada en el diseño del proceso a las especificaciones de la certificación UNE-EN-ISO 9001-2008.

Formación de los profesionales de admisión en gestión por procesos.

Implicación y participación del grupo de mejora del servicio de admisión en todo el proceso de certificación.

Reuniones semanales con la Unidad de Calidad Asistencial de seguimiento y apoyo.

Reuniones con todos los mandos intermedios: formación e información y revisión documental.

Plan formativo a todos los profesionales de admisión en conceptos básicos de calidad y conocimiento de los procedimientos en los cuales están implicados.

RESULTADOS: Elaborado un mapa de procesos que incluye 7 subprocesos, para cada uno de los cuales contiene:

- Flujograma.

- Ficha técnica.

- Procedimientos.

Toda documentación elaborada (procedimientos generales y operativos y registros según especificaciones ISO 9001).

Sistema implantado y prevista auditoría interna para el mes de noviembre 2010

CONCLUSIONES: La implantación de un sistema de gestión de calidad dentro del servicio ha contribuido a estructurar y mejorar la protocolización y de la información contenida en el Manual de procedimientos con el que contaba el servicio.

Por otra parte, se han detectado áreas de mejora que se han plasmado en líneas de mejora recogidas en el programa anual de calidad que desarrolla el servicio y el contrato de gestión que el servicio firma con la dirección de la organización.

La información y participación de los profesionales mejora la motivación en la gestión del servicio.

PALABRAS CLAVE: gestión, procesos, admisión

1085 | Ciudadano

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Antonio Acevedo Prado (1), Rubén Casado Arroyo (2), David Lanza Escobedo (3), Alfonso Del Río Ligorit (2)

(1) Coordinador de Calidad, Docencia e Investigación, Área Sanitaria de Ferrol. (2) Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Facultad de Psicología (Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación), Universidad Autónoma de Madrid.

OBJETIVOS: Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con cardiopatía isquémica

MATERIAL: Hemos realizado un estudio transversal prospectivo en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). Fueron susceptibles de ser elegidos los pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica durante el 2009. Se obtuvieron datos de: (1) demográficos de los pacientes; (2) medicación tomada; (3) motivo del ingreso y (4) grado de satisfacción en diferentes ámbitos de la atención sanitaria a lo largo de su ingreso hospitalario. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS

RESULTADOS: Se incluyeron 98 pacientes en el estudio. Los pacientes ingresados tenían una edad media de 67.18.7. La proporción de mujeres fue similar (19% vs 23%; p > 0.05). Los grados de satisfacción son variables en los pacientes ingresados:

1. Pacientes muy satisfechos con todo lo realizado para tratar su angina: 75,6%

2. Pacientes muy satisfechos con las explicaciones de los sanitarios con respecto a su dolor torácico: 68%

3. Pacientes en los que la angina ha limitado el disfrute de su vida habitual de forma al menos moderada: 42,7%

4. Pacientes al menos bastante insatisfechos si tuvieran que pasar el resto de su vida con el dolor torácico actual: 65,9%

5. Pacientes que se preocupan con frecuencia sobre la posibilidad de tener un ataque cardiaco o morir de forma súbita: 32,9%

CONCLUSIONES: Los pacientes ingresados con cardiopatía isquémica en nuestro centro presentan un alto grado de satisfacción con respecto a su tratamiento y explicaciones por los sanitarios sobre su enfermedad. La labor de los profesionales en Cardiología en este ámbito es fundamental a la hora de ayudar a la comprensión de su patología. Son necesarios más estudios para monitorizar la satisfacción durante la evolución natural de la cardiopatía isquémica y evaluar la posibilidad de que otras comorbilidades (psicosomáticas) puedan modificar la vivencia de su enfermedad cardiovascular

PALABRAS CLAVE: Cardiopatía, Isquémica, Satisfacción

1105 | Ciudadano

¿CÓMO SON NUESTROS USUARIOS?

Cuevas-Baticón B (1), Beguer -Larrumbe N (2), Aguilar-Martín C (3), Dalmao-Llorca R (2), Fabá- Prats I (2), Segura -Marti A (2)

(1) Atención Primaria ABS Tortosa Est, Institut Catalá de la Salut Gerencia Territorial Terres d'Ebre Tortosa. (2) Atención Primaria -Área Basica Tortosa Est, Institut Catalá de la Salut. (3) Unidad de evaluación Gerencia Territorial Terres de l'ebre, Institut Catalá de la Salut.

OBJETIVOS: Conocer la relación entre el perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos al sistema público de salud y la frecuentación al mismo.

MATERIAL: Diseño: Estudio descriptivo transversal para conocer las características sociodemográficas y seguimiento observacional de cohortes prospectivo de la variable frecuentación.

Ámbito de estudio: El estudio se realiza en el Área Básica de Salud Tortosa Est.

Sujetos: Pacientes entre 34 y 74 años de edad. n=181

Medidas: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de estudios y frecuentación al sistema público de salud durante 4 años (Atención Primaria, atención continuada, urgencias hospital y hospitalizaciones).

RESULTADOS: La distribución de la población estudiada es superior en hombres, mayoritariamente casados, con estudios primarios y con una distribución similar de trabajadores y pensionistas.

La frecuentación media anual a Atención Primaria es de 12 visitas/paciente/año. Para cada visita a urgencias del hospital se realizan 2 visites a urgencias de Atención Primaria.

La frecuentación total aumenta con la edad siendo la media de visitas anual entre 34 y 49 años de (12,1 ±9,7), entre 50 y 65 años (14 ±12) y entre 66 y 74 años (17,8 ±10,7) p=0,06.

Les persones viudas son las que más atención solicitan con una media de (21,7 ±11,2), seguidas de las separadas (16,4 ±11,2), las casadas (14,7 ±11,5) y las solteras (13,2 ±9,4), p=0,09.

Los jubilados tienen una frecuentación anual de (17,9 ±11), los trabajadores (12,9 ±12,6) y las amas de casa (12,9 ±4,6), p=0,17.

Los pacientes con estudios primarios son los más frecuentadores con una media de (17 ±13,3), seguidos de los que no tienen estudios (15,5 ±7,3), los universitarios (10,9 ±6,1) y los que tienen estudios secundarios (10 ±6,4), p=0,037

CONCLUSIONES: Las personas de mayor edad, los viudos y jubilados frecuentan más el sistema sanitario, así como las personas con un nivel bajo de estudios.

PALABRAS CLAVE: Frecuentación, usuario

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL, UN MÉTODO DE MEJORA, LA CITACIÓN POSTAL.

Diana Serrano Peris (1), C. Chaverri Alaman. (2), A. Antoñanzas Lombarte. (3), A. Villanova Lanuza. (4)

(1) Dirección General de Atención al Usuario, Servicio Aragonés de Salud.. (2) C. S. Binefar. Sector Barbastro., Servicio Aragonés de Salud.. (3) C. S. Delicias Sur. Sector Zaragoza III., Servicio Aragonés de Salud.. (4) C.S. Delicias Sur. Sector Zaragoza III., Servicio Aragonés de Salud..

OBJETIVOS: La puesta en marcha del Servicio Salud Informa dentro del Servicio de Atención al Ciudadano induce a explorar nuevos métodos de citación que mejoren la eficacia del sistema sanitario y la satisfacción de las usuarios.

Se elige el servicio de vacunación antigripal por:

Resultados de cobertura variable por desconocimiento de la indicación personal de la vacuna, desconfianza de la eficacia de la misma y/o temor a los efectos secundarios, dificultades para concertar cita, olvido de la misma o confusión en el día y hora.

La concentración de actividad en un corto periodo de tiempo ocasiona una importante sobrecarga en los servicios de admisión de los centros de salud y tanto por la solicitud de cita telefónica como la solicitud de cita presencial,

Debido al factor anterior surge incomodidad y numerosas quejas por parte de los pacientes.

En el año 2008 se realiza una primera aproximación al método de citación/captación activa por carta en un solo cupo, con resultados excelentes.

Los objetivos de este trabajo son:

Evaluar las dificultades y los resultados de la extensión de un sistema activo de citación centralizada y por correo a dos centros de salud con la finalidad de:

Mejorar la cobertura de la vacunación.

Evaluar una nueva metodología de trabajo, identificando puntos fuertes y áreas de mejora,

Valoración de la aceptación de la población de este método.

Aumentar la satisfacción de los usuarios.

Han participado en este proceso dos centros de A.P. de Aragon: un centro urbano de, Delicias Sur de Zaragoza y un centro rural , C.S. Binefar de Huesca.

Debemos recordar que el periodo evaluado coincide con la pandemia de gripe A y la doble vacunación de Gripe estacional y Gripe A

MATERIAL: MATERIAL Y método:

Se decide actuar sobre las citaciones de gripe estacional de mayores de 65 años, aunque también se realizó posteriormente la citación de gripe A a grupos de riesgo.

Fases de trabajo:

Extracción de listado de pacientes mayores de 65 años de la base de tarjeta sanitaria, agrupados por cupo,

Depuración de listados por los sanitarios responsables de cada.

Definición de agendas.

Generación de cartas y envío postal.

Evaluación, de coberturas, satisfacción y dificultades.

RESULTADOS: Para realizar la evaluación hemos comparado las coberturas de Cartera de Servicios de Delicias Sur con otro centro de similares características sociodemográficas ubicado en el mismo barrio de Zaragoza (EAP 6) y con las coberturas del resto de los centros de su Sector sanitario.

Cobertura: el centro Delicias Sur ha incrementado un 8 % su cobertura de vacunación antigripal, mientras que el EAP 6, sobre el que no se ha actuado, ha tenido un descenso del 2 % en su cobertura. Este descenso de coberturas se repite en el 85 % de los centros del sector.

El centro de salud Binefar ha incrementado su cobertura en un 33%.

Respecto a la vacunación de la gripe A. El centro de salud Delicias Sur ha obtenido la mejor cobertura del sector, casi triplicando la vacunación del centro 6 con el que lo comparamos.

Satisfacion: respecto a la satisfacción en la encuesta telefónica realizada, el 87 % de los encuestados consideran este método de citación bastante o muy útil, mientras que el 4,3 % lo considera nada o poco útil.

Los profesionales de los centros de salud opinan que ha producido una mejoría muy notable de la Organización del Centro, mejor distribución del tiempo ,mejora en el registro de vacunas, disminución del trabajo administrativo y comodidad para trabajadores y usuarios.

CONCLUSIONES: La citación postal es un método que requiere un alto nivel de organización de los centros de salud y un importante apoyo técnico para la gestión del proceso de citación y generación de citas postales, que ha sido posible gracias al servicio Saludinforma.

Los resultados en cuanto a eficacia (cobertura) y satisfacción de usuarios son muy positivos.

Estamos trabajando en la extensión de este servicio a un mayor numero de centros sanitarios.

PALABRAS CLAVE: usuario, vacunacion, gripe

1211 | Ciudadano

OTRAS FORMAS DE MOTIVAR AL PROFESIONAL

Martínez-Saorin ME (1), Martínez-Gimenez A (2), Escudero-Sánchez MC (3), Lorca-Sánchez I (4), Cayuelas-Verdu FJ (5), Valiente-Borrego F (6)

(1) Servicio de Atención al Usuario, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (2) Servicio de Atención Al Usuario, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (3) Servicio de Urgencias, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (4) Dirección de Gestión, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (5) Servicio de Informática, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (6) Calidad, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

OBJETIVOS: Desde el Servicio de Atención al Usuario de nuestro hospital observamos que los pacientes y familiares, que acuden a nuestro servicio, utilizan la forma escrita para presentar sus quejas y reclamaciones, no siendo así, para los agradecimientos, que habitualmente se realizan de forma verbal.

El objetivo de este trabajo es conseguir que el nº de agradecimientos realizados de forma verbal, se recojan por escrito, con el fin de que este documento sirva para incentivar a los profesionales y sirva de estimulo para su práctica diaria.

MATERIAL: Se forma un equipo de trabajo que evalúa la situación, tras lo cual se plantea una acción de mejora, que consiste en:

1.- Informar a todos los usuarios que acuden al SAU expresando su satisfacción, que tienen la posibilidad de hacerlo por escrito.

2.- Se comunica a los supervisores de los diferentes servicios de nuestro hospital, donde existe recogida de quejas y reclamaciones, de la necesidad de informar a pacientes y familiares de la posibilidad de expresar por escrito los agradecimientos que manifiestan de forma verbal.

3.- Crear un indicador para realizar un seguimiento: nº agradecimiento/ mes/ servicio.

4.- Comunicar a los profesionales y/o servicio implicados los agradecimientos recogidos.

5.- Inicio de la acción de mejora en Abril de 2008.

RESULTADOS: Durante el año 2007 se registraron 2 agradecimientos.

Tras la evaluación posterior a la acción de mejora se obtienen los siguientes resultados:

- Año 2008: 14 agradecimientos por escrito.

- Año 2009: 26 agradecimientos por escrito.

CONCLUSIONES: La acción de mejora propuesta e implantada ha sido un éxito, con un aumento del 54% entre el año 2008-2009.

Estos datos contribuirán a mejorar la imagen corporativa de nuestra organización.

Los profesionales a los que se les entrega el agradecimiento mostrado por el paciente o sus familiares, sobre la profesionalidad y/o trato recibido, muestran su satisfacción y refieren que este gesto les ayuda a mejorar cada día.

PALABRAS CLAVE: calidad, motivacion, agradecimiento

1215 | Ciudadano

BENEFICIOS DE LA MODELIZACIÓN DEL CIRCUITO DE PETICIONES ELECTRÓNICAS DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS

Navarro-Egea AP (1), Soler-Gallego P (2), Pina-Salinas F (2), Sánchez-Ballester MA (3), García-Jiménez C (4), Hellín-Monasterio J (4)

(1) Formación, Investigación y Calidad, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Servicio de RADIOLOGÍA, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Supervisión de Consultas Externas, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (4) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS: - Disminuir el tiempo de resolución del proceso patológico del paciente.

- Evitar el trasiego del paciente por el hospital

- Organizar la información en la Hª Clínica Electrónica del paciente para un posterior consulta más ágil.

- Evitar la pérdida en

MATERIAL: Forman parte del circuito:

- Facultativos peticionarios de pruebas de Radiología Convencional.

- Auxiliares de Consultas Externas.

- Servicio de Radiología.

- Sistema de Información Sanitario del hospital.

El profesional médico detecta la necesidad de que el paciente se someta a una prueba radiológica convencional y realiza la petición en Selene (sistema de información sanitario del hospital). A esta petición se vincula la cita en las agendas de Radiología, con lo cual el paciente sale de la consulta con la petición cursada y la fecha de la cita en la que se realizará.

A continuación, la auxiliar de la consulta citará la revisión con el médico el mismo día tras la realización de la prueba radiológica.

RESULTADOS: Con la implantación de esta metodología de trabajo obtenemos un circuito de Alta Resolución para el 100% de los pacientes, consiguiendo que en la consulta médica se obtenga la cita de la prueba radiológica y la revisión con el médico el mismo día; y que los resultados de las pruebas queden guardados en la Historia Clínica Electrónica, sin que haya perdidas ni extravíos de resultados que ralentizarían la resolución del proceso patológico del paciente.

CONCLUSIONES: Con la puesta en marcha de este circuito aumenta la calidad de la atención al paciente, evitándole colas innecesarias, trasiegos por el hospital y agilizando la resolución de su proceso patológico, al mismo tiempo que optimizamos los recursos con los que cuenta la institución, reducimos el gasto económico y energético ligado al procesado de placas radiológicas y cumplimos con la aplicación de nuestra política de sostenibilidad medioambiental.

PALABRAS CLAVE: PETICIÓN, ELECTRÓNICA, RADIOLOGÍA

¿MEJORALA COBERTURA DE VACUNACIÓN CUANDO EL PERSONAL SANITARIO SE DESPLAZA AL COLEGIO?

Ros-Martínez E (1), Guerrero-Díaz B (1), Ramirez-Espín (2), Luquin-Martínez R (1), Sánchez-Inglés M (2), Zamora-Lorente J (1)

(1) Atención Primaria de Cartagena, Centro de Salud Virgen de la Caridad. (2) Atención Primaria de Cartagena, Centro de Salud Virgen de la Caridad.

OBJETIVOS: - Conocer si mejora la cobertura de vacunación del virus del papiloma humano cuando el personal sanitario se desplaza a los colegios.

- Evaluar las diferencias de cobertura entre tres colegios de una Zona de Salud Urbana.

MATERIAL: Introducción: En el área de Salud del estudio se dejó de acudir al colegio a vacunar , pensando que era mejor que las niñas acudiesen a su Centro de Salud.

Se decide acudir a los colegios para administrar la vacuna del papiloma humano a las niñas nacidas en 1995 previa campaña informativa sobre: Utilidad de la vacuna.- Seguridad de la misma -Pautas de administración.

Tipo de Estudio: Descriptivo y transversal.

Sujetos de Estudio: 245 niñas : 119(48,6%) nacidas en 1994 que debían acudir al Centro de Salud a vacunarse, notificado mediante carta y mensaje por telefonía móvil y 126 (51,4%) nacidas en 1995 vacunadas en sus colegios pertenecientes a nuestra Zona de Salud durante el año 2009. Excepción: Niñas nacidas en 1995 pertenecientes al Centro de Salud pero que acuden a otros colegios fuera de la zona en 2009.

Fuente de Datos : Listados obtenidos de la historia clínica de OMI-AP(programa informático del Servicio Murciano de Salud).

Tratamiento estadístico: Análisis descriptivo, tablas de contigencia, ji-cuadrado.

RESULTADOS: Total de niñas vacunadas 158 (64,5%).De las niñas nacidas en 1994 se vacunaron 50 (42%), todas en el Centro de Salud. De las niñas nacidas en 1995 se vacunaron 108 (85,7%), todas en los colegios, con $p<0,001$.

La distribución de las niñas vacunadas nacidas en 1995 por colegios : 1er colegio se vacunaron 59 niñas (100%); 2º colegio 15 niñas(71,4%) y en el 3er colegio 35(73,9%) con $p<0,001$.

CONCLUSIONES: 1. La cobertura de vacunación mejora cuando el personal sanitario se desplaza a los colegios.

2. Existen diferencias entre los tres colegios, pudiéndose atribuir la mayor cobertura, a una mayor distribución y compromiso con la información recibida por parte del colegio en cuestión.

PALABRAS CLAVE: Cobertura vacuna, Colegios, Virus papiloma

REGISTROS DE VALORACIÓN INICIAL DEL NIÑO AL INGRESO EN HOSPITAL INFANTIL VIRGEN DE LA ARRIXACA

Alcaraz-Pérez T (1), Alonso-Blanco F (2), Braña-Noya R (3), Cervantes-Vidal J (4), Martínez -Guirao JM (5), Mena -Checa MP (6)

(1) Enfermera Supervisora Urgencias Infantil. , Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (2) Enfermera Supervisora Área Pediatría, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (3) Enfermera Supervisora Lactantes, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (4) Enfermera Supervisora Escolares, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (5) Enfermera Supervisora Oncología Infantil, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud. (6) Enfermera Supervisora Cirugía y Aislados Infantil, Hospital Infantil "Virgen de la Arrixaca". Servicio Murciano Salud.

OBJETIVOS: Estructurar siguiendo una metodología rigurosa, las hojas de registro de enfermería de la valoración del niño al ingreso, en base a las especificaciones de las diferentes unidades de hospitalización infantil.

- Coordinar esfuerzos para evitar que cada profesional actúe de forma independiente y como resultado aumentar la calidad de los cuidados.
- Conseguir no sólo coordinar las intervenciones, sino también dar continuidad a los cuidados.

MATERIAL: Tras el inicio en nuestro hospital a finales de 2009 del formulario de valoración inicial del paciente adulto en el soporte informático SELENE, se hace necesario adaptar dicho formulario estructurado según patrones funcionales de Marjory Gordon, a las necesidades del paciente pediátrico.

Para poder alcanzar el objetivo, al inicio de este año, se crean cinco grupos de trabajo organizados según homogeneidad de los registros de enfermería, constituyendo así la pieza clave como punto de partida en la elaboración del plan de cuidados personalizado para cada niño.

Una vez generados los diferentes registros, se han incorporado al soporte informático, constituyendo así un documento esencial y de gran importancia en la historia clínica del paciente pediátrico.

RESULTADOS: Se han elaborado cinco hojas de registro correspondientes a la siguiente distribución:

1ª-Hoja para Aislados, Cirugía, Lactantes, Escolares y Oncología.

2ª Hoja para el SOU de Urgencias pediátricas.

3ª Hoja para Neonatología.

4ª Hoja para Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

5ª Hoja para Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Todas ellas se están aplicando ya al ingreso del niño en cualquiera de las Unidades de nuestro Hospital Infantil, con la característica de estar pensadas y elaboradas de forma que al finalizar el registro, en un futuro próximo nos facilitará los Diagnósticos de enfermería sugeridos.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha del nuevo documento específico de enfermería pediátrica, ha supuesto el establecimiento de una fuente de diálogo y comunicación además de un clima de confianza entre el personal de enfermería, el niño y sus padres.

Además, se ha convertido en la mejor aproximación a lo que hoy en día es la práctica de nuestro trabajo, constituyendo el mejor sistema de la evaluación del niño y la efectividad de los cuidados, siendo así un referente para el control de calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Registros , Enfermería, Evaluación

1278 | Ciudadano

IMPACTO DE LAS HERRAMIENTAS DE LA WEB SOCIAL EN LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

Vázquez-Vázquez M (1), Escobar-Ubreva A (2), Esposito T (3), León-Vergara MR (4)

(1) Observatorio para la Seguridad del Paciente, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Sistemas de Información, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (3) Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud , Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (4) Comunicación , Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: Desde su aparición, la web social se ha convertido en una potente herramienta para difundir contenidos de salud, crear canales de comunicación entre profesionales sanitarios y ciudadanos, y acercar las instituciones de salud a sus usuarios.

En este contexto, surge el Observatorio para la Seguridad del Paciente, dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, con la finalidad de poner a disposición de todos los interesados el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) y el procedente de otras organizaciones y sistemas; unos conocimientos a los que tienen acceso tanto profesionales sanitarios como usuarios, y que tienen la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros.

MATERIAL: Para que los contenidos difundidos por el Observatorio para la Seguridad del Paciente lleguen a un mayor número de usuarios, desde septiembre de 2009 se ha puesto en funcionamiento una página en la red social Facebook. A través de ella se pretende que los usuarios de esta red conozcan los contenidos sobre seguridad y calidad sanitaria que difunde el Observatorio, pero, además, que ellos sean los principales transmisores de la información a través de sus propios contactos, traspasando las fronteras de su ámbito de actuación administrativo.

En este sentido, también se ha creado un canal en Youtube sobre `Prácticas Seguras´, acercando de manera visual diferentes prácticas seguras en la práctica asistencial.

RESULTADOS: Desde su creación en septiembre de 2009, la página del Observatorio para la Seguridad del Paciente en la red social Facebook cuenta con 523 seguidores, publicando una media de 5 informaciones a la semana.

Por su parte, el canal Youtube sobre `Prácticas Seguras´ cuenta con 16.250 visualizaciones de vídeos, teniendo el vídeo más visto 8.409 visitas.

CONCLUSIONES: Las herramientas de la web social cuentan cada vez con una mayor aceptación entre la ciudadanía, por lo que la difusión de contenidos de salud por estos canales es un importante paso adelante en la información de profesionales y ciudadanos, y en la interacción entre éstos.

Su desarrollo futuro y su expansión serán claves para una ciudadanía que cuente con una información sobre salud más clara y rigurosa.

PALABRAS CLAVE: web-social, información, salud

1289 | Ciudadano

MEJORA DE LA RENTABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR (IPA)

Del Río Medel L (1), Blázquez Gómez R (1), Guerrero Gómez C (1), Casañ López C (1), Cesteros R (1), Ramírez Almagro C (1)

(1) Laboratorio de Microbiología y Parasitología, Hospital J.M.Morales Meseguer (Murcia).

OBJETIVOS: Conocer si la incubación prolongada a 7 días de los medios sólidos y líquidos (enriquecimiento) de muestras de líquido articular y biopsias periprotésicas, aumenta la rentabilidad diagnóstica en el hospital J.M.Morales Meseguer.

MATERIAL: Se han estudiado un total de 125 muestras de líquido articular y biopsias periprotésicas de pacientes con sospecha de IPA. Se realizó la siembra en los medios de cultivo convencionales sólidos y líquidos (BHI/Tioglicolato), se valoró el resultado a las 48 h de incubación y posteriormente si no se había observado ningún crecimiento se reincubaron y se realizó un subcultivo en agar chocolate desde el medio de enriquecimiento a los 7 días. Se consideraron significativos los aislamientos de Staphylococcocus coagulasa negativo (SCN) cuando dicho microorganismo estaba presente en varias muestras y tenía el mismo patrón de sensibilidad.

RESULTADOS: De las 125 muestras, fueron positivas a las 48 horas de incubación 67 (53%) y las 58 restantes fueron negativas (47%). El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue el Staphylococcus coagulasa negativo. La incubación prolongada y el subcultivo de los medios de enriquecimiento de las muestras que fueron negativas a las 48 horas nos permitió recuperar 7 aislamientos más (5 SCN, 1 S. aureus y 1 Enterobacter cloacae),siendo el incremento de la rentabilidad de un 12%.

CONCLUSIONES: La incubación prolongada de los medios de cultivo aumenta la rentabilidad diagnóstica de las muestras procedentes de pacientes con sospecha de IPA. Dado que el microorganismo aislado con mayor frecuencia es el SCN, es imprescindible hacer una interpretación cuidadosa de los resultados para intentar identificar los aislamientos que podrían comportarse como contaminantes.

PALABRAS CLAVE: MICROBIOLOGÍA, INCREMENTO, RENTABILIDAD

1312 | CIUDADANO

ÉRASE UNA VEZ UN PLAN DE ACOGIDA EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

García-Caro S (1), Gil-Orellana MJ (2), Borrás-Formoso C (2), Mera-Sánchez T (2), Nieto-Ponce De León MD (3), Romero-Rebollo E (4)

(1) Unidad Clínica de Pediatría, Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz . (2) Unidad Clínica de Pediatria, Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz . (3) Área Materno Infantil, Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz . (4) Unidad Clínica de Pediatría, Due.

OBJETIVOS: • Aportar mejoras al plan de acogida existente en la Unidad de Pediatria.

• Facilitar la integración del niño y familiares en el entorno hospitalario.

• Establecer una atención integral al niño y ala familia abarcando todos los aspectos Biológico, Psicológico y Social.

• Marcar una líneas de actuación para le personal de enfermería en la recepción del paciente..

MATERIAL: Se organiza un grupo de trabajo dentro de la Unidad Clínica de Pediatría, formado por el personal de Enfermería, para unificar y actualizar el plan de acogida existente en la Unidad.

Para las mejoras de dicho Plan se consulta bibliografía existente, planes de acogidas en otros centros hospitalarios y se deliberó el conjunto de acciones imprescindibles que se venían realizando hasta el momento para garantizar unos cuidados de calidad.

Nuestras acciones estarían encaminadas a tratar:

- Ubicación de la Unidad de Pediatría
- Organización de las habitaciones.
- Procedencia de los pacientes.
- Presentarse si mismo.
- Entrega de Guía de acogida.
- Información sobre normas y funcionamiento de la Unidad.
- Establecer Valoración por necesidades.
- Establecer Diagnósticos de Cuidados de Enfermería.
- Mantener confidencialidad de los datos.
- Orientar al paciente y familia sobre las instalaciones del Centro.
- Poner en práctica precauciones de seguridad.
- Proporcionar documento de derechos y deberes del paciente.
- Facilitar útiles necesarios durante la hospitalización.

RESULTADOS: la información dada al ingreso se refuerza por el resto del personal de enfermería en los distintos turnos. Al existir este plan de acogida unificado y revisado por el personal de enfermería se garantiza una misma línea de actuación evitando la variabilidad en la administración de nuestros cuidados ofertados

CONCLUSIONES: los efectos negativos del ingreso también están relacionados con la ignorancia del medio en que se encuentran, que es frío y a veces hostil (por actuaciones agresivas que su tratamiento conlleva), separado de su clima familiar y afectivo. Con el Plan de Acogida queremos acercarnos al niño y a su familia y crear una atmósfera de seguridad para ellos.

PALABRAS CLAVE: Plan de Acogida, Niño, metodología

1375 | CIUDADANO

LA MEDIDA DE LA IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS QUE CONFIGURAN LA SATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL CATSALUT CON LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Aguado-Blazquez, H (1), Cerda-Calafat,I (2), Murillo-Font,C (3), Brosa-Llinares, F (2)

(1) Área de Servicios y Calidad , Servicio Catalán de la Salud. (2) Área de Servicios y Calidad, Servicio Catalán de la Salud. (3) CRES , Universidad Pompeu Fabra .

OBJETIVOS: La medida de la satisfacción de los asegurados es una herramienta de utilidad para conocer la percepción que los usuarios de los servicios de salud tienen de los servicios recibidos y para orientar las políticas de mejora en la prestación de los servicios de salud.

Objetivos:

Conocer la importancia que se otorga a las dimensiones de la calidad de servicio y su relación con la valoración de las mismas, mediante la utilización del IPA

MATERIAL: La información estadística proviene de las encuestas de satisfacción del Plan de encuestas del CatSalut (PLAENSA@ 2009). El cuestionario habitual, relativo a la valoración de un conjunto de ítems relacionados con la satisfacción, se complementa con un conjunto de 6 (AP) y 9 (AH) preguntas referidas exclusivamente a su importancia que se añadió en 500 casos respectivamente por línea de servicio, escogidos al azar entre los 4850 de atención hospitalaria i los 29.720 de Atención Primaria. Las preguntas han estado seleccionadas en función de los puntos clave del proceso que los pacientes relacionan con la satisfacción y la calidad de servicio, y que apriorísticamente ya tenían una alta valoración. Las correlaciones entre valoración y la importancia se comparan siguiendo la técnica del "Análisis de Importancia–Valoración" (IPA: Importance-Performance Analysis) que plasma el resultado de las puntuaciones medias obtenidas en un gráfico de doble eje que tiene la ventaja de ser fácilmente interpretable, permitiendo establecer niveles de excelencia a medida

RESULTADOS: Los atributos que han sido calificados como importantes pero que han sido valorados por debajo de los niveles aceptables, en el estudio relativo a la atención hospitalaria, son los siguientes: "Tiempo de lista de espera" y "Silencio en la habitación". Por su parte, en el estudio relativo a la Atención Primaria, los atributos que han sido calificados como importantes pero que han sido valorados por debajo de los niveles aceptables son "La limpieza de la sala de espera" y "El tiempo que dedica el médico y enfermera a los pacientes". Estos elementos constituyen, según la metodología del método IPA, las áreas donde se deben concentrar los esfuerzos de mejora.

CONCLUSIONES: El método IPA, permite obtener un mapa más preciso de aquellas áreas donde se necesitan concentrar los esfuerzos para aumentar la calidad del servicio y complementa el conocimiento acerca de la formación de las percepciones de los asegurados sobre la calidad y satisfacción

PALABRAS CLAVE: mejora de la calidad de servicio, importancia, satisfacción usuarios

1419 | Ciudadano

PROMOCIÓN DE SALUD Y ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Calvo Pérez A. (1), Burke Torreira P. (2), Vázquez Fernández MP. (3), Fernández Segade J. (1), López Pena A. (4), López Jiménez Z. (5)

(1) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (2) Centro de Salud Noia, Servizo Galego de Saúde. (3) Centro de Salud de Muros, Servizo Galego de Saúde. (4) C.H. Universitario de Santiago de Compostela, Servizo Galego de Saúde. (5) C.S. Vite, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: La promoción de la salud es una actividad fundamental en el ámbito de la enfermería comunitaria, porque posibilita abordar aspectos tan importantes como la prevención de enfermedades o capacitar a los pacientes en el conocimiento y manejo de sus patologías crónicas.

El objetivo que nos planteamos con este trabajo es dar a conocer el diseño y desarrollo de un programa de salud comunitaria en una población rural gallega de aproximadamente 5000 habitantes

MATERIAL: En el día a día de la consulta de enfermería de Atención Primaria se detectan múltiples situaciones de carencia de información y falta de conocimientos, tanto en lo relativo a prevención, como en el manejo de situaciones crónicas.

Asimismo, la autoridad académica local, demanda colaboración en la formación relacionada con hábitos de salud en las etapas de infantil y de secundaria.

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar que integra a personal sanitario y educadores (profesores, enfermera, matrona).

Se diseña un plan de acción en el que se identifican y priorizan una serie de actividades formativas específicas, que se desarrollan y programan; en los aspectos logísticos colaboran la Gerencia de Atención Primaria y el ayuntamiento.

RESULTADOS: Este Plan se desarrolla ininterrumpidamente desde 1998. En los dos últimos años se realizaron 5 conferencias para 300 adultos (alcoholismo, diabetes, primeros auxilios y control de la ansiedad), 5 conferencias para 151 alumnos/año (la totalidad) de enseñanza secundaria (adolescencia, nutrición, deporte, primeros auxilios y sexualidad) y 3 conferencias para 166 niños/año de educación infantil (la totalidad) en las que a través de un circuito de juegos, se integran el fomento de ejercicio, educación ambiental, conocimiento corporal y nutrición.

En la impartición de las conferencias han colaborado expertos profesionales.

Para la evaluación de las actividades se realizó un cuestionario de opinión, siendo la valoración altamente satisfactoria.

CONCLUSIONES: Se ha conseguido acercar la promoción de la salud a los ciudadanos de manera que ésta sea vista como una experiencia positiva.

La proximidad de la enfermera de Atención Primaria posibilita una relación fluida y cercana con la sociedad, aspecto que además es muy bien valorado por los usuarios. Por otra parte, facilita la integración de conocimientos adecuados para la promoción de hábitos saludables, aclarando dudas y desterrando tabúes y tópicos, pero sobre todo, normalizan el papel de la enfermera en la comunidad y contribuye a la prevención de determinadas patologías y a la mejora de la capacitación en el manejo de patologías crónicas.

PALABRAS CLAVE: enfermería, comunidad, educación para la salud

1427 | Ciudadano

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A AL UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL MEIXOEIRO

Rionda Álvarez MM (1), Pérez Rodríguez CF (1), Rodríguez López MJ (1), Vieitez Rodríguez C (2), Pardo Lemos I (3), Rodríguez Lorenzo D (4)

(1) Unidad de Diálisis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (2) Unidad de gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (3) Unidad de Calidad de Cuidados, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (4) Coordinador Calidad CHUVI, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

OBJETIVOS: Conocer la percepción real que los pacientes tienen del servicio ofrecido en la Unidad de Diálisis.

- Identificar el perfil del paciente

- Identificar las dimensiones más débiles y las más fuertes en función de los resultados obtenidos.

MATERIAL: Se trata de un estudio descriptivo realizado en el mes de Mayo de 2008 en la Unidad de Diálisis del H. Meixoeiro.

Los datos se recogieron mediante encuesta de satisfacción a todos los pacientes que en ese momento estaban siendo tratados en dicha Unidad.

Para el análisis de los resultados se realizaron dos enfoques diferentes:

- Específico, por ítems y por apartados, con la finalidad de establecer el número mayor de conclusiones globales.

- Global, que nos permitiese realizar una lectura más general de las dimensiones de calidad medida, obteniendo la referencia de las puntuaciones más positivas y el Diagnóstico de situación de las diferentes dimensiones controladas: Áreas de Mejora (Puntos Débiles), Variables a Controlar y Puntos Fuertes.

RESULTADOS: - Se identifica al usuario de la Unidad como paciente varón entre 60 – 65 años, jubilado, sin estudios o con estudios primarios – graduado escolar, residente entre 0 – 20 Km. del centro, con un tratamiento de hemodiálisis con una duración entre 25 – 35 meses.

- Se identifican las dimensiones que son percibidas por los pacientes como las más débiles, que son el grado de satisfacción con el transporte concertado y la información recibida con la evolución del estado de salud.

- En contrapartida se identifican las dimensiones que son percibidas por los pacientes como las más fuertes, que son la disponibilidad del personal a la ayuda del paciente y la identificación del personal médico de la Unidad de Diálisis.

CONCLUSIONES: De los resultados, se concluye que el apartado relacionado con el trato recibido por los profesionales con un 97 % de media y el relacionado con la profesionalidad de los trabajadores con un 95,7% de media de los valores más positivos son los apartados mejor valorados. Por otro lado, el apartado relacionado con la identificación de los profesionales y el relacionado con la confianza y seguridad que le transmiten los profesionales con un 84,4% y 92,9% respectivamente son los peor valorados por los pacientes

PALABRAS CLAVE: Diálisis, Satisfacción , Paciente

1458 | CIUDADANO

PILOTAJE DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 24H /7DIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE PONTEVEDRA

Hevia-Pardo MC (1), Fernández-Fraga C (2)

(1) Unidad de Cuidados Paliativos., Complejo Hospitalario de Pontevedra.. (2) plan gallego de cuidados paliativos, Coordinador del plan gallego de cuidados paliativos del servicio gallego de salud.

OBJETIVOS: General:
Evaluar el funcionamiento del servicio de atención telefónica domiciliaria en la unidad de cuidados paliativos y la capacidad resolutiva frente a la crisis de necesidad.
Específicos:
• Análisis de la demanda de consultas telefónicas en la unidad de cuidados paliativos de Pontevedra con un área de cobertura poblacional de 227.488 habitantes.
• Evaluación de los resultados de este servicio.
• Propuesta de aplicación de este dispositivo en otras unidades funcionales de cuidados paliativos del servicio gallego de salud.

MATERIAL: Material:
- Acceso a la metabase IANUS de la historia clínica electrónica.
- Formulario y libro de registro de llamadas.
- Fichero de informes clínicos/ hoja de seguimiento de los pacientes activos en domicilio.
- Hoja de cálculo Excel
- Teléfono inalámbrico con registro detallado de llamadas.
Método
- Definición del protocolo especificando crisis de necesidad, identificando emisor y receptor de llamadas del servicio.
- Definición y diseño del formulario "hoja de llamadas" de recogida de datos.
- Análisis estadístico y descriptivo de los datos recogidos desde el 1 de Octubre al 21 de Diciembre 2009.

RESULTADOS: Nº de llamadas: 219 representando una media de 3.36/día.
Duración. 7.6 minutos.
Dedicación diaria: 24.5 minutos.
Nº de pacientes 77 (49 hombres/ 28 mujeres).
Edad Media: 74.3 años (rango 47-93)
Mayor demanda: lunes – viernes.
Realizadas por:
Cuidador Principal: 90.
Familiar: 92.
Motivo de llamada:
Solicita información: 103
Crisis de necesidad: 39
Nuevo diagnóstico: 9
Apoyo profesional: 40
Precisa ajuste tratamiento: 94
Derivación a urgencias: 9
Ingreso en la unidad: 6
Citas en consulta externa: 67 llamadas.

CONCLUSIONES: La asistencia 24h permite tener capacidad resolutiva frente a crisis de necesidad, dar soporte y orientación a pacientes y familias.
No existe gran diferencia de sexo en el número de llamadas.
La demanda más solicitada es la información siendo el receptor de la misma el familiar del paciente
La respuesta obtenida con más frecuencia es la consulta en cita sucesiva y el ajuste de tratamiento.
El número de llamadas aumenta por la mañana sobre todo lunes y viernes

PALABRAS CLAVE: atención., telefónica., palitativa.

1461 | CIUDADANO

BANCO DE PELUCAS

Cereijo Gárea C (1), Fraga Coira MA (2), Camarero Alenda MJ (3), Cano Pan G (4), Gavín Bouso H (5)

(1) Hospital Abente y Lago (CHUAC), Dirección enfermería. (2) Unidad de Corta Estancia Quirúrgica, Auxiliar de enfermería. (3) Consultas externas, Enfermera. (4) Unidad de Corta Estancia Quirúrgica, Enfermera. (5) Unidad de Corta Estancia Quirúrgica, Supervisora.

OBJETIVOS: Objetivos: Dar a conocer la experiencia del Banco de Pelucas

MATERIAL: Material y método: El 1 de diciembre del 2009 se notificó a la población del área sanitaria de A Coruña la puesta en marcha del Banco de Pelucas y se pidió colaboración a las pacientes que había terminado la quimioterapia para que donaran su peluca.

RESULTADOS: Resultados: Desde la puesta en parcha del banco, hemos recibido 65 pelucas donadas por las pacientes o sus familiares y hemos prestado 23 pelucas a pacientes que iniciaron el tratamiento de quimioterapia.

CONCLUSIONES: Conclusiones: El banco de pelucas tuvo muy buena acogida por las pacientes que habían finalizado el tratamiento y que quieren ayudar a otras pacientes en su misma situación. El banco de pelucas permitió que las pacientes sometidas a quimioterapia no estuvieran condicionadas por sus recursos económicos si su preferencia era utilizar peluca.

PALABRAS CLAVE: Banco de pelucas, cáncer, alopecia

1479 | Ciudadano

PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN EMBARAZADAS

Mohedano-Mira MA (1), Bernárdez-Couto AI (2), Franco-Aradas R (3), Tajes-Vázquez M (4), Núñez-Orjales JI (1), Sánchez-Valiño MJ (2)

(1) Centro de saúde de O Ventorrillo, Servicio galego de saúde. (2) Centro de saúde de Fene, Servicio galego de saúde. (3) Centro de saúde de Betanzos, Servicio galego de saúde. (4) Centro de saúde de Arteixo, Servicio galego de saúde.

OBJETIVOS: Durante el embarazo, el riesgo de enfermedad periodontal es mayor y se ve agravado por cambios hormonales. La promoción de la salud bucal y prevención de enfermedades de la cavidad oral, son aspectos primordiales a fomentar desde las Unidades de Salud Bucodental (USBD), para promover un estado óptimo de salud, bienestar y calidad de vida.

El programa de promoción de salud oral en embarazadas, se plantea los objetivos de promover hábitos saludables en mujeres embarazadas y al mismo tiempo, ofrecer educación sanitaria dirigida a su capacitación para promover unos cuidados bucales adecuados en sus futuros hijos.

MATERIAL: Se diseña y establece un programa multidisciplinar que incluye actividades individuales y grupales (abarcando embarazo y puerperio).

La captación y derivación de pacientes se realiza desde la consulta maternal (matrona). Se definen cinco localidades con USBD para la realización del estudio.

El programa incluye tres consultas individualizadas:

- 1º trimestre: exploración e higiene de cavidad oral, prevención, promoción de habilidades y hábitos higiénico-dietéticos, fluoración, información sobre cartera de servicios, así como sobre signos y síntomas a identificar precozmente.

- 2º trimestre: exploración y limpieza (tartrectomía), refuerzo/corrección de hábitos higiénico-dietéticos, fluoración y promoción de habilidades y hábitos saludables

- 3º trimestre: Revisión/refuerzo de lo anterior, fluoración y promoción de cuidados de la cavidad oral en bebés.

El programa se complementa con una sesión grupal (cuatrimestral) a embarazadas y puérperas con sus bebés, en la que se aclaran aspectos para promover una gestación sana y segura y se insiste en particular, sobre cuidados y hábitos saludables a inculcar en el recién nacido.

RESULTADOS: Durante 2009, se beneficiaron del programa más del 75 % de embarazadas, alcanzando en 2010 casi al 90% (la causa de no entrar al programa, es que se esté realizado ya, algún tratamiento odontológico previo).

En todos los casos, se ha completado el programa, evaluando satisfactoriamente la integración de conocimientos y modificación de hábitos (el porcentaje de abandonos es prácticamente despreciable).

CONCLUSIONES: Desde las USBD se proporciona información y cuidados específicos que derivan en el desarrollo de habilidades para la mejora de la salud bucodental de la madre y para la promoción de la salud oral del recién nacido (mejorando la calidad de vida de ambos).

El abordaje multidisciplinar, permite la consecución de objetivos asistenciales comunes, que redundan en el beneficio de los pacientes. Unos padres informados y motivados sobre salud oral, serán el mejor modelo para su hijo.

PALABRAS CLAVE: Embarazo y puerperio, Salud bucodental, Prevención

1509 | Ciudadano

¿ÉXITO O FRACASO EN LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN UN HOSPITAL COMARCAL?

Cruz-Palacios R (1), Hernández- García E (2), Saura-Pizarro MD (2), Contessotto-Spadetto C (2)

(1) Hospital Los Arcos, Hospital Los Arcos. (2) , .

OBJETIVOS: Comprobar el impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) tras su implantación en el Hospital Los Arcos.

MATERIAL: En el 2007 se crea un compromiso político e institucional por parte del Ministerio y de las Administraciones Sanitarias, la EAPN, en respuesta a la demanda por parte de diversos organismos de cambiar la atención al parto, que tradicionalmente sigue un modelo intervencionista.

Dicha estrategia fue implantada en el Hospital Los Arcos en Diciembre del 2008, para lo que se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar.

Realizamos un estudio observacional prospectivo con un corte transversal en el mes de Abril de los años 2008 y 2009 sobre un total de 210 historias clínicas.

Para la evaluación seleccionamos seis de los doce indicadores que propone la EAPN: 1) partos instrumentales, 2) episiotomía, 3) cesáreas, 4) manejo del dolor (analgesia epidural), 5) contacto precoz de la madre con el recién nacido y 6) lactancia materna (LM) y observamos las proporciones en que estas prácticas se realizaban. Los otros seis indicadores son enema, alumbramiento, rasurado del periné, dilatación, posición de la madre en el expulsivo y acompañamiento.

RESULTADOS: 2008:

Partos instrumentales: 8.3%, siendo el 100% con episiotomía

Episiotomía en partos eutócicos e instrumentales: 56.09%

Cesáreas: 24.07%

Analgesia epidural: 47.56%

Contacto precoz: 35.5%

LM: 80.3%

2009:

Partos instrumentales: 11.22%, siendo el 81.18% con episiotomía

Episiotomía en partos eutócicos e instrumentales: 50.66%

Cesáreas): 23.46%

Analgesia epidural: 52%

Contacto precoz: 76.2%

LM: 71.1%

CONCLUSIONES: A la vista de los resultados obtenidos consideramos que la evolución de la implantación de la EAPN no es tan positiva como esperábamos.

A pesar de esto, en un año hemos conseguido disminuir un 0.6% las cesáreas y se ha pasado del 100% en la realización de episiotomías en partos instrumentales al 81.81%. Los mejores resultados se obtienen de la práctica del contacto precoz ya que en el 2009 se ha realizado al 76.2% de las gestantes respecto del 35.5% del año anterior. Esta es la primera evaluación que realizamos, pero tenemos previstas las siguientes con carácter anual.

La mayor dificultad que hemos encontrado para la implantación del total de las prácticas se debe principalmente a la presión asistencial y a los problemas estructurales, aunque muchos de los cuales se resolverán con la apertura del nuevo hospital prevista en Diciembre de este mismo año.

No obstante, la implantación de la estrategia precisa de un periodo de adaptación que conlleva tiempo, pero sobre todo necesita del compromiso de todo el personal.

PALABRAS CLAVE: Parto Normal, Cesárea, Lactancia Materna

1553 | CIUDADANO

GUÍA DE ACOGIDA A PACIENTES EN UNA UNIDAD PEDIÁTRICA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Herreros López P (1), Ruiz Pato J (1), Torre Polo AI (1), Sánchez Fernández N (1), Ontoria Lerma AI (1), Sánchez Crespo E (1)

(1) Servicio de Oncohematología, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

OBJETIVOS: Diseñar, elaborar y difundir una guía de acogida destinada a pacientes que ingresan en una unidad pediátrica de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) de referencia nacional y a sus familiares

Disminuir la ansiedad y la incertidumbre del paciente y sus familiares durante todo el proceso asistencial.

Involucrar a los familiares en las medidas higiénico-dietéticas que afectan al paciente para mejorar la calidad de los cuidados que recibe.

MATERIAL: Se detecta la necesidad de elaborar la Guía de Acogida ante la necesidad del personal de enfermería de poseer una herramienta de comunicación que permita trasladar la información al paciente y sus familiares de forma sencilla, adecuada y eficaz; Se crea un grupo de trabajo interdisciplinar (médicos, psicólogos, personal de enfermería y dietistas) que elabora la estructura de la guía; posteriormente, se realiza validación en un grupo de pacientes de la Unidad de TPH para integrar la visión del paciente/cliente en la misma. De igual forma, se incluye un apartado de sugerencias y/o aportaciones para la mejora de la propia guía y del funcionamiento de la Unidad de TPH. Fecha de implantación 1 de enero de 2010. Se entrega a todos los pacientes que ingresan en la Unidad de TPH (n=20).

RESULTADOS: -Detección por parte del personal de enfermería de aumento de colaboración por parte de los familiares.

-Disminución del número de peticiones de información por parte de los familiares.

-Disminución de la incertidumbre sobre las diferentes etapas del

CONCLUSIONES: La guía de acogida a pacientes y familiares supone, en unidades de alto impacto diagnóstico y terapeútico, un incremento significativo de la calidad de la información que se facilita.

Se constituye como una herramienta facilitadora de los cuidados al involucrar al paciente y a la familia en el proceso.

Asegura y refuerza la información que se entrega, permitiendo su lectura tantas veces como sea necesario a lo largo del ingreso.

PALABRAS CLAVE: ACOGIDA, INFORMACIÓN , TRASPLANTE

1557 | CIUDADANO

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO A TRATAMIENTO EN FISIOTERAPIA

Pérez-Fernández MR (1), Alves-Pérez MT (2), González-Lázaro RM (3), Rodríguez-Rodríguez MC (4), Cima-Ferreño MP (5), González Rodríguez MC (6)

(1) Servicio de Atención Primaria de Ribadavia, Gerencia A.P. Ourense- SERGAS. (2) Unidad de Apoyo a la Investigación, Complexo Hospitalario de Ourense- SERGAS. (3) Servicio de Atención Primaria de Xinzo de Limia, Gerencia A.P. Ourense-SERGAS. (4) Servicio de Atención Primaria Valle Inclán- Mañana, Gerencia A.P. Ourense- SERGAS. (5) Servicio de Atención Primaria Valle Inclán- Tarde, Gerencia A.P. de Ourense-SERGAS. (6) Servicio de Atención Primaria Ponte-Mañana, Gerencia A.P. de Ourense-SERGAS.

OBJETIVOS: Evaluar si las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo a tratamiento en fisioterapia han mejorado su calidad de vida.

MATERIAL: Estudio transversal de prevalencia de 51 mujeres derivadas a tratamiento fisioterápico por IUE de los SAP de Xinzo, Valle Inclán-mañana, Valle Inclán-tarde y Ponte-mañana (Ourense). Se realizó una encuesta presencial (King´s Health) al inicio y a cabo de 6 meses de tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística T de Student y Chi2.

RESULTADOS: La edad media de las mujeres del estudio fue de 56,35 años (IC95% 54-58,6). Antes de iniciar tratamiento, ante la pregunta de cómo percibían su estado de salud, 23 mujeres (45,1%) dijeron que era bueno, a los seis meses aumentaron a 31 (60,08%). Regular lo dijeron 19 mujeres (37,3%) y después 14 (27,5%). Malo fueron 7 mujeres (13,7) y a los 6 meses 6 mujeres (11,8%). Por último 2 mujeres dijeron que era muy malo (3,9%) pero al repetir las encuestas no hubo ninguna mujer en este apartado. Al ser preguntadas sobre hasta que punto sus problemas urinarios afectaban a sus vidas (impacto de la incontinencia urinaria) 12 mujeres (23,5%) dijeron que nada en absoluto, a los seis meses 20 (39,2%), 27 mujeres (52,9%) dijeron que un poco y tras los 6 meses fueron 21 (41,2%); 9 mujeres (17,6%) dijeron que moderadamente y después fueron 10 (19,6%) y finalmente 3 mujeres dijeron que mucho, que tras los seis meses ninguna dijo que mucho.La media de calidad de vida de las mujeres del estudio antes del tratamiento, teniendo en cuenta que 15 puntos es mejor calidad de vida y 85 puntos es peor calidad de vida, fue de 38, 71 puntos (IC 95% 34,6-42,7) con una calidad de vida mejor de 20 puntos y una peor de 81 (DT 14,3).

Tras el tratamiento la media de calidad de vida fue de 32,51 (IC 95% 29,3-35,7) con una calidad de vida mejor de 22 puntos y una peor de 65 (DT 11,3). La diferencia de las medias resultó estadísticamente significativa (p<0,0001).

CONCLUSIONES: Las mujeres a tratamiento de IUE mejoran considerablemente su calidad de vida después de llevar 6 meses de tratamiento, por lo que la derivación a fisioterapia debería ser tenida en cuenta en el tratamiento de esta patología.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, INCONTINENCIA URINARIA, FISIOTERAPIA

1575 | Ciudadano

MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD AL CIUDADANO: WEB ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS

Mosquera-Verea M (1), Salido-Bendaña B (2), Fiuza-Barreiro B (3), Carreras-Viñas M (3), Martín-Rodríguez MD (4), Menor-Rodríguez MJ (5)

(1) Responsable de Unidad, FEGAS. (2) Escola Galega de Saúde para Cidadáns, FEGAS. (3) Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Gallego de Salud. (4) Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Servicio Gallego de Salud. (5) Servicio de Atención al Usuario, Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVOS: Desarrollar la Web de La Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos para fomentar la participación de pacientes, ciudadanos y profesionales en la gestión del conocimiento en aspectos que permitan mejorar la seguridad de pacientes en sus procesos de salud-enfermedad.

MATERIAL: Esta escuela se concibe como una línea estratégica de la Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial del Servicio Gallego de Salud. Utiliza las nuevas tecnologías de la comunicación e información gestionando a través de una página WEB las actividades formativas, solicitudes de inscripción, documentos pedagógicos, foros, seminarios, blogs, talleres.

RESULTADOS: Este proyecto se inició en noviembre de 2009. Se han realizado 19 talleres dirigidos a Asociaciones de Pacientes y Asociaciones de Ciudadanos con una total de 524 personas formadas y un Foro de El Experto Responde con una intervención de 20 ciudadanos

CONCLUSIONES: La página Web ha sido muy bien valorada tanto por los pacientes como por profesionales de nuestra Comunidad Autónoma. El desarrollo de otros proyectos previstos a través de la página Web de la escuela mejorará considerablemente la cobertura de necesidades de las asociaciones de pacientes en la comunidad autónoma.

PALABRAS CLAVE: Ciudadano, Educación del Paciente, Seguridad del Paciente

572 | Investigación/Formación en Calidad

EMPLEO DE AGREE EN EL DESARROLLO DE UNA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE LACTANCIA MATERNA

Muñoz-Menor AJ (1), Toribio-Mata M (2), Romero-Cano M (2), Tenias-Burillo JM (3), Martínez-Muñoz JA (2), Jiménez-Barragán MT (2)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2) Gerencia de Atención Primaria de Alcázar de San Juan, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (3) Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Mancha-Centro., Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

OBJETIVOS: Determinar la calidad de cuatro guías de práctica clínica (GPC) sobre lactancia materna (LM) con el fin de emplear aquellas partes que se consideren útiles en el desarrollo de una nueva guía como primera parte de la estrategia de crítica de evidencia clínica encontrada.

MATERIAL: Cuatro evaluadores iniciaron una búsqueda de GPC en buscadores especializados como Pubgle, y metabuscadores (Tripdatabase) empleando como descriptor LM y diferentes sinónimos en castellano y en ingles.

Fueron encontradas un total de 18 referencias de entre las cuales fueron escogidas cuatro para ser evaluadas por el instrumento AGREE. Una GPC se centraba en prematuros, otras dos estaban confeccionadas por entes de relevancia como el NICE o la Asociación de Enfermeras de Ontario y la cuarta era española.

Estas fueron; (GPC1) Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses, RNAO. 2003. (GPC2) Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna, Área 09 de Valencia-H. Dr. Peset. 2004. (GPC3) Management of Breastfeeding For Pre-Term Infants. MOH Nursing Clínical Practice Guidelines. 2006. (GPC4) Postnatal care Routine postnatal care of women and their babies. 2006.

RESULTADOS: Por áreas la que obtiene mejor puntuación estandarizada es la de claridad y presentación (79,7), seguida de alcance y objetivos (75,7) y rigor en la elaboración (73,2).

En el extremo opuesto la aplicabilidad (31,7) obtiene la peor puntuación básicamente debido a la ausencia de estudio del impacto económico y sobre la organización. Le sigue la independencia editorial (44,8) sobre todo por ausencia de registro de conflicto de interés y en participación de los implicados (52,1) se echa en falta una mayor presencia de pacientes.

En su conjunto las cuatro guías, con diferentes grados en la fuerza de recomendación, pueden considerarse como aplicables.

CONCLUSIONES: 1.- El empleo de AGREE en la evaluación de las cuatro guías servirá como punto de partida para evitar futuros errores en el desarrollo del proyecto.

2.- Independientemente de la fuerza de las recomendaciones que pudieran ser aplicadas a cada guía, existen unas áreas más aprovechables que otras.

3.- El rigor en la elaboración debe ser analizado en sus contenidos más en profundidad junto con otras búsquedas bibliográficas de evidencia que den respuesta a las preguntas de la GPC sobre lactancia materna en desarrollo.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna, Guía de práctica clínica, Calidad

PREVALENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN UNA UNIDADDE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS.INTERVENCIÓN ENFERMERA

Diaz-Belosos R.M (1), Calvo-Castro C (1), Cortegoso-Moreira L (1), Rodríguez-Álvarez R (1), Fontanillo Fontanillo M (1)

(1) Hospitalización Psiquaitrica de Agudos.Meixoeiro.CHUVI, Xunta. Sergas.

OBJETIVOS: El sobrepeso / obesidad son cada vez mas frecuentes en los países mas desarrollados.Ademas,según la OMS la población con patología mental tiene mayor riesgo cardiovascular que el resto de la población

El objetivo principal de este estudio es valorar si el porcentaje de obesidad / sobrepeso en los pacientes ingresados en la unidad de agudos es igual o mayor a los valores de la población en general

MATERIAL: Estudio observacional descriptivo.La muestra :180 pacientes>18 años (86 hombres y 94 mujeres) edad media 44 años, periodo un año(6-2007 / 6-2008)

Estudiamos cuatro variables; dos cuantitativas continuas: IMC y edad; y dos cualitativas: sexo y diagnóstico Clínico.

IMC obtenidos agrupados en cuatro: peso insuficiente (<18,5), normopeso (18,5 a 24,9), sobrepeso (25 a 29,9) y obesidad (=>30)

La edad en: Grupo I 18-24 años; Grupo II 25 a 64 y Grupo III >65

Los diagnósticos corresponden a los informes de alta médicos, valorando el señalado como principal. Se obtuvieron 6 grupos diagnósticos

RESULTADOS: Se determino el IMC al ingreso, valorando su distribución en función del sexo, edad y diagnóstico clínico; obteniendo media IMC =27;(sobrepeso), con un 25% de IMC>30. (obesidad)

De los 6 grupos diagnósticos, la esquizofrenia y trastorno psicótico los más numerosos (40%), y los que mayor % de sobrepeso y obesidad presentan.

La población gallega presenta sobrepeso (38,6%) y obesidad (17%,) mientras que en la población de estudio, (42%) de sobrepeso y (23,3%) de obesidad,el doble

El grupo de 18-24 años, tiene un % de obesidad (28,6) superior al sobrepeso (7%)

CONCLUSIONES: En los pacientes con patología mental es frecuente la percepción de un aumento de peso producido por la medicación .El personal de enfermería tiene un papel fundamental ayudando a identificar como las principales causas de sobrepeso el sedentarismo y la falta de una alimentación equilibrada, facilitando estrategias al paciente ,sin optar por el abandono de la medicación.

-Como profesionales de la salud en general debemos impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en el ámbito hospitalario, especialmente por los riesgos inherentes a los pacientes con patología psiquiátrica como son el sedentarismo, fármacos, dificultad para su autocuidado, etc

PALABRAS CLAVE: Obesidad, Enfermedad mental, Sedentarismo

PROTOCOLO DE NIVEL SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD DE LOS FACULTATIVOS RESIDENTES DURANTE LAS GUARDIAS EN UN HOSPITAL DOCENTE

Villalonga Vadell R (1), Coscujuela Mañá A (1), Salazar Soler A (2), Corbella Virós X (3)

(1) Comisión de Docencia, Hospital Universitari de Bellvitge. (2) Dirección Médica, Hospital Universitari de Bellvitge. (3) Gerencia Territorial àrea Metropolitana sud, Hospital Universitari de Bellvitge.

OBJETIVOS: 1. Análisis y reestructuración de las guardias de los facultativos residentes en nuestro Centro por parte de la Comisión de Docencia. Establecimiento consensuado con todas las Unidades docentes de la planificación de las guardias de los facultativos residentes del Centro.

2. Diseño y elaboración de las guardias troncales (comunes) por parte de la Comisión de Docencia.

3. Elaboración por parte de los tutores docentes de todas las especialidades acreditadas en el Centro, del protocolo correspondiente para cada especialidad, relativo al nivel de supervisión y responsabilidad de los facultativos residentes durante las guardias y la atención continuada.

MATERIAL: El proyecto se realizó de febrero de 2008 a diciembre de 2009. Inclusión de la realización del Protocolo en el complemento variable de productividad (CVP) como objetivo docente para los miembros de la Comisión de Docencia y los tutores docentes. Realización por parte de la Comisión de Docencia del análisis de las guardias realizadas por los facultativos residentes, diseño de la estructura básica de los protocolos y realización del protocolo de las guardias troncales. Realización por los tutores docentes de los protocolos específicos de cada especialidad. Aprobación del Protocolo por la Comisión de Docencia y el Comité de Dirección.

RESULTADOS: La Comisión de Docencia y los tutores cumplieron los objetivos docentes en el plazo prefijado. Establecimiento consensuado de 2 años de guardias troncales para los facultativos residentes de especialidades médicas y de un año para los de las quirúrgicas; posteriormente, realización de guardias de su especialidad ubicados todos en las diferentes áreas de urgencias. Bloqueo informático de las altas médicas para residentes de primer año. Unificación del criterio de nivel de responsabilidad para todo el Centro. Presentación y aprobación del Protocolo por la Comisión de Docencia (abril/2009) y Comité de Dirección (julio/ 2009). Edición y publicación del Protocolo en diciembre de 2009.

CONCLUSIONES: La inclusión del objetivo docente en el CVP facilitó la realización del protocolo. La protocolización permite una correcta programación de las actividades de los facultativos residentes en urgencias, de manera segura y reglada, proporcionando una docencia y una asistencia de calidad en un área tan especial y significativa como es la de urgencias. La definición del nivel de responsabilidad y supervisión favorece un aprendizaje progresivo por parte del facultativo residente, el cual conoce de antemano los objetivos docentes a alcanzar y sus límites de actuación. La protocolización facilita la acción tutorial y la evaluación por parte de los tutores docentes.

PALABRAS CLAVE: Formación sanitaria especializada, Calidad docente, Educación médica

639 | Investigación/Formación en Calidad

INTOXICACIONES POR DROGAS DE ABUSO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

Garcés San José C (1), Javierre Loris MA (1), Bustamante Rodríguez E (1), Herrer Castejón A (1), Gros Bañeres B (1), Palazón Saura P (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza.

OBJETIVOS: La tasa de consumo de cocaína en España en ciudadanos entre 15 y 64 años supera actualmente a la de Estados Unidos y cuadriplica la media europea, 1 de cada 5 consumidores en Europa se encuentra en España según datos de la ONU en marzo de 2009. Las patologías secundarias al consumo de drogas de abuso pueden abarcar desde alteraciones psiquiátricas a patología aguda cardíaca o neurológica por lo que los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias deben estar alerta para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de estos problemas.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo era conocer la tasa de pacientes con intoxicación por drogas de abuso que atendemos en nuestro servicio, que tipo de sustancias han consumido, con que clínica demandan atención urgente, que tipo de pruebas complementarias solicitamos y cuantos de ellos requieren ingreso hospitalario.

MATERIAL: Realizamos un estudio retrospectivo de las intoxicaciones atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza entre enero y diciembre de 2008 y se recogen los siguientes resultados: se atienden 552 pacientes.

RESULTADOS: atienden 552 pacientes de los cuales el 6,2% son intoxicaciones por drogas de abuso, de este porcentaje el 20% eran intoxicaciones por cocaína, el 25% intoxicaciones por cocaína más alcohol y el 20% cocaína más otros tóxicos. El 65% eran varones. La edad estaba comprendida entre 15 y 56 años. El 71% de los pacientes acudieron con clínica de ansiedad y el 14% referían dolor centrotorácico. Al 22% de los pacientes no se les realizó ninguna prueba complementaria, al 51% se le realizó analítica completa incluidos marcadores de necrosis miocárdica(MNM), y radiología de tórax, al 14% se le analizaron sólo tóxicos en orina, al 11% se le realizó analítica sin placa de tórax y al 77% se le realizó electrocardiograma (ECG).

El 94% de los pacientes recibieron el alta desde urgencias y sólo 2 pacientes fueron subsidiarios de ingreso hospitalario y en ambos casos en unidad de cuidados intensivos por parada respiratoria tras consumo de varios tóxicos.

CONCLUSIONES: El perfil del paciente que acude a nuestro servicio de urgencias por consumo de drogas de abuso es el de un varón de media 40 años que clínicamente acude por dolor torácico o clínica de ansiedad y cuyas pruebas complementarias entran dentro del rango de la normalidad.

El servicio de urgencias resuelve los casos de estas intoxicaciones en la mayoría de las ocasiones y la tasa de mortalidad durante este año fue nula.

La cocaína es la droga de abuso más comúnmente detectada y el policonsumo es muy frecuente siendo la asociación de cocaína más alcohol la más detectada entre nuestros pacientes.

Dado que la patología aguda de mayor gravedad y con mayor porcentaje de morbi mortalidad en los pacientes que consumen cocaina es la cardíaca nuestro objetivo como mejora de calidad debería ser la realización de un ECG y MNM en el 100% de estos pacientes cuando acuden a urgencias aunque no refieran dolor torácico.

PALABRAS CLAVE: Intoxicaciones, Urgencias, Isquemia

679 | Investigación/Formación en Calidad

BIFOSFONATOS Y OSTEONECROSIS MAXILAR: PREVENCIÓN A PARTIR DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN

Lagaron-Sanjurjo C (1), Rodríguez -Ozores R (1), Teijo-Gómez MC (1)

(1) Odontología, Atención Primaria Área Norte Pontevedra.

OBJETIVOS: General:

-Mejorar la prevención de la ONM en pacientes tratados con bisfosfonatos IV (BIV).

Específicos:

-Establecer un protocolo de derivación de AE a las USBD de AP, en el que se recomiende el tratamiento odontológico más adecuado, en este grupo de pacientes en los 4 hospitales de las áreas sanitarias de Vigo y Pontevedra.

-Aumentar un 50% las revisiones odontológicas previas, durante y posteriores al tratamiento con BIV en los pacientes tratados en la áreas sanitarias de Vigo y Pontevedra.

MATERIAL: Fase 1 - Análisis de la situación

Se contactará con los 4 hospitales de ambas áreas para obtener datos de los pacientes tratados con bisfosfonatos IV en el último año y medir el porcentaje de revisión odontológica realizada, así como las enfermedades y complicaciones bucodentales previas al tratamiento.

Fase 2 – Implantación del protocolo de actuación:

Se elaborará y acordará con las USBD de ambas áreas sanitarias.

Fase 3 - Captación:

De todos los pacientes tratados por Oncólogos, Hematólogos, Urólogos, Cirujanos Generales, Ginecólogos, Cirujanos orales y Maxilofaciales, en los que esté indicado iniciar tratamiento con BIV para que sean remitidos a las USBD de AP.

RESULTADOS: Indicador 1º

Número de derivaciones a las USBD de los pacientes con indicación de instauración de tratamiento con Bisfosfonatos IV

Indicador 2º

Porcentaje de visitas de seguimiento en las USBD de los pacientes con indicación de instauración de tratamiento con Bisfosfonatos IV

Indicador 3º

Porcentaje de Servicios hospitalarios que aceptan la colaboración para derivar los pacientes, a las USBD, que serán sometidos a tratamiento con Bisfosfonatos IV.

CONCLUSIONES: Con el establecimiento de un protocolo de derivación para los pacientes que van a ser sometidos a tratamiento con bifosfonatos , hacia las Unidades de Salud Bucodental de Atención Primaria, se contribuye de una forma efectiva y eficaz a la prevención de la osteonecrosis maxilar

PALABRAS CLAVE: BIFOSFONATOS, OSTEONECROSIS, PREVENCIÓN

701 | Investigación/Formación en Calidad

¿SE CUMPLEN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN NUESTRA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL?

Nicolas (1), Esteve V. (1), Pou M. (1), Duarte V. (1), Ramirez De Arellano M. (1), Ruiz R. (2)

(1) Nefrologia, Consorci Sanitari de Terrassa. (2) Gestión de la Calidad, Consorci Sanitari de Terrassa.

OBJETIVOS: Objetivo: Aplicar en nuestra Unidad los indicadores del plan de calidad científico-técnica y de mejora continua de calidad en diálisis peritoneal (PCDP) propuestos por la Sociedad Española de Nefrologia, para ver si se cumplen estas nuevas especificaciones; en referencia a los datos correspondientes a los años 2007, 2008 y 2009.

MATERIAL: Material y Métodos: estudio descriptivo de todos los pacientes en diálisis Peritoneal (DP) en un periodo de tres años. Se valoran todos los indicadores propuestos por el PCDP utilizando el sistema informático Nefrosoft 5.0 y se comparan con los estándares recomendados

RESULTADOS: Resultados: durante 2007, 2008 y 2009 respectivamente: número de ingresos 0,5/0,2/0,2 paciente/año con estancia media de 4,4/13,5/16 días. Salidas de DP 22,2/38,8/44,4%: correspondiendo transferencia HD 11,1/16,6/11,1% y exitus 5,5%. Tasa de inclusión en trasplante renal (TR): 55,5/66,1/50%, con tiempo hasta inclusión a lista de espera: 322,7/302,9/190,6 días. 10/27,2/55,5% de pacientes en DP trasplantados con tiempo hasta TR: 1847/761,3/687,3 días. El Ratio de peritonitis total fue de 1 episodio cada 27,8/70,2/35,7 meses-paciente [Estándar <1episodio cada 24meses- paciente]. Las peritonitis con cultivo positivo: Gram (positivo) 80/100/75% [Estándar 60-70%], Gram (negativo) 20/0/25 [Estándar 10-30%]; ningún caso por Hongos [Estándar <5%] ni con cultivo negativo [Estándar <20%]. El ratio de infección orificio salida fue de 1 episodio cada 97,9/140,8/142,8 meses-paciente [Estándar <1episodio cada 24meses-paciente]. Todos nuestros pacientes tenían muestra nasal para estudio de portador de S.aureus [Estándar 100%]. Resultados analíticos semestrales fueron para el 1º y 2º semestre respectivamente: hemoglobina objetivo: 87/62/83% y 69/70/73% [Estándar 80%]; albúmina >3,5g/dL: 91/85/82% y 85/100/79%; LDL-c <100mg/dL 40/67/80% y 58/89/79%; índice de resistencia a Darbepoetina <0,045mcg/kg/grHb: 80/77/79% y 86/64/79% [Estándar >80%]; Ferritina >100mg/dL: 80/77/92% y 91/100/91% [Estándar >80%]; Fósforo <5,5mg/dL: 47/65/100% y 69/63/93% [Estándar >80%]; Calcio entre 8,4–9,5mg/dL: 28/38/45% y 28/63/43% [Estándar >80%]; CaxP<55%: 62/92/92% y 72/91/100% [Estándar >70%]; PTHi <300pg/dL: 100/85/92% y 100/100/92,85% [Estándar >70%].

CONCLUSIONES: Conclusión: 1-La aplicación de los indicadores del PCDP ha permitido conocer la situación de nuestra unidad de DP, que cumple con la mayoría de las recomendaciones propuestas en relación a resultados clínicos, analíticos y específicos de la técnica dialítica. 2- La puesta en común de los indicadores en diferentes centros permitirá la comparación de resultados y disminuir la variabilidad entre los mismos. 3.- Implementación de los indicadores dentro de los procesos del sistema de gestión de calidad de Diálisis que estamos elaborando.

PALABRAS CLAVE: INDICADORES, CALIDAD, DIALISIS

724 | Investigación/Formación en Calidad

VIVIR CON SONDA DE GASTROSTOMÍA

Benitez-Negro E (1), Fernández-Román C (2), Tíscar-González Verónica (3), Castillo-Corrales P (4), Castaños-Paisan C (4), San Juan-Alcalde S (5)

(1) UCE , Hospital de Basurto. (2) UCE (Unidad de Corta Estancia), Hospital de Basurto. (3) ADG (Digestivo), Hospital de Basurto. (4) UCE, Hospital de Basurto. (5) Supervision Continuada, Hospital de Basurto.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN

La gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica endoscópica para la colocación de una sonda de alimentación transabdominal. Se considera tratamiento de elección en pacientes que requieren alimentación enteral prolongada, a diferencia de la sonda nasogástrica cuyo uso sólo está indicado en períodos cortos de tiempo.

Presenta además una serie de ventajas como una mayor aceptación por el paciente ya que posibilita su ocultación debajo de la ropa y tiene un fácil manejo.

Está indicada cuando existen alteraciones deglutorias de cualquier tipo. Los pacientes que experimentan la colocación de la GEP suelen ser vulnerables a infección debido a la edad, la ingesta nutricional comprometida, la inmunosupresión y los procesos de enfermedades subyacentes, como neoplasia maligna.

OBJETIVOS

Realizar una guía informativa orientada al paciente para lograr su autonomía en los cuidados del gastroestoma, ó en caso de que el paciente sea dependiente, dotar al cuidador principal de los conocimientos básicos para su cuidado y proporcionar la educación sanitaria necesaria para detectar precozmente las eventuales complicaciones.

Al mismo tiempo, queremos que dicha guía sea de utilidad para el personal de reciente incorporación al servicio, capacitándole para ofrecer al paciente unos cuidados de calidad y saber como actuar ante las posibles complicaciones; infección, salida de la sonda etc

MATERIAL: Gracias a una comunicación tanto verbal como escrita, unido a una actitud empática se realizará una educación sanitaria para que el paciente recupere su autonomía lo antes posible. Se informará para ello de manera clara y concisa, verificando que la información haya sido bien asimilada y dando respuesta a todas las dudas que puedan surgir.

Utilizaremos el momento de cambio del apósito para informarle sobre:

- Color y sensación del gastroestoma
- Aspecto y limpieza de la piel
- Vigilar permeabilidad de la sonda de gastrostomía
- Evitar adherencias realizando giro de la sonda a diario
- Comprobación de la distancia entre soporte y piel
- Correcta fijación de la sonda

RESULTADOS: La información sanitaria que facilitamos al paciente sobre el cuidado de la sonda de gastrostomía es asimilada por el mismo, siendo resueltas todas sus dudas tanto verbalmente como por escrito.

CONCLUSIONES: La elaboración de una guía informativa de la sonda de gastrostomía permite aumentar la autonomía del paciente en la realización de los cuidados del mismo. Al mismo tiempo, sirve de apoyo y referencia para el personal de nueva incorporación a la unidad.

PALABRAS CLAVE: gastrostomia, cuidados

725 | Investigación/Formación en Calidad

LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMATICA COMO ALTERNATIVA EFICAZ PARA DISMINUIR EL DOLOR EN PACIENTES INTERVENIDOS POR LAPAROSCOPIA

Benitez-Negro E (1), Tiscar-González V (2), Fernández-Roman C (3), Castillo-Corrales P (3), Castaños-Paisan C (3), San Juan-Alcalde S (4)

(1) UCE , Hospital de Basurto. (2) Digestivo, Hospital de Basurto. (3) UCE, Hospital de Basurto. (4) Supervisora Continuada, Hospital de Basurto.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN:
La técnica utilizada en intervenciones quirúrgicas por laparoscopia conlleva la introducción de un gas (habitualmente CO2), que facilita la visualización de la zona a intervenir. Como consecuencia de ello se produce el denominado neumoperitoneo.
En ocasiones, puede causar, aparte de una distensión abdominal, un dolor intenso que irradia al hombro (omalgia) por afectación del nervio frénico, que produce además un alto grado de ansiedad en el paciente, llegando incluso a confundirse con afectaciones cardíacas.
Al observar la relativa frecuencia con la que nos encontrábamos con dicho problema, y considerando que la analgesia pautada y administrada no siempre resultaba suficiente ó efectiva, decidimos realizar el presente estudio con la finalidad de encontrar una solución alternativa.
OBJETIVO:
Valorar la efectividad de la realización de una correcta técnica de respiración diafragmática para reducir tanto el dolor como la ansiedad producidas por la omalgia en pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante técnica laparoscópica.

MATERIAL: MATERIAL Y MÉTODOS:
Diseño: Ensayo clínico controlado, prospectivo, con un muestreo aleatorio de 20 pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante técnica laparoscópica.
Se dividirán en 2 muestras:
A la muestra A (grupo intervención), se le entregará una guía con información adicional, en la que se explica de modo claro y sencillo en qué consiste la técnica laparoscópica y el tipo y características del dolor (omalgia) que habitualmente de ella se deriva. Al mismo tiempo, se facilitará, tanto verbalmente como por escrito, toda la información para una correcta realización de la respiración diafragmática.
A la muestra B, no se le aportará dicha información.
Ámbito: Unidad de cirugía de Corta Estancia del Hospital de Basurto (Bilbao)
Período durante el que se realiza el estudio: Mayo 2010.
Mediante una encuesta, que se realiza al finalizar la convalecencia quirúrgica del paciente, queremos evaluar la eficacia de la respiración diafragmática, observando,además cual de las dos muestras ha precisado mayor cantidad de analgésicos.
Al mismo tiempo, cuantificaremos la presencia de dolor consecuencia del neumoperitoneo,en los casos en los que exista, mediante la Escala Visual Analógica (EVA).

RESULTADOS: MUESTRA A (LA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN)
El 62% de los pacientes refiere haber padecido omalgia durante el postoperatorio,de los cuales el 75% considera haber realizado correctamente la técnica de respiración diafragmática. El 62% de los mismos, refiere no haber precisado analgésicos y considera efectiva dicha técnica.
MUESTRA B (NO RECIBEN LA INFORMACIÓN)
El 100% refiere haber sufrido omalgia, habiendo sido necesaria en todos los casos la administración de analgésicos y
tan solo un 33% los ha considerado efectivos.
MEDICION DEL DOLOR MEDIANTE ESCALA EVA
MUESTRA A: Media de 5.25 (de 0 a 8)
MUESTRA B: Media de 6.6 (de 5 a 8)

CONCLUSIONES: Gracias a la realización de una correcta técnica de respiración diafragmática,se disminuye tanto el dolor como la ansiedad en los pacientes intervenidos por técnica laparoscópica logrando una recuperación temprana de la convalecencia postquirúrgica.

PALABRAS CLAVE: laparoscopia, diafragmatica, neumoperitoneo

768 | Investigación/Formación en Calidad

LA IDENTIFICACIÓN SISTEMÁTICA DE LAS PARATIROIDES DURANTE LA TIROIDECTOMÍA REDUCE LA HIPOCALCEMIA POSTOPERATORIA

Guillén-Paredes MP (1), García-García MI (1), Flores-Pastor BM (2), Miguel-Perelló J (2), Mengual-Ballester M (1), Aguayo-Albasini JI (2)

(1) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Morales Meseguer. (2) Servicio Cirugía General y Digestiva, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: La hipocalcemia es la complicación más frecuente de la cirugía tiroidea, sobre todo de las tiroidectomías extensas, paratiroidectomías por enfermedad multiglandular y las tiroparaTIROIDECTOMÍAs. El objetivo de este estudio es identificar la relación existente entre el número de paratiroides identificadas en la tiroidectomía total (TT), con la posterior aparición de hipocalcemia postoperatoria.

MATERIAL: Estudio prospectivo y comparativo. Entre enero de 2007 y enero de 2010 fueron intervenidos en la Unidad de Cirugía Endocrina de nuestro hospital 149 pacientes por patología tiroidea, realizándose tiroidectomía total. Se obtuvo el valor sérico de calcio iónico a las 24 y 48 horas de la cirugía en todos los pacientes. Se establecieron dos grupos según los pacientes hubieran presentado hipocalcemia postoperatoria o no, estableciendo el punto de corte en 4 mg/dl. Se analiza el número de glándulas paratiroides identificadas, presencia de hipocalcemia sintomática, porcentaje de pacientes que precisó tratamiento sustitutivo con calcio así como estancia media en ambos grupos

RESULTADOS: La distribución por sexos fue de 35 hombres y 114 mujeres, con una edad media de 48.2 +/- 13.5 años. El diagnóstico preoperatorio fue: bocio multinodular en 72 casos, hipertiroidismo en 70 y cáncer de tiroides en 7. En el grupo I (normocalcémicos, calcio ≥ 4) fueron incluidos 121 pacientes y en el Grupo II (hipocalcémicos, calcio < 4) se incluyeron 28 pacientes. En el grupo I se identificaron intraoperatoriamente las 4 paratiroides en 6 casos, 3 paratiroides en 34 casos, 2 paratiroides en 66 casos, 1 paratiroides en 13 casos y ninguna paratiroides en 2 casos, mientras que en el grupo de hipocalcémicos se identificaron las 4 paratiroides en 4 casos, 3 paratiroides en 11 casos, 2 paratiroides en 11 casos, 1 paratiroides en 2 casos y ninguna paratiroides en ningún caso. ($p<0.05$). El calcio iónico a las 24 horas en el grupo I fue 4.4±0.3mg/dL, mientras que en el grupo II fue 3.8±0.1mg/dL ($p<0.001$). El calcio iónico a las 48 horas en el grupo normocalcémico fue 4.3±0.3mg/dL, mientras que en los hipocalcémicos fue 3.8±0.1mg/dL ($p<0.001$). La hipocalcemia aguda o tetania se presentó en un único caso del grupo con calcio iónico en sangre normal, mientras que se presentó en 5 pacientes del grupo de hipocalcemia ($p=0.08$). Requirieron tratamiento con calcio 24 pacientes (19.8%) del grupo I, mientras que del grupo II requirieron 26 casos (92.9%) ($p<0.001$). Respecto a la estancia media, en el Grupo I fue de 2.4 +/- 1.3 y en el Grupo II de 4.2 +/- 2.1 días ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES: Es importante la identificación intraoperatoria de las paratiroides durante la tiroidectomía, mediante una correcta disección y preservación de su vascularización, para evitar el riesgo de hipocalcemia, pues el número de glándulas detectadas está relacionado con el nivel de calcemia postoperatoria. Lo que disminuirá la estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: paratiroides, hipocalcemia, estancia media

778 | Investigación/Formación en Calidad

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA)

Eibe-Mandiá MV (1), Neiro Rey MC (1), Castromán-Souto MJ (1), Arufe-Manteiga MI (1), Outes-Velay MB (1)

(1) Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Implantación y difusión de un procedimiento para definir las acciones a llevar a cabo en las unidades de hospitalización con el fin de evaluar y minimizar el riesgo de padecer síndrome confusional agudo en pacientes ingresados.

MATERIAL: Estudio prospectivo, descriptivo y transversal.

Cuestionario confussion assesment method (CAM) estructurado enfocado a pacientes de riesgo ingresados en la unidad de cuidados coronarios (UCC) desde mayo de 2010 con una edad superior ó igual a 70 años y/o que se hayan desorientado en ingresos previos, excluyendo aquellos que recibían previamente tratamiento psiquiátrico y/o que hayan estado sometidos a ventilación mecánica invasiva.

Búsqueda bibliográfica, evidencia científica y adecuación al formato ISO.

RESULTADOS: El proyecto está en fase de desarrollo y los resultados serán presentados durante el XXVIII Congreso de la SECA en Santiago de Compostela en octubre.

CONCLUSIONES: Con los resultados obtenidos en dicho estudio valoraremos la eficacia del procedimiento así como las dificultades para llevarlo a cabo.

PALABRAS CLAVE: Confusional, Procedimiento , Cuidados

781 | Investigación/Formación en Calidad

CALIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE RESERVORIOS PARA HEMODIÁLISIS

Regueiro-Moreira EM (1), Lago-Vázquez MI (2), Velo-Facal MS (1), Rey-Veiras R (1), Potel-Torres E (1), Castelo-Iglesias J (1)

(1) DUE-Diálisis, CHUS-Santiago. (2) DUE-Supervisora Diálisis, CHUS-Santiago.

OBJETIVOS: Estudio de complicaciones (infecciosas y otras) relacionadas con el manejo/manipulación por parte del personal de enfermería de los reservorios como acceso para hemodiálisis en pacientes crónicos

MATERIAL: Estudiamos en nuestra Unidad a 5 pacientes durante un período de 7 meses: 4 varones y 1 mujer; todos ellos mayores de 75 años y con una permanencia en Diálisis de más de 2 años. Se objetivó con ello la viabilidad y las complicaciones de los reservorios en este tiempo; aplicando los protocolos de cuidados de enfermería, previamente establecidos.

Destacaremos, como dato importante, que todos ellos presentaban trombosis en vena cava superior e innominada; además de oclusión y aterosclerosis en miembros inferiores; habiendo agotado, previamente, otros accesos vasculares

RESULTADOS: En ninguno de los reservorios implantados se detectó infección ni trombosis. En un caso se observó hematoma y mal funcionamiento de la rama venosa al quinto mes de tratamiento por desconexión al catéter.

Cuatro de los paciente fueron exitus por causas ajenas a la colocación o manipulación del reservorio: infección respiratoria, complicaciones en el postoperatorio, insuficiencia cardíaca y endocarditis por marcapasos infectado. El quinto permanece en hemodiálisis con valores analíticos dentro de los rangos de normalidad y con una calidad de vida aceptable

CONCLUSIONES: El reservorio constituye una alternativa válida para pacientes desahuciados en cuanto accesos vasculares y sin posibilidad de diálisis peritoneal.

Siguiendo correctamente los protocolos de cuidados de enfermería estandarizados, no se ha objetivado ninguna complicación infecciosa o de otro tipo

PALABRAS CLAVE: calidad, reservorio, cuidados

814 | Investigación/Formación en Calidad

RELACIÓN ENTRE ESTANCIA E HIPOCALCEMIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA TOTAL

García- García MI (1), Guillen- Paredes P (1), Miguel- Perello J (1), Flores- Pastor B (1), Carrillo- Alcaraz A (2), Aguayo- Albasini JI (1)

(1) Cirugía General y Digestivo, H. U. Morales Meseguer. (2) Medicina Intensiva, H. U. Morales Meseguer.

OBJETIVOS: Demostrar que la hipocalcemia postiroidectomía prolonga la estancia de los pacientes y presentar un método de predicción precoz de dicha hipocalcemia.

MATERIAL: Se realizó un estudio prospectivo con 149 pacientes sometidos a tiroidectomía total. Se examinaron 3 muestras para estudio de PTH: inducción anestésica, 10 minutos tras la exéresis glandular y a las 24 horas de la cirugía. Se determinaron los niveles de calcio iónico a las 24 y 48 horas de la cirugía. Se definió hipocalcemia como valores de calcio < 4 mg/dl (< 1 mmol/lt).

RESULTADOS: De los 149 pacientes, 28 desarrollaron hipocalcemia a las 24 horas. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes con normocalcemia (121) e hipocalcemia (28) de las distintas variables demográficas y clínicas, encontrándose una relación significativa en la estancia media ($p < 0.001$). Así mismo, tanto la pendiente de caída de PTH, como los valores de PTH a los 10 minutos de la exéresis glandular, ofrecieron diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES: La presencia de hipocalcemia en el postoperatorio de tiroidectomía total alarga la estancia de los pacientes. La determinación perioperatoria de PTH es un método válido para la detección precoz de esta complicación que permitiría tratar a los pacientes y acortar estancias

PALABRAS CLAVE: TIROIDECTOMÍA, hipocalcemia, estancia

823 | Investigación/Formación en Calidad

INDICADORES DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ¿CUÁNTA INFORMACIÓN NOS APORTAN?

Caragol Urgellés, L1 (1), Magdalena Diaz, M.L (1), Lorenzo Alonso, R (1), Álvarez Ordoñez J (1), Vázquez Rueda, M (2), Martínez Argüelles, B (2)

(1) Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital Universitario Central de Asturias . (2) Área de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias .

OBJETIVOS: Analizar si la evaluación sistemática de los consentimientos informado en el Contrato de Gestión de Atención Especializada nos da una información global y real de lo que ocurre.

MATERIAL: Durante los últimos siete años desde servicios centrales se han incluido entre los indicadores de seguimiento del contrato de gestión la monitorización del cumplimiento de Consentimiento Informado en TAC con contraste, GASTROSCOPIAS y COLONOSCOPIAS (dato) siendo su evolución muy favorable. Para averiguar si podemos trasladar esta información a la totalidad de las intervenciones en el hospital en el quirófano de la UCMA y una vez implantado el protocolo de recepción a los pacientes se ha evaluado la existencia de Consentimiento Informado en Cirugía Plástica, Otorrinolaringología y Anestesia.

EL protocolo de recepción incluía: la implantación de una hoja de registro (con revisión exhaustiva de la historia clínica) y la utilización de la misma por el personal administrativo, auxiliar y enfermeras de quirófano. Se muestran en esta comunicación los resultados de enero a abril del 2010.

RESULTADOS: De las 266 historias clínicas revisadas en Cirugía Plástica a través del protocolo de recepción se han obtenido los siguientes datos: el 93,23 % de los pacientes tiene el consentimiento informado correcto y completo a su llegada al quirófano mientras que; el 2,63% carece de él y un 4,24 % aunque dispone de él está incompleto o no es correcto.

En Otorrinolaringologìa, de las 69 historias revisadas el 7, 24 % no disponen de consentimiento informado y otro tanto, es decir 5 pacientes lo presentan incompleto o no correcto.

En cuanto a los consentimientos de procedimientos anestésicos el 100% de los pacientes que precisan anestesia de plexo braquial disponen de consentimiento informado completo y correcto. De las procedimientos con anestesia general el 94,23% son adecuados mientras que existe un vacío en cuanto a la solicitud de consentimientos de las anestesias locales y locorregionales.

CONCLUSIONES: Aunque la evaluación sistemática y retroalimentación conlleva mejora es necesario implementar otras acciones sobre el cumplimiento del consentimiento informado.

Existe un vacío en cuanto a la solicitud y obligación en nuestro hospital de los procedimientos anestésicos locales y locoregionales cuando se realizan fuera del Servicio de Anestesia subsidiario de revisió

PALABRAS CLAVE: CONSENTIMIENTO, INDICADORES, EVALUACION

VACUNACIÓN ANTITETÁNICA EN UN CENTRO DE SALUD

Troncoso-Recio S (1), Lago-Deibe FI (2), Velicia-Peñas C (1), Casariego-Barro L (1), Moliner-De la Puente JR (1), Pérez-González C (2)

(1) CS Sárdoma, SERGAS. (2) XAP Vigo, SERGAS.

OBJETIVOS: Conocer la cobertura de la vacuna antitetánica registrada en la población con historia clínica (HC) en el centro de salud de Sárdoma (Vigo) así como que variables la explican mejor.

MATERIAL: Estudio observacional en pacientes, de ambos sexos, mayores de 14 años. El tamaño de la muestra fue de 384 (cobertura vacunal estimada del 50%, confianza del 95% y precisión del 5%). Teniendo en cuenta posibles pérdidas seleccionamos por muestreo aleatorio simple, estratificado por cupo médico, a 418 pacientes.

La variable principal era estar correctamente vacunado frente al tétanos. Además se estudiaron las siguientes variables: cupo médico, edad, profesión, nivel de estudios, importancia que da el paciente a estar vacunado, conocimiento del paciente de su estado vacunal, posesión de la cartilla vacunal, motivo de la vacunación, haber recibido recordatorio de la vacunación, registro de patología crónica y de actividades preventivas (PAPPS), carga de trabajo del personal sanitario y su grado de conocimiento del protocolo de vacunación.

Los datos se obtuvieron de las HC, mediante encuesta a pacientes y al personal sanitario. Se describieron las variables, se realizó un análisis bivariante y, por último, se aplicó un análisis de regresión logística para determinar los factores explicativos de la vacunación.

RESULTADOS: se analizaron 410 pacientes (51.8% mujeres) con edad media de 51.8 años. El 57.7% de los pacientes estaban correctamente vacunados, con diferencias considerables entre cupos. El 31.4% tenían completo el PAPPS y el 77.4% tenían al menos un proceso crónico o factor de riesgo registrado. El 97.3% consideraban muy importante estar vacunados pero solo el 75.6% conocían su estado vacunal. En el 72.4% habían recibido un recordatorio para completar la pauta vacunal. La probabiliad de estar vacunado aumentaba con la edad, con el nivel de estudios, número de visitas, registro de procesos crónicos, actividades preventivas y el conocimiento de estar vacunado. En el análisis de regresión logística solo el número de visitas y el tener mayor número de actividades preventivas realizadas estaba relacionado de manera significativa con la vacunación.

CONCLUSIONES: La cobertura vacunal es mejorable. El número de visitas al centro de salud y la realización sistemática del PAPPS son las variables que mejor la explican.

PALABRAS CLAVE: cobertura vacunal, tétanos , Atención Primaria

EVOLUCIÓN CUALITATIVA DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA & ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA

Muñoz-Castro FJ (1), Centeno-Centeno J (1), Valverde-Gambero E (1), Villanueva-Garrido L (1), Periañez-Vega MT (1)

(1) Área de Acreditación de formación continuada, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: Desde Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), se implanta en el año 2008 un nuevo ámbito para la acreditación de Programas de actividades de formación continuada, (conjunto de actividades con una finalidad común, orientadas a la adquisición, mantenimiento o mejora de las competencias de los profesionales sanitarios), que complementa las necesidades manifestadas por los usuarios con el programa de acreditación de Actividades de formación continuada (común en toda España), e implantada también en Andalucía por ACSA en el año 2003.

La estructura de los estándares de calidad o elementos de referencia de estos subprogramas, se distribuye en 5 bloques (necesidad de la formación, Proceso de aprendizaje, Profesionales de la formación, Planificación/Recursos y Resultados) que atienden a las variables que intervienen en la calidad de la formación continuada. A su vez cada subprograma se desglosa en los criterios:

Criterios de Actividades de formación Pertinencia, Objetivos, metodología, Evaluación y Organización.

Criterios de Programas de formación Finalidad, Objetivos, metodología, Evaluación, Selección y capacitación, Estructura, Instalaciones y Mejora cotínua.

MATERIAL: A fin de determinar la evolución cualitativa de las actividades acreditadas por estos dos ámbitos (Programas de actividades y Actividades de formación continuada), se ha realizado un análisis comparativo (desde Marzo 2008 hasta Abril 2010) del porcentaje de cumplimiento de los estándares o recomendación de calidad de los criterios de Finalidad, Objetivos, metodología, Evaluación y Organización.

RESULTADOS: Porcentajes de cumplimientos

Actividades Programas
Finalidad 62% 74%
Objetivos 75% 72%
Metodología 51% 59%
Evaluación 39% 56%
Organización 77% 79%
Resultados anuales:
Entre el 1-3-08 y el 31-12-08:
Actividades Programas
Finalidad 64,86% 76%
Objetivos 76,15% 79%
Metodología 51,57% 65%
Evaluación 37,72% 64%
Organización 79,48% 78%

Entre el 1-1-09 y el 31-12-09:
Actividades Programas
Finalidad 60,87% 75%
Objetivos 74,50% 71%
Metodología 51,37% 60%
Evaluación 38,95% 56%
Organización 78,20% 79%
Entre el 1-1-10 y el 30-4-10:
Actividades Programas
Finalidad 60,01% 75%
Objetivos 73,56% 71%
Metodología 50,11% 60%
Evaluación 42,81% 56%
Organización 70,49% 79%

CONCLUSIONES: Las diferencias cualitativas entre actividades vinculadas a Programas y actividades solicitadas de manera independiente, son más significativas en los criterios de Finalidad, metodología y Evaluación.

Se ha producido un descenso cualitativo en el criterio de Organización y Logística en el ámbito de acreditación de Actividades de formación continuada, frente a un mantenimiento del porcentaje de cumplimiento en este criterio para los Programas de formación continuada.

Por todo ello podemos decir que el proceso de acreditación de Programas favorece el desarrollo profesional continuo.

PALABRAS CLAVE: Acreditación, Programas de formación, Actividades de formación

921 | Investigación/Formación en Calidad

VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE LIMPIEZA EN COLONOSCOPIA EN UN MEDIO ASISTENCIAL CLÁSICO.

Martínez Otón, JA (1), Carrión García, F (1), Sánchez Ladrón De Guevara, S (1), Moran Sánchez, S (1)

(1) Servicio de Aparato Digestivo. , Hospital Universitario Santa María del Rosell.

OBJETIVOS: La colonoscopia es una técnica indispensable para el cribado del cáncer colo-rectal (CCR) y debido al creciente interés por esta patología y al estudio del potencial maligno de las lesiones planas ya que es un patrón de referencia para las distintas intervenciones, consideramos de especial importancia valorar la calidad de la preparación del colon para los estudios endoscópicos. Todo esto es de gran relevancia ya que el 50% de los CCR diagnosticados podrían haberse evitado.

MATERIAL: Se realiza un muestreo aleatorio simple de 30 historias clínicas en un período de 3 meses, con un método de sustitución de casos de historia siguiente al elegido de forma aleatoria. Se intenta valorar la fiabilidad de una escala de medida de la limpieza del colon en el medio asistencial. Se trata de un indicador de proceso que clasifica la limpieza observada en cuatro categorías (ya descritas en la bibliografía como: muy buena, buena, regular y mala). Se determinan índices Kappa para 3 observadores (considerando como observador al equipo asistencial: médico, enfermera y auxiliar) y se realiza procesamiento estadístico mediante EPIDAT.

RESULTADOS: El procedimiento para evaluar la reproducibilidad de un instrumento consiste en comparar entre sí distintas medidas de un mismo objeto evaluar su grado de acuerdo (cuanto más se parezcan estas medidas entre sí, más preciso es el instrumento), utilizando para ello el índice kappa. Utilizando todos los indicadores de calidad de la colonoscopia se consigue un indice Kappa de 0.52, siendo un grado de validez moderado, pero si unimos los indices muy bueno y bueno, y malo y muy malo, en dos únicas categorias el inide Kappa sube hasta 0,70.

CONCLUSIONES: Se trata de un indicador fiable dado el índice Kappa obtenido, siendo una escala válida en nuestro medio para la evaluación de la limpieza del colon. Además tenemos que tener en cuenta que en la interpretación de kappa, el índice depende tanto del acuerdo observado como de la prevalencia del carácter estudiado y de la simetría de los totales marginales.

PALABRAS CLAVE: validación, colonoscopia, Limpieza

947 | Investigación/Formación en Calidad

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

Sánchez-Rentero S (1), Tudela-Machuca C (2), Gomez-Cantarino S (2), Novillo-Ayala C (2), Rodríguez-Rojas MJ (2), Sukkarieh-Noria L (2)

(1) Materno-Infantil, Complejo Hospitalario de Toledo. (2) Unidad Docente de Matronas, Complejo Hospitalario de Toledo.

OBJETIVOS: -Analizar el clima laboral de una planta de obstetricia y su relación con la satisfacción laboral del personal de enfermería.

-Mejorar el clima laboral, con ello mayor rendimiento del trabajo realizado, y menor absentismo.

-Mejorar el grado de s

MATERIAL: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que pretende analizar las entrevistas realizadas a enfermeras y auxiliares, pertenecientes a una planta de obstetricia. La entrevista está compuesta de 13 preguntas abiertas relacionadas con el ámbito laboral.

Se realizaron de manera personalizada, intentando crear un ambiente adecuado para conseguir que las respuestas fueran lo más aproximado a la realidad de cada uno de los entrevistados.

RESULTADOS: Se solicitó la participación en el estudio al personal de enfermería de la 2ª Planta de Obstetricia en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo, siendo la participación del 100% de la plantilla fija y el resto hasta completar la muestra del estudio en esos momentos era personal de enfermería temporal.

Los datos se obtuvieron mediante el programa SPSS.

CONCLUSIONES: La idea del éxito en su trabajo se cumple en un alto grado, tiene que ver con el reconocimiento a su labor por parte de sus compañeros y de sus jefes, al clima laboral existente entre los compañeros, al trabajo realizado en equipo. Pero hay un apartado importante a tener en cuenta, es el número 9, que dice: si el ambiente es propicio para desarrollar sus táreas, en este apartado hay que actuar para que la unificación de criterios sea una realidad, elaborando nuevos protocolos, actualizando los existentes, mediante SESIONES de enfermería, etc. En los casos cuya respuesta es no, porque hay muchas visitas, no se puede actuar, debido a ser nuestro hospital, un hospital de puertas abiertas, y la Unidad de Obstetricia recibe múltiples visitas por parte de familiares y conocidos como consecuencia de los partos que se realizan, siendo por ello más acusado el número de visitas.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Satisfacción laboral , Entrevista

¿AUMENTA LA PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA(LM) EXCLUSIVA, EN FAMILIAS QUE RECIBEN EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) DURANTE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO?

Sánchez-Rentero S (1), Tudela-Machuca C (2), Duque-Teomiro C (2), Gomez-Cantarino S (2), Sukkarieh-Noria S (2), Lumbreras-López F (2)

(1) Materno-Infantil, Complejo Hospitalario de Toledo. (2) Unidad Docente de Matronas, Complejo Hospitalario de Toledo.

OBJETIVOS: -Aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y que la misma sea mantenida como mínimo hasta los dos años con alimentación complementaria.

-Promover la lactancia materna a embarazadas durante el control prenatal,

MATERIAL: Se trata de un estudio analítico observacional, longitudinal retrospectivo, que pretende analizar si existe relación entre la EPS y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida como indica la OMS y reducir el porcentaje de lactancia artificial durante el periodo de hospitalización

La recogida de datos se realizará en la población establecida (criterios de inclusion) en un momento determinado(según cronograma del estudio), interrogando a la mujer sobre el tipo de alimentación elegida para su hijo, apoyos recibidos en ambos niveles de atención durante el embarazo, parto y puerperio, problemas surgidos, capacidad para solucionarlos, respuesta a sus necesidades, puesta al pecho precoz tras el parto, complicaciones en el parto o puerperio, mantenimiento de la lactancia materna.

RESULTADOS: -Satisfacción de la mujer y pareja.

-Relación calidad-coste: Coste mínimo en recursos humanos ya que las actividades de EPS impartidas irán incluidas dentro del cómputo horario de los profesionales implicados en las SESIONES. El coste incluirá fundamen

CONCLUSIONES: La mayoría de las veces la lactancia materna es un proceso relativamente fácil. Sin embargo, hay ocasiones en que se presentan problemas, que si no son atendidos con rapidez y

eficacia, pueden atentar contra una lactancia exitosa.

La Educación Para la Salud sobre Lactancia Materna, durante el embarazo, parto, y puerperio, en mujeres que han optado por ella de manera exclusiva, es una forma de conseguir que la información sea unificada y que llegue a la mayoría de mujeres que pertenecen a nuestro Área de Salud, consiguiendo que el tiempo de lactancia materna exclusiva aumente en el tiempo.

PALABRAS CLAVE: LM, madre/hijo, EPS

MEJORA DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN DE RECURSOS A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO

Pais-Rodríguez O (1), Novo-López (1), Puga-Mira MJ (2), González-Gutiérrez-Solana R (3), Souto-Martínez D (1), Ramil-Franco (1)

(1) Nefroloxía, CHU A Coruña. (2) Nefroloxía, CHU A Coruña . (3) Nefoloxía, CHU A Coruña.

OBJETIVOS: Ver si los Diagnósticos de Enfermería prevalentes en los enfermos trasplantados del 2007-2009 coinciden con los DE de nuestro PCE y en qué medida

Hacer un cambio en el PCE, ajustándolo a la práctica reflexiva

MATERIAL: Extracción de datos mediante Data Warehouse realizada en nuestro Hospital, relativos al uso de los Diagnósticos de Enfermería en los pacientes trasplantados de riñón o de riñón y riñón-páncreas entre los años 2007-2009

Hacemos un análisis estadístico descriptivo

RESULTADOS: 1.- Del total de pacientes Plan de Cuidados el 91%, el 9% tenían programado sólo actividades de enfermería

2- Agrupando DE reales y de riesgo los prevalentes serían:

- Déficit de Conocimientos/Riesgo de déficit de conocimientos
- Ansiedad*-Temor/Riesgo de Ansiedad- Riesgo de temor
- Riesgo de Infección*
- Riesgo de dolor/Dolor*
- Déficit de autocuidado baño-higiene*, evacuación-aseo* y vestido-arreglo personal*
- Riesgo de perturbación del sueño/Perturbación del sueño*
- Riesgo de estreñimiento-Estreñimiento*

3.- Aparecen en el PCE con poca relevancia clínica:

- Riesgo de Manejo Ineficaz del Régimen Terapéutico, trabajado como Déficit de Conocimiento que no aparece en el PCE
- Riesgo de alteración de la mucosa oral
- Riesgo de afectación de la integridad de la piel

CONCLUSIONES: El diagnóstico de Déficit de Conocimientos aparece como prevalente y no está en el PCE

Es necesario reducir el número de diagnósticos en el PCE

Presentaremos un nuevo PCE integrando el conocimiento de nuestros propios resultados junto con la reflexión hecha en estos meses.

Sólo aparecen en este PCE aquellos diagnósticos necesarios para alcanzar los niveles de calidad mínimos recomendados

PALABRAS CLAVE: Investigación , Calidad, Diagnóstico enfermeros

997 | Investigación/Formación en Calidad

MEJORA EN LA DETECION DE LOS DISTINTOS TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO POR EL PERSONAL DE PAC

Graña Garrido MI (1), De la Peña Cristiá MM (2), Prados Moreno JC (3), López Silva MC (4)

(1) Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistrencial, SERGAS. (2) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI. (3) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (4) Ambulatori Praza do Ferrol. , XAP Lugo. Sergas.

OBJETIVOS: Conseguir que el 100% de los profesionales y personal que trabaja en los PAC's considere la Violencia de Género como un problema de salud

Detectar aquellos casos de mujeres en situación de Violencia de Género que, hasta la realización del proyecto de mejora, habían pasado desapercibidos a los y las profesionales de los PAC's, intentando llegar al 100% de los casos.

MATERIAL: La población objeto del estudio son los profesionales de la medicina, enfermería, administrativos y celadores de la totalidad de los PACs del área sanitaria de Santiago de Compostela.

El trabajo se desarrolló en el período de seis meses. Tratándose de un estudio piloto, de tipo descriptivo, cualitativo de corte longitudinal. Se utilizan dos cuestionarios ad hoc, pre y post actividad, para la recogida de datos a estudio, el análisis de los datos se realiza con el programa de análisis estadístico G-Stat.

Talleres de formación en Violencia de Género y salud.

RESULTADOS: Muestra utilizada 81 personas.

El 78% de las personas que realizan el taller y participan del proyecto mejora su percepción en relación a que la Violencia de Género es un problema de salud.

La detección de los casos de maltrato físico mejora su detección en un 16,30%

En relación a la mejora de los malos tratos psicológicos en la mujer no se aprecia ninguna mejora, siendo 0% la detección del mismo.

En global se observa una mejora de detección de los distintos tipos de Violencia de Género del 4,69%

CONCLUSIONES: Los talleres de formación sobre los tipos de Violencia de Género al personal de PACs mejoran la detección y la atención a las mujeres en situación de Violencia de Género

Un plan de mejora dirigido al personal de los PACs mejora el concepto de la Violencia de Género como problema de salud.

La formación , sensibiliza al personal sanitario y les proporciona seguridad, mejorando en su quehacer diario la asistencia a las mujeres que se encuentran en situación de Violencia de Género

PALABRAS CLAVE: violencia, género, PAC

1001 | Investigación/Formación en Calidad

MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PARTES DE LESIONES EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

De la Peña Cristiá MM (1), Prados Moreno JC (2), López Silva MC (3), Graña Garrido MI (4)

(1) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI. (2) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (3) Ambulatorio Praza do Ferrol, XAP de Lugo. (4) Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial, Sergas..

OBJETIVOS: Conseguir que todos los profesionales de los PACs en el área sanitaria de Santiago tengan acceso al nuevo parte de lesiones que incluye los ítems de violencia de género de modo específico.

Cumplimentar en el 100% de los casos de violencia de Género los partes de lesiones, tanto en violencia psicológica, física o sexual, en los correspondientes ítems del parte de lesiones, por los facultativos y facultativas de los PAC'S del área sanitaria de Santiago de Compostela

MATERIAL: La población objeto del estudio son los profesionales de la medicina, enfermería , administrativos y celadores de la totalidad de los PACs del área sanitaria de Santiago de Compostela.

El trabajo se desarrolló en el período de seis meses. Tratándose de un estudio piloto, de tipo descriptivo, cualitativo de corte longitudinal. Se utilizan dos cuestionarios ad hoc, pre y post actividad, para la recogida de datos a estudio, el análisis de los datos se realiza con el programa de análisis estadístico G-Stat.

Talleres de formación en violencia de género y salud.

RESULTADOS: Muestra utilizada 81 personas

El 100% de los profesionales de la medicina y enfermería conoce al nuevo parte de lesiones y hace uso de él a partir de su presentación en el lugar del trabajo.

Los facultativos y facultativas de los PACS objeto del estudio han trabajado con el parte de lesiones en relación a la Violencia de Género antes de la intervención el 38%, y después el 52%, alcanzándose una mejora del 24%.

Tras la intervención en los PACS y el posterior análisis de los partes de lesiones cumplimentados por los profesionales de la medicina se observa una mejora en los datos recogidos en relación al primer estudio de campo de un 54,77"

CONCLUSIONES: Al mejorar la accesibilidad al parte de lesiones de los profesionales de la medicina de los PAC'S, se incrementa el número de partes de lesiones emitidos por violencia de género

La formación de los profesionales ayuda a cubrir los ítems de violencia de género de los partes de lesiones y mejora la calidad de los resultados iniciales.

PALABRAS CLAVE: Violencia, género, parte de lesiones

1005 | Investigación/Formación en Calidad

MEJORA DEL CIRCUITO DE DERIVACIÓN DEL PARTE DE LESIONES EMITIDOS EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

López Silva MC (1), Graña Garrido MI (2), Prados Moreno JC (3), De la Peña Cristiá MM (4)

(1) Ambulatorio Praza do Ferrol, XAP Lugo. (2) Subidirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial, SERGAS. (3) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (4) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI.

OBJETIVOS: Cumplimentar en el 100% de los partes de lesiones, el protocolo de derivación en los casos de violencia de género.

Solicitar la autorización de la mujer en situación de violencia de género para cumplimentar los ítems de violencia de género por lesiones, en el 100% de los casos.

Informar a los médicos de cabecera de las mujeres en situación de violencia de género en el 100% de los casos con derivación del parte de lesiones

MATERIAL: La población objeto del estudio son los profesionales de la medicina, enfermería, administrativos y celadores de la totalidad de los PACs del área sanitaria de Santiago de Compostela.

El trabajo se desarrolló en el período de seis meses. Tratándose de un estudio piloto, de tipo descriptivo, cualitativo de corte longitudinal. Se utilizan dos cuestionarios ad hoc, pre y post actividad, para la recogida de datos a estudio, el análisis de los datos se realiza con el programa de análisis estadístico G-Stat.

Talleres de formación en violencia de género y salud.

RESULTADOS: Muestra utilizada 81 personas.

Tras los talleres realizados y las charlas in situ se obtiene una mejoría del 54,7% en la correcta cumplimentación y derivación de los partes de lesiones según protocolo.

En cuanto a la autorización de la mujer para cumplimentar los ítems de violencia de género en los partes de lesiones se obtiene una mejora del 16,23% en los resultados post intervención.

En aquellos casos en que la mujer acude a su PAC de referencia, su médico /a de familia conoce el parte de lesiones en el 66,4% de los casos, en los meses posteriores a la intervención.

CONCLUSIONES: Conocer por parte de los y las profesionales de los PAC's el protocolo de derivación de los partes de lesiones, permite que su contenido llegue a los puntos de interés establecidos en el mismo.

El parte de lesiones es un medio para detectar a las mujeres en situación de violencia de género y mejorar el seguimiento de sus problemas de salud

Cuando se conoce la magnitud del problema de la violencia de género, el personal sanitario de los PACs toma conciencia de la necesidad de coordinarse con los y las médicos/as de familia de la mujer, mejorando su seguimiento.

PALABRAS CLAVE: violencia, género, derivación

1007 | Investigación/Formación en Calidad

VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO POR LA CIUDADANÍA.

Prados Moreno JC (1), López Silva MC (2), Graña Garrido MI (3), De la Peña Cristiá MM (4)

(1) Sanidade e Servizos Sociais, Concello de Betanzos. (2) Ambulatorio Praza do Ferrol, XAP de Lugo. (3) Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial, SERGAS. (4) Subdirección de Humanización e Atención ao Usuario, CHUVI.

OBJETIVOS: Conocer la opinión que la ciudadanía tiene sobre la calidad de la Educación Sanitaria que ofrece la Administración en materia de Violencia de Género

Conocer las necesidades informativas y formativas

MATERIAL: La población a quien se dirige son asociaciones de mujeres y ciudadanía en general, la muestra objeto de estudio son los y las 75 asistentes a los tres talleres de Educación Sanitaria en Violencia de Género realizados en los meses de abril y mayo de este año.

Es un estudio de tipo descriptivo, cualitativo de corte transversal. Se utilizan dos cuestionarios ad hoc, pre y post actividad, para recoger los datos a estudiar, el análisis de los datos se realiza con el programa de análisis estadístico G-Stat.

RESULTADOS: Se trata de una muestra de 75 personas, 94,66 % mujeres y 5,33% hombres, con una edad media de 40 años

El 23,53% considera que las distintas administraciones proporcionan información suficiente a la ciudadanía sobre Violencia de Género, el 76,47% no.

El 58,82%considera que el medio mas adecuado para recibir la información es por los medios de comunicación, el 17,65% por folletos, el 47,06 por campañas divulgativas, el 82,35% por talleres, cursos, y el 5,88% otros.

El 93% de las personas asistentes considera positiva la calidad de la Educación sanitaria ofrecida a través de los talleres sobre Violencia de Género de la Escuela Gallega de Salud para la Ciudadanía, siendo la calificación de muy buena 78%, buena el 19%

CONCLUSIONES: Las administraciones públicas deben hacer un esfuerzo para mejorar la información ofrecida sobre violencia de género a la ciudadanía.

Los y las asistentes a los talleres consideran que el mejor medio para hacer llegar la información a la población es a través de cursos, jornadas y talleres.

Los talleres de la escuela de salud para la ciudadanía son un buen medio divulgativo y formativo en conocimiento de la violencia de género.

PALABRAS CLAVE: violencia, género, educación

1017 | Investigación/Formación en Calidad

APLICACIÓN DE TÉCNICA OSNA (ONE-STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION) EN EL ANÁLISIS GANGLIONAR DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

Guillén-Paredes MP (1), García-García MI (1), Carrasco-González L (1), Cases-Baldó MJ (1), Chaves-Benito A (2), Aguayo-Albasini JI (1)

(1) Servicio Cirugía General y Digestiva, Hospital Morales Meseguer. (2) Servicio Anatomía Patológica, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) ha demostrado ser una técnica eficaz. Sin embargo, el estudio del ganglio intraoperatorio por congelación presenta falsos negativos, que implicarán una segunda intervención. El método OSNA (One-Step Nucleic acid Amplification) permite un análisis intraoperatorio automatizado mediante cuantificación molecular de la citoqueratina CK-19, con una elevada sensibilidad y especificidad. Presentamos este estudio preliminar con los resultados obtenidos de la evaluación del ganglio centinela según el método OSNA.

MATERIAL: Del 15 de Mayo al 15 de Diciembre del 2009, se recogieron consecutivamente 38 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama operable, menor de 5 cm, con ganglios axilares clínica y ecográficamente negativos. En la misma intervención se efectuó la cirugía mamaria correspondiente (mastectomía o cirugía conservadora) junto con BSGC y análisis del mismo en su totalidad mediante la técnica OSNA. El procedimiento analítico requiere unos 30 minutos.

RESULTADOS: de las 38 pacientes intervenidas, en 32 casos el análisis del ganglio centinela resultó negativo, y en los 6 restantes positivo, en tres casos para micrometástasis (definidas como de 2.5 x102 a 5x103 copias mRNA/µL) y en tres para macrometástasis (>5x103 copias mRNA/µL), realizándose una linfadenectomía posterior en estos 6 casos, extrayendo una media de 16.5 ganglios (rango 12-22), donde sólo hubo un único ganglio con afectación tumoral además del centinela.

CONCLUSIONES: el método OSNA presenta una alta sensibilidad con un análisis rápido, cuantitativo y no observador dependiente, que puede evitar falsos negativos y re-intervenciones.

PALABRAS CLAVE: citoqueratina 19, cáncer mama, determinación intraoperatoria

1032 | Investigación/Formación en Calidad

ANÁLISIS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA DE CALIDAD

Moreno-Torres B (1), Otero-Redondo MC (2), Pena-Meilán MC (1), Gómez-López M (3)

(1) Docencia, Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo . (2) Docencia, COMPLEXO HOSPITALRIO Xeral-Calde de Lugo . (3) Subdirección de Xestón e Recursos Humanos, Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo .

OBJETIVOS: Introducción: la educación continua surge como consecuencia de la necesidad de que la población adulta adquiera conocimientos constantes y dinámicos a lo largo de toda su vida profesional.Definiremos la educación continua como el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permitirán al profesional de la salud mantener , aumentar y mejorar su competencia. Los departamentos de docencia interna se crean con la finalidad de proporcionar las herramientas necesarias para contribuir a la actualización de los conocimientos.

Objetivos generales: incidir en el mantenimiento y mejora de la competencia a través de la formación e incrementar la capacitación profesional , detectando las necesidades de los clolectivos , de la institución y de los objetivos marcados en la unidedes.el objetivo específico será mejorar la calidad asistencial.

MATERIAL: Los métodos empleados : * Para detectar las necesidades asistenciales se utilizará el análisis de contexto: material formal (encuestas) entrevistas informales , grupos de expertos (DELPHI) informantes claves.

* Para las necesidades institucionales se emplearán los indicadores de derivación , reingresos , Prescripciones y pruebas complementarias.

*Se operativizarán las necesidades en objetivos ,priorizando por medio de criterios específicos, medibles , alcanzables,...

El material con el que contamos : * Fegas con sus planes AFCAP y PEF. * La docencia interna (de enfermería y la Subdirección de recursos Humanos). * Las casas comerciales: cláusulas en los concursos para la formación técnica de los equipos.

RESULTADOS: Este pequeño análisis da como resultado:

* Por Ley , el personal estatutario tiene derecho a la formación continua.
* La prestación sanitaria requiere un constante reciclaje en nuevas técnicas y nuevas tecnologías.
* Hay muy poca oferta formativa y un gran número de solicitudes.
* No se cubren algunos campos : usos aplicativos.
* Hay poca oferta para colectivos minoritarios : técnicos, fisios, matornas,...
* Los departamentos de docencia interna no disponen de recursos económicos para solventar las necesidades detectadas.

CONCLUSIONES: En la única parte de la formación en la que podemos intervenir es en la desarrollada desde docencia interna.

Nuestro plan de formación deberia recoger como mínimo:

* un incremento de las acciones formativas.
* la acreditación del mayor número posible de actividades.
*La mejora de la metodología empleada para valorar la docencia.
* Hacer llegar la formación a todos los colectivos (sanitarios y no sanitarios).
*Potenciar la llamada formación horizontal : Proyecto ESSE " ensina o que sabes, sabes o que ensinas "

PALABRAS CLAVE: CALIDAD, FORMACIÓN, CONTINUA

1062 | Investigación/Formación en Calidad

GESTIÓN DOCENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN MODELO DE COLABORACIÓN CON LA EUF DE A CORUÑA

Arnaiz-Rubio F (1), Álvarez-Madi A. (1), Martínez- Rodríguez A. (2)

(1) Centro de Salud Casa del Mar, Sergas. (2) Escuela Universitaria de Fsioterapia, Universidad de A Coruña.

OBJETIVOS: -Desarrollar la labor docente del fisioterapeuta en Atención Primaria.Dicha labor está recogida entre las funciones del/de la fisioterapeuta en Atención Primaria (AP). El convenio firmado entre el SERGAS y la Universidad de A Coruña ha permitido desarroll

MATERIAL: Tras el acuerdo inicial entre la Gerencia de AP de A Coruña y la directiva de la E.U.F se inicio el plan de trabajo para el diseño concreto de la actividad formativa y su inclusión en la asignatura de Estancias Clínicas I. Para ello, se han llevado a cabo una serie de reuniones entre los dos fisioterapeutas colaboradores y la profesora encargada del módulo de Fisioterapia en AP y comunitaria. En total se han realizado 6 reuniones,dos iniciales,3 a lo largo del curso y una final para el establecimiento de la evaluación. Asimismo se recogen las impresiones y reflexiones de los alumnos en el cuaderno de práctica clínica sobre el desarrollo del rotatorio y su aprendizaje

RESULTADOS: Los alumnos de la diplomatura en Fisioterapia de 2º curso cursan la materia de estancias clínicas divididos en 10 grupos de 6-7 alumnos para acudir a las unidades docente-asistenciales, de forma rotatoria. Una de estas unidades es la de Fisioterapia en AP y comunitaria. En la AP se han de realizar actividades de naturaleza asistencial, comunitaria y de apoyo o soporte (labores administrativas, de gestión, de investigación…), tal y como vienen recogidas en la Circular 4/91. Para cubrir dichos objetivos, los alumnos asisten a dos espacios formativos diferenciados:

- La lonja de la Cofradía de pescadores de A Coruña, donde se lleva a cabo un programa comunitario de ejercicio terapéutico y modificación cognitivo-conductual con las mariscadoras, en colaboración con el Servicio de Pesca. Los alumnos inician la estancia en la lonja con la explicación del contexto y con los objetivos generales y específicos del programa de ejercicios y su vinculación a la AP. A continuación, se incorporan a la dinámica del programa de forma activa.

- El centro de Atención Primaria de la Casa del Mar, donde se subdividen en dos grupos, a cargo de los dos fisioterapeutas que colaboradores. Aquí son formados fundamentalmente en la atención asistencial (ambulatoria) y en labores de apoyo y soporte. En relación a la labor asistencial, se centra exclusivamente en el ámbito ambulatorio, procediendo a realizar la valoración y tratamiento de los pacientes asignados, siempre bajo supervisión. A nivel de gestión, se les introduce en la

dinámica del centro, la gestión de la agenda y las labores administrativas que hay que realizar.

CONCLUSIONES: ES factible desarrollar la función docente en fisioterapia en Atención Primaria, al tiempo que favorece una perspectiva clínica más integral para los alumnos de la E.U.F. de A coruña

PALABRAS CLAVE: primary heal care, physical therapy, base-education

1068 | Investigación/Formación en Calidad

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA.

Saborido Rodríguez MJ (1), Álvarez Casal E (1), Barral Santos P (1), Cibrian Barbolla P (1), Naveira Sánchez B (1), Silva López D. (1)

(1) Unidad de Hospitalización de Oncologia UMAP y endocrinologia., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es evaluar la satisfacción laboral del personal de la Unidad de Hospitalización de Oncología.

Medir diferencias entre los miembros del equipo según los ítems, formación y experiencia profesional.

MATERIAL: Se valoran 40 encuestas anónimas con 41 preguntas entre los miembros del equipo.

Las encuestas están validadas por la Universidad de Salamanca. Cada una consta de 8 ítems, con cinco posibles respuestas (1-5) donde el 1 es total desacuerdo, 2 desacuerdo, 3 indiferente, 4 acuerdo, 5 total acuerdo; considerando como respuesta positiva las respuestas 4 y 5 y, negativas 1 y 2. El cuestionario incluye una introducción explicando la finalidad de la encuesta y su objetivo.

Se realizaron entre enero-febrero del 2009, repartiéndose en el lugar de trabajo, en horario laboral y depositándolas en un buzón para tal uso.

RESULTADOS: La satisfacción de nuestro equipo es positiva en un 57,34% y la insatisfacción en un 20,02%. Por ítems el mejor valorado es el de ambiente de trabajo (75,50%) y el peor el de la formación (30,6%). Según sexo, formación y experiencia no hay diferencias significativas. Las sugerencias de mejora son: comunicación, autogestión, atención de las necesidades emocionales y mejorar la formación.

CONCLUSIONES: Creemos que este tipo de estudios son necesarios para evaluar la situación laboral ya que en ellos podemos detectar en que aspectos de la organización existen más deficiencias que causen más insatisfacción entre el personal, y que repercutan en la calidad del trabajo. En este estudio observamos diferencias entre los ítems y nos llama la atención que no hay diferencias entre las distintas categorías.

Se percibe una satisfacción laboral positiva aunque se precisa introducir planes de mejora.

PALABRAS CLAVE: Valoración, Satisfacción, Personal

1092 | Investigación/Formación en Calidad

VAINA LÁSER SPECTRANETICS EN LA EXTRACCIÓN DE CABLES DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES.

Cereijo Silva Eg (1), Seoane Bello M (1), Vidal Miralles MR (1), Villar Rodríguez C (1), Eibe Mandiá MV (1)

(1) Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Mejorar la técnica de extracción de electrodos de Marcapasos y Desfibriladores automáticos implantables (DAI) y disminuir el número de procedimientos fallidos.

MATERIAL: Estudio prospectivo de 8 casos programados para extracción de electrodos de dispositivos implantables con la vaina láser Spectranetics desde el 22 de enero al 21 de mayo de 2010.

No se ha tenido en cuenta ningún criterio previo de selección de pacientes excepto la indicación de extracción del electrodo.

Revisión bibliográfica.

RESULTADOS: De los 8 pacientes programados , 7 (87,5%) eran portadores de marcapasos y 1 (12,5%) de DAI. En los portadores de Marcapasos el motivo de extracción fue la presencia de infección; en el caso del DAI una disfunción de sensado del electrodo ventricular. Se han extraído 10 (90,9%) electrodos de los 11 previstos. El caso fallido se remitió a cirugía cardíaca.

CONCLUSIONES: La vaina láser Spectranetics junto con el estilete permite una explantación más segura de los electrodos de dispositivos implantables, especialmente en aquellos casos que presentan fibrosis importantes y, mejorar la tasa de éxito en la extracción de estos dispositivos.

PALABRAS CLAVE: Electrodos, Vaina, Láser

1110 | Investigación/Formación en Calidad

MEJORANDO LOS CIRCUITOS EN UN LABORATORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

González-Bravo A (1), Angles - Segura T (1), Gondalbeu- Petit A (1), Martínez - Chueca M (1), Palleja - Mir R (1), Pena - MT (1)

(1) Atención Primaria, Institut Català de la Salut.

OBJETIVOS: Optimizar el circuito y los procedimientos de trabajo en el área de laboratorio.

Disminuir las incidencias surgidas en relación con la atención de los pacientes y la recepción de muestras en el laboratorio del hospital.

Mejorar la satisfacción percibida por el cliente interno y externo.

MATERIAL: Partimos de una situación en que se iban recogiendo incidencias de manera repetida en el área de laboratorio relacionadas con: aumento de demanda de peticiones para laboratorio, lista de espera de 21 días para extracción, falta de profesionales de enfermería para atender el número de extracciones diarias y los domicilios, retraso en el horario de citación que provocaba quejas de los usuarios e incidencias en la recogida y recepción de muestras.

Se constituye un grupo de mejora interdisciplinar formado por profesionales implicados en el proceso, que realiza mediante brainstorming, una identificación de los aspectos susceptibles de mejora y un análisis de las causas de los problemas e incidencias detectados, utilizando la espina causa-efecto. Se propone un plan de mejora que contempla diferentes aspectos: reorganización de las agendas de enfermería aumentando la presencia de enfermeras en los tramos horarios de mayor afluencia, redefinición de las funciones de cada profesional, descentralización del laboratorio del control de anticoagulantes orales, modificación del procedimiento de preparación, etiquetado y recepción de muestras biológicas, aumento del número de citas programadas en la agenda de extracciones. Se presenta en sesión clínica al equipo y se implanta.

RESULTADOS: Al primer mes de funcionamiento realizamos evaluación de indicadores

1.Cuantitativos:

Disminución de la lista de espera de 21 a 5 dias.

Aumento del número de analíticas realizadas en un mes, de 1493 a 1969 sin registro de incidencias en relación a la falta de profesionales presentes.

Reducción de las incidencias en la recogida de muestras de orina, del 2.2% al 0.7%.

2. Cualitativos:

Todos los profesionales implicados han expresado su satisfacción por el funcionamiento de los circuitos y calidad del trabajo realizado.

Se han recibido opiniones espontáneas de pacientes en relación a la mejora del servicio.

CONCLUSIONES: La implementación del Plan de mejora del laboratorio ha supuesto una mejora en la calidad asistencial y en la satisfacción del cliente interno y externo.

PALABRAS CLAVE: OPTIMIZAR, LABORATORIO, Atención Primaria

1151 | Investigación/Formación en Calidad

ESPIROMETRÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA EXPERIENCIA DE MEJORA

Lago-Deibe FI (1), Represas Represas C (2), Fernández-Villar A (2), Rodríguez-Álvarez D (3), Pérez-Antolín P (3), Garrido-González L (3)

(1) Unidad Docente de MFyC de Vigo, Xerencia de Atención Primaria de Vigo. (2) Servicio de Neumología, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. (3) Centro de Salud de Sárdoma, Xerencia de Atención Primaria de Vigo.

OBJETIVOS: Mejorar la realización e interpretación de espirometrías en Atención Primaria (AP) en el área sanitaria de Vigo

MATERIAL: estudio de intervención para la mejora de la calidad, con medición antes/después. Se diseñó un programa estructurado de formación teórico-práctica dirigido a médicos y enfermeros, designados como referentes en sus centros para la realización e interpretación de espirometrías, consistente en una sesión teórico-práctica de 5 h, posteriormente durante 2 meses los alumnos realizaron 15 espirometrías mensuales, que eran enviadas al equipo docente para valorar la calidad técnica y la interpretación. Se mantenía contacto diario por línea telefónica y correo electrónico para solventar dudas. Se realizaron ejercicios voluntarios semanales enviados por correo electrónico. A los 2 meses se hizo otra sesión presencial de 5 h con repaso teórico-práctico durante la que los alumnos realizaron un examen con 20 preguntas, interpretación de 20 espirometrías reales y realización de varias espirometrías con pacientes simulados.

Para valorar la eficacia de la intervención se pasó, antes de la formación, al final de la primera jornada y al final de la segunda jornada, un test con 5 espirometrías con 2 preguntas cada una. Además se analizó la validez de las maniobras y de la interpretación de las espirometrías realizadas en los propios centros de salud durante el primer y segundo mes de tutorización.

RESULTADOS: Iniciaron la formación 74 alumnos (37 médicos y 37 enfermeros), terminándolo 72 (97,2%), correspondientes a 26 centros, 8 de los cuales enviaron alumnos de dos turnos de trabajo. La media y desviación estándar de las puntuaciones obtenidas en el ejercicio de evaluación fueron, sobre un máximo de 10, 4,06 ± 1,2 antes del inicio, 7,48  1,6 tras la primera sesión y de 8,9  1,3 tras la segunda.

En el primer mes de las 521 espirometrías hechas 370 (71,01%) eran válidas o estaban correctamente interpretadas; durante el segundo mes de las 619 espirometrías hechas fueron adecuadas 562 (90,97%). De los 72 alumnos que finalizaron el curso hubo 8 no aptos, pero solo un centro de los 24 no consiguió ningún alumno adecuadamente habilitado.

CONCLUSIONES: El programa altamente estructurado de formación ha mejorado la habilidad en la realización e interpretación de espirometrías de forma global en AP en el área sanitaria de Vigo

PALABRAS CLAVE: Espirometrías, Atención Primaria, Formación

1163 | Investigación/Formación en Calidad

VARIABILIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE PENICILINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ÁMBITOS URBANO-NO URBANO.

Pinilla-Sánchez JM (1), Eiros-Bouza JM (2), Moreno-Sánchez E (3), Vega-Quiroga S (4), Velasco-Gatón B (5), Arahuetes-Benito F (6)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Segovia, SACYL. (2) MICROBIOLOGIA, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (3) Unidad de Farmacia. Gerencia Atención Primaria Segovia, SACYL. (4) Centro de Salud de Arévalo. Ávila, SACYL. (5) Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ICICOR. (6) Centro de Salud Segovia 1. Segovia, SACYL.

OBJETIVOS: España es uno de los países de la Unión Europea que presenta tasas de consumo de antibióticos más elevadas representando el subgrupo de penicilinas las dos terceras partes del mismo. El objetivo es conocer la prescripción del subgrupo J01C –penicilinas- en la población del Área de Segovia analizando la prescripción de zona urbana y no urbana.

MATERIAL: El ámbito de estudio es la población perteneciente a la Gerencia de Atención Primaria de Segovia en el periodo desde el 1 de enero de 1.999 al 31 de diciembre de 2.007. Se trata de un análisis descriptivo y transversal. La Fuente de Información es el Sistema de Información de Farmacia denominado "Concylia". Los datos han sido suministrados en forma de DDD (dosis diaria definida) y el indicador utilizado es DHD (dosis por mil habitantes y día). Las variables utilizadas han sido: el año (9 años de estudio; 1999-2007), la zona de salud, la población (se refiere al número de tarjetas sanitarias de la zona) y el nº de DDD prescritas.

RESULTADOS: La prescripción global de penicilinas en los entornos estudiados mostró una gran variabilidad con una diferencia estadísticamente significativa (p<0,001) entre el entorno urbano y no urbano. La prescripción en la zona urbana presentó un comportamiento horizontal a lo largo de todo el periodo 8,55 DHD (IC95%: 8,04-9,06) mientras que las zonas semiurbana con 14,18 DHD (IC95%: 12,90-15,46) y rural con 13,94 DHD (IC95%: 12,68-15,21), presentaron mayor variación. Aunque la prescripción media de amoxicilina fue mayor en la zona semiurbana (7,64 DHD) que en la zona rural (6,08 DHD) y urbana (4,91 DHD), a partir del año 2005 no se observan diferencias significativas en su prescripción. La amoxicilina clavulánico se prescribió mayormente en la zona rural (6,73 DHD) frente a 6,06 DHD en la zona semiurbana y 3,27 DHD en la zona urbana.

CONCLUSIONES: A pesar de que el patrón de prescripción en las zonas de salud fue heterogéneo, se ha podido constatar que la prescripción de penicilinas fue mayor en las zonas básicas de salud no urbanas respecto de las urbanas, principalmente a expensas de la amoxicilina clavulánico. Aunque podemos sospechar factores como la distancia al hospital de referencia o la presión asistencial (entre otros) en dicha variabilidad. Son necesarios estudios mas detallados para poder determinar los factores involucrados en la misma.

PALABRAS CLAVE: ANTIBIOTICOS, VARIABILIDAD, AMBITO URBANO/NO URBANO

1236 | Investigación/Formación en Calidad

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCP) DEL HOSPITAL DO SALNÉS TRAS UN AÑO Y MEDIO DE SU APERTURA.

Fernández-Pérez S (1), López-Triguero A (2), Vaquerizo-García D (1)

(1) Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Hospital do Salnés. (2) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVOS: -Evaluar la actividad del Equipo de Soporte en su primer año de funcionamiento.

-Mejorar la calidad de la asistencia.

MATERIAL: Los datos de actividad (visitas, llamadas, etc) son recogidos diariamente y registrados en el programa de "Xestión" por el personal del ESCP. Estos datos y los de registro en IANUS son procesados por el Servicio de Informática.

Haremos un análisis de los mismos separando los pacientes en función de la actividad realizada con ellos.

RESULTADOS: De los datos de actividad se desprende un gran número de visitas domiciliarias al día así como actividad de soporte telefónico. También se recogen datos medios de altas/bajas mensuales del período oct.08 a dic.09.

CONCLUSIONES: La monitorización de la actividad es fundamental en la evaluación y desarrollo de un recurso novedoso en el sistema de salud gallego como son los ESCPs. Nuestra participación en el desarrollo y seguimiento de la herramienta de "Xestión" ha sido fundamental para crear un formato que nos es útil y que se ajusta a nuestras necesidades reales. Este programa de registro nos permite conocer con exactitud cuál es nuestra actividad real, así como fomentar el desarrollo del equipo gracias a la calidad percibida del trabajo realizado y a los datos que nos avalan.

La escasez de datos de otros equipos así como de sistemas de registro similares en España nos hace difícil la comparación de los resultados que vamos obteniendo.

PALABRAS CLAVE: paliativos, actividad, xestión

1244 | Investigación/Formación en Calidad

INCREMENTAR LA SEGURIDAD MEJORANDO LA COMPETENCIA.

Calvo-Méndez EM (1), García- Cepeda B (1), Lago- Vázquez MI (2), Lago-Quinteiro JR (3), Otero- Fernández D (4), Gude- Sampedro F (5)

(1) Calidad, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (2) Unidad de Diálisis, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (3) Unidad de Reanimación, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (4) Hospitalización, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (5) Epidemiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: La formación recibida tras finalizar los estudios universitarios es de suma importancia porque introduce al personal en conocimientos más especializados para el desempeño de su profesión.

En el ámbito sanitario la formación continua es imprescindible debido a que existen constantes cambios como consecuencia del avance en nuevas técnicas y conocimientos.

Los profesionales de enfermería son los que mas se pueden beneficiar de la formación continua porque están en contacto directo con el paciente cubriendo sus necesidades, prestando así, los cuidados precisos y ofreciendo una atención de calidad.

El personal de la unidad de diálisis necesita una formación específica ya que cuentan con un método de trabajo complejo y unas técnicas de riesgo.

El objetivo del estudio fue conocer las dificultades que surgen en la aplicación de los protocolos en la unidad de diálisis con el fin de plantear acciones de prevención y mejoras en las actividades formativas.

MATERIAL: El estudio se efectuó a través de una encuesta realizada al personal de enfermería de diálisis. El cuestionario contenía un listado de protocolos que se utilizó para responder a las preguntas y elegir varios de ellos siguiendo unos criterios, como complejidad, importancia y frecuencia de uso.

Teniendo en cuenta que la unidad cumple la normativa ISO 9000 y que todos los procesos de actuación están en formato protocolo, se recopiló para incluir en la lista, aquellos de mayor dificultad de aprendizaje y los imprescindibles para el desempeño de la labor.

El análisis de los datos se realizó en tablas donde se comparan los porcentajes de los protocolos seleccionados.

RESULTADOS: Los resultados recogen varias categorías para clasificar los protocolos según frecuencia de utilización, complejidad e importancia en esta unidad; aspectos que tenemos que tener en cuenta a la hora de diseñar programas de formación mas eficaces.

CONCLUSIONES: El estudio ha sido útil para:

- Conocer la opinión del personal de enfermería de diálisis en lo que se refiere a las dificultades de aplicación de protocolos.
- Elaborar propuestas para mejorar las acciones formativas existentes y orientar el diseño de programas de formación futuros.
- Conocer los procedimientos que presentan riesgos durante su aplicación para desarrollar acciones de formación preventivas, fomentando la calidad y seguridad del paciente.
- Favorecer el desarrollo de personal cualificado para potenciar la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Formación, Protocolos, Calidad

1291 | Investigación/Formación en Calidad

AL MENOS 10 MN POR FAVOR

Mira JJ (1), Navarro IM (1), Guilabert M (1), Rodríguez-Marín J (1), Pérez-Jover V (1), Carballo JI (1)

(1) Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández.

OBJETIVOS: Analizar si efectivamente el tiempo que dedica el médico al paciente durante la consulta incide en la participación del paciente en la elección de alternativas.

MATERIAL: Estudio exploratorio basado en una encuesta telefónica (sistema CATI) realizada durante los meses de octubre y noviembre de 2009 a pacientes que iniciaron tratamiento en Centros de Especialidades. El tamaño muestral de 522 sujetos se calculó para una p=q=0,5 y un error máximo del 5%. Se obtuvieron 272 respuestas válidas (tasa de respuesta del 52,10%). Un 66,8% (n=181) fueron mujeres, el 62,9% (n=171) fueron atendidos en consultas de especialidades quirúrgicas y la mayoría (59,2%, n=161) tenía una edad comprendida entre 51 y 70 años.

RESULTADOS: Los pacientes valoran mejor a los médicos cuando les dedican en la consulta más de 10 minutos. En este caso, los pacientes son propensos a afirmar que el médico les presta mayor atención (p<0,001), se reducen las dudas y preocupaciones sobre etiología, posología o el tipo de tratamiento a seguir (p<0,001), la información del médico resulta más comprensible (p<0,001) y hace más probable la participación del paciente en las decisiones clínicas (p<0,001).

CONCLUSIONES: La organización sanitaria ya se sabe que incide en las valoraciones que los pacientes realizan de la atención que reciben. Escuchar al paciente, ofrecer una información clara y los estilos de comunicación del médico sabemos que inciden en la satisfacción. Ahora podemos afirmar también que disponer de, al menos, 10 mn por paciente contribuye a que éste adopte un rol más activo.

PALABRAS CLAVE: relación médico-paciente, tiempo en consulta, encuesta telefónica

1299 | Investigación/Formación en Calidad

INFLUENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMAS EN LA ADECUADA INDICACIÓN DE LOS MISMOS

Bergua-Martínez C (1), Pueo-Crespo E (1), Viles-Betrán D (1), Hernández-Martín I (1), Miñano-Oyarzabal A (1), Worner-Diz F (1)

(1) Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova (Lleida).

OBJETIVOS: Valorar la repercusión de la elaboración de un protocolo de solicitud de ecocardiogramas en la idoneidad de la indicación de las pruebas solicitadas desde la consulta.

MATERIAL: Se analizaron 268 solicitudes consecutivas de ecocardiogramas y sus informes respectivos en 2008 y otras 268 un año más tarde, tras la creación y difusión de un protocolo actualizado y consensuado, basado en las indicaciones de las guías más recientes de exploraciones no invasivas.

RESULTADOS: Las solicitudes antes y después del protocolo eran comparables, sin encontrarse diferencias significativas en la edad media de los pacientes (62,3 años vs 62,97, p=0,7), la distribución por sexos (50,7% de varones vs 53,73 %, p=0,5) o el tipo de solitud (72 % de primeros estudios vs 69%, p=0,5).

Aunque hubo una tendencia a la mejoría, no se observaron diferencias significativas en el porcentaje global de peticiones ajustadas a las indicaciones pre y post protocolo (79,10% frente a 82,09% respectivamente, p=0,38).

En el subgrupo de solicitudes generadas por cardiología, no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de peticiones bien indicadas pre y post protocolo (78,21% frente a 79,72%, p=0,696). Se detectó sin embargo un aumento significativo en el porcentaje de peticiones ajustadas al protocolo en el seguimiento de las valvulopatías (35% frente a 58%, p=0,034).

CONCLUSIONES: La elaboración y difusión de un protocolo consensuado y actualizado de peticiones de ecocardiogramas no repercutió en el número global de exploraciones idóneamente solicitadas, que se mantuvo alrededor del 80%. Sin embargo, sí tuvo impacto en la mejora del seguimiento ecocardiográfico de la patología valvular en el servicio de cardiología.

PALABRAS CLAVE: protocolo, indicación, ecocardiograma

1321 | Investigación/Formación en Calidad

IMPACTO SANITARIO DE LA INCORPORACIÓN DE TEMOZOLAMIDA AL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN TUMORES CEREBRALES

Carmona-Vigo, R (1)

(1) Oncología Radioterápica, Hospital General Juan Ramón Jiménez.

OBJETIVOS: El Glioblastoma multiforme (GBM) y el astrocitoma anaplásico (AA) son los tumores cerebrales primarios más frecuentes en el adulto, ambos de mal pronóstico. El tratamiento estándar consiste en su exéresis amplia seguida de radioterapia asociada a quimioterapia con Temozolamida.

El objetivo del presente estudio consiste en valorar la supervivencia global (SG) y toxicidad del tratamiento con radioterapia y Temozolamida en pacientes diagnosticados e intervenidos de astrocitomas de alto grado (GBM y AA).

MATERIAL: Entre los meses de Febrero de 2008 a Junio de 2009 se han tratado en el Servicio de Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario de Jaén un total de 23 pacientes diagnosticados e intervenidos de astrocitomas de alto grado (6 GBM y 17 AA). En el 69% de los pacientes se realizó una extirpación macroscópicamente completa de la tumoración y en el 31% una extirpación subtotal. El esquema terapéutico utilizado consistió en la administración de radioterapia (60 Gy a 2 Gy/fracción, 5 fracciones/semana) y quimioterapia concomitante con Temozolamida (75 mg/m2/día, 7 días/semana). Posteriormente se administró Temozolamida adyuvante hasta completar un total de 6 ciclos (200 mg/m2, 5 días, cada 28 días).

RESULTADOS: Con una mediana de seguimiento de 19.4 meses (6.1-38.8), la SG a los 6 meses, al año y a los 2 años, realizada según Kaplan-Meier fue del 95%, 78% y 42% respectivamente. La mediana de supervivencia fue de 20.5 meses, IC 95% (9.7-31.3). Analizada la cohorte de AA, la SG en los mismos periodos fue del 94%, 76% y 46%, con una mediana de supervivencia de 22.8 meses, IC 95% (12.7-32.9). La toxicidad fue principalmente hematológica, evidenciándose trombopenia G2 en el 13% de los pacientes y neutropenia G2 en el 8%.

CONCLUSIONES: La asociación de Temozolamida al tratamiento radioterápico es bien tolerada y de escasa toxicidad. La supervivencia apreciada es equivalente a otras series con similar tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Radioterapia, Temozolamida, Astrocitoma anaplásico

1341 | Investigación/Formación en Calidad

PROYECTO DE MEJORA SOBRE CUMPLIMIENTO DIETÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Martín-Miguel MV (1), Barciela-Garrido MJ (2), Delgado-Martín JI (3), Iglesias Conde M (4), Lago-Deibe FI (5), Álvarez-Carrera C (6)

(1) CS Matamá, SERGAS. (2) CS Teis, SERGAS. (3) CS Sárdoma, SERGAS. (4) CS Pintor Colmeiro, SERGAS. (5) XAP Vigo, SERGAS. (6) CS Doblada, SERGAS.

OBJETIVOS: General:. Pretendemos mediante técnicas de Entrevista Motivacional mejorar el cumplimiento de la dieta y el control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2.
Específicos:
- Mejorar el cumplimiento dietético
- Aumentar el ejercicio físico
- Disminución de perímetro abdominal y peso.
- Reducir niveles de glicohemoglobina, colesterol total y LDL.

MATERIAL: Se contactó con los enfermeros del Área de Vigo, colaborando 13 profesionales en 10 Centros de Salud.

La intervención se aplicó sobre los pacientes diabéticos tipo 2 con los siguientes criterios de inclusión: 1 ó más años desde diagnóstico, entre 45 y 65 años, no insulinodependientes, IMC>28 en hombres y 25 en mujeres, autonomía total, sin dificultades económicas, comer en su hogar, firmar consentimiento informado.

Exclusión si: no aceptan, no criterios de inclusión, embarazo, cumplen dieta e IMC > de 33.

Variables: ejercicio físico (tipo, duración, frecuencia), peso, perímetro abdominal, presión arterial, glicohemoglobina, perfil lipídico, ingesta de grasas saturadas, de grasas insaturadas, de fibra y de alimentos restringidos.

Análisis de situación, medida basal de variables.

Segunda fase: capacitar, mediante una actividad formativa, a los profesionales de enfermería adquiriendo conocimientos y habilidades en técnicas de Entrevista Motivacional para aplicar dicha intervención sobre los pacientes atendidos en sus consultas.

A los 6 meses se volvieron a cuantificar las variables para determinar el número de pacientes que:

1. Realizan un buen cumplimiento dietético (reduce consumo de grasa total y disminuye el de grasa saturada en relación con el de insaturada, aumenta consumo de fibra y consume menos de una vez al mes alimentos restringidos). Medido a través de: Encuesta alimentaria, cumplimiento dietético, cuestionarios cantidad/frecuencia.
2. Disminuyen de peso, glico-hemoglobina, colesterol total (CT) y LDL- colesterol
3. Aumentan el ejercicio físico

RESULTADOS: 60 pacientes inician la intervención y 48 siguen a los 6 meses presentando 23,3 % buen cumplimiento dietético, 73,3% pérdida de peso, 60% disminución de perímetro abdominal, mejoran: TAS el 71,1%, TAD el 44,9%, niveles de Glicohemoglobina el 48,6%, CT 61,5%, LDL 62,2% y Triglicéridos el 53,8%.

Mejoran más del 10% del CT el 35,9%, del LDL el 37,8%, de los Triglicéridos el 38,5% y de la glicohb el 15,4%, disminuyen más del 5% los niveles de glicohb el 30,8% de los pacientes.

Aumenta la Frecuencia del ejercicio físico en el 86,2% de los pacientes y la Duración del mismo en le 75,9%.

CONCLUSIONES: Se ha aumentado el cumplimiento dietético y el control metabólico en los pacientes diabéticos tipo 2, aunque hay oportunidades de mejora.

PALABRAS CLAVE: Diabetes tipo 2, Dieta, Entrevista motivacional

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÁREA DE FORMACIÓN: IMPACTO SOBRE EL ÁREA Y SOBRE LA ORGANIZACIÓN.

García-Fraguela B, (1), Cernadas I, (2), Domínguez-Guillén I, (2), Parada H, (3), Páez P, (4), Calvo JA, (5)

(1) Área de Formación Enfermería, CHUAC-SERGAS. (2) Área Formación Enfermería, CHUAC-SERGAS. (3) Área de Formación, CHUAC-SERGAS. (4) Área Formación , CHUAC-SERGAS. (5) Área Formación, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de la aplicación de la "Gestión por procesos en el área de Formación y Docencia orientado hacia la conformidad con la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008".

MATERIAL: No se dispone de un Plan de Formación global para toda la organización. El Área de Formación (AF)se encuentra compartimentada en diferentes secciones: AF coordinada con Servicios Centrales Autonómicos (cualquier estamento), AF de Enfermería, AF de Residentes, AF de estudiantes de Medicina, AF Profesionales no sanitarios. A su vez, algunas de estas secciones están también compartimentadas y funcionan con cierta autonomía.
Se pretende aplicar un modelo de Gestión que pueda ser utilizado en cualquiera de las secciones y que permita unificar la estructuración de los procesos. Se decide un enfoque a la Gestión de procesos que permita en un futuro la certificación conforme a la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008.
Se solicita apoyo métodológico a la Unidad de Calidad. Se planifican reuniones semanales, acreditadas por secretaría técnica de acreditación autonómica, para aquellos que participan y realizan el diseño de la Gestión de Formación.
Se procede a reuniones semanales en día y hora concretos, de 2 horas de duración, con formación teórica y práctica, trabajando en revisión y elaboración de documentos.
Se evalúa el impacto de la implantación del modelo de Gestión sobre: la coordinación de la formación, la motivación de los profesionales del AF, y sobre la priorización, programación y evaluación de las actividades formativas en el Centro.

RESULTADOS: Se ha formado al personal del Área en Gestión de la Documentación para el Sistema de calidad. Se ha elaborado el Catálogo de Servicios para todo el AF. Se diseña el Mapa de Procesos y se consensúa en el Área.
En el proceso de Formación/Docencia, se identifican 5 subprocesos:
1. Identificación de necesidades-priorización-aprobación/rechazo;
2. Programación de la actividad docentes;
3. Divulgación y admisión;
4. Actividad formativa: recepción y formación; y
5. Seguimiento y evaluación (impacto).

Se define cada subproceso (entradas y salidas, nicio y fin, registros, documentación de soporte y referencia, e indicadores de evaluación). Se aprueba la documentación general para el Área de Docencia y Formación.
Se ha trabajado estimulando a los profesionales del complejo a participar activamente en la detección de necesidades, y se han priorizado de acuerdo a unos criterios explícitos. Se han obtenido registros sobre la detección, planificación, programación y realización de las actividades formativas, y elaborado una herramienta para la evaluación del impacto de las mismas. Se consensúa un cuadro de indicadores globales y por subproceso.
A corto plazo está previsto que la aplicación de este modelo logre el diseño e implantación de un Plan de Formación Integral en el complejo hospitalario.

CONCLUSIONES: La comunicación entre las diferentes secciones de Formación/Docencia, ha facilitado el intercambio de experiencias para dar soluciones a problemas comunes desde perspectivas distintas.
Esto ha permitido la identificación de actividades no incluidas en las secciones, y que se trataban de forma especial ante cada solicitud, como era el caso de las rotaciones de postgrados, etc.
La elaboración de un Mapa de procesos común para todo el área de Formación y Docencia del Complejo hospitalario facilita observar el papel de la Formación en la Organización, contextualizando el impacto de cada uno de los procesos.
La mejora de la comunicación interna ha favorecido la motivación de los profesionales, además de facilitar la medición del impacto de sus actuaciones y de intelectualizar unas actividades que hasta ahora eran consideradas "de rutina".
Ha aportado al AF un apoyo para la priorización y programación de las actividades formativas.
Esta integración de las diferentes secciones ofrece mayor eficiencia en cada una de las secciones y una mirada conjunta hacia la organización.
El cuadro de indicadores para todo el AF y Docencia permite evaluar el funcionamiento de los procesos, así como el impacto de las acciones formativas sobre el alumno y, sobre la organización.

PALABRAS CLAVE: GESTIÓN CALIDAD, FORMACIÓN, PROCESOS

PROCESO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN PUÉRPERA CON GRIPE A.

Flores-Cordón J. (1), Llamas-Sánchez F. (1), González-Caro MD (1), Atalaya-Povedano J (2)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.. (2) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

OBJETIVOS: Identificar las actuaciones de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en paciente afectado por Gripe A (H1N1).

MATERIAL: Se presenta el caso de una paciente de 31 años, casada, de nacionalidad Boliviana, nivel de estudios medio-alto, y en situación laboral activa. Tras 38 semanas de embarazo y con Preeclampsia en seguimiento desde la semana 34, comienza con un cuadro febril (39º C), acompañado de cefaleas, malestar general, y tensión arterial elevada. La paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena donde se realizan pruebas diagnósticas, obteniéndose un resultado de la PCR de influenza A (H1N1) positivo, por lo que se comienza con tratamiento antiviral y antibioterapia. Debido al empeoramiento de la paciente, se decide provocar el parto administrando prostaglandínicos, y ante la no progresión, se realiza cesárea. Nace una niña de 1940 gr. con una PCR de Influenza A (H1N1) negativa.

La paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos del mismo centro, consciente, orientada, y con insuficiencia respiratoria que posteriormente precisa ventilación mecánica y sedación. La paciente requiere aislamiento respiratorio, y no se inicia la lactancia materna ante el riesgo de contagio. Se realiza el plan de cuidados dirigido a la paciente y su cuidador principal, utilizando la valoración por patrones funcionales de M. Gordon, y se identifican los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA: 00034 Respuesta disfuncional al destete del ventilador r/c incapacidad para mantener la respiración espontánea, cianosis; 0004 Riesgo de infección r/c aumento de la exposición ambiental a los agentes patógenos (virus Influenza H1N1); 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad en cama; 00054 Riesgo de soledad r/c aislamiento físico, deprivación afectiva, falta de contacto con personas significativas; 00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c información y comprensión insuficientes para manejar la situación por parte del marido. En función de los diagnósticos identificados se establecieron criterios de resultado NOC, e intervenciones NIC.

RESULTADOS: Tras las intervenciones de enfermería realizadas se consiguió disminuir la ansiedad y sintomatología respiratoria de la paciente, favorecer el afrontamiento del cuidador principal, y unificar las actuaciones para resolver el cuadro clínico en colaboración con el resto de los profesionales del servicio.

CONCLUSIONES: Con las medidas de aislamiento acometidas, no se detectaron nuevos casos de la enfermedad entre el resto de los pacientes, familiares y profesionales.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Cuidados Intensivos, Gripe A

1429 | Investigación/Formación en Calidad

ALGORITMO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN EL MODELO JOANNA BRIGGS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Munera Canfrán E (1), Ordoñez Blanco SI (1), Muñoz Ledesma MC (2), Moreno Barbas JA (3)

(1) Medicina Interna, Hospital Beata María Ana de Jesús . (2) Subdirectora de Enfemería, Hospital Beata María Ana de Jesús . (3) Director de Enfermería, Hospital Beata María Ana de Jesús .

OBJETIVOS: LA ÚLCERA POR PRESIÓN PUEDE DEFINIRSE COMO EL ÁREA DE DAÑO TISULAR LOCALIZADA EN LA PIEL Y/O TEJIDOS SUBYACENTES CAUSADA POR PRESIÓN, CIZALLAMIENTO O FRICCIÓN, QUE TRAS EL INFORME ENEAS 2005 (PLAN DE CALIDAD DE CARÁCTER NACIONAL) PUSO DE MANIFIESTO QUE ES UN EFECTO ADDVERSO LIGADO A LA HOSPITALIZACIÓN. HOSPITALIZACIÓN QUE EN ALGUNOS ESTUDIOS REFLEJAN QUE PUEDE AUMENTARSE HASTA EN 43 DÍAS PARA UN PACIENTE DE RIEGO, CON UNA U.P.P DE GRADO I (SEGUN LA CLASIFICACIÓN DEL GNEAUPP) PRODUCIENDO U N INCREMENTO EXPONENCIAL DE LA COMORBILIDAD, PÉRDIDA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA. INCREMENTO QUE PUEDE SER métodoLÓGICAMENTE MINIMIZADO SI ENFERMERÍA COMO RESPONSABLES Y GESTORES DE CUIDADOS ESTABLECEMOS PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO, BASADOS EN LA EVIDENCIA PAR UNA PRÁCTICA CLÍNICA DE CALIDAD, EFICIENTE, SEGURA Y HUMANIZADORA.

MATERIAL: 1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA DE ARTÍCULOS ORIGINALES

2. ANÁLISIS DE LAS ESCALAS DE PREVENCIÓN, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS U.P.P:

-EVRUPP /ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO

-ESCALA ANALÓGICA DE VALORACIÓN DEL DOLOR

-ESCALA PARA ESTADIAJE DE LAS ÚLCERAS (GNEAUPP)

- HERRAMIENTA push "PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING"

3. PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERÍA Y CUIDADOS DE LA SALUD, DEGÚN EL MODELO DE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

RESULTADOS: HEMOS UNIFICADO MEDIANTE UN DIAGRAMA DE FLUJOS, LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO,TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN NUESTRO HOSPITAL SEGÚN PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA, UNIFICANDO LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRPORCIONADOS A NUESTROS PACIENTES, EVITANDO LA VARIABILIDAD Y MINIMIZANDO LA ALEATORIEDAD

CONCLUSIONES: PRESENTAMOS DOS PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA (PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN) Y UN PÓSTER CON EL ALGORITMO DE CUIDADOS QUE HEMOS ELABORADO

PALABRAS CLAVE: EVIDENCIA, RESPONSABILIDAD, HUMANIZACIÓN

1456 | Investigación/Formación en Calidad

COMPATIBILIDAD ENTRE LACTANCIA Y TRABAJO. ESTUDIO DESCRIPTIVO A PROPÓSITO DE UN CASO

Ocaña López S (1), Martín Rios MD (2), Casas Losada MI (1), Cava Valenciano F (1), García Menéndez MI (3)

(1) Laboratorio General, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Medicina Preventiva, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Dirección Asistencial, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

OBJETIVOS: Dar conocer las ventajas de poder continuar con lactancia materna una vez la madre se reincorpora al mundo laboral, gracias al contar con un Servicio de Guardería dentro del lugar de trabajo.

MATERIAL: A propósito del caso citado se hace una revisión de la situación de lactancia materna y su posible relación con la vida laboral de la madre.

RESULTADOS: En España según la Encuesta Nacional de Salud de 2006 la prevalencia de lactancia materna exclusiva al inicio era de un 68,4%, del 52,48% a los 3 meses de edad y del 24,27% a los 6 meses. Estos datos quedan lejos de lo recomendado por la OMS, y entre los motivos que pudieran llevar a la interrupción tremprana de la lactancia, tenemos la vuelta al trabajo de la madre. Esto puede ser debido en parte, a que si la madre decide continuar amamantando en muchas ocasiones sólo precisa de la opción de la extracción de leche durante la jornada laboral. En el caso que se presenta, se presenta una segunda opción, beneficiosa tanto para el bebe como para la madre. El precisar de servicio de guardería dentro del centro de trabajo, permite a madre y bebe continuar disfrutando de la lactancia, si bien la información dentro del centro de trabajo, así como la formación del personal educador, es muy importante para el mantenimiento de la situación. En el caso del que hablamos, la madre se reincorporo al trabajo cuando el bebe cumplía seis meses. El lugar de trabajo de la madre es un Hospital de tercer nivel, que cuenta con servicio de guardería. La dificultad en la posible adaptación a la guardería residía en que el bebe estaba alimentado con lactancia materna exclusiva. La situación tres meses después, gracias al apoyo del personal educador, es que si bien la niña come diversos alimentos, la base de su alimentación continúa siendo el pecho. En cuanto a la madre, la visión del trabajo de manera positiva y no como un obstáculo para su maternidad, gracias a poder apoyarse en el estrecho vínculo que se crea en la lactancia materna, para afrontar la separación, repercute en un buen rendimiento laboral.

CONCLUSIONES: Si tenemos en cuenta el esfuerzo realizado por profesionales sanitarios desde primaria a hospitales, entre los que se encuentra el propio hospital del que hablamos, para conseguir el éxito de la lactancia materna al nacimiento, parece razonable continuar promocionando el amamantamiento entre las madres que se reincorporan a la vida laboral tras el período de baja maternal (112 días en nuestro país). Teniendo en cuenta el alto porcentaje de mujeres en edad fértil que trabajan fuera de su hogar en España, podríamos pensar que si a estas mujeres se les ofreciera la posibilidad cuando fueran madres, de poder continuar con la lactancia en el propio centro de trabajo, como ocurre en el caso descrito, quizá les haría replantearse el destete temprano y el esfuerzo en mantener una lactancia prolongada. Esto presenta ventajas a diferentes niveles: a nivel de salud de la Comunidad, para la empresa en la que realice su trabajo la madre (las trabajadoras no estarán desmotivadas con la vuelta al trabajo, y eso se notará a nivel de rendimiento y productividad laboral)…

A partir de este trabajo, hemos decidido poner en marcha un estudio para ver la valoración y el impacto, que dentro del grupo de mujeres susceptibles, tendría el conocer las ventajas con respecto a la lactancia, de la disposición del servicio de guardería. El estudio se realizará dentro de lugares de trabajo con y guardería.

PALABRAS CLAVE: Compatibilidad, Lactancia, Trabajo

1457 | Investigación/Formación en Calidad

VALIDACIÓN EXTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE AGUDOS

Balanà Fort Ll (1), Tomàs Cedó RM (1), Díez Caballero R (1), Rius Rafecas MA (1), Besora Cunillera A (1), Colomés Figuera Ll (1)

(1) Epidemiologia, Informació i Avaluació Assistencial - EIAA, Grup SAGESSA-Hospital Universitari Sant Joan Reus.

OBJETIVOS: La calidad del CMBD de Alta Hospitalaria (CMBDAH) es clave, afectando a la información para gestión y en Cataluña a la financiación concertada.

En un hospital general comarcal, interesa conocer el grado de calidad de la información contenida en el Informe Médico de Alta (IMA) respecto a la Historia Clínica (HC), tomada ésta como gold standard.

a) Cuantificación y tipificación de las diferencias entre IMA e HC: impacto en el CMBDAH, en el GRD y en la complejidad.

b) Determinación de la base documental más rentable para mejorar la información del IMA (y por tanto del CMBDAH).

MATERIAL: Periodo de estudio, 1/11/08 - 31/10/09 (fecha de alta).

Muestra dirigida (episodios más susceptibles de presentar problemas de exhaustividad y variar de GRD) de los servicios de Traumatología, Ginecología y Cirugía General de un Hospital Comarcal de Agudos.

Se han seleccionado 30 casos para cada servicio combinando las siguientes condiciones de inclusión: GRD sin CC, estancia >15 días, outliers, edad avanzada, tipo de alta.

Los Documentos revisados de la Historia Clínica (HC) son: Curso Clínico Médico y de Enfermería, Hoja Operatoria (HO), Hoja de Anestesia (HA), Informe Médico de Urgencias, Informe de Anatomía Patológica (IAP).

Dos documentalistas profesionales han realizado el trabajo de campo, con revisión de la HC completa, consensuando cada caso, recodificando y reasignando el GRD.

Se ha codificado con la CIE- 9-MC (7ª edición). Versión GRD: AP 21.0.

RESULTADOS: De las 90 altas revisadas, en 65 (72%) ha variado el CMBDAH, con incremento del promedio de diagnósticos 2,7 (2,0 en el total) y de procedimientos 2,3 (1,5 en el total).

Solamente 15 altas han variado el GRD (23% de las que cambiaron de CMBDAH, 17% de las revisadas), siempre a más complejo. Solo un caso ha variado de tipo (médico a quirúrgico). Ello ha supuesto un incremento de la complejidad del total revisado (peso medio: 1.59 -> 1.77).

Los documentos que más información relevante omitida contenían fueron: HA, IAP y HO.

CONCLUSIONES: La validación externa se muestra efectiva, el incremento tanto de diagnósticos como de procedimientos ha tenido una incidencia directa sobre el cambio de GRD incrementando la complejidad.

El resultado del estudio nos permite potenciar la tárea formativa en los diferentes servicios que gestionan altas, mejorando el IMA hospitalaria.

Los documento más rentables de revisar en la HC es HA, IAP y HO, para la validación y para los clínicos al redactar el IMA.

PALABRAS CLAVE: Validación, Exhaustividad, Complejidad

1465 | Investigación/Formación en Calidad

GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DESDE LA PERSPECTIVA DE PROCESOS

Reyes-Alcázar V. (1), Casas-Delgado M. (1), Torres-Olivera A. (2)

(1) Gestión del Conocimiento , Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2) Dirección Gerencia, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

OBJETIVOS: El área de Gestión del Conocimiento de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es responsable del Macroproceso 2 en dicha organización, relacionado con la Gestión de la Producción Científica. El objetivo de esta comunicación es describir los elementos que conforman el proceso de Producción Científica de la organización.

MATERIAL: Durante 2009 la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha diseñado su actividad a través de un proceso de reflexión colectiva, realizado por sus profesionales, siguiendo la estructura de criterios del Modelo EFQM.

RESULTADOS: Aplicando el Modelo de Gestión por Procesos se han definido un total de 12 Macroprocesos y 36 procesos.

Dentro del Macroproceso 2 "Gestión de la Información y el Conocimiento" se enmarcan varios procesos. El Proceso 1 corresponde a la Gestión de la Producción Científica. Se presenta como resultado la ficha que define dicho proceso:

Descripción: Este proceso está especialmente orientado a la visibilidad de la organización en el plano científico y académico, según los requisitos establecidos en estos ámbitos.

Tipo: Proceso estratégico

Objetivo: Gestionar el conocimiento generado dentro de la organización, dotándolo de visibilidad y valor a través de su transformación en alguno de los principales formatos reconocidos por la comunidad científica (proyectos de investigación, artículos científicos y comunicaciones a congresos).

Alcance: Objetivos anuales vinculados a la producción científica

Proveedores: (1) Financiadores públicos y privados de investigación, (2) Consejos editoriales de revistas científicas, (3) Entidades que organizan eventos científicos, (4) Certificación – Acreditación, (5) Universidad

Clientes: (1) Comunidad científica nacional e internacional, (2) Profesionales de sistemas sanitarios, (3) Ciudadanía

Subprocesos que incluye: (1). Publicación de Artículos Científicos, (2). Comunicaciones a Congresos, (3). Proyectos de investigación en convocatorias con financiación competitiva

Indicadores: Indicadores contenidos en el Contrato Programa relacionados con la producción científica

Registros generados: (1) Registro de proyectos presentados a convocatorias de financiación, (2) Registro de artículos enviados y aceptados [publicados], (3) Registro de comunicaciones enviadas y aceptadas

Salidas: (1) Proyectos de investigación realizados, (2) Artículos científicos enviados a revistas, (3) Artículos científicos publicados, (4) Comunicaciones presentadas y/o aceptadas en congresos nacionales e internacionales.

CONCLUSIONES: La orientación por procesos, en el ámbito de la producción científica contribuye de manera decisiva a mejorar la visibilidad de la organización en el plano científico y académico.

PALABRAS CLAVE: Procesos, Gestión del conocimiento, Producción científica

1468 | Investigación/Formación en Calidad

MAMÁ TIENE UN TUMOR

Cereijo-Gárea C (1), Novoa-Vega B (2)

(1) Hospital Abente y Lago (CHUAC), Dirección enfermería. (2) Quirófano, Enfermera.

OBJETIVOS: Objetivos: Facilitar la información de los hijos de las mujeres con cáncer de mama

MATERIAL: Material y métodos: Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tienen dificultad para hablar con sus hijos de la enfermedad. Buscamos información bibliográfica acerca de cómo dar información a los niños.

RESULTADOS: Resultados: Elaboramos un cuento que explica el proceso del cáncer de mama y los cambios que experimentará la madre y la vida cotidiana de la familia durante los tratamientos

CONCLUSIONES: El cuento mejora la comunicación madre-hijo acerca de la enfermedad de la madre.

Es una herramienta que ayuda a las madres con cáncer a explicar a sus hijos el proceso por el que va a pasar.

Permite que los niños no imaginen y que conozcan la información real.

PALABRAS CLAVE: cáncer de mama, cuento infantil, atención integral

1480 | Investigación/Formación en Calidad

CREACIÓN DE UNA RED DE FORMADORES COMO ELEMENTO IMPULSOR DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN EL SISTEMA SANITARIO PUBLICO DE ANDALUCIA

Muñoz-Castro FJ (1), Martín-García Sm (2), Villanueva-Garrido L (1), Galiot-Torres A (2), Periañez Vega MT (3), Almuedo-Paz A (3)

(1) Área de Acreditación de Formación Continuada, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia. (2) Área de Acreditación de Profesionales, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia. (3) Dirección, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.

OBJETIVOS: Los Programas de Acreditación de Formación Continuada y de Competencias Profesionales puestos en marcha por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, tienen entre sus como objetivos fundamentales la mejora continua y el fomento del desarrollo profesional continuo.

La coincidencia en estos objetivos con los distintos proveedores de servicios sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, definió la necesidad de la puesta en marcha de una red de expertos, que fuesen referentes en cada Centro sanitario de las herramientas que fomentan este desarrollo profesional continuo.

MATERIAL: En abril de 2009 en colaboración con el Servicio Andaluz de Salud, las Empresas Públicas Sanitarias y la Fundación IAVANTE, se diseñó un programa formativo encaminado a crear una Red de Formadores en el Programa Integral de Acreditación de Formación Continuada, en el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales y en la Carrera Profesional.

El programa formativo fue desarrollado bajo el nombre de "Herramientas para el Desarrollo Profesional Continuo", obteniendo la Acreditación en Nivel Óptimo por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

El Servicio Andaluz de Salud y las Empresas Públicas Sanitarias fueron las encargadas de designar a las personas de cada Centro Sanitario que pasarían a integrar la Red de Formadores.

RESULTADOS: En la actualidad la Red de Formadores está integrada por un total de 151 personas con un perfil variado, pertenecientes a los siguientes Centros:

• 5 Áreas de Gestión Sanitaria

- 32 Distritos de Atención Primaria
- 29 Áreas Hospitalarias
- EPES
- Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Se ha creado una Zona de Comunicación específica de la Red de Formadores, que posibilita la existencia de un canal directo entre todos los centros integrantes en la Red. Hasta el momento se han cruzado un total de 256 mensajes, orientados a la resolución común de dudas y a la aportación de soluciones para todos los miembros de la Red.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha puesto a disposición de la Red, recursos para apoyar la labor de formación, difusión y promoción que tiene encomendada. Así, a modo de ejemplo, citar las más de 300 credenciales de proyectos "demo" que se han facilitado hasta la fecha.

CONCLUSIONES: La Red de Formadores supone una potente herramienta para el impulso de los Programas de Acreditación de Formación Continuada y de Competencias Profesionales.

PALABRAS CLAVE: Formación Continuada, Acreditación, Formadores

1485 | Investigación/Formación en Calidad

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS O POR PRINCIPIO ACTIVO EN CIRUGÍA GENERAL. OPORTUNIDAD DE MEJORA

Ruiz-Marín M (1), Tamayo-Rodríguez ME (1), González-Valverde FM (1), Ruiz-Rodríguez A (1), Peña-Ros E (1), Albarracín-Marín-Blázquez A (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario "Reina Sofía" de Murcia.

OBJETIVOS: La prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) o por principio activo es una práctica recomendada por organismos nacionales e internacionales dentro de la política de uso racional del medicamento. En España, la prescripción de genéricos se sitúa lejos de la media europea. Se estima que tan sólo un 10% de la medicación prescrita se realiza bajo la condición de genérico. Esta mínima participación de los genéricos dificulta y frena el incremento de ahorro en el gasto sanitario.

La prescripción de medicamentos en los informes de alta hospitalaria tiene una especial importancia tanto por el peso directo sobre la farmacia como por las Prescripciones que se inducen en Atención Primaria.

El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la calidad de las Prescripciones medicamentosas en el informe de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General Universitario "Reina Sofía" de Murcia, determinando la frecuencia de la utilización de EFG o por principio activo.

MATERIAL: Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de todas las Prescripciones medicamentosas de los informes de alta en nuestro servicio durante el mes de Febrero de 2010.

Se analizó: el número de Prescripciones medicamentosas, la frecuencia de prescripción de EFG o por principio activo y la existencia o no de fármacos genéricos para los prescritos en forma comercial.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 144 informes de alta en el periodo descrito. El número medio de fármacos prescritos por informe de alta fue de 2,2 fármacos/informe.

La frecuencia de EFG por informe fue del 0%. La frecuencia de prescripción por principio activo fue del 31%.

Los medicamentos más habitualmente prescritos (8 o más veces) sumaron un 68%. Para un 45% de ellos existían especialidades farmacéuticas genéricas.

CONCLUSIONES: 1. Según los resultados de nuestro estudio, la prescripción de EFG o mediante principio activo alcanza una cifras aceptables.

2. Son necesarios estrategias de mejora mediante intervenciones formativas y de estimulación a los facultativos prescriptores para promover su consumo.

3. La mejora en la calidad de la prescripción puede disminuir significativamente los costes de la prestación farmacéutica sin comprometer la calidad ni establecer limitaciones en las prestaciones.

PALABRAS CLAVE: Fármacos GENÉRICOS, Prescripción medicamentos, Informes de alta

1505 | Investigación/Formación en Calidad

CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES CON ANESTESIA LOCAL EN URGENCIAS. PROPUESTA DE OPORTUNIDAD DE MEJORA Y PRIMERA EVALUACIÓN.

Emilio Peña Ros (1), Miguel Ruiz Marín (1), María Vicente Ruiz (1), Carlos Sánchez Rodríguez (1), Miguel González Valverde (1), Antonio Albarracín Marín-Blázquez (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía.

OBJETIVOS: Presentar la oportunidad de mejora sobre cumplimentación del Documento de Consentimiento Informado(DCI) en las intervenciones con anestesia local en pacientes atendidos en Urgencias por el Servicio de Cirugía General.

MATERIAL: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 54 casos consecutivos en Febrero-Marzo de 2010 registrados en la base de datos de actividad del quirófano de Urgencias. El receptor del servicio ha sido el DCI y el proveedor del servicio la plataforma EDC02 que archiva de forma digital las historias clínicas del hospital para comprobar si se hizo entrega del DCI a los pacientes y se cumplimentó de forma correcta con firma del médico informador acompañada de número de colegiado, firma del paciente o representante legal si procede, y fecha de la firma. Se han incluido todos los pacientes intervenidos bajo anestesia local tanto en Urgencias como en el área de quirófanos. La dimensión del estudio de calidad es del tipo científico técnica. Se ha realizado una evaluación interna del grado de cumplimentación.

RESULTADOS: Del análisis de una primera evaluación se ha obtenido que de los 54 pacientes intervenidos la cumplimentación del DCI en se ha realizado en 7 casos, esto es en el 12,9%±7,63 (IC 95%). De los 7 casos cumplimentados, en 5 se realizó de forma correcta. Se ha observado una baja tasa de cumplimiento, identificando una oportunidad de mejora en este ámbito y se han propuesto como causas del problema el desconocimiento legal, escepticismo, falta de motivación y olvido por parte de los facultativos para la cumplimentación del mismo, la minimización de importancia de la intervención al tratarse de procesos menores y a menudo con pocas consecuencias y complicaciones, así como la sobrecarga asistencial en las guardias de Cirugía General. No han existido problemas de material, pues se dispone de documentos de CI en formato digital en todos los ordenadores del hospital, así como de forma física en Urgencias y en el área de quirófanos.

CONCLUSIONES: La cumplimentación del documento de consentimiento informado es un aspecto legal de la práctica asistencial diaria, así como un criterio de calidad de la información al paciente. Hemos observado una baja cumplimentación del mismo en las intervenciones con anestesia local en los pacientes atendidos en Urgencias, y tras la primera evaluación se ha planteado la realización de un ciclo de mejora sobre este problema.

PALABRAS CLAVE: Cumplimentacion, Consentimiento, Informado

1535 | Investigación/Formación en Calidad

CENTRO TECNOLÓGICO DE FORMACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA: UNA APUESTA POR LA CALIDAD.

Centeno-Cortés A (1), Aguirrezabalaga J (1), Martínez Moar AM (1), Blanco Fraga (1), Ríos Neira M (1), López Peláez E (1)

(1) Centro Tecnológico de Formación, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

OBJETIVOS: La seguridad de los pacientes se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. La formación del personal es un pilar básico para la disminución de los eventos adversos. Mejorar la calidad asistencial del sistema sanitario público en base a la consecución de mejores niveles de formación del personal sanitario.
Objetivos específicos:
-Adquisición de habilidades.
-Aprendizaje de conceptos por medio de la simulación y la experimentación.
-Autoaprendizaje y perfeccionamiento de técnicas médico-quirúrgicas.
-Formación profesional en la últimas técnicas o tecnologías médico-quirúrgicas.
-Mejorar la capacidad en la toma de decisiones.

MATERIAL: Para la consecución de los objetivos el CHUAC crea el Centro Tecnológico de Formación (servicio central del CHUAC dependiente de la Dirección del Organización del mismo), dotándolo con la última tecnología existente en docencia aplicada al ámbito sanitario

Su Superficie útil es de 1300 m2, dividida en:

o Área quirúrgica

o Aula taller

o Área de simulación robótica

o Área de simulación virtual

o Aula docente

Dispone de personal con dedicación exclusiva formado por un equipo multidisciplinar formado y titulado en Veterinaria, Medicina, Enfermería y Documentación.

El CTF opta por la metodología docente de la simulación ya que permite un aprendizaje basado en la identificación de riesgos y errores así como en la resolución de los problemas. Está equipado con instalaciones para las diferentes modalidades de simulación: escénica, robótica, realidad virtual y experimental.

Los medios disponibles dan cobertura a todas las especialidades médicas (personal sanitario y no sanitario).

RESULTADOS: En su primer año de existencia el CTF ha realizado 56 cursos de formación de diferentes áreas del conocimiento. En ellos han participado 1420 alumnos, cuyo perfil es variado: médicos, enfermería, personal no-sanitario, estudiantes, etc.

CONCLUSIONES: La formación del personal es una de las bases para la disminución de los efectos adversos; la apuesta por la docencia estandarizada y de calidad se convierte en uno de los objetivos prioritarios del sistema de salud.

El CTF tiene el compromiso de facilitar y promover el entrenamiento integral de profesionales en competencias técnicas como en habilidades relacionales y sociales, mediante las más innovadoras metodologías en simulación y autoaprendizaje.

El CTF pretende situar nuestro servicio sanitario como referente de la seguridad del paciente en todos los niveles asistenciales

PALABRAS CLAVE: seguridad, FORMACIÓN, calidad

1578 | Investigación/Formación en Calidad

ESTOMAS DIGESTIVOS. GUÍA PRÁCTICA

González-Reguero A (1), Bilbao -Sáez De Parayuelo I (1), Aizpuru F (2), Larrinaga- Llaguno N (1), Portuondo -Jiménez J (3), Larrinaga- Llaguno M (1)

(1) Hospital de Basurto, Osakidetza. (2) Hospital de Cruces, Osakidetza. (3) Hospital de Cruces, Osakidetza.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN: Ante la ausencia de Enfermer@ estomatoterapeuta resulta difícil proporcionar una buena educación sanitaria al paciente ostomizado sin una mínima formación. De ahí, la necesidad de crear una guía para que todos los profesionales (noveles y experimentados) sigamos las mismas directrices.

2- OBJETIVOS:

Siendo conscientes del impacto que le supone al paciente enfrentarse al cuidado del estoma es fundamental que las pautas de actuación de los profesionales sean unánimes para evitar inseguridades y proporcionar continuidad en el proceso educativo del cuidado del estoma y cambio de dispositivo adecuado. Conseguiremos así la autonomía del paciente independientemente del grado de experiencia del profesional que le atienda.

MATERIAL: METOLOGÌA: Reunir datos relevantes del paciente para adaptar los cuidados. Conocer los estadios que definen el proceso. Saber situar al enfermo en cada estadio y avanzar de uno a otro.

Manejar la diversidad de dispositivos y accesorios disponibles en el Hospital y saber adaptarlos a los distintos estomas y situaciones.

Ofrecer información sobre la variedad de productos aparte de los que dispone el Hospital para que sea el individuo el elija la opción más favorable. Nadie mejor que uno mismo para saber sus necesidades. Esto será indicativo de poseer unos buenos conocimientos.

Entregar guía para el usuario. (Recogerá la información dada durante el proceso educativo).

RESULTADOS: En la estancia en la unidad el paciente ha recibido Educación Sanitaria continuada, sin fisuras y de calidad independiente del grado de experiencia del profesional que la ha desempeñado.

La recuperación de la autonomía es pronta y efectiva.

CONCLUSIONES:

5- CONCLUSIONES:

Para mostrar seguridad, ofrecer confianza y transmitir tranquilidad hay que ser poseedor de ello. Con la guía se consigue que el profesional reúna estas cualidades sin que su experiencia le limite.

PALABRAS CLAVE: Estomas, Guia, Prectica

1589 | Investigación/Formación en Calidad

¿EN QUÉ ESTAMOS FORMANDO?, MEJORAR PARA CAMBIAR

María Teresa Ortega Maján (1), María Asunción Cisneros Izquierdo (2), Diego Júdez Legaristi (3)

(1) Departamento de Salud y Consumo, Dirección de Atención Especializada del Servicio Aragonés de Salud. (2) Departamento de Salud y Consumo, Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. (3) Departamento de Salud y Consumo, Hospital Miguel Servet.

OBJETIVOS: Introducción

El plan de formación continuada (PFC) del Salud de Aragón establece que los contenidos del mismo respondan a las necesidades estratégicas de sector, a las necesidades sentidas por los sectores, y a las expectativas de los pacientes.

Responsables de formación continuada de Aragón establecieron la conveniencia de disponer de una clasificación temática de las actividades formativas, que pudiera servir para mejorar la oferta anual.

Objetivos

Realizar el diagnóstico de la formación continuada de Aragón para determinar las áreas de mejora para los próximos PFC.

MATERIAL: Se revisó las clasificaciones utilizadas por el Sistema Acreditador del Sistema Nacional de Salud, la Comisión de Formación Continuada (CFC) de Aragón y los Planes Estratégicos de Formación Continuada de otras CCAA.

RESULTADOS: A partir de la revisión descrita, el grupo de mejora de la formación continuada de Aragón creado en 2009, elaboró una nueva clasificación con sus correspondientes códigos. Para aprobarla y validarla se codificaron todos los cursos solicitados en el plan de formación del año anterior de dos sectores sanitarios de la Comunidad.

Esto a su vez ha permitido hacer un análisis de la oferta formativa de los diversos proveedores y financiadores de formación en salud, comprobando la gran oferta formativa en determinadas áreas de conocimiento y la ausencia en otras.

CONCLUSIONES: La clasificación y codificación elaborada va a ser una herramienta para mejorar la planificación de las acciones formativas, homogeneizar el proceso y unificar los criterios de actuación, así como facilitar la evaluación anual de la formación continuada.

PALABRAS CLAVE: formación continuada, calidad

1646 | Investigación/Formación en Calidad

ACOGIDA SEGURA DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN: CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, VS OPINIÓN PROFESIONALES

Pérez-Medrano MT (1), Robledo-González A (1), Cobo-Izquierdo A (1), López-Jorquera R (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario Santa Cristina.

OBJETIVOS: Analizar la Calidad que perciben nuestros pacientes en la Acogida segura en Hospitalización y contrastar con la opinión de los profesionales de enfermería que realizan la Acogida segura del paciente hospitalizado.

MATERIAL: En el año 2009, se inicia la Fase II del plan de Acogida; Acción de mejora: Evaluar la percepción del paciente y del profesional con la acogida-ingreso segura del paciente en hospitalización.

-Estudio: descriptivo, observacional, de corte transversal.

-Periodo estudio: 13 al 19 julio-09.

-Población estudio: pacientes ingresados en Hospitalización – CIRUGÍA – MEDICINA INTERNA. y profesionales: ENFERMERAS + AUXILIARES HOSPITALIZACIÓN.

-Fuente / Instrumento: Encuestas percepción paciente (Voz del paciente) y del profesional (Voz del profesional) relacionadas con la Acogida segura en Hospitalización.

-Variable dependiente: Acogida segura

-Variables independientes: identificación -presentación profesionales, avisar necesidad ayuda, saber Autocuidados domiciliarios, resolver dudas, respeto intimidad, prevención caídas. Correcto funcionamiento oxigeno y aspiración en habitación, identificación segura paciente, información paciente/familia lavado manos.

-Indicadores:

-% opinión pacientes perciben acogida segura.

-% opinión profesionales proporcionan acogida segura.

RESULTADOS: 1.- OPINIÓN Paciente: ¿Se ha identificado la Enfermera, con nombre y categoría? = si, el 80%
OPINIÓN Enfermera. ¿Usted se ha presentado con nombre y categoría? = si, en el 80%..
2.-Paciente ¿Se ha identificado la Auxiliar de Enfermería, con nombre y categoría? =76,92%
Auxiliar de Enfermería: ¿Usted se ha presentado con nombre y categoría? = 70,83%.
3.-Paciente: ¿El personal de Enfermería le ha instruido a Usted o a su familia sobre los autocuidados que puede continuar en su domicilio? =72,31%
Enfermera.: ¿Usted instruye al paciente y / o familia durante la hospitalización, sobre los autocuidados que puede continuar en su domicilio? = 88,64%
4.-Paciente: ¿El personal de Enfermería, le ha advertido, que no debe levantarse solo/a de la cama para evitar caídas?" = 80%
Enfermera.: ¿Usted le ha informado al paciente y a la familia, al ingreso, sobre la importancia de no levantarse solo/a de la cama para evitar caídas? = 95,45%
5.-Paciente: ¿El personal de Enfermería le ha facilitado o indicado quién puede resolver sus dudas? = 90,77%
Enfermera ¿Usted ayuda al paciente y / o familia resolviendo sus dudas o indica quién o dónde se las pueden resolver? = 97,73%.

CONCLUSIONES: -Tras el análisis de los resultados, podemos concluir que el paciente percibe una excelente acogida, influyendo en el trato que ofrecemos.

-Podemos contrastar estos datos con la Encuesta de Satisfacción a Pacientes 2009, de la Comunidad de Madrid, en l

PALABRAS CLAVE: calidad

583 | Liderazgo/Gestión Clínica

VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE PERSONALIZACIÓN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD MÉDICA DEL HOSPITAL "PUERTA DEL MAR"

López-Alonso Sr (1), García-Juárez MR (2), Orozco-Cozar MJ (3), Márquez-Borrego MJ (3), Martín-Contreras T (3)

(1) Dispositivo Cuidados Críticos y Urgencias. CS San Miguel. DS Costa del Sol. , Servicio Andaluz de Salud. (2) Dirección de Enfermería. Hospital Puerto Real, Servicio Andaluz de Salud. (3) Unidad de Medicina Interna 1ª sección. Hospital Puerta del Mar, Servicio Andaluz de Salud.

OBJETIVOS: Determinar validez y fiabilidad del Índice de personalización de Cuidados (IPC)

MATERIAL: - Se hizo un estudio transversal, en la unidad de Infecciosos del Hospital Puerta del Mar del SAS (Cádiz), incluyendo todos los pacientes ingresados, de mayo 2007 a julio 2008.

- Se realizó un análisis de frecuencia para las variables sociodemográficas

RESULTADOS: Se identificaron 268 sujetos susceptibles de inclusión, de los que se incluyeron 219, ya que 11 pacientes se negaron a participar y 38 se fueron de alta sin estar presente la persona encargada de entregar el IPC. De los 219, un 50,7% son mujeres, con una edad media de 62,5 años, de estado civil casado en un 56,6% y soltero en un 21%. Además, un 48,4% tenía un nivel de estudios básico.

El coeficiente 20 de Kuder-Richardson para el IPC fue de 0,835; y la correlación de ítems fue positiva, correspondiendo con 3 factores.

El análisis factorial de máxima verosimilitud confirma los 3 factores mediante una rotación promax por la alta correlación entre ellos, y con una varianza máxima explicada del 91,41%. El área bajo la curva ROC es de 90,1%, con un punto de corte situado en 8 (Sensibilidad: 79,9%; y Especificidad 90,6%).

CONCLUSIONES: El IPC presenta una fiabilidad, medida a través de la consistencia interna, dentro del rango óptimo. Además, los factores resultantes en la matriz de correlaciones entre ítems se corresponden con los identificados en la validez de contenido cuando se diseñó. Estos 3 factores se confirman mediante el análisis factorial, obteniendo una elevadísima varianza total explicada. El área bajo la curva ROC obtiene un excelente resultado frente al patrón oro, considerado como el establecimiento de una relación de confianza entre el paciente y la enfermera referente.

PALABRAS CLAVE: Cuestionario, Personalización de los cuidados, Modelos de asignación de cuidados

656 | Liderazgo/Gestión Clínica

MEJORA DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Martínez Cantarero C (1), Aubà Llambrich J (1), Correcher Aventin O (1), Massaguer Díaz-Regañón I (1), Lozano Romera E (1), Vargas Manzano F (1)

(1) Avaluació sanitaria DAP Metropolitana Nord, Institut Català de la Salut.

OBJETIVOS: La historia clínica informatizada (HCI) ha automatizado ciertos procedimientos ligados a la consulta (derivación a especialistas, tratamientos crónicos, etc…). No obstante, debería quedar constancia del proceso asistencial, mediante anotaciones en el seguimiento clínico, el clásico MEAP propio de la Atención Primaria (motivo, exploración análisis y plan). Por ello nos planteamos:

- Conocer el porcentaje de visitas con seguimiento clínico (SC) registrado en la HCI de Atención Primaria atribuible a un objetivo incentivado económicamente.

- Cuantificar los SC ligados a un diagnóstico.

MATERIAL: Con el propósito de instaurar un plan de mejora, en diciembre del año 2009 analizamos el uso del SC y su conexión a diagnósticos CIE-10 o NANDA (clasificación de diagnósticos de enfermería). Esta primera fase del plan ha servido para elaborar el objetivo de mejora y marcar niveles de cumplimiento para optar al incentivo económico.

El objetivo pactado con los profesionales de los equipos de Atención Primaria (EAP), fue que el 70% de las visitas deberían tener SC realizado y que 30% de los SC estuvieran ligados a un diagnóstico, de no ser así los profesionales no podrían optar al incentivo.

Durante el año 2010 facilitaremos información periódica a los EAP para corregir situaciones no deseadas.

RESULTADOS: Atendemos una población de 1.439.694 personas, con 2.159 profesionales sanitarios asistenciales de EAP (985 enfermeras, 863 médicos de familia, 238 pediatras y 73 odontólogos). Están integrados en 62 EAP que se distribuyen entre 6 Servicios de Atención Primaria (SAP).

El porcentaje de visitas con algún SC realizado fue del 70,1% y los SC ligados a un diagnóstico del 26,7%.

El 24,0% de los profesionales llegaban al mínimo requerido para cobrar incentivo económico (llegar al menos al 70% de visitas con SC realizado y que el 30% estuvieran ligados a diagnóstico). Por colectivos el 31,5% de los pediatras, 25,3% de enfermeras, 21,0% de médicos de familia y 17,8% de odontólogos. Por SAP el resultado oscilaba entre el 15,6% y el 39,6% de profesionales.

Al hacer el mismo análisis por EAP, a pesar de que el 50% realizaba SC en ≥ 70% de las visitas, sólo 8 EAP (12,9%) estaban relacionados a un diagnóstico.

CONCLUSIONES: La primera medida para optar a la mejora continuada es la información, muchos profesionales no eran conscientes de esta situación.

La mayor dificultad de los profesionales es relacionar todas las consultas, derivaciones, etc. a un diagnóstico, esto nos permitiría conocer nuestra casuística y las variaciones en la utilización de recursos.

PALABRAS CLAVE: Historia clínica informatizada, Seguimiento clínico, Variabilidad clínica

HACIENDO CAMINO EN CALIDAD TOTAL. PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ. HUELVA.

Prada Peña M (1), Camacho Pizarro A. (2), Paz Expósito J (3), Bayo Lozano E (4), Espinosa Gúzman J (5), García Fernández C (6)

(1) Documentación Clínica y Calidad, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (2) Jefe de servicio de Documentación Clínica y Sistemas de Información, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (3) Jefe de UGC Diagnóstico por la Imagen, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (4) Jefe de servicio de Radioterapia, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (5) Jefe de servicio de Cirugía General, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez . (6) Responsable de Formación continuada, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez .

OBJETIVOS: GENERAL:

Incorporar la calidad como elemento básico del modelo de gestión mediante el cambio cultural enfocado en la actitud, aptitud, conocimientos y pro actividad del profesional sanitario para conseguir el cumplimiento de los derechos y necesidades de los usuarios del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez.

OBJETIVO ESTRATEGICO:

Impulsar la realización de Planes de Calidad y Planes de Seguridad en cada uno de los servicios y Unidades del hospital.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Elaborar e implantar un Plan de Formación en Calidad dirigido a la difusión de la cultura, metodología y herramientas de gestión para la mejora continua

MATERIAL: PLANIFICACION:

El Plan de Calidad empieza a tomar forma, tras la decisión tomada por la Dirección Gerencia del Hospital, en el mes de diciembre de 2008 se creándose la Unidad de Calidad, Con el fin de avanzar en la mejora de la calidad de la asistencia que se presta en el Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez

1.1 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Empleo de Técnicas de Trabajo en grupo:

Usamos la Lluvia de ideas (Brainstorm) y la técnica de grupo Nominal, como herramientas de trabajo grupal para definir las diferentes ventajas e inconvenientes de los diferentes Modelos de calidad :

1. E. F .Q. M, (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)

2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

3. Las normas de la Internacional Standards Office (ISO-9000)

4. El modelo de Calidad Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ACSA)

Al final concluimos utilizar como herramienta el Modelo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como herramienta de autoevaluación ya que permite hacer una diagnóstico del estado actual ó punto de partida en materia de calidad de acuerdo a las líneas marcadas por el Sistema Sanitario Público Andaluz

1.2 DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO:

Las reuniones se celebraron en la sala de enfermería del centro. Los integrantes de la unidad de calidad en forma consensuada, decidieron iniciar la autoevaluación del Hospital con el análisis de los estándares obligatorios y algunos del grupo I, en total 94 estándares, los cuales se distribuyen en los integrantes de la Unidad de calidad.

El Manual de Acreditación está estructurado en cinco bloques o Líneas estratégicas, a las que alude el término calidad Tabla 2

I: el Ciudadano como Centro del Sistema Sanitario

II: Organización de la actividad centrada en el paciente

III: Profesionales

IV: Estructura

V: Resultados

CRONOGRAMA

Se propone un cronograma de trabajo para 2009 en el grupo de trabajo de la Unidad de Calidad del área hospitalaria. Tabla 1

1. Distribución entre los integrantes de la unidad de calidad de la recogida de evidencias positivas y buenas prácticas para cada uno de los estándares distribuidos según el grupo asignado.tabla 2.

2. Creación de una ficha por cada estándar para el análisis de las evidencias por la metodología REDER.

3. Explicación de la ficha de recogida de evidencias: Se había elaborado a partir del Esquema REDER utilizado en el modelo EFQM.

Sus siglas significan: Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión) .

Con la puesta en práctica de ficha de recogida de evidencias, se tiene problemas en la interpretación de las palabras por el grupo evaluar por lo cual se decide hacer una adaptación de cambio de palabras para mejorar la comprensión de todos los integrantes de la unidad.

Se cambia la palabra ENFOQUE por ESTANDAR

Se cambia la Palabra DESPLIEGUE por CONOCIMIENTO-DIFUSIÓN

La Ficha de recogida de evidencias de los estándares estaba basado en el análisis de:

1. La escucha y observación activa y

2. La comunicación del profesional (problem report) en los servicios y Unidades del área hospitalaria

La denominamos fichas RECDER de recogida de las evidencias, se desglosa en tres apartados

RESULTADOS: Durante el año 2009 los integrantes de la unidad de Calidad mantuvimos 20 reuniones de trabajo

El análisis de la autoevaluación se constituyeron 138 áreas de mejora que trasladas al área hospitalaria (Servicios Médicos, Quirúrgicos, UGC, y servicios de apoyo en total 36), se convertirían en 4968 acciones.

Se constituyo un grupo de Calidad Total del área hospitalaria integrándose un representante médico y enfermera en cada servicio de calidad.

Creaciones de Planes de calidad en cada servicio del área hospitalaria.

Creación de cuadro de mandos de calidad Total del área hospitalaria.

CONCLUSIONES: Este trabajo ha permitido ir generando la estructura del sistema de calidad plasmado en áreas de mejora que conllevará cambios formales y tangibles, en toda la organización, de forma homogénea así como a establecer las directrices de calidad.

La Implantación de la calidad Total del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez se resumen en 5 pasos a realizar:

1. CREAR CULTURA DE CALIDAD

2. CREAR LIDERAZGO EN LOS COORDINADORES DE CALIDAD DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES QUE HACEN PARTE DEL ÁREA HOSPITALARIA

3. INTEGRACIÓN DE CALIDAD TOTAL DEL Área HOSPITALARIA EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS mediante su propio plan de CALIDAD

4. IMPLEMENTAR UNA metodología DE EVALUACION

5. MEJORA CONTINUA

PALABRAS CLAVE: calidad, Plan, Gestión

790 | Liderazgo/Gestión Clínica

ENFERMERÍA, A TUS ZAPATOS:

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL PLATO

Burgués Burillo, L (1), Gallardo González, Gemma (2)

(1) Dirección Enfermería (Área asistencial), Hospital Plato. (2) Adjunta Dirección Enfermería (Área asistencial), Hospital Plato.

OBJETIVOS: Parafraseando el tradicional refrán de "Zapatero, a tus zapatos", se resume el objetivo de la Dirección de Enfermería de Hospital Plató, de dimensionar correctamente y reubicar en sus funciones propias a la dirección, mandos intermedios i tota la enfermería. Nuevo organigrama, dimensionado de mandos intermedios i funciones, así como una potenciación de la enfermería de base con el objetivo de posicionar a enfermería en lo propio y reorganizar funciones en las que colabora o tiene delegación. El estudio se ha realizado conjuntamente con una consultaría.

MATERIAL: Análisis interno y benchmarking de las funciones realizadas por los diferentes niveles jerárquicos la carga de trabajo no propia de enfermería que ésta debe asumir.

Qué funciones se dan en cada nivel jerárquico y reflexión en torno a si cada nivel realiza aquella función y le corresponde hacerlo, si la realiza y no le corresponde, si no la realiza y la tendría que realizar…

Nuevos niveles de organización (estratégico, táctico y operativo) y qué funciones corresponden a cada uno de ellos.

RESULTADOS: Un nuevo mapa de funciones dentro de un nuevo organigrama, consecuencia del estudio realizado, junto a acciones complementarias y paralelas (principalmente, el traspaso de gran parte de la gestión de recursos humanos a la Dirección de desarrollo de Personas y la implantación de un nuevo modelo de gestión de materiales) para lograr el objetivo expresado en la introducción.

Se han creado nuevos niveles jerárquicos y la figura de la enfermera de soporte asistencial.

CONCLUSIONES: La reciente implantación del modelo (mayo 2010) no permite una perspectiva suficiente para extraer conclusiones definitivas pero ya se han producido cambios en las maneras de trabajar y relacionarse en la organización y se visualizan en parte los objetivos propuestos de que la enfermería se pueda centrar más de pleno dentro de sus propias competencias y en un marco organizativo bien estructurado. La Dirección de enfermería está más centrada y enfocada a las estrategias internas y con más participación en lo externo. Los mandos intermedios manifiestan disponer de más tiempo para sus funciones asistenciales y cada vez más participan sólo en la parte consultora técnica de la gestión de recursos humanos y a la enfermería de base se le está dando autonomía y se la va incorporado más plenamente en grupos de trabajo y comisiones.

PALABRAS CLAVE: enfermería, gestión

892 | Liderazgo/Gestión Clínica

TRIAGE EN GENÉTICA MÉDICA: UNA GESTIÓN OPTIMIZADA AGILIZA PROCEDIMIENTOS Y REDUCE COSTES DRÁSTICAMENTE

P.Vidal-Ríos (1), JC.Guinarte (1), A.Pazos (1), A.Benítez (2)

(1) Genética Médica y Molecular, Lab Central, Hospital Clínico Universitario de Santiago (CHUS). (2) Laboratorio Central, Hospital Clínico Universitario de Santiago (CHUS).

OBJETIVOS: Estudiar el efecto de la implantación de un sistema de filtro clínico o triage en las peticiones de pruebas genéticas.

MATERIAL: Se incluyeron el total de 1016 peticiones recibidas durante 1 año (2009) revisando tipo de estudios, servicios peticionarios y costes absolutos comparados. Se ha redefinido el flujo de trabajo y establecido nuevos protocolos y criterios más ágiles, se ha informatizado la post-analítica utilizando el sistema LMX de Laboratorio y volcado en sistema general de información lanus del Sergas con resultados en tiempo real, y se han definido unos indicadores de actividad y gestión para poder monitorizar e implementar la gestión. De forma resumida el estudio genético habitual puede incluir : consulta médica (anamnesis, arbol familiar, antropometría, exploración), dermatoglifos, cariotipo, citogenética especial, citogenética molecular, array HCG, genotipos comunes, genotipos especiales, secuenciación y estudios moleculares específicos (PCR, electroforesis, análisis de fragmentos, etc), informe (en LMX para volcado en sistema lanus) y consulta de consejo genético si precisa. La Unidad cuenta con 2 FEA, 3 TEL y 1 Administrativo.

RESULTADOS: Los servicios peticionarios fueron Pediatría (411): Neonatos-UCI 98, Neuropediatría 201, Endocrinopediatría 112; Ginecologia (352): Esterilidad-Funcional 325, Alto riesgo 27; y otros servicios (253). Comparando con el año anterior al estudio se han logrado agilizar procedimientos (aumento de número de pruebas por caso, aumento de número de casos) con el mismo personal. Comparando los costes con y sin filtro clínico de las peticiones se ha logrado una redución del 47% en pruebas moleculares. DISCUSIÓN: Los estudios genéticos médicos son generalmente caros (27-2500 euros/prueba) y las peticiones de pruebas están creciendo de manera exponencial. Las prácticas habituales de envío de muestras directamente desde las consultas a distintos laboratorios externos incumplen leyes (protección de datos, manejo de muestras genéticas) y dificultan el control de gasto. Nuestra experiencia demuestra que la Unidad de Genética Médica en el hospital es imprescindible para optimizar indicaciones clínicas y controlar racionalmente los costes.

CONCLUSIONES: El filtro clínico o triage en Genética Médica agiliza procedimientos y reduce costes drásticamente (en pruebas moleculares 47%)

PALABRAS CLAVE: Gestión, Genética, Costes

964 | Liderazgo/Gestión Clínica

PLAN DE MEJORA CONTINUA E INNOVACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE A ESTRADA

Sánchez-Castro, JJa (1), Cernadas-Blanco MJ (2)

(1) Centro de Salud de A Estrada, SERGAS - Atención Primaria Área Norte. (2) Servicio Actual. Unidad de Cuidados Intensivos, C.H.U.S..

OBJETIVOS: Superar las deficiencias actuales y buscar la eficiencia, eficacia y efectividad, a fin de iniciar el viaje hacia la excelencia en calidad asistencial.

A corto plazo: Identificación, priorización, análisis y solución de problemas.

A medio plazo: Potenciación de la actitud, la aptitud y la motivación de las personas

A largo plazo: La mejora como un hábito

MATERIAL: Proyecto de mejora continua e innovación consistente en aplicar las innovaciones aportadas por historia clínica, receta electrónica y aplicación de nuevas tecnologías, junto con un conjunto de actuaciones planificadas, continuadas en el tiempo e integradas en las actividades del equipo, dirigidas a obtener un nivel cada vez más alto de calidad en todas sus dimensiones, mediante una filosofia de excelencia, aplicada en un entorno motivado y orientado a la autogestión

RESULTADOS: Frecuentación : Baja de 8 a 6. Presión asistencial : Baja de 39 a 30 Facturación a Terceros : 68.299€ (Mayor del área) Prescripción de Genéricos . 3,6% de incremento 1º trimestre de 2010 vs 1º trimestre de 2009. Consultas de Tele Medicina: 76 % de las consultas globales de toda el Área. Mayor número de cirugías de todo el área. Autogestión de ausencias y sustituciónes. Cumplimiento de criterios de calidad en la gestión de la consulta. Reducción del 80 % del número de reclamaciones presentadas

CONCLUSIONES: El centro emprendió hace 2 años un camino hacia la calidad.

El servicio se ofrece ya de forma eficiente, efectiva y satisfactoria.

Sabe que su misión es el abordaje de problemas, aspectos áreas y procesos susceptibles de mejora en la asistencia que recibe el cliente, de forma sistemática, con una planificación y continuidad en el tiempo.

Y comprende que su visión es la obtención de un nivel cada vez más alto de calidad asistencial recibida por los clientes en todas sus dimensiones que repercuta en una mejora de su nivel de salud y satisfacción. Esta visión moviliza las energías y capacidades de los profesionales con los espectaculares resultados reseñados.

El servicio de Atención Primaria de A Estrada , tras aplicación del plan, ha pasado de una situación de deterioro a poseer un conjunto de atributos y de servicio que denota superioridad en el área, en todos los indicadores: Mayor incremento en eficiencia de la prescripción, mejor programa de gestión de la consulta, mayor desarrollo de e-consulta, mejor cartera de servicios, mejor evolución en satisfacción percibida, mejores cifras en indicadores de calidad asistencial, mejor centro en ingresos por facturación a terceros.

PALABRAS CLAVE: mejora continua , autogestión, excelencia

976 | Liderazgo/Gestión Clínica

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIZACIÓN DE CUIDADOS EN EL H.U. PUERTO REAL

García-Juárez MR (1), Lacida-Baro M (1), Casado-Mora MI (1), Cobacho-De Alba JJ (1), García-Palacios R (1), Reyes-Malia T (1)

(1) H.U. Puerto Real (Cádiz), Servicio Andaluz de Salud.

OBJETIVOS: Conocer el grado de personalización del cuidado en el HU Puerto Real.

Detectar áreas de mejora en la personalización

MATERIAL: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado durante los meses de diciembre 2009 a febrero 2010 en unidades de hospitalización de adultos del HU Puerto Real, exceptuando maternidad, salud mental y UCI sobre una muestra de 100 pacientes.

Se incluyeron todos los pacientes dados de alta con estancia superior a 3 días, mayores de edad hasta completar la muestra estimada con igual proporción en todas las unidades de hospitalización.

Variables estudiadas: sexo, edad, nivel de estudios, el grado de personalización se determinó mediante el Índice de Personalización de Cuidados: cuestionario autoadministrado estructurado en tres bloques de preguntas sobre funciones que realiza la enfermera, entregado al alta y calidad de la planificación de cuidados medida a través de indicadores del programa AZAHAR.

RESULTADOS: Se incluyeron 100 pacientes todos con enfermera referente. Edad media 59,03 con desviación estándar 17,4. El 53% de los pacientes no tenía estudios aunque sabía leer y escribir. El grado de personalización alcanzado en la muestra fue del 67%. Registro de planes de cuidados en el 98% de los casos. El 97% de los cuales contenía diagnósticos enfermeros acorde a la patología, el 85% formulado el primer día de estancia y el 73% de los casos se emitió Informe de Continuidad de Cuidados. Escalas de valoración sólo en el 14%.

No se pudo obtener datos de la colaboración enfermera referente-médico responsable.

Las funciones descriptoras que obtuvieron menor frecuencia de realización en el análisis fueron: valoración de aspectos emocionales 19%, participación del paciente en su plan de cuidados 17% y planificación del alta 22%.

CONCLUSIONES: La fotografía de la personalización en el hospital de estudio es nítida. La medición de la personalización es un elemento útil en gestión que evidencia claras áreas de mejora en este aspecto fundamental de la atención y plantea la necesidad de actuar sobre ellas a fin de conseguir una mayor implantación de este modelo organizativo. Las mejoras detectadas en nuestro caso se refieren a identificación del paciente como elemento central y participante en sus cuidados, mejora de la valoración del paciente, traspaso de información en la continuidad de cuidados. Tras una actuación sobre ellas y una mejora en su implementación sería necesario estudiar su repercusión sobre la calidad de los cuidados a través de resultados de salud.

PALABRAS CLAVE: Personalización, Cuidados, Gestión

984 | Liderazgo/Gestión Clínica

CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DEL LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Garrote-Moreno L (1), Pellicer-Alonso M (1), López-Lozano R (1), Sevilla-Hernández E (1), González-Martínez A (1), Hernández-Cascales N (1)

(1) REHABILITACIÓN, HGU Morales Meseguer (Murcia).

OBJETIVOS: Mejorar la atención (valoración, tratamiento y seguimiento) de pacientes afectas de linfedema postmastectomía (LP) en el servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Morales Meseguer (HGUMM)

MATERIAL: La demanda de LP de la Unidad de Mama del HGUMM (en la que participan los Servicios de Oncología, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Cirugía General y Rehabilitación) ha sufrido un incremento en los últimos años tras la reestructuración del área de salud. Para abordar esta creciente demanda se creó una consulta monográfica quincenal (Consulta de Linfedemas) en la que son atendidas un total de 15 pacientes al día (5 primeras visitas y 10 revisiones). Con el objeto de mejorar la atención prestada se elaboró un curso formativo teórico-práctico (35 horas de duración) sobre tratamiento fisioterápico del LP. Asimismo entre los distintos profesionales componentes de la Unidad de Mama se consensuaron y validaron dos protocolos, uno para valoración y otro de terapia física.

RESULTADOS: En la actualidad no existe demora en la evaluación en la consulta de linfedemas de las pacientes afectas de LP. El número de profesionales con formación y posibilidades de prestar tratamiento fisioterápico ha pasado de 2 a 17. El tiempo medio de demora para tratamiento físico se ha reducido a un mes y medio (demora previa dos meses y medio). Entre los meses de enero-mayo de 2009 fueron realizados 20 tratamientos completos, pasando a 40 en el mismo período en 2010.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha de la Unidad de Linfedemas en el Servicio de Rehabilitación del HGUMM y las acciones formativas del personal de fisioterapia ha supuesto una disminución en la demora en la asistencia y mejora de la valoración y tratamiento de las pacientes con LP.

La elaboración de protocolos de valoración y tratamiento permite la mejora en la unificación de criterios de actuación de los profesionales implicados.

El manejo interdisciplinar de la patología tumoral de la mama permite incrementar la calidad en la asistencia en caso de LP.

PALABRAS CLAVE: Linfedema, ciclo de mejora, mastectomía

1022 | Liderazgo/Gestión Clínica

¿SON ÚTILES LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES PARA DESCONGESTIONAR LAS AGENDAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Collado Cucò, A (1), Silvestre García, E (1), Saladie Vernet, MT (1), Pàmies Hidalgo, M (1), Crespo Palau, JM (1), Morales Suárez, E (1)

(1) ABS Vandellòs-Hospitalet, Grup SAGESSA.

OBJETIVOS: Valorar la utilidad de la introducción de visitas no presenciales para la disminución del número de visitas en las consultas médicas de Atención Primaria.

MATERIAL: Se revisaron los registros informatizados de las agendas de 4 médicos de familia en el periodo 2001-2009. Se diferenció entre visita presencial (enfermo en la consulta) y no presencial (de estas, se diferencian las meramente administrativas de las consultas telefónicas). Solo se contabilizaron las consultas realizadas, excluyendo las programadas que no llegaron a realizarse.

La introducción de las visitas no presenciales se produjo gradualmente entre los años 2005 y 2006, por lo que las comparaciones entre periodos (antes/después de esta introducción) no contemplan estos dos años.

Se recogen variables demográficas de los usuarios de las consultas (edad, sexo y población de residencia)

Se calcularon los incrementos porcentuales en cada caso.

Se realizan comparaciones respecto al número de visitas total antes y después de la introducción de las visitas no presenciales. Se compara específicamente el crecimiento durante el último año. Se comprueba el crecimiento de la población asignada en el periodo de estudio.

Se realiza estadística bivariante para relacionar las variables demográficas con el uso de los diferentes tipos de consulta

RESULTADOS: Se analizan un total de 194.555 visitas efectuadas durante el periodo de estudio. (96% presenciales, 3% administrativas, 1% telefónicas)

El incremento del número de visitas a lo largo del periodo es del 61% (incremento de la población: 20%) Durante el último año las visitas presenciales se incrementan un 2.2% y las no presenciales sufren un decremento del 1.75%

Por edad , sexo y población de residencia las diferencias en el uso de los diferentes tipos de visita resulta estadísticamente significativo ($p<0.001$) aunque cuantitativamente poco relevante.

CONCLUSIONES: La introducción de visitas no presenciales no ha disminuido la demanda asistencial. Al contrario, ésta se ha incrementado con un ritmo de crecimiento superior al de la población.

La demanda de visitas no presenciales ha disminuido durante el último año

PALABRAS CLAVE: Servicios de Salud, Utilización, Gestión de Recursos

LAS COMPETENCIAS EN HOSPITAL PLATÓ

Ferrarese-Salaverry C (1), Barbancho-Ordóñez O (1), Palacios Belmonte N (2), Fernández-Candelario I (3)

(1) Dirección de Desarrollo de Personas, Hospital Plató Fundación Privada . (2) Formación y Selección, Hospital Plató Fundación Privada . (3) Administración de Personal , Hospital Plató Fundación Privada .

OBJETIVOS: El objetivo es analizar, definir y desarrollar un Modelo de Gestión de Personas para toda la organización, que facilite el alineamiento y la consecución de los OBJETIVOS ESTRATEGICOS del Hospital Plató, como una base para la implantación de las Politicas y Sistemas de Gestión del Talento, a medio y largo plazo, en Hospital Plató.

Este Modelo se realiza mediante la definición de COMPETENCIAS CORPORATIVAS y los PERFILES COMPETENCIALES.

Las áreas de impacto objetivo en la Gestión de Personas son Evaluación, Formación, Reconocimiento y Carrera - Promoción Profesional

MATERIAL: Durante el año 2009/2010 se establecen y definene las bases de funcionamiento del Modelo de Gestión por Competencias, esto se realiza:

- EN PRIMER TERMINO: con el Análisis y Definición de los Puestos de Trabajo(qué se hace?)

Para definir las Competencias de los diferentes puestos de trabajo, es indispensable CLARIFICAR previamente:
* La estructura Organitzativa.
* El Inventario de Puestos de Trabajo.
* El contenido (responsabilidades) de los puestos de Trabajo.

- EN SEGUNDO TERMINO: con la definición de los Perfiles Competenciales de los puestos antes definidos(cómo se hace?)

Las "competencias" ó el "cómo se hace", son las características personales observables a través de COMPORTAMIENTOS que diferencian A LAS PERSONAS CON RESULTADOS DIFERENTES en su puesto de trabajo, dentro de una organizacion, de acuerdo a su estructura y estrategia, así como su cultura (por ello fue necesario realizar el primer punto)
En el proceso 2009/2010 se definieron las Competencias Corporativas y de los Perfiles especificos mediante la participación de mas de 80 empleados del Hospital, bajo la metodología de "Panel de Expertos" por Grupos profesionales + cuestionario de compentencias + Benchmarking Sectorial. Se realizaron SESIONES Grupales e individuales.

RESULTADOS: Se han definido 5 competencias CORPORATIVAS y entre 4-6 compentencias ESPECIFICAS de los Puestos de Trabajo. Cada competencia tiene 4 niveles de desarrollo.

Se incorpora la implantación del modelo de competencias en el próximo Plan Estratégico de Hospital Plató.

CONCLUSIONES: Con la participación de mas de 80 personas de la organización, se garantiza la representatividad y el modelo "a medida" en la definición de las competencias, atendiendo a la realidad actual del Hospital.

Este trabajo permitirá implantar las competencias como herramienta en las siguientes políticas:

1. Evaluación (para Identificar Potencial & Mejorar la Adecuación Persona Puesto)

2. Formación (para Desarrollo del Talento)

3. Selección (para garantizar la que los puestos sean cubiertos con las personas adecuadas)

4. Carrera profesional / Especialización (para tener Criterios de Promoción Profesional)

5. Retribución (para Reconocer la Aportación de Valor)

PALABRAS CLAVE: Modelo, Competencias, Talento

CALIDAD EN LOS REGISTROS EN HISTORIA CLÍNICA. IMPORTANCIA DE LOS MISMOS PARA EL CÁLCULO DE NECESIDADES DE TIRAS DE GLUCEMIA.

Santos Álvarez,P. (1), Barrado Fernández, L (2), Blázquez Blázquez,A.B. (2), Cerro Valcárcel, A. (3), Martín Maldonado, J.L. (4), Toledo Gómez,D. (4)

(1) Gerencia A.P. Área 1 Madrid, SERMAS. (2) Gerencia A.P. Área 1 Madrid, SERMAS. (3) Gerencia A. P. Área 1 Madrid, SERMAS. (4) Gerencia A.P. Área 1 Madrid, SERMAS.

OBJETIVOS: Mejora de los registros en historia clínica informatizada (OMI-AP) de los pacientes diabéticos del centro de salud.

Ajustar la dispensación de material para el autocontrol de la glucemia capilar según las recomendaciones del servicio Madrileño de Salud.

Aproximación al presupuesto en tiras de glucemia

MATERIAL: Se realizó a diciembre de 2009 una explotación de datos de las tablas informix de OMI-AP de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus (T90) según la clasificación CIAP en OMI AP vigente actualmente en la Comunidad de Madrid.

Posteriormente, se llevó a cabo por los profesionales de enfermería del Centro de Salud, una revisión sistemática de los descriptores, para adecuarlos a la codificación propuesta en el documento de consenso para autocontrol de glucemia capilar del SERMAS.

En Mayo de 2010 se analizan los nuevos registros explotados de las tablas de informix y se toman como referencia para el estudio de las necesidades reales de tiras de estos pacientes.

RESULTADOS: En la primera explotación se observó un registro inadecuado del descriptor, el 46% no se adecuaba a la codificación establecida en el documento de referencia, por lo que resultaba poco fiable el cálculo de las necesidades tomando estos datos como referencia.

Tras la revisión realizada, se consigue un registro adecuado de los descriptores en el 95% de los casos, usando los resultados obtenidos de este segundo análisis como referencia para el cálculo de las necesidades.

CONCLUSIONES: Este estudio refleja la importancia tanto de un registro adecuado a la patología, como el uso de una codificación unificada que nos permita establecer las necesidades reales de nuestros pacientes y evitar la supra/infradotación de material existente en el Centro de Salud.

El trabajo de la enfermera se hace imprescindible en el control de las necesidades materiales de los pacientes diabéticos en los Centros de Salud.

PALABRAS CLAVE: NECESIDADES, DIABETES, CALIDAD REGISTROS

1149 | Liderazgo/Gestión Clínica

EVALUACIÓN SISTEMATIZADA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES

Soto Trastoy,S (1), Castro Segade,J (2), Rivas Ares,P (3), Roca Ledo,S (4), Vázquez Cardidad,E (5)

(1) Traumatología, Hospital San Rafael-A Coruña. (2) Medicina Interna, Hospital San Rafael-A Coruña. (3) Urgencias, Hospital San Rafael-A Coruña. (4) Cirugía General, Hospital San Rafael-A Coruña. (5) Hemodiálisis, Hospital San Rafael-A Coruña.

OBJETIVOS: -Estimular y desarrollar con criterios rigurosos las capacidades y competencias de las personas

-Obtener una valoración de las competencias mediante un método justo, equitativo y sistemático.

-Fomentar que cada profesional conozca y desarrolle sus compe

MATERIAL: -Entrevistas estructuradas de selección de personal

-Implantación de un Sistema de Evaluación del desempeño.

-Formación e información a los Coordinadores de Enfermería.

-Entrevistas semestrales de progreso.

RESULTADOS: -Identificación del grado de adecuación de las personas a los puestos

-Fomento de la comunicación y cooperación con la persona evaluada dándole a conocer sus puntos fuertes y sus carencias dándole, en caso necesario la oportunidad de reorientar actitudes

CONCLUSIONES: Los responsables de dirigir equipos de personas tenemos el reto de liberar de cada una la energía suficiente para contribuir al proyecto de la empresa, tratando a los profesionales como parte integral del misma y creando un estilo de comportamiento acorde con la dirección deseada.

PALABRAS CLAVE: Desarrollo

1219 | Liderazgo/Gestión Clínica

MEDICIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL: ¿QUE INDICADORES UTILIZAR?

Calle-Urra Je (1), Parra-Hidalgo P (1), Gomis-Cebrián R (1), Más-Castillo A (1), Ramón-Esparza T (1), Arellano-Morata C (1)

(1) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo.

OBJETIVOS: En los últimos años varias organizaciones han publicado sus indicadores de calidad.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de las medidas que están siendo propuestas, con el objeto de identificar las áreas hospitalarias con mayor esfuerzo de medición, el tipo de medidas utilizadas y los sistemas de información para su medición.

MATERIAL: Se han revisado las principales baterías de indicadores de calidad hospitalarios, tanto a nivel nacional como internacional. Para cada medida se ha estudiado el área hospitalaria a la que pertenece, el sistema de información para su medición y el si valoraba estructura, proceso o resultado

Se han identificado aquellos indicadores que aparecían en 5 o más de los grupos consultados.

RESULTADOS: El mayor porcentaje corresponde a las medidas de resultado (237, 51,5%), seguido por las de proceso (159, 34,6%) y estructura (64, 13,9%).

Destaca el alto porcentaje de indicadores del área de hospitalización de servicios quirúrgicos (88 del total de los hospitalarios, 19,1%).

Gran parte de las medidas se obtienen a partir del CMBD.

Los indicadores de enfermería se refieren, casi exclusivamente, al área de hospitalización.

18 indicadores eran propuestos por 5 o más de los grupos. Se trataba, en el área quirúrgica, de las tasas de utilización y mortalidad por cirugía de bypass y angiografía coronaria, del embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatoria y la tasa de ambulatorización de procedimientos quirúrgicos. En el área médica la mortalidad por fallo cardiaco congestivo. En el área obstétrica las tasas de cesáreas y de parto vaginal tras cesárea previa y los traumas obstétricos. En el área pediátrica la úlcera por presión y la reacción transfusional. En todas las áreas, además de dos anteriores, la estancia media, la tasa de infección hospitalaria y la fractura de cadera en pacientes ingresados. En urgencias las readmisiones a 72 horas.

CONCLUSIONES: Existe una amplia variabilidad en el número, tipo y forma de medición de los indicadores propuestos por los diferentes grupos.

Los mayores esfuerzos de medición están centrados en el área de hospitalización quirúrgica de adultos.

Gran parte de los indicadores se obtienen a partir del CMBD, a pesar de la existencia de estudios que indican la falta de validez de los mismos en muchos casos.

La escasez de estudios acerca de la validez y/o fiabilidad de los indicadores, hace útil el identificar aquellos que están siendo propuestos por la mayor parte de los organismos.

PALABRAS CLAVE: Hospital, Indicadores, Calidad

1245 | Liderazgo/Gestión Clínica

MANEJO DE LA EPOC DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTAMOS PREPARADOS?

Calle-Urra Je (1), Parra-Hidalgo P (1), López-Santiago A (2), Martínez-Escandell R (3), Gomis-Cebrián R (1), Más-Castillo A (1)

(1) Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo. (2) Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias, Consejería de Sanidad y Consumo. (3) Subdirección General de Asistencia Especializada, Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: Las enfermedades crónicas, y entre ellas, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), suponen una carga creciente para las poblaciones y los Servicios de Salud en todo el mundo.

El objetivo de este estudio es, conocer si los centros de salud (CS) cuentan con los medios y la información suficiente para el manejo correcto de esta enfermedad.

MATERIAL: Encuesta a los coordinadores de los CS de la Región de Murcia, preguntándoles acerca de la existencia de espirómetros calibrados, la experiencia en la utilización del mismo y en la atención a la EPOC, y la existencia de protocolo específico para esta enfermedad. Resultados para el total y por área de salud.

Entrevista a técnicos de dos de las Gerencias, sobre la información recogida en OMI-AP, con respecto a la capacidad para producir un listado con los pacientes de EPOC y su estadio y, otro con los pacientes que fumaban en el último año.

RESULTADOS: El 70,3% (33,3 al 100%) de los CS contaban con espirómetro calibrado y en funcionamiento. El porcentaje de enfermeros con experiencia en su utilización era del 45,3% (28,8 al 62,1%). En 32 de los 70 CS menos del 25% de los médicos realizaba espirometría de forma habitual, a pesar de que el porcentaje de CS donde más de la mitad de los médicos o enfermeros realizaban atención al EPOC era del 86,5 y 44,6%.

Sólo el 32,9% de los centros contaba con protocolo específico para EPOC.

La mala calidad de la información recogida en OMI-AP impide a los centros conocer el número de pacientes que tienen, el estadio de su enfermedad y el estatus con respecto a su principal factor de riesgo (el tabaquismo).

CONCLUSIONES: Si bien la atención a pacientes con EPOC se realiza en la práctica totalidad de los centros, la falta de espirómetros calibrados y en funcionamiento, así como de enfermeros con experiencia en su utilización, impide conocer el número total de pacientes con esta enfermedad así como el estadio de su enfermedad. Esto, junto con el desconocimiento del estatus de tabaquismo y falta, en muchos casos, de protocolo específico para esta enfermedad, ponen en duda el correcto seguimiento y control de los mismos.

Es necesario dotar a los centros de espirómetros calibrados y realizar actividades de formación sobre su uso. Se deberían mejorar los sistemas de información y estandarizar los cuidados en base a la evidencia disponible.

PALABRAS CLAVE: Epoc, Centro de salud, Manejo clínico

1260 | Liderazgo/Gestión Clínica

DISEÑO DE UN CIRCUITO PREANALÍTICO EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA

Palacián-Ruiz, MP (1), Egido-Lizán, MP (1), Monforte-Cirac, MI (1), Yagüe-Larriba, MD (1), Solano-Bernad V (2), Revillo-Pinilla MJ (1)

(1) Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Gerencia, Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: La fase preanalítica representa una parte crucial del proceso analítico. Se ha documentado que los errores en esta etapa constituyen del orden del 60-80 % de los errores totales del laboratorio e influyen tanto en los resultados analíticos como de productividad del laboratorio clínico.

El abordaje de la gestión de esta fase es competencia técnica del Servicio de Microbiología ya que, con la finalidad de asegurar un correcto procesamiento de las muestras, se deben tener en cuenta los aspectos de la fase preanalítica: tiempo de transporte, condiciones de almacenaje, temperatura, registro administrativo

MATERIAL: En el año 2009, el Servicio de Microbiología se trasladó a unas nuevas instalaciones que obligaba a un nuevo circuito de preanalítica. En él se incluía la incorporación de una unidad central de laboratorio (UCL) como lugar de recepción de muestras, previa al Laboratorio de Microbiología. Entre los aspectos a mejorar detectados decidimos afrontar en primer lugar la desviación relativa al aumento de los tiempos en el transporte de muestras procedentes del Hospital.

Para comprobar los tiempos de demora, se introdujeron muestras blancas en el origen del circuito preanalítico en cuatro ocasiones. Estas muestras se depositaron en algunas unidades asistenciales, para que el personal de enfermería las tramitara según la forma habitual, anotando la hora de introducción en el circuito.

A su llegada a la UCL se anotó la hora de llegada, el tiempo intermedio hasta el registro del volante de petición, el tiempo utilizado para su traslado al Servicio de Microbiología y el tiempo global.

Una vez modificado el circuito se comprobó la eficacia de la medida adoptada.

RESULTADOS: Los tiempos registrados fueron:

Traslado hasta UCL: 47, 46, 23 y 60 minutos.

Hasta su registro informático: 73, 58, 23 y 15 minutos.

Hasta su recepción en el Laboratorio de Microbiología: 24, 26, 29 y 30 minutos.

Tiempos globales fueron 141, 102, 79 y 107 minutos.

Tiempo global tras la modificación del circuito: 45 minutos

CONCLUSIONES: • La monitorización realizada permitió trabajar en el diseño de un nuevo circuito de preanalítica mucho más acorde con las necesidades del Servicio de Microbiología e implantarlo, con resultados satisfactorios.

• Es preciso continuar con la mejora de otros aspectos deficitarios de esta fase para garantizar una preanalítica de calidad.

• Es necesario continuar con los registros de tiempos para comprobar que se mantiene la mejora de la nueva organización.

PALABRAS CLAVE: preanalítica

1262 | Liderazgo/Gestión Clínica

CÓMO CUANTIFICAR EL TRABAJO DEL RADIÓLOGO EN UNA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Arias-González M (1), Iglesias-Castañón A. (1), Brandt-Sanz MI (1)

(1) Diagnóstico por Imagen. CHUVI, Galaria.

OBJETIVOS: - Determinar equivalencias sencillas de complejidad entre las diferentes exploraciones de resonancia magnética.

- Definir la carga mínima de trabajo que se puede asumir en un turno de trabajo de radiólogo.

MATERIAL: - Guía de procedimientos radiológicos de la SERAM.

- Identificación de los tiempos médicos definidos para cada estudio de RM.

- Transformación de esos tiempos a equivalentes numéricos sencillos de los distintos estudios de RM y sus combinaciones más fre

RESULTADOS: - Elaboración de un nuevo listado de pruebas de RM y de sus combinaciones más frecuentes con sus correspondientes equivalentes numéricos asignados indicativos de la complejidad de las pruebas realizadas.

- Se puede correlacionar la jornada laboral con el

CONCLUSIONES: - Se puede valorar cantidad y complejidad.

- Medición más racional del trabajo del radiólogo.

- Se puede realizar una compensación entre cantidad y complejidad para distribuir equitativamente el trabajo entre diferentes radiólogos.

PALABRAS CLAVE: Cuantificación, Carga de trabajo, Resonancia Magnética

1296 | Liderazgo/Gestión Clínica

TRANSFORMACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ÁLVAREZ-BUYLLA (MIERES)EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA.

Álvarez-Muñoz MB (1), Gallego-Rodríguez F (2), López-Muñiz B (3), Rodríguez- Villa AB (4), Álvarez- Cueto B (5), Bueno- Moreno M (6)

(1) Servicio de Salud del Principado de Asturias, AGC de Urgencias. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres. (2) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gerente. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres. (3) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Directora Médica. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres. (4) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Directora de Gestión. Hospital Álvarez -Buylla, Mieres. (5) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Coordinadora de Calidad. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres. (6) Servicio de Salud del Principado de Asturias, Directora de Enfermería. Hospital Álvarez- Buylla, Mieres.

OBJETIVOS: Descentralizar la gestión,creando un área de responsabilidad, organizando la actividad alrededor de Procesos Asistenciales basados en las mejores evidencias disponibles,con recursos asignados para el logro de objetivos concretos,donde interrelaccionan profesionales coordinados por un Director de Área,en beneficio de los pacientes.

MATERIAL: El Decreto 66/2009 de 14 de julio regula la estuctura y funcionamiento de las Áreas de Gestión Clínica(AGC)del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Aprobada en Consejo de Gobierno la Constitución del AGC de Urgencias a propuesta de la Gerencia del Hospital Álvarez-Buylla(HAB)de Mieres, se constituye un grupo de trabajo que impulsa este proceso de cambio, formado por el Equipo Directivo, la Coordinadora de Calidad, la Jefa de Urgencias y las Jefas de Servicio de otras dos AGC aprobadas en el HAB.

Se define el Mapa General de Procesos del AGC,formada por una Unidad Asistencial y por una Unidad de Observación.

RESULTADOS: Realizado un análisis de situación, se define la Misión,Visión(con un Plan Estratégico, una estructura orgánica y funcional)y Valores del AGC. Se elabora un Contrato de Gestión, definiendo de forma nominal todos sus componentes, determinando el nivel de delegación de gestión y calidad asistencial, los objetivos y metas a alcanzar, las normas de evaluación del cumplimiento de objetivos y consecuencias del logro de los mismos.
Se nombra un Director del AGC y se consituye el Consejo de Dirección del AGC.
La transformación en AGC implica cambios organizativos (en relación a recursos, actividades, responsabilidades y obligaciones), cambios funcionales (orientando la actividad hacia los pacientes), cambios estrucurales (el nuevo hospital solucionará deficiencias actuales), cambios en la gestión (la gestión por proceso facilita el análisis de actividades y de resultados,disminuyendo la variabilidad), cambios tecnológicos y ofimáticos, favorece la continuidad asistencial (con Atención Primaria,con otros Servicios Especializados y dentro del propio AGC), mejoras en la docencia y formación continuada de los profesionales y se adquieren progresivamente conocimientos y habilidades en gestión clínica.

CONCLUSIONES: 1.-El proceso de cambio se favorece con el apoyo del Equipo Directivo del Hospital.

2.-La transformación de un Servicio de Urgencias en AGC, permite:

- Estimular la orientación de su actividad hacia las necesidades de los pacientes, mejorando la calidad y la seguridad de las actuaciones.

- Aumentar la autonomía, implicación y la reponsabilidad de los profesionales que la constituyen.

- Fomentar la organización por procesos, disminuyendo la variabilidad.

3.-Se plantean dificultades para el cambio, debidas a una deficiencia en la cultura de gestión y a las reticencias que existen ante el cambio.

PALABRAS CLAVE: Gestión Clínica, Servicio de Urgencia en Hospital

EVOLUCIÓN INDICADORES DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO

Caravaca- Alcaráz B (1), Rodríguez-Molina MA (2), Martínez -Caballero MI (3), Lucas- Salmerón Mg (4), Iniesta- Martínez D (5), Arias-Estero (6)

(1) Dirección de Enfermería. Área IX. Vega Alta del Segura, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (2) Servicio de farmacia., Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (3) Servicio de Medicina Interna, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (4) únicad de prevenció de infección nosocomial, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (5) Calidad Asistencial, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (6) Unidad de Hospitalización de Media Estancia, Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

OBJETIVOS: Los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería pretenden la evaluación de los protocolos de los cuidados de enfermería en el marco del contrato de gestión, detectando los puntos débiles y estableciendo acciones de mejora. Al mismo tiempo al tratarse de indicadores corporativos a nivel regional posibilitan la comparación de nuestra organización con el resto de hospitales, y una comparación entre los distintos servicios de hospitalización dentro del propio centro.

MATERIAL: Desde el 2006 se realizan 3 cortes anuales, de una semana de duración, en los meses de febrero, mayo y octubre. Una vez realizadas las mediciones se plantean una serie de acciones de mejora dirigidas a mejorar distintas áreas como la realización de un documento sobre la información sobre las normas de funcionamiento de la unidad al ingreso de los pacientes adaptado a cada servicio de hospitalización, la fijación de la sonda vesical, despliegue de información desde el 2009 a los trabajadores en horario laboral, realizado por la directora de enfermería y la supervisora de calidad, sobre el origen de los indicadores, presentación de los mismos y evolución de su cumplimiento.

Protocolos de los cuidados de enfermería y número de indicadores diseñados para su evaluación.

Plan de acogida al ingreso de los pacientes. 2 indicadores que miden el registro de la realización de del plan de acogida y la información que el paciente recibe del personal de enfermería.

Cuidados de enfermería para la prevención de UPP. 4 indicadores que evaluan el registro de la valoración del riesgo de UPP (Escala Emina), incidencia y prevalencia de UPP y los cuidados adecuados a protocolo en los pacientes con detección de riesgo de UPP.

Cuidados al paciente con sonda vesical. 1 indicador sobre los cuidados adecuados a protocolo de los pacientes con sonda vesical.

Atención a pacientes hospitalizados para prevenir las caídas. 4 indicadores sobre la valoración del riesgo de sufrir una caída (Escala Downton), cuidados adecuados a protocolo en función del riesgo identificado y registro de caídas declaradas voluntariamente en pacientes hospitalizados.

Cuidados al paciente portador de catéter venoso central y catéter venoso periférico. 4 indicadores referidos a los cuidados adecuados al protocolo, aparición de signos de flebitis y extravasación.

Valoración de enfermería de la situación del paciente al ingreso. 2 indicadores acerca de la realización de la valoración de enfermería por patrones funcionales de M. Gordon y enunciación de diagnósticos de enfermería.

Valoración del Informe de Continuidad de Cuidados. 1 indicador sobre la emisión de los informes de continuidad de cuidados.

RESULTADOS: Plan de acogida al ingeso.

PAI-1: De 16.5% en 2006 a 78% en 2009.

PAI-2: Se mantiene estabñe en torno al 60%.

Prevención de UPP

PUPP-1: Aumento del 35 % en 2006 al 90% en 2009.

PUPP-2: La incidencia de UPP se mantiene en un 3%.

PUPP-3: Prevalencia evaluada desde 2009 de un 13%.

PUPP-4: Los cuidados adecuados al protocolo se incrementan de un 40.5% en 2006 a un 90% en 2009.

Paciente con cuidados adecuados a protocolo del sondaje vesical.

PSV-1: Evolución positiva pasando de un 23% en 2006 a un 50% en 2009 aunque mejorando a expensas del subindicador de la correcta fijación de la sonda vesical.

Valoración del riesgo de caídas

PC-1: La valoración del riesgo de caídas pasa de un 29% en 2006 a un 90% en 2009.

PC-2: Pacientes con cuidado adecuado a protocolo mejora del 45% al 94%.

PC-3: Pacientes con riesgo de caídas con cuidados adecuados a protocolo aumenta de un 46% en 2006 al 92% en 2009.

Paciente portador de catéter venoso

PCV-1: Catéter venoso central. Del 12 al 55%.

- PCV-2: Cuidados al paciente portador de catéter venoso periférico pasa de un 31% 2006 a un 60% en 2009. El margen de mejora se debe al bajo registro del estado de la vía cada 24 horas.

PCV-3: Pacientes con flebitis disminuye del 6% en 2006 al 1% en 2009.

PCV-4: Pacientes con extravasación disminuye del 3% al 1% desde el 2006 al 2009.

Pacientes con valoración de enfermería en las primeras 24 horas (PVI-1) progresiva del 71% en 2006 al 80% en 2009 y la enunciación de al menos un diagnóstico de enfermería (PVI-2) pasa de un 25% en 2006 al 88% en 2008.

Informe de continuidad de cuidados, mejorable. En 2009 cambió el indicador acotando la medición del mismo a los pacientes intervenidos de PTC y no en todos los pacientes dados de alta.

CONCLUSIONES: Los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería permiten evaluar el cumplimiento de los protocolos de enfermería, identificar áreas de mejora y poder realizar una comparación entre las distintas unidades de hospitalización.

PALABRAS CLAVE: Indicador, Calidad, Enfermería

1313 | Liderazgo/Gestión Clínica

LACTANCIA MATERNA: DE PRIMARIA A ESPECIALIZADA CON GUÍA ÚNICA

Sánchez Mesias MJ (1), Eiriz Barbeito D (1), Aller Fernández C (1), Estrada Mosquera Ic (1), Amado Aller, C (1)

(1) Dirección de Enfermería, Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

OBJETIVOS: -Fomentar la Lactancia Materna.

-Establecer vínculos sólidos entre niveles asistenciales: Atención Primaria y atención especializada.

- Unificar criterios sobre la lactancia materna entre los distintos profesionales.

- Implicar al personal sanitario en

MATERIAL: - Como punto de partida se lleva a cabo una revisión bibliográfica.

-Elección de participantes para el grupo de trabajo con un criterio de pluralidad para dar cabida a los distintos puntos de la asistencia de A. primaria y especializada.

-Se programa ca

RESULTADOS: Elaboración de una Guía de Lactancia Materna(LM) en la que se desarrollan los siguientes apartados:

-Objetivos generales y específicos.

-Ventajas de la LM.

-Recomendaciones para su promoción.

-Anatomía y Fisiología de la mama.

-Leche Materna: Composición y tipos.

-Cuidados de la madre.

-Inicio de la LM

-Técnicas de amamantamiento.

-Registro de tetadas.

-Método de extracción y conservación de la leche.

-Dificultades de lactancia.

-Destete.

-Situaciones especiales.

-Grupos de apoyo.

-Anexos.

CONCLUSIONES: -Enriquecimiento profesional que produce el trabajo en grupo sumando conocimientos y experiencias.

-La elaborción de esta guía u otras requiere de un esfuerzo por parte de sus integrantes no solo en tiempo sino en la capacidad de llegar a acuerdos entre

PALABRAS CLAVE: lactancia, materna, guia

1325 | Liderazgo/Gestión Clínica

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

Brotons-Martínez E (1), Mora-Rufete A (1), López-Casanova P (1), López-Moreno J (2)

(1) Unidad de Calidad, Departamento de Salud Elche - Hospital General. (2) Dirección Médica, Departamento de Salud Elche - Hospital General.

OBJETIVOS: Determinar los tiempos quirúrgicos y el porcentaje de Tiempo utilizado (TU) de los quirófanos programados en hospitalización.

MATERIAL: Estudio descriptivo, comparativo, observacional y transversal, tipo auditoría. Ámbito de estudio: quirófanos del Departamento de Salud Elche - Hospital General: 7 quirófanos programados, 470 camas y 298.638 habitantes adscritos.

Recogida estructurada de datos: 1) observación directa (persona ajena al servicio) en días, quirófanos y turnos aleatorios de lunes a viernes, sin previo aviso y con el desconocimiento del equipo sobre el objetivo del estudio; 2) hojas de programación quirúrgica; 3) hojas de registro quirúrgico; y 4) datos del CMBD de la Unidad de Documentación Clínica (UDCA).

Variables consideradas: datos epidemiológicos; incidencias; y tiempos, registrados y observados, de: entrada del paciente al bloque quirúrgico y a quirófano (EQ), inicio de cirugía (IC), fin de cirugía, salida del paciente de quirófano, y tiempos de cambio (TC).

Análisis estadístico (SPSS 15.0) de: medidas de tendencia central y percentiles para TC, demora en inicio y porcentaje de TU; y diferencias de medianas para tiempos de EQ en 1ª intervención (observados y registrados).

RESULTADOS: El período de estudio abarcó del 26/01/10 al 10/03/10: 15 jornadas, todas las especialidades y 93 pacientes (13%).

De lunes a jueves la variable EQ obtuvo una mediana de 8:45 (P25= 8:35 y P75= 8:55) e IC de 9:25 (P25= 9:08 y P75= 9:50). Sin embargo, los viernes, en los que la actividad quirúrgica está programada a partir de las 9:30, el P75 para EQ fue las 9:30 y para IC fue de las 10:11.

La mediana en cuanto a: duración del TC fue de 0:25 minutos (P75= 0:35 y máximo de 1:05); y el porcentaje de TU fue del 75% (P25= 64% y P75= 81%), en contraste con la media registrada en UDCA en ese período, que fue del 66,65%.

Aparecieron diferencias significativas de medianas (prueba Wilcoxon $p<0,05$) entre la hora de EQ registrada y la observada, a veces de hasta 0:35 minutos. En el 48% de las ocasiones la hora se adelantaba y sólo un 30% coincidía.

CONCLUSIONES: Se identificaron los tiempos de EQ, IC y TC como las variables que en mayor medida afectan al porcentaje de TU y al ajuste y cumplimiento de la programación. Se crearon grupos multidisciplinares para el análisis de las causas de los retrasos e incidencias y propuesta e implementación de acciones de mejora.

PALABRAS CLAVE: quirófano, tiempos quirúrgicos, porcentaje tiempo utilizado

1327 | Liderazgo/Gestión Clínica

FACILITAR EL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CONTRATO PROGRAMA EN LOS CENTROS DE SALUD.

Barberá Martín A (1), Plaza Nohales C (2), Olivera Cañadas G (1), Jurado Balbuena JJ (1)

(1) Gerencia Área 6, Servicio Madrileño de Salud. (2) Gerencia Área 6, Servicio Madrileño de Salud.

OBJETIVOS: El contrato programa, es elaborado según el modelo de excelencia EFQM y a lo largo de sus nueve criterios contempla distintos objetivos de calidad en cada uno de sus componentes: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, resultados en personas, clientes/sociedad y resultados clave. Los equipos de Atención Primaria firman anualmente y de manera individual el contrato programa siendo los objetivos de calidad que éste incluye iguales para todos, por ello se pretende que todos los equipos de Atención Primaria de un área sanitaria mejoren el cumplimiento de dichos objetivos.

MATERIAL: Creación de una comisión de calidad formada por el responsable de calidad y miembros de la dirección médica y de la dirección de enfermería.

En reunión conjunta se extraen todos los objetivos de calidad que se encuentran en el contrato programa distribuidos según los nueve criterios del modelo EFQM.

La comisión decide elaborar y/o revisar los documentos escritos o procedimientos que están en los objetivos de calidad del contrato programa.

Se hace un cronograma de táreas y reparto de las mismas.

Puesta en común de todos los documentos y difusión de los mismos en consejo de gestión para ser implantados y adaptados por los equipos.

RESULTADOS: Se contabilizan un total de 28 objetivos de calidad a lo largo del contrato, 14 de los cuales consisten en elaborar nuevos documentos o procedimientos y/ o revisar los ya existentes.

Se elaboran los siguientes documentos marco:

Reglamento de régimen interno.

Actas para la celebración de reuniones.

Documento de canales y vías de comunicación en los equipos.

Registro de ausencias de profesionales.

Manual para el control de talonarios de recetas.

Memoria de sostenibilidad medioambiental.

Se elaboran los siguientes procedimientos marco:

Procedimiento de acogida para nuevos profesionales con contrato de larga duración

Procedimiento de gestión del almacén

Procedimiento para controlar y mantener funcionales los carros de parada y el desfibrilador.

Procedimiento para garantizar el adecuado control de la conservación de medicamentos termolábiles, fotosensibles y de vacunas.

Procedimiento para garantizar la adecuación y conservación de los medicamentos en los botiquines de urgencia de los Centros de Salud.

Procedimiento escrito que recoja sistemática de gestión de residuos.

Se adaptan a cada equipo y éstos dan por cumplido dicho objetivo en el contrato programa.

CONCLUSIONES: La creación de una comisión de calidad puede ayudar y facilitar el cumplimiento de los objetivos de calidad de los equipos de tención primaria.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria, gestión, calidad

1348 | Liderazgo/Gestión Clínica

DISMINUIR LA ESTANCIA MEDIA ES UN ESFUERZO MULTIDISCIPLINAR

Cabezas C (1), González-Gallegos M (2), Gozalo T (3), Geremías L (1), Marcuño A (4), Rodríguez L (5)

(1) Dirección Asistencial, Hospital POVISA . (2) Calidad, Hospital POVISA . (3) Gestión Operativa, Hospital POVISA . (4) Planificación y sistemas, Hospital POVISA . (5) Control y gestión, Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Mostrar la disminución de la estancia media (EM) mediante la implantación de distintas herramientas de gestión y calidad.

MATERIAL: A partir de enero de 2005, se introduce la disminución de la EM como un objetivo dentro del plan estratégico del Hospital, con un posterior traslado para su inclusión al Cuadro de Mando Integral (CMI) de los diferentes servicios asistenciales. Para su cumplimiento, se utiliza la Gestión del Desempeño, facilitando para ello una serie de acciones: creación de una Unidad de Corta Estancia, desarrollo de vías clínicas, potenciación de la cirugía laparoscópica y mínimamente invasiva, gestión de las estancias sociales, circuitos con tiempos de respuesta para pruebas/interconsultas, consultas prequirúrgicas a pacientes ingresados.

RESULTADOS: Se muestran los resultados obtenidos en el periodo de 2005 a 2009 en: EM (9,47; 8,15; 7,60; 7,17; 6,82), Nº de altas (11.617; 12.099; 12.563; 13.038; 12.735), Case-Mix (1,63; 1,64; 1,68; 1,70; 1,73) y Reingresos evitables (1,46; 1,39; 1,35;1,37; 1,31)

CONCLUSIONES: A)El éxito en la consecución de la disminución de la EM se basa en:

-La alineación de los objetivos estratégicos con los objetivos de los Servicios asistenciales a través del CMI y de la Gestión del Desempeño con un modelo de incentivación económica .

-El rol de la Dirección como "facilitador" de las necesidades organizativas/estructurales para la consecución de los objetivos

B)Lograr una mayor eficiencia (disminución de la EM) no implica un aumento de los reingresos evitables sin que suponga una disminución de la seguridad asistencial.

PALABRAS CLAVE: estancia media, gestión, calidad

1358 | Liderazgo/Gestión Clínica

DISEÑO DE CALIDAD. PROTOCOLO DE HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA.

Santiago-García C (1), Cervell-Ferrón JM (2), Cao-Avellaneda E (2), Luquin-Martínez R (3), Schmidt-Fernández G (4), Ballesteros-Pérez AM (5)

(1) Dirección de PROCESOS, Gerencia de Área Sanitaria II Cartagena. (2) Servicio de Urología, Hospital Universitario Santa Marà del Rosell. (3) Centro de Salud Cartagena Oeste, Gerencia de Área Sanitaria II Cartagena. (4) Subdirección Área Quirúrgica, Hospital Universitario Santa Marà del Rosell. (5) Centro de Salud Cartagena LOS DOLORES, Área Sanitaria II Cartagena.

OBJETIVOS: 1º Análisis de situación, orientado a mejorar la colaboración en la identificación, y seguimiento de la HBP entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Hospitalaria con altos niveles de eficacia y eficiencia.

2º Elaborar un protocolo consensuado de actuación.

3º diseñar indicadores de monitorización.

4º Difusión e implantación del protocolo.

MATERIAL: Etapas: 1ª Creación de un grupo de trabajo mixto: médicos de familia y urólogos. 2ª Análisis situación: presentación de borrador por el Servicio de urología con síntesis, experiencia externa (evidencias) e interna (aportada por los integrantes del grupo). 3ª Identificación de componentes del proceso.

(Actividades). 4ª Reuniones de consenso del grupo. 5ª Documento definitivo de protocolo de Actuación. 6ª Presentación en Consejo de Gestión de Atención Primaria a todos los responsables. Marco temporal para la elaboración del protocolo: De Septiembre a Diciembre 2009.

RESULTADOS: Herramienta de diseño de la calidad: "MANEJO DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN Atención Primaria".

Contiene los siguientes apartados: 1.- Definición del problema. Población diana. Actividades a realizar. 2.- Recogida de la información. 3.- Plan de actuación (diagnóstico, historia clínica, exploración física, pruebas complementarias, tratamiento y seguimiento.) 4.- Participación del paciente. 5.- Recursos humanos y materiales. 6.- sistema de registro. 7.- evaluación del protocolo. 8.- bibliografía. 9.- anexos.

CONCLUSIONES: 1ª El abordaje conjunto de patologías entre Atención Primaria y Urología posibilitará la mejora del tratamiento del paciente prostático.

2ª El protocolo consensuado con los implicados es una herramienta de diseño de la calidad útil para homogeneizar y normalizar actuaciones.

3ª El protocolo permite ordenar, identificar, planificar y coordinar las actividades necesarias para optimizar sus resultados.

4ª La monitorización y seguimiento en el cumplimiento del protocolo permitirá objetivar la mejora e introducir nuevas medidas correctoras.

PALABRAS CLAVE: DISEÑO CALIDAD, PROTOCOLO, Próstata

1379 | Liderazgo/Gestión Clínica

PLAN DE MEJORA DE LA INTRANET EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Barreiro Díaz, MV (1), Otero Díaz, M (2), Iglesias Vázquez, JA (3), García Estraviz, C (1), Codesido Mirás, R (4)

(1) Dirección asistencial, Urxencia sanitarias 061 Galicia. (2) Tecnoloxía, Urxencia sanitarias 061 Galicia. (3) Dirección, Urxencia sanitarias 061 Galicia. (4) Área de calidad, Urxencia sanitarias 061 Galicia.

OBJETIVOS: Establecer e implantar las mejoras necesarias para optimizar la gestión de la intranet en el 061 de Galicia

MATERIAL: Se constituyó un grupo de trabajo en enero de 2009 compuesto por un representante de cada área del 061. se establecieron tres pasos en la planificación de la mejora de la intranet: 1) realización de diagnóstico de situación mediante una encuesta dirigida al personal, con la finalidad de valorar el uso de la intranet, puntos fuertes y de mejora, además de incluir preguntas abiertas dirigidas a obtener una opinión cualitativa. 2) Compromiso de la dirección con la auditoría y la mejora. 3) diseño e inmplantación del plan con los siguientes apartados: definición de lso contenidos a comunicar, designación de responsables de cada información y detección de mejoras necesarias en la herramienta tecnológica

RESULTADOS: Las conclusiones más importantes de la encuesta fieron: el personal consideraba importante la intranet como medio de comunicación interna y el escaso uso de la misma venía derivado de la escasa actualización de contenidos. S actualizó la organización de los contenidos de la intranet. Se definieron responsables de cada área del 061 y se revisaron las áreas de la intranet para valorar la necesidad de las mismas y la definición del responsable. Se actualizaron los manuales de usuario y de administrador de contenidos. se realizaron dos acciones formativas para administradores de contenidos. Se realizaron mejoras en la herramienta actual imprescindibles para el uso de la misma. se estableció el grupo como una comisión de caráxcter permanente, para realizar un proceso de mejora continua de la intranet, seguimiento de la ejecución de las mejoras, y elimpacto sobre la comunicación interna del 061. Se establecieron indicadores de proceso , relacionados con las acciones de mejora realizadas, e indicadores de resultados, relacionados con el uso y la satisfacción de los profesionales con la intranet.

CONCLUSIONES: La intranet es una herramienta importante para la comunicación interna de nuestra organización. el uso de la misma depende en gran medida de la actualización de contenidos. La implicación de la dirección ensu mantenimiento y actualización es fundamental para que el uso de la intranet tenga impacto de mejora sobre la propia organización

PALABRAS CLAVE: mejora, comunicación, intranet

1432 | Liderazgo/Gestión Clínica

EL RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS EN UNA UNIDAD DE APOYO: OTRA DIMENSIÓN DE LA MOTIVACIÓN

Dulanto-Banda RA (1), Garrido-Valverde I (1), Tofiño-González I (2), Deocal-Reina S (3), Fluriache-García MP (4)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (2) Servicio de Farmacia, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (3) Dirección de Enfermería, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (4) Unidad de Comunicación, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina.

OBJETIVOS: Conocer la percepción y necesidades sobre las actividades de reconocimiento de la organización entre los profesionales de una Gerencia de Atención Primaria.

MATERIAL: Se conformó un grupo multidisciplinar que revisó y analizó los sistemas de reconocimiento existentes, para luego realizar un estudio observacional transversal sobre la percepción y necesidades de este. La población diana fueron los 68 profesionales de la Unidad de Apoyo a la Gerencia (UAG) y el Equipo Directivo. Se diseñó una encuesta con 14 preguntas (1 de ellas abierta) agrupadas en 2 apartados: uno de formas de reconocimiento y su frecuencia percibida, y el otro de los motivos por los que se solía dar dicho reconocimiento a través de una escala de tipo Likert del 1 al 10, siendo el 10 la mejor puntuación. Se valoró si se debía mejorar en alguno de los aspectos descritos, y se recogieron además variables de filiación como sexo, antigüedad laboral y jerarquía del puesto. Se agruparon las observaciones según afinidad.

RESULTADOS: Se obtuvo una tasa de respuesta del 78%, de los cuáles el 60% eran mujeres. A un 34% le gustaría que se mejorara el reconocimiento por "realizar las táreas de otros". En la pregunta "En esta organización me siento reconocido en general" se obtuvo una puntuación media de 3,52 (mediana 3, DE: 2.41). En esa misma pregunta, el 30,8% de quienes la respondieron le asignaron un valor de 1 (la peor puntuación posible en una escala del 1 al 10). Un 30% mejoraría el reconocimiento por cumplir el trabajo y un 28% por realizar táreas extras en caso de urgencia y el reconocimiento en general. El 30% cree que debería mejorarse el reconocimiento verbal, el 27% el económico, y el 17 % el que se da a través de obsequios. De quienes emitieron algún comentario (n=14), el 57% consideró que el reconocimiento en la UAG era poco equitativo vs. el que recibían los sanitarios asistenciales.

CONCLUSIONES: La alta tasa de respuesta indica que es un tema que interesa a los profesionales. La valoración general del reconocimiento es baja, aunque predomina la necesidad de mejora de este a nivel verbal frente a la dimensión económica. Es importante incorporar la filosofía del reconocimiento en la organización para motivar a los profesionales y de esta forma conseguir cambios positivos en la UAG de Talavera, y para ello actualmente se está implementando una sistemática de reconocimientos.

PALABRAS CLAVE: motivación, reconocimiento, Atención Primaria

1440 | Liderazgo/Gestión Clínica

QUE LO DIGAN ELLOS: SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS ODONTÓLOGOS DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (SESCAM) – 2010.

Sabín-Jerez ME (1), Serrano-Sánchez S (1), Dulanto-Banda RA (2)

(1) Unidad de Salud Bucodental, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (2) Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina.

OBJETIVOS: Conocer el nivel de satisfacción laboral (SL), global y de sus componentes, de los odontólogos del SESCAM. Analizar la relación de la SL observada con las variables sociodemográficas y laborales del personal encuestado.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el 2010, para lo que se distribuyó un cuestionario de variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación laboral, tiempo en empleo actual y tipo de centro) y de SL (cuestionario validado Font Roja, de 9 dimensiones). La población diana fueron los Odontólogos del SESCAM (N=76). Se realizó una captación activa a través del envío de las preguntas por correo interno y recordatorios (teléfono y correo electrónico).

RESULTADOS: Se obtuvo una participación del 65,78 %. La media del tiempo en el empleo actual fue de 110,98 meses (desviación típica (dt): 111,058) y un 54,3% fueron mujeres (n= 25). El 73,5% presenta plaza fija (n=36). La media de la satisfacción global fue de 2,96 (mediana = 2,94 y dt: 0,32). De las 9 dimensiones estudiadas, las peor valoradas fueron las correspondientes a la tensión relacionada con el trabajo (D2), promoción profesional (D5) y monotonía laboral (D9), con medias de 2,56 (dt: 0,68), 2,39 (dt: 0,834) y 2,79 (dt: 0,506) respectivamente. Como pregunta aislada que también obtuvo una baja valoración se encontró a la relacionada con el sueldo percibido (2,78; dt: 1,075) (D8). En contraposición la satisfacción en el trabajo (D1) ha sido la que ha obtenido una mejor valoración (media: 4,04, mediana: 4, dt: 0,56). No se encontraron diferencias significativas entre la SL de los grupos según las características sociodemográficas.

CONCLUSIONES: Los odontólogos del SESCAM presentan un nivel intermedio de SL, siendo mejor valoradas la satisfacción en el trabajo y peor valoradas la posibilidad e promoción profesional, la tensión laboral y la monotonía. Los resultados obtenidos son similares a los encontrados en otras organizaciones sanitarias, y a otras categorías profesionales del sector. Este estudio sirve de punto de partida para proponer alternativas que mejoren la SL del colectivo de odontólogos del SESCAM.

PALABRAS CLAVE: odontólogos, satisfacción en el trabajo, Atención Primaria

1467 | Liderazgo/Gestión Clínica

LA COMUNICACIÓN INTERNA ENTRE TRABAJADORES DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN VALOR EN ALZA

Fluriache García-Caro P (1), Dulanto Banda RA (2), Sánchez Holgado J (3), Torijano Casalengua L (4), Rodríguez Sánchez C (5), De A Hija Díaz MB (6)

(1) Unidad de Comunicación, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2) Unidad de Calidad, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (3) Coordinación de gestión, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (4) Oficia de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (5) Unidad de Tarjeta Sanitaria, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (6) Servicio de Farmacia, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

OBJETIVOS: Conocer la percepción de las principales dimensiones de la comunicación interna entre los trabajadores de una Gerencia de Atención Primaria.

MATERIAL: Estudio transversal realizado en septiembre de 2009, dirigido a profesionales de la Unidad de Apoyo a la Gerencia y del Equipo Directivo. Se diseñó un cuestionario autoaplicativo y anónimo, previamente pilotado, de 30 preguntas sobre información y comunicación, barreras, problemas identificados y utilización de canales, así como una de valoración global y preguntas abiertas. Se recogieron las variables sexo, rango de edad, antigüedad en la gerencia y posición como directivo, mando intermedio u otros. Se envió la encuesta por correo electrónico y se recogió en formato físico. Se realizó una estadística descriptiva de las variables cuantitativas y una agrupación por categorías de las cualitativas

RESULTADOS: La tasa de respuesta fue de un 78% (53/68). La media de la valoración global fue de 3,43 (DE 1,942) en una escala del 1 al 10, siendo el 1 la peor puntuación. Las valoraciones más bajas están relacionadas con la comunicación en la Gerencia en general, como se evidencia en la pregunta peor valorada: "existe una comunicación adecuada entre los distintos servicios de la gerencia" (el 65% puntúa ≤ 3). Las barreras de comunicación que más se identificaron fueron el hermetismo en la Gerencia, con 44%, y la información a destiempo en el propio servicio, con 19%. Las principales diferencias se encuentran entre niveles jerárquicos ($p < 0,05$ para casi todas las preguntas), aunque también existe una peor valoración en algunos ítems entre profesionales con mayor antigüedad en la institución. 34,6% de los encuestados dejaron al menos un comentario.

CONCLUSIONES: La valoración general de la comunicación interna es baja. La baja puntuación se aprecia en las distintas dimensiones evaluadas, aunque los profesionales perciben menos deficiencias a nivel de su propio servicio o unidad. Se ha obtenido información que ha servido como punto de partida para la elaboración del nuevo Plan de Comunicación Interna, así como de sensibilización por parte de los líderes. La evaluación nos ha permitido identificar áreas de mejora desde la perspectiva del propio profesional.

PALABRAS CLAVE: Encuesta , Plan de comunicación, Atención Primaria

1608 | Liderazgo/Gestión Clínica

VERIFICACIÓN DE LOS PROCESOS: UN APLICATIVO INFORMÁTICO PARA MEJORAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

Candia JI, (1), Candia E, (2), Cienfuegos F, (3), Candia M, (4), Fernández De Castro I, (5), Candia B, (6)

(1) Dirección , Clínica Dr. Candia (A Coruña). (2) GESTIÓN, Clínica Dr. Candia (A Coruña). (3) Informática, Clínica Dr. Candia (Foz). (4) Calidad, Clínica Dr. Candia (A Coruña). (5) Coordinación Asistencial, Clínica Dr. Candia. (6) Calidad, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Presentar el desarrollo de un aplicativo informático que permite verificar las actividades de diagnóstico y tratamiento de cada uno de los procesos clínicios, conforme a protocolos basados en la evidencia científica disponible y orientados a la efectividad, eficiencia y seguridad de la asistencia.

Analizar las ventajas de la implantación de "verificación de los procesos" a partir de indicadores de seguimiento automatizados.

MATERIAL: En una primera etapa, se identificaron los Protocolos necesarios para la Clínica (certificada conforme a la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008) a partir del Catálogo de Servicios (Odontología y Cirugía Oral y Maxilofacial).
Para cada uno de los Protocolos se definen los contenidos en función de los riesgos de los pacientes y orientados hacia el diagnóstico y tratamiento de cada uno de los procesos.
En cada Protocolo se contempla: Anamnesis: Exploración clínica y odontograma; Plan de tratamiento (Periodoncia, Endodoncia, Ortodoncia, Prótesis; Cirugía de Implantes; Otra cirugía maxilofacial; Varios).
Sobre estos protocolos, se organizan fichas informáticas que orientan las actividades, y su cumplimentación nos garantiza que han sido valoradas todas los actividades definidas para cada proceso.
De estas fichas se deriva el diseño de indicadores que permiten el seguimiento de las actividades.
Toda la información del paciente se incluye cumpliendo la legislación vigente sobre Protección de Datos.

RESULTADOS: Una base de datos almacena toda la información, y la ordena para ofrecer acceso con diversas entradas: histórico, procesos, áreas, táreas pendientes (diagnóstico y/o tratamiento), tipo de actividad (urgente/programada).

El módulo de consultas de actividad, nos permite obtener de forma automatizada los indicadores de seguimiento de los procesos, pudiendo identificar diferencias entre lo planificado por Protocolo y las actividades realizadas por el/los profesionales en cada caso.

Facilita además la Identificación y Trazabilidad de la medicación y de los materiales o productos sanitarios aplicados a cada paciente (fármacos, prótesis, etc).

Contempla la posibilidad de realizar un análisis de tiempos de los procesos y de los materiales empleados lo que nos permite avanzar en el análisis de costes.

Integra asimismo, la documentación e información que ha de ser presentada al paciente para cada proceso asistencial: Consentimiento informado (permite incluir riesgos personalizados); consejos previos y post-tratamiento.

CONCLUSIONES: Con gran esfuerzo, hemos conseguido diseñar e implantar un aplicativo de verificación de los procesos que permite una mejora de la comunicación interna, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica y favoreciendo una homogeneidad en la prestación de nuestros servicios.
Tras un año de implantación, y con la disponibilidad en tiempo real de los indicadores de seguimiento, podemos recomendar la utilización de las herramientas informáticas sobre verificación de los procesos para conseguir mejores resultados clínicos y mayor satisfacción de nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: software, seguridad, efectividad

GESTIÓN DEL DOLOR TORÁCICO EN UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (DCCU).

Romero Aroca JM (1), Cordero Rodríguez Rp (1), Paz León Uj (1)

(1) DCCU Distrito Sur, Distrito Sanitario Sevilla Sur.

OBJETIVOS: Mejorar la gestión del dolor torácico por parte de un dispositivo móvil de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

MATERIAL: Reunidos en SESIONES clínicas y mediante la retrospección procedemos a hacer una revisión crítica de cada una de las actuaciones por parte del equipo DCCU en cada uno de los casos clínicos de dolor torácico asistidos durante los dos últimos años.

RESULTADOS: Analizar de manera pormenorizada cada una de esas actuaciones previas del DCCU en situaciones clínicas de dolor torácico para mejorar la calidad de los cuidados prestados a estos pacientes asi como la seguridad de éstos cuidados.

Corregir los errores cometidos en la praxis asistencial del equipo DCCU, asi como modificar las actuaciones de los protocolos sanitarios de urgencias para la gestión clínica del dolor torácico, si son susceptibles de ser modificadas.

CONCLUSIONES: Conseguimos mejorar la gestión del dolor torácico por parte de un équipo DCCU mediante la correción, modificación y eliminación de procedimientos, actuaciones y praxis asistencial en general susceptibles de ser corregidas, modificadas o eliminadas. Utilizando la revisión crítica exhaustiva y rigorosa de cada una de nuestra actuaciones previas en casos clínicos de dolor torrácico durante los dos últimos años y comprobando de manera empírica la modificación asistencial de nuestros cuidados en nuestras últimas actuaciones.

PALABRAS CLAVE: Gestión, Dolor, cuidados

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA.

Márquez-Nieto A (1), Fernández-Valverde B (2), Tordera-Ramos M (3), Lillo-Tejeda MP (1), Ballesteros-Cavero JA (4), Márquez-Martín P (1)

(1) Dirección de Enfermería, Hospital Virgen De La Luz de Cuenca. (2) Dirección de Enfermería, Hospital Virgen de la Luz. (3) Director Gerente, Hospital Virgen De La Luz de Cuenca. (4) Dirección de Médica, Hospital Virgen De La Luz de Cuenca.

OBJETIVOS: Favorecer la incorporación a los servicios de los nuevos profesionales.

Orientar e informar al nuevo profesional sobre los distintos servicios y unidades hospitalarias.

Actualizar conocimientos a todo el personal de enfermería.

Gestionar eficientemente los recursos humanos de acuerdo alas necesidades y características de los servicios.

MATERIAL: Se han elaborado 41 manuales de acogida de cada una de las unidades del hospital .En su elaboración han participado todos los profesionales de enfermería, coordinados por las Supervisoras de Unidad y la Supervisora de Área de Cuidados de enfermería. Posteriormente el manual ha sido revisado y aprobado por la Comisión de Cuidados y la Comisión de Dirección.

En el manual se realiza una exposición grafica de las distintas áreas de hospitalización, así como de consultas externas, unidad de conductas adictivas, unidad de media estancia de salud mental, unidad de infantojuvenil y trastornos alimentarios, centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento, etc.

En el manual se hace referencia a la descripción del servicio, a la distribución física, se recogen aspectos relacionados con las comunicaciones internas y externas, el circuito de los pacientes, funciones del personal de enfermería, protocolos, planes de cuidados…

RESULTADOS: Se han editado 150 ejemplares del manual en formato CD y se han distribuido entre todas las Supervisoras de Área y Unidad, los Jefes de Servicio, la Dirección de Enfermería del Hospital y de Atención Primaria, los Servicios centrales de Salud, etc.

Además se ha publicado en la Intranet del Hospital para que pueda ser consultado en cualquier momento y desde cualquier servicio por todos los profesionales de enfermería.

Desde su publicación en la Intranet , en Enero del 2010, se han realizado 2625 consultas.

CONCLUSIONES: El manual favorece el ambiente de confianza y seguridad en el momento de la incorporación de los nuevos profesionales al hospital, un momento importante no solo para ellos, sino también para la organización, ya que es necesaria una incorporación ágil y eficaz en una estructura de gran complejidad como es el Hospital.

Próximamente, desde la Dirección de Enfermería se va ha realizar un estudio para evaluar el impacto del manual en los nuevos profesionales y en la propia organización.

PALABRAS CLAVE: MANUAL DE ACOGIDA, Enfermería, NUEVA INCORPORACION

569 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN TRANSICIONES ASISTENCIALES DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Crespo-Diz C (1), Suárez-Rodríguez, A (1), Martínez-Bahamonde, F (1)

(1) Servicio de Farmacia, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Evaluar las intervenciones farmacéuticas relacionadas con la calidad y seguridad de medicamentos debidas a la adecuación de tratamientos a la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital de referencia, originadas en las transiciones asistenciales desde Atención Primaria a atención sociosanitaria.

MATERIAL: Estudio longitudinal prospectivo de un año de duración de intervenciones farmacéuticas relacionadas con la calidad y seguridad de medicamentos en pacientes de edad avanzada que causan ingreso en centros socio-sanitarios (CSS)de larga estancia con origen en Atención Primaria. La atención farmacéutica en los CSS se presta por facultativos del servicio de farmacia del hospital de referencia, utilizando los medicamentos incluidos en la GFT del mismo.

Como intervenciones de calidad se establecieron las siguientes: Equivalencias Terapéuticas (ET), que se corresponden con intercambios de medicamentos con el mismo principio activo y Alternativas Terapéuticas (AT), definidas como intercambios de medicamentos del mismo grupo terapéutico e indicación terapéutica.

Las intervenciones de seguridad se correspondieron con Errores de Medicación (EM), que se clasificaron en: Medicamento Inadecuado (A), Medicamento Innecesario (B), Medicamento que Precisa (C).

Todas las intervenciones se llevaron a cabo mediante consulta de conciliación farmacéutica y a través de la evaluación de los informes clínicos disponibles en los CSS.

La conciliación farmacéutica se realizó el mismo día o en las 24 horas siguientes al ingreso de los pacientes en los CSS.

Se consideró que cada conciliación farmacéutica realizada se corresponde con 1 tratamiento evaluado.

RESULTADOS: Se realizaron 213 conciliaciones farmacéuticas, en las que se llevaron a cabo las siguientes intervenciones: 86,7% de calidad y 13,3% de seguridad.

El 81,1% de las intervenciones de calidad fueron ET y el 18,9% restante fueron AT.

Las intervenciones de seguridad, en función de la clasificación de EM, resultaron las siguientes: (A): 50,0%. (B) 40,4%. (C) 9,6%.

Los EM mayoritarios respecto a los grupos anteriores fueron: (A) Dosis/intervalo inadecuado (39,1%), (B) Duplicidad terapéutica (20,5%), (C) Indicación no tratada (9,6%).

CONCLUSIONES: La adecuación de los tratamientos medicamentosos a la GFT de CSS requirió de intervenciones que en su mayoría estuvieron relacionadas con la calidad farmacoterapéutica, siendo las Equivalencias Terapéuticas las que presentaron mayor impacto. La seguridad farmacoterapéutica precisó de intervenciones que principalmente se relacionaron con la dosificación de medicamentos y la duplicidad terapéutica.

En el proceso a estudio, parece que la conciliación farmacéutica al ingreso de los pacientes en los CSS, es una estrategia adecuada para alcanzar la optimización de la terapéutica farmacológica y minimizar el riesgo de presentar Errores de Medicación en las transiciones asistenciales desde Atención Primaria.

PALABRAS CLAVE: farmacoterapia, seguridad, calidad

573 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

PROYECTO DE PROCESO DE VIGILANCIA GLOBAL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL CHUS (VIGINCHUS)

García-Ruise S (1), Gestal Otero JJ (1), Barros Dios JM (1), García Cepeda B (2), Martínez Casal I (3), Lale Candal MM (4)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, SERGAS - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Supervisora de Calidad, SERGAS - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Ciber de Epidemiología -Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela. (4) Técnico de Calidad, SERGAS - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: El Servicio de Medicina Preventiva es el encargado de la vigilancia diaria de los gérmenes considerados "de alerta" (Vigilancia Global de la Infección Nosocomial, VGIN). Se ha detectado amplia variabilidad en la aplicación de la VGIN.
Esta variabilidad supone costes directos (exceso de medidas de prevención aplicadas, consumo de recursos económicos y de tiempo del personal) e indirectos (déficit de medidas de precaución aplicadas, facilitando la infección nosocomial).
Objetivos planteados:
-reducir la variabilidad individual en el proceso
-aumentar la calidad asistencial
-satisfacer las demandas de los clientes internos y externos (ajustar valor añadido y outputs a la demanda interna y externa)
-iniciar estandarización de procesos para facilitar su revisión y mejora
-introducir elementos de gestión clínica

MATERIAL: Detectadas la necesidad y la oportunidad de mejora, se hizo un estudio del proceso VGIN en el CHUS, proceso clave u operativo y simultáneamente de soporte.
El estudio evidenció multitud de puntos débiles (metodología European Foundation for Quality Management, EFQM) y discordancias con las expectativas defraudadas de los clientes (modelo SERVQUAL). En la literatura consultada no existe ningún trabajo de estandarización de procesos de este tipo; ello ha permitido que el proceso se mantuviera de modo variable y subjetivo a lo largo del tiempo.
Se ha estandarizado el proceso VIGINCHUS, estableciendo los subprocesos, actividades, táreas y recursos precisos. El resultado se ha sintetizado en un diagrama de flujo (según metodología Integration Definition for Function Modeling, IDEF0, adaptada), integrando la actividad de todos los departamentos involucrados bajo la filosofía de actuación transversal propia de Medicina Preventiva.

RESULTADOS: Este proyecto se encuentra en fase de implantación, por lo que no se dispondrá de resultados hasta finales de año. Se han evaluado las ventajas y limitaciones de su implantación mediante matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades), obteniéndose resultados que aconsejan implantar estrategias de reorientación en este área.

CONCLUSIONES: Este proyecto incide en áreas de investigación que la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS) considera prioritarias en países desarrollados.
La implantación de gestión por procesos es un paso decisivo hacia niveles elevados de calidad asistencial (EFQM, ISO 9001:2008, SERVQUAL), al tiempo que un camino hacia la gestión clínica.
Disminuyendo la variabilidad del proceso, satisfacemos las demandas de los clientes internos (personal sanitario y no sanitario) y externos (pacientes), aumentando la calidad científico-técnica, la calidad percibida y la calidad organizativa (calidad total).
La estandarización del proceso permite su revisión y la adopción de medidas de mejora.

PALABRAS CLAVE: Gestión por procesos, Infección nosocomial, Vigilancia de la infección nosocomial

ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN A TERCEROS DEL 061 A LOS DOS AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN.

González Prieto, P. (1), López Álvarez, X. (2), Campos Sampedro, P. (1), Pérez González, FJ. (3), Penas Penas, M. (4), Martín Rodríguez, MD. (5)

(1) Facturación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Tecnología, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Contabilidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (4) Directora de Gestión, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (5) Xefa de Servizo, Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade.

OBJETIVOS: Queremos analizar los resultados obtenidos utilizando los indicadores actuales y ver de qué forma podemos proponer mejoras utilizando dicha información.

MATERIAL: Se han utilizado métodos propios del ámbito de la Calidad y mejora de procesos para hacer análisis cuantitativo. En concreto se ha empleado el análisis causal, utilizando herramientas como el diagrama de Ishikawa. También el análisis modal de fallos y efectos (AMFE).

Paralelamente se han utilizado técnicas de análisis cuantitativo, en forma de minería de datos contra datos históricos de actividad generados por las herramientas informáticas que soportan el proceso.

RESULTADOS: Se han analizado los siguientes indicadores: "Porcentaje de facturación al mes siguiente" y "Porcentaje de devolución". El primero de ellos se mantiene normalmente en el rango 87-97%. El segundo de ellos es normalmente inferior al 2%.

Analizando los indicadores, se ha podido establecer conclusiones cualitativas y cuantitativas. Asimismo, aplicando la metodología anterior ha sido posible establecer que existen diferentes problemáticas en función del tipo de cliente (precio público, precio privado). Otras variables que influyen están ligadas a la gestión del personal.

Por primera vez se introduce una "gestión científica" en contraposición con "improvisación en la gestión", desde el momento en que detectamos una dependencia funcional y bidireccional entre la cantidad de personal tramitador disponible y el volumen de la facturación que se puede manejar. Esta dependencia se puede utilizar para procedimentar los aspectos de la gestión de personal.

CONCLUSIONES: Las formas de relación con determinados tipos de clientes, vigentes desde antes de la implantación del proceso, han llegado al límite de su elasticidad. Deberían ser actualizadas. Esto se ha hecho visible gracias al análisis causal y la minería de datos.

Existe una relación clara entre el rendimiento del proceso, medido por los indicadores y la gestión del personal. Esto da pie para sugerir una serie de medidas dedicadas a potenciar dicha gestión, como por ejemplo la formación de personal polivalente y la institucionalización dentro del proceso de mecanismos eficaces de rotación de personal.

En definitiva, se podría (y debería) trabajar en la creación de una nueva versión del proceso de facturación, aplicando así la mejora continua.

Dentro de la revisión del proceso, debería incluirse también la revisión de los indicadores, buscando mejorar el significado de estos y que monitoricen los valores de referencia en concordancia con las dimensiones fundamentales (tipo de cliente). Este control no se manifiesta en su versión actual, y esto hace que el significado sea más difuso.

PALABRAS CLAVE: Gestión en Salud, Facturación, Evaluación

IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL CAPILAR DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL ÁREA DE SALUD DE CARTAGENA

Iturbe Hernández T (1), Buyo Rodríguez A (2), Martínez Francés A (2), Ibáñez García J (2), López Lacoma JC (3), Santiago García C (4)

(1) Servicio de Hematología, Hospital Universitario Santa María del Rosell (Cartagena). (2) Servicio de Hematología, Hospital Universitario Santa María del Rosell (Cartagena). (3) Subdirector de Enfermería de Continuidad de Cuidados , Área de salud II (Cartagena). (4) Directora Médica de Procesos , Área de salud II (Cartagena).

OBJETIVOS: La Gerencia y el Servicio de Hematología del Hospital Santa María del Rosell junto con el equipo directivo del Área de salud de Cartagena, se propuso implantar durante el año 2009 el método de punción capilar para el control del tratamiento anticogulante oral (TAO) en todos los centros de salud (CS) del Área, con la finalidad de mejorar la asistencia al paciente anticoagulado y de aumentar la formación de la enfermería de los CS respecto al control del TAO.

MATERIAL: Nuestra Área de salud comprende a 16 CS con una población anticoagulada de 3.200 usuarios. Hasta enero de 2009 unos 640 enfermos acudían mensualmente al hospital para control capilar de TAO, mientras que los restantes lo hacían mediante venopunción en su CS.

El nuevo circuito asistencial contemplaba que la anamnesis al paciente anticogulado y la obtención de la muestra capilar la efectuaba la enfermería de cada CS, mientras que la dosificación del TAO era responsabilidad del hematólogo.

La metodología de implantación fue la siguiente:

a) Reuniones periódicas de seguimiento entre los profesionales implicados.

b) Formación de enfermería de Atención Primaria tanto en el hospital como en sus CS.

c) Montaje del aparataje necesario para el control del TAO en cada CS.

d) Resolución telefónica por Hematología de dudas y problemas suscitados en cada CS.

El proceso de implantación del control capilar del TAO en los CS se desarrolló en 3 etapas entre febrero y noviembre de 2009.

RESULTADOS: Tras finalizar la implantación del TAO capilar en todos los CS del Área, constatamos:

a) Sólo 160 usuarios acuden mensualmente al hospital para control capilar del TAO, el resto lo hace en su CS.

b) En los CS ha desaparecido como incidencia la repetición de la venopunción por muestra defectuosa.

c) El tiempo diariamente empleado para la dosificación del TAO por Hematología ha pasado de 3 a 1.5 horas.

d) La participación de la enfermería de los CS en la detección de los pacientes anticoagulados que se hallan fuera de rango terapeútico, ha permitido aplicar más precozmente medidas correctoras.

CONCLUSIONES: La implementación del control capilar del TAO en nuestra Área de salud junto con la formación impartida a la enfermería de los CS, ha supuesto para sus usuarios una sensible mejora del proceso asistencial en lo referente a su proximidad, rapidez, eficacia y seguridad.

PALABRAS CLAVE: control, capilar, anticoagulante

601 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

GESTIÓN BASADA EN PROCESOS: LA NUEVA MANERA DE TRABAJAR EN EL HOSPITAL

Polo, D (1), Alonso, T (2), Pujol, D (3), Nicolas, I (3)

(1) Coordinador Dirección Asistencial, Hospital Plató. (2) Director Asistencial, Hospital Plató. (3) Socio, Athenea Solutions.

OBJETIVOS: Dar a conocer las ventajas de gestionar un hospital a través de procesos, en un entorno cada vez más cambiante y competitivo, mejorando la eficiencia en las acciones que se realizan. Eliminar la variabilidad, definir indicadores y proponer acciones de mejora. Ver cómo, la interacción entre procesos clave y de soporte, definirá un mapa de procesos, estableciendo un funcionamiento mucho más horizontal de la organización y motivador para los diferentes estamentos que trabajan en él.

Asimismo, se hará hincapié en las dificultades que provoca combinar una estructura jerárquica con una más transversal, y la necesidad de un cambio de estilo de lideraje.

MATERIAL: Desde al año 2006 estamos trabajando por procesos. Se han definido 4 procesos clave, y diversos procesos de soporte (descritos en el mapa de procesos que se mostrará en la comunicación oral).

Contamos con la colaboración de consultores especializados, que nos proporcionan la metodología de las acciones a realizar. Se ha implantado una aplicación web, "minerva", que facilita la gestión centralizada de la calidad del Hospital y permite a los propietarios de los procesos gestionar las incidencias, sugerencias y acciones de mejora de sus procesos, así como controlarlo mediante sus indicadores. También facilita el acceso y gestión de la documentación.

RESULTADOS: Por un lado, se ha conseguido definir de forma consensuada la metodología de trabajo y medir, de forma adecuada y ágil, diversos parámetros que, hasta entonces, o bien eran muy costosos de obtener, o bien no podían calcularse.

Por otro, se ha conseguido detectar múltiples acciones de mejora, priorizarlas y llevarlas a cabo en función de su complejidad, diseñando cronogramas para su puesta en marcha e implicando a muchas personas integrantes de la organización.

También cabe destacar que hay ciertas dificultades a la hora de combinar la jerarquía vertical con la transversalidad, en la asunción de roles por parte de los empleados.

CONCLUSIONES: La Gestión basada en Procesos potencia el trabajo en equipo, el lideraje de las personas y su motivación. Asimismo, nos introduce en un camino de mejora continua, un camino que no tiene fin, pero cuyos resultados son visibles en el día a día.

A través de la gestión basada en procesos nuestro Hospital tiene una visión integrada del paciente o orientada a él. Los diferentes equipos multidisciplinares trabajan de forma sistemática y con la menor variabilidad posible, creando sinergias entre ellos mediante relaciones transversales.

La implicación de los profesionales es mayor, pues el liderazgo de los diferentes procesos es llevado a cabo por personal con talento, más allá de su rango jerárquico.

Todo ello redunda en una mayor satisfacción tanto de empleados como de pacientes, mejorando la calidad ofrecida y la eficiencia de los procedimientos asistenciales.

PALABRAS CLAVE: Gestión por Procesos, Procesos Clave, Liderazgo

626 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

INDICADORES DE CALIDAD EN LOS PROCESOS DE DONACIÓN Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEAS

Simon Pérez RM (1), Moya Teixidó F (2), Massuet Bosch Ll (2), Asensio Montoro A (3), Ariza García V (1), Moner Corominas Ll (1)

(1) Dirección de Calidad, Consorci Sanitari del Garraf. (2) Banc de Sang i Teixits. , Banc de Sang i Teixits. . (3) Hematología, Consorci Sanitari del Garraf.

OBJETIVOS: En la gestión de la calidad, debemos controlar los procesos para tener información de las desviaciones en los indicadores de calidad y así adoptar las medidas correctoras oportunas.

Gestionar la calidad de los procesos de donación y transfusión sanguíneas de nuestros centros mediante un cuadro de indicadores de calidad.

MATERIAL: Definimos los indicadores, su finalidad, la fórmula para calcularlos, su fuente de datos y la frecuencia de medición y control.

Para cada indicador, obtenemos su estándar en base a resultados de distintos equipos del Centro de Transfusión de referencia y el percentil de resultados de los Servicios de Transfusión de nuestra área. Para los indicadores de hemovigilancia, el estándar lo obtenemos a través del informe de hemovigilancia de Catalunya.

RESULTADOS: Indicadores definidos:

Proceso de donación: donantes nuevos, ofrecimientos de donación, total de bolsas rechazadas en sangría, diferenciadas por peso insuficiente y por exceso de peso.

Proceso de transfusión: aprovechamiento de componentes sanguíneos, Indicación de la transfusión, grado de cumplimiento de la solicitud de transfusión, muestras pretransfusionales bien identificadas y bien extraídas, número de informes de control transfusional, número total de notificaciones de hemovigilancia y de sus distintos tipos, tanto incidentes como casi incidentes.

El cuadro de mando se monitoriza trimestralmente, siendo el resultado 2009 de los indicadores:

% ofrecimientos respecto al total de donaciones (estándar: 10-14%): 11%

% de bolsas rechazadas respecto al total de donaciones (estándar < 2,9%): 4,3%

Aprovechamiento de los componentes sanguíneos (estándar H: < 3%, P: <10%, Pool <15%): 67%, H: 0,92% P: 6,96%, Pool: 9,88%.

% unidades confirmadas en relación a las unidades transfundidas (estándar: Auto: 100%, H: 100%, P: 100%, Pool: 100%): Auto: 95,24%, % H: 92,86, % P: 90,75 %, Pool: 92,72 %

% notificaciones respecto al total de componentes transfundidos (estándar: 1,92%): 0,356%

% reacciones febriles del total de transfusiones (estándar: 57,6 x 100.000): 0,156%

CONCLUSIONES: Observamos que se rechaza un mayor número de bolsas en sangría a las del estándar, nos marcamos como objetivo 2010 las siguientes intervenciones:

- Revisión de la calibración mensual de las bolsas

- Revisión la técnica de donación y verificación de la técnica correcta mediante el peso de las bolsas después de la donación

- Disminuir la rotación de profesionales en donación

El cuadro de indicadores presentado es un instrumento eficaz para la gestión de la calidad, permite ver de una forma rápida cada indicador, el resultado que debemos alcanzar i cual es el que tenemos.

PALABRAS CLAVE: indicadores, transfusión, donación

631 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

UN PASEO POR LA GRAN VÍA

Marcuño-Cendón A. (1), Fdez.-Brea, J. (2), González-G. Nuria (3)

(1) Planificación y Sistemas, Hospital POVISA, S.A.. (2) Sistemas de Información, Hospital POVISA, S.A.. (3) Unidad de Calidad - Gestión de Procesos, Hospital POVISA, S.A..

OBJETIVOS: Puesta en funcionamiento de una estructura sanitaria ambulatoria de "alta resolución", cumpliendo criterios de gestión integral entorno al paciente y el carácter innovador que le confiere ser un proyecto desarrollado bajo criterio I+D+i.

MATERIAL: Análisis volumen-tipo actividad de especialidades a implantar (jun-2007/jun-2009).

Ley orgánica protección datos.

Metas Seguridad Joint-Commission.

Gestión documental integral (Modelos-circuitos).

Análisis puestos de trabajo.

Evaluación-desarrollo historia clínica electrónica.

Circuito Logística.

RESULTADOS: Puesta en funcionamiento enero 2010, en calle Gran Vía de Vigo, de un centro de alta resolución de 2.200 m2 , con 44 locales consulta, 2 quirófanos-cma, 2 equipos Rx-digital, fototerapia y equipamiento diverso/portátil de imagen y diagnóstico.

RR.HH.:,130 médicos, 18 personal enfermería, 2 técnicos Rx y 2 administrativos.

Capacidad productiva/día (al 85%): 16 especialidades 1.120 consultas / 130 estudios Rx / 36 cma.

Implantación proyecto siTICo:

Seguridad (eliminación papel, historia clínica electrónica, registro electrónico de imágenes, legibilidad, ayuda a toma de decisiones, etiquetas identificativas muestras, receta electrónica, firma digital, gestión de citaciones).

Integración (aplicativos hospital y sistemas externos tipo-IANUS).

Trazabilidad (seguimiento paciente desde su llegada-DAUI y de todas las actividades hasta su salida, incluyendo gestión alta resolución).

I+D+i: Desarrollo propio del modelo y sistema de información (kiosco-registro electrónico a la llegada con lector TIS o código de barras, asignación identificador-código personal, ubicación por área de colores y locales actividad, gestión llamada en pantallas de aviso externas y pase a consulta-conciliación identidad).

Confidencialidad: Cumplimiento LOPD, identificación del paciente mediante tres dígitos alfanuméricos, referente para todas sus actividades.

Optimización: Gestión documental automática (Consentimientos Informados, Impresos, Registros, Recomendaciones, Normas, todo ello vinculado a la actividad realizada/prescrita), gestión citaciones en puestos de enfermería (enfermería polivalente), horarios ajustados a la demanda.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha de una estructura compleja y centrada en la resolución de problemas de salud de los pacientes en el menor tiempo posible, garantizando el trato, la confidencialidad, la seguridad y la trazabilidad, es una herramienta que incrementa la eficiencia de la organización y garantiza la continuidad de cuidados. Ello ha supuesto un importante cambio cultural en los modelos de trabajo, dado que ha obligado a realizar un proyecto de forma transversal con todos los servicios implicados, lo que aportó el nivel de conocimiento necesario para el buen fin del proyecto. Ahora es una realidad de la que, médicos, personal de enfermería, servicios de apoyo, la propia dirección y como no, el paciente, se sienten orgullosos.

PALABRAS CLAVE: eficiencia, seguridad, TIC

635 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

INDICADORES DE MORTALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA NOMALIZADO UNE ISO 9001:2008.

Castiella-Herrero, J (1), Musitu Pérez, V (1), Arancón Oñate, B (1), Naya-Manchado, J (1), Sanjuán Portugal, F (1), González-Gay, JM (1)

(1) Unidad de Medicina, Fundación Hospital Calahorra.

OBJETIVOS: Desde el año 2002 la hospitalización médica de la Fundación Hospital Calahorra utiliza la gestión por procesos normalizados (UNE ISO 9001:2008) como una herramienta alternativa a la hospitalización tradicional. La mortalidad hospitalaria es un indicador crítico que se recoge mensualmente. Trimestralmente se hace un análisis de la mortalidad por GRD y se revisan las que aparecen en pacientes con GRD de baja complejidad (Pr < 1) ó en GRDs con una mortalidad < 0,5%. El objetivo es < del 7,5%. Se muestran los datos mas relevantes del indicador mortalidad hospitalaria durante los años 2006 a 2009

MATERIAL: Análisis de la mortalidad bruta y ajustada por complejidad (lametrics® lasist S.A.) en 5.780 altas (43,4% mujeres), con 72 años de edad media (70,3 en el 2006 y 73 en el 2009), codificadas al 100% según la CIE-9-MC (AP-GRD versión 23). Análisis de la mortalidad entre los GRDs más frecuentes. Se compara con la mortalidad de los servicios de Medicina Interna del SNS (grupo de GC de la SEMI)

RESULTADOS: 6,9% de fallecimientos (n= 397; 9,5% en el Grupo de GC de la SEMI), edad media de 81,2 años (79,6 en hombres y 83 en mujeres; p=0,0027). La mortalidad esperada según la complejidad debió ser del 10,54% (n=609 pacientes), con un índice de mortalidad ajustada por riesgo (IMAR) de 0,65. El exitus fue más frecuente en las mujeres (7,5% vs 6,4%, p = 0,06). La estancia media fue de 7,35 días (6,3 en resto, p=0,009) y su peso medio de 2,82 (1,80 en resto, p < 0,05). Un 5,8% de los fallecimientos (n=23) tuvieron 0 estancias, un 32,5% (n=129) menos de 3 estancias. No hubo diferencias de mortalidad según día de la semana de ingreso. Se han observado 4 fallecimientos entre pacientes cuyo GRD tenía un peso relativo < de 1, y fueron revisados por el equipo del proceso. Entre los 5 GRDs mas frecuentes, la mortalidad fue: GRD 541 del 10,1% (IMAR 0,68), GRD 544 del 9,1% (IMAR 0,47), GRD 014 del 6,1% (IMAR 0,63); GRD 087 del 6,1% (IMAR 0,62) y GRD 127 del 2,9% (IMAR 0,49)

CONCLUSIONES: La mortalidad observada en nuestra Unidad de Hospitalización es del 7%, por debajo de la esperada según la complejidad de la casuística atendida (IMAR < de 1) y menor que la observada en la SEMI. Es más frecuente entre las mujeres (son más ancianas). Los pacientes fallecidos corresponden a GRDs de elevada complejidad y no observamos diferencias por el día de la semana de ingreso

PALABRAS CLAVE: mortalidad, hospitalizacion, procesos

669 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

INDICADORES DE TIEMPO DE RESPUESTA: HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS DE MEJORA

Garnacho Gayarre Nuria (1), Bulnes-Fernández MJ (2), Bal- Alvaredo MJ (2), Formoso- Lavandeira D (2), Recasens- Esteruelas M (2), Rueda-Rúa R (2)

(1) servicio análisis clínicos, Hospital Xeral-Calde Lugo . (2) Servicio Análisis Clínicos, Hospital Xeral-Calde Lugo .

OBJETIVOS: Tal y como establece la norma UNE-EN ISO 15189 en su punto 5.8.11 "la dirección del laboratorio, en consulta con los solicitantes, debe establecer los plazos de entrega para cada uno de los análisis. El plazo de entrega debe reflejar las necesidades clínicas". Por ello nuestro objetivo es informar a los clínicos del Hospital de los resultados de pacientes ingresados en el menor tiempo posible para facilitar la toma de decisiones y acortar el tiempo de estancia hospitalaria. Para ello en primer lugar se cuantificó el tiempo de respuesta y posteriormente se establecieron los indicadores

MATERIAL: Se estudió el periodo de tiempo de respuesta durante el año 2008 y se establecieron los indicadores para el año 2009 con dos franjas horarias: >65% antes de las 11:30 y >85% antes de las 12:00 h.

En el año 2009 el nº de peticiones procedentes de pacientes ingresados del Hospital fue de 11112 con un promedio de 926/mes.

Diariamente se contabilizaron los informes realizados y validados en las dos franjas horarias descritas anteriormente. Finalmente se calcularon los porcentajes mediante un programa Excel.

Los informes validados se visualizan, practicamente en tiempo real, desde el gestor de historias clínicas del Sergas (IANUS), que está conectado a la base de datos del sistema informático del laboratorio.

RESULTADOS: Del total de las peticiones solicitadas con estas características, un total de 9488 fueron entregadas antes de las 11:30 h., lo que supone un (85,4%) de cumplimiento y 10770 fueron completadas y entregadas en su destino original antes de las 12:00 h. suponiendo un 96.9%, en ambos casos se supera el porcentaje marcado como indicador de calidad.

CONCLUSIONES: Los indicadores demuestran que se alcanzaron sobradamente los objetivos y se superaron las expectativas previstas. En la revisión del Sistema de Calidad anual se toma la decisión de modificar (o ajustar) el indicador de TR antes de las 12:00 h. a un porcentaje >90% para el año 2010 cerrando así el ciclo de Mejora Continua.

Se ha constatado que el cumplimiento de los indicadores de calidad fijados revierten en el estado de satisfacción del clínico ya que al disponer de los resultados analíticos, en un tiempo lo suficientemente corto, le permite consultarlos, antes o después de pasar la consulta en planta, y le facilita la toma de decisiones.

Además un tiempo de respuesta corto repercute de manera directa o indirecta en la estancia media hospitalaria del paciente con la consiguiente satisfacción por parte de las áreas de Gestión del Hospital.

PALABRAS CLAVE: indicadores , herramientas, laboratorio

706 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

ACUERDO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS CON LA ASOCIACIÓN DE HEMOFÍLICOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN

Busca Ostolaza P (1), Aginaga Badiola JR (1), Dorronsoro Goikoetxea I (2), Carrera Hernani J (3), Careche Recacoechea I (4), Furundarena Salsamendi JR (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Donostia. (2) Sudirección de Organización y Sistemas de información, Hospital Donostia. (3) Presidencia, ASEGUI. (4) Psicoterapeuta, ASEGUI.

OBJETIVOS: Introducción:

La identificación y atención precoz de los pacientes hemofílicos es fundamental para evitar graves complicaciones. Sin embargo, la atención del paciente hemofílico en un Servicio de Urgencias Hospitalario no está generalmente regulada de forma escrita, por lo que su atención puede que no sea todo lo homogénea que debiera, teniendo en cuenta que en su atención puede intervenir el personal de los diferentes Servicios de Urgencias como el de Hematología.

Objetivos:

Llegar a un acuerdo firmado entre el Servicio de Urgencias Generales, Urgencias de Pediatría, Urgencias de Ginecología y el Servicio de Hematología, todos ellos del Hospital Donostia, con la Asociación Vasca de pacientes Hemofílicos, para mejorar la atención clínica en caso de ser necesaria en los Servicios de Urgencias.

MATERIAL: -Realización de reuniones conjuntas con el fin establecer las necesidades de esta población y las posibilidades de los Servicios de Urgencias.

-Elaboración de la guía de actuación tanto para pacientes como para sanitarios.

-Establecimiento de un protoc

RESULTADOS: •Firma de un acuerdo logrando el consenso entre todos los participantes.

•Puesta en marcha del acuerdo, haciendo partícipes del proceso a los pacientes y los sanitarios, consiguiendo un proceso homogéneo con muy poca variabilidad que mejora la atención de estos pacientes en los diferentes Servicios de Urgencias.

CONCLUSIONES: El acuerdo alcanzado ha permitido

-Lograr un acuerdo entre los diferentes servicios hospitalarios con una entidad externa, haciendo protagonistas a los pacientes en su proceso.

-Consensuar y automatizar la atención al paciente hemofílico con sangrado evidente o sospecha del mismo en los Servicios de Urgencias.

-Elaborar una herramienta informática que puede ser de gran utilidad incluso para otros muchos procesos.

PALABRAS CLAVE: urgencias, hemofilicos, acuerdos

730 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

ENFERMERA ENLACE EN EL PROCESO DE ASISTENCIA A INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL ÁREA A CORUÑA

Bahamonde Sánchez, M (1), Rodríguez Sánchez, Nieves (2), Naya Leira, MC (3), Fariñas Garrido, MC (3)

(1) Subdirección de Enfermería, Sergas - Xerencia Atención Primaria A Coruña. (2) Subdirección de Enfermería, Sergas - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. (3) Servicio de Cardiología, Sergas - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

OBJETIVOS: PROMICAS (Proceso de Mejora de la asistencia a la Insuficiencia Cardíaca en el Área Sanitaria) es un objetivo estratégico del área sanitaria de A Coruña. Dentro de este proceso se enmarca la figura de la enfermera responsable del mismo.

El objetivo es presentar la consulta de la enfermera responsable de PROMICAS en el Área Sanitaria de A Coruña.

MATERIAL: Un grupo de trabajo formado por profesionales de centros de salud, servicios de cardiología, admisión, hospitalización a domicilio, medicina interna, Instituto de Ciencias de la Salud y las direcciones asistenciales, médica y de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de A Coruña (XAPCO)y Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña(CHUAC)elaboraron el PROMICAS.

Partiendo de este proceso se han extraído las funciones y contenido de la figura de la enfermera responsable del proceso

- Inclusión de pacientes nuevos y sus cuidadores: consulta alta resolución, hospitalización y consulta de seguimiento

- Educación sanitaria para pacientes y cuidadores, individualizada y en grupo

- Puesta en marcha del alta de enfermería

- Coordinación de la derivación AP-AE y AE-AP

- Detección y derivación a Servicios sociales

- Participación en reuniones de equipo multidisciplinar

- Táreas administrativas

- Docencia

- Investigación

RESULTADOS: La figura de la enfermera de enlace en Promicas es necesaria para potenciar los cuidados a través de la educación sanitaria a los pacientes y cuidadores, mejorando así la calidad asistencial a éstos y es un punto clave para coordinar todo el circuito que realizan estos pacientes entre A.E y A.P. para reducir ingresos hospitalarios y visitas al servicio de Urgencias.

CONCLUSIONES: La enfermera responsable surge para enlazar todas las intervenciones que se realizan sobre un paciente y su familia en en Proceso de asistencia a la insuficiencia cardíaca.

Será la responsable de coordinar los recursos asistenciales en la atención al paciente y sus cuidadores, con funciones asistenciales, docentes e investigadoras

PALABRAS CLAVE: enlace, procesos, cardiología

746 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

INNOVACIÓN EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS: SESIÓN CLÍNICA

Tena García, B (1), Rodríguez Paños, MT (1), García Nuñez, E. (2)

(1) Traumatología y Ortopedia, H.U.V.Macarena y Área. (2) Neumología y C. de Torax, H.U.V.Macarena y Área.

OBJETIVOS: El objetivo específico es: reforzar, profundizar e intercambiar conocimientos de la metodología enfermera aplicada a los cuidados integrales a pacientes en traumatología.

Incorporarlas en la formación continuada de los enfermeros de la unidad hospitalaria así como en la práctica asistencial de traumatología basada en evidencia.

MATERIAL: Análisisis, identificación y aplicación de los criterios y requisitos organizativos de las SCC correctas sobre los cuidados que prestan un total de 60 enfermeros (turno rotatorio y de doce horas) del servicio de Traumatología,

Se lleva a cabo un método de "aprendizaje experiencial " usado en formación.

RESULTADOS: Durante el año 2009, se han realizado cuatro SESIONES clínicas, ediciones, programadas en el cronograma de formación anual de nuestra unidad traumatología.

CONCLUSIONES: El desarrollo de SESIONES clínicas en enfermería constituye en la actualidad uno de los grandes retos de la disciplina, en tanto que contribuye a la mejora en la organización de los cuidados y supone una vía de consolidación de la metodología enfermera.

Como herramienta de trabajo son la formación y el perfeccionamiento en metodología enfermera, auditoría del proceso de cuidados y análisis de la efectividad de la intervención enfermera, incorporación del pensamiento reflexivo y deliberación sobre situaciones de cuidados en la práctica diaria.

PALABRAS CLAVE: Sesión Clínica, Calidad, Cuidados

751 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CASO PRÁCTICO

Pena Meilán MC (1), Fernández Doallo MR (2), Núñez Magdalena MA (2), Penela Puga P (2), Díaz López JI (2), Roca Bergantiños Mo (3)

(1) Docencia, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (2) EUE, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (3) Calidad, Complexo Hospitalario Xeral-Calde.

OBJETIVOS: Continuar dando el apoyo y la información que la puérpera necesita para que la lactancia materna sea exitosa, una vez que ha recibido el alta hospitalaria.

MATERIAL: Trabajamos el diagnóstico enfermero NANDA "lactancia materna eficaz", relacionado con conocimientos básicos sobre lactancia materna eficaz, para conseguir el Resultado (NOC) "mantenimiento de la lactancia materna eficaz", con el indicador crecimiento del lactante dentro del rango normal (moderadamente adecuado. 3) y reconocimiento de signos de obstrucción y mastitis (completamente adecuado: 5).

Las intervenciones (NIC) son: asesoramiento en la lactancia manteniendo la habilidad materna y enseñando a la madre a identificar los patrones normales de los bebés alimentados con lactancia materna.

RESULTADOS: Con el informe de continuidad de cuidados se consigue informar debidamente a los profesionales de Atención Primaria de los grados de resultados conseguidos durante la etapa de estancia hospitalaria y , por tanto, de los grados que no se han cumplido para que la lactancia materna tenga éxito.

CONCLUSIONES: El Informe de Continuidad de Cuidados es un instrumento muy valioso para el profesional de enfermería`porque aporta la información necesaria sobre las necesidades de información y cuidados de la puérpera.

PALABRAS CLAVE: CONTINUIDAD, CUIDADOS, ENFERMERÍA

766 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC:

¿CÓMO MEJORAR LA CAPTACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Lueza-Lampurlanes C (1), Torres-Clemente E (2), Bailac-Costa J (3), Chaverri-Alaman C (2), Allue-Ciutat M (4), Ibañez-Castellar L (5)

(1) servicio aragones de salud, atencion primaraia. (2) servicio aragones de salud, atencion primaria. (3) servicio aragones de salud, atencion primaria. (4) sevicio aragones de salud, atencion primaria. (5) servicio aragnes de salud, atencion primaria.

OBJETIVOS: La EPOC es la primera causa de muerte evitable (SEPAR).
Detectamos un infradiagnóstico en esta patología en Atención Primaria debido al poco uso del espirómetro, a la dificultad en la realización de espirometrías y a su interpretación.
Detectamos baja cobertura en deshabituación tabaquica
Aumentar la cobertura de EPOC.
Diagnóstico precoz en esta patología.
Intervención sobre el abandono del habito tabaquito.
Seguimiento y tratamiento adecuado, asi como vacunación antigripal y antineumococica.

MATERIAL: Técnica correcta en la realización de espirometrías.
Agenda especifica en admisión. para realización de espirometrías. 2 días a la semana 2 horas. Por dos profesionales adiestrados de enfermería.
5 espirometrías/semana por 40 semanas= 200espirometrias/año.
Interpretación adecuada de resultados.

RESULTADOS: Se adquirió un espirómetro, SPIROLAB II. En marzo de 2009.

Se realizo formación en el servicio de neumología del hospital por todos los profesionales de enfermería.

Se realizo formación para los profesionales de medicina, en el Centro de Salud, para interpretación de espirometrías.

- Nº pacientes con EPOC y fumadores con consejo antitabaco: 100%
- Nº pacientes con EPOC vacunados de la gripe: 90%
- Nº pacientes en cartera de servicios EPOC/ Nº de casos esperados 480pacientes.

Objetivo: 80%: 2008 7,7%. 2009: 11,25% 2010: enero-mayo:14%(67/480)

-Nº de espirometrías realizadas en un año/ 100 espirometrías como objetivo al año.

Objetivo 80% =8%

-Nº pacientes en cartera de servicios en deshabituación tabaquica/Nº de casos esperados (3390) objetivo 80%

2008 19%. 2009:14%.2010:17%(581/3390)

-Proyección audiovisual sobre educación a pacientes EPOC.

Proyección audiovisual de deshabituación tabaquica.

CONCLUSIONES: Dificultades encontradas:
Avería en dos ocasiones del espirómetro a lo largo de este año.
Sigue sin crearse la agenda en OMI específica de espirometrías (salas). Esto provoca perdida de información.
Desconocimiento de lista de espera. (análisis de profesionales)
LA EPOC es la enfermedad crónica mas prevalerte en Atención Primaria.
Disminuye calidad de vida e incrementa gasto sanitario. Se observa un discreto aumento en las coberturas de EPOC y deshabituación tabáquica, aunque estamos muy lejos de objetivo, seguimos con dificultades en el diagnóstico de la EPOC, principalmente porque no se relizan las Espirometrías necesarias. Esto provoca una baja cobertura para realizar el seguimiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: PRIMARIA, EPOC, Diagnóstico

GESTIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL (EDC) EN SACYL

García Megido,MI (1), Ferreira Recio,M (2), Sahuquillo Bartolome,S (3), Domínguez Duque,E (4), Rebollo Rodríguez,V (2), Guerrero Peral,AB (5)

(1) Profesionales, Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (2) FQS, egional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (3) Calidad, egional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (4) Profesionales, egional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (5) Profesiopnales, egional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León.

OBJETIVOS: Contar con un modelo de evaluación que permita la evaluación del desempeño de la competencia (EDC)

Dotar a la Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y león (FQS) de una estructura que posibilite dicha evaluación.

MATERIAL: Mediante una Encomienda de Gestión por parte de la Gerencia Regional de Salud (GRS)de CyL ,la FQS se encarga de realizar la EDC del personal estatutario fijo de SACYL

Se diseña un Modelo basado en competencias, adaptado a las especificidades de las categorias profesionales y puestos de trabajo, consistente en un sistema de autoevaluación apoyado en evidencias documentales.

Se crean Organos Técnicos de Evaluación de Profesionales (OTEP) para la revisión y análisis, validación y propuesta de certificación de cada proceso con la posibilidad de hacer auditorias.

La FQS coordina el proceso y remite los resultados a la GRS

Todo el proceso está sustentado por medio de una herramienta informática que permite su realización on-line.

RESULTADOS: Se ha definido un Modelo de EDC propio y original, aplicable a todas las categorias profesionales del Sistema Sanitario.

El modelo se ha materializado en 109 manuales de evaluación que contienen buenas prácticas especificas de cada categoria, que han sido validades por Sociedades Cientificas y Asociaciones Profesionales.

Se ha organizado un sistema de tutoria para la resolución de dudas tanto de profesionales como de los OTEP, asi como una DEMO que ha facilitado la difusión, permitiendo a los profesionales contar con información antes y durante el proceso.

El proceso ha contado con una herramienta que ha posibilitado conocer el grado de satisfacción de los profesionales con el mismo en el formato de una encuesta.

CONCLUSIONES: Desde 2009 la Comunidad Autonoma de Castilla y León cuenta con un Modelo de EDC, pionero en el ámbito sanitario del SNS, que se ha aplicado para la obtención de reconocimiento de grado de carrera profesional.

El Modelo está estructurado de forma que permite una estratificación del grado de importancia de cada nivel de carrera profesional valorando las especificaciones o contenidos de evaluación que determinan la complejidad de los mismos.

El funcionamiento del Modelo ha sido considerado eficaz por parte de AENOR.

PALABRAS CLAVE: evaluación desempeño de la competencia, carrera profesional, gestión por procesos

UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL, EN LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN

Villaverde-Gómez MA (1), Pérez-Castro JC (2), Mosquera-Verea M (3), Gómez-Ruiz R (4), Grela-Piñeiro R (5), Galego-Feal P (6)

(1) Responsable de Calidad de la Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria., Servicio Gallego de Salud. (2) Responsable de la Unidad de Gestión y Apoyo Tecnológico de la Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Responsable de la Unidad de Formación de la Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (4) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (5) Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (6) Fundación Pública de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego Salud.

OBJETIVOS: • Elaborar un sistema de recogida de indicadores automáticos para el proceso de Gestión de la formación que nos permita verificar la evolución del proceso con respecto a los objetivos previamente fijados, así como evaluar la eficacia del mismo.

• Disponer de un cuadro de mandos útil, sencillo, flexible y accesible a todas las personas de la organización, y que esté disponible en la base de datos con información actualizada.

MATERIAL: Mediante reuniones de trabajo con los distintos responsables de las unidades, se elaboró un documento de indicadores basados en las líneas estratégicas de la FEGAS.

Automatización e informatización de dichos indicadores en la base de datos y centralización de los indicadores en un cuadro de mandos.La información tendrá carácter semestral o anual pero puede adaptarse a necesidades estratégicas.

RESULTADOS: Hemos diseñado un sistema de recogida de indicadores que nos permite obtener resultados de manera automática e informatizada en un cuadro de mandos integral.En dicho cuadro de mandos aparecen los indicadores que están alineados con la estrategia de la organización.Se incluyen indicadores de Satisfacción Global de alumnos, de quejas y reclamaciones y los que hacen referencia a la planificación, a la gestión y a la calidad de la organización.

CONCLUSIONES: 1- La implantación de este cuadro de mandos supone un paso adelante en la política de calidad de la escuela.

2- Se trata de un sistema de seguimiento sencillo y automatico.Es posible y conveniente para profesionales y gestores la utilización de un único lenguaje para acercar la cultura de gestión y de la calidad.

3- Al incorporar el cuadro de mandos a la base de datos de la organización, se transmite una imagen de transparencia y se facilita el acceso a la información.

4- Se potencia la gestión del conocimiento y la utilización de las nuevas tecnologías.

5- Creemos que el éxito del proyecto viene dado sobre todo por la definición consensuada previamente con los líderes de los profesionales de todas las áreas de la organización, que son los verdaderos expertos en definir que es lo que realmente evalúa la calidad de su unidad.

6- El hecho de haber diseñado una base de datos y un cuadro de mandos informatizado que genera los indicadores de manera automática ha permitido facilitar el trabajo y no obstaculizar el trabajo diario.

PALABRAS CLAVE: CUADRO DE MANDOS, INDICADORES , BASE DE DATOS

787 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

DESARROLLO DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA LA CERTIFICACIÓN ISO: 9001-2008 EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Juncal-Menéndez FJ (1), Losada- Fernández JA (2), Martínez-Márquez A (1), Torres-Pérez MT (1), Filgueira-Capelo (1), Cortegoso-Caramés S (1)

(1) Unidad de Esterilización, Complexo Hospitalario de Pontevedra. (2) Suministros (Grupo de Xestión), Complexo Hospitalario de Pontevedra.

OBJETIVOS: Descripción de las fases seguidas en la Central de Esterilización del Complexo Hospitalario de Pontevedra (CHOP), para lograr la certificación ISO 9001- 2008.

MATERIAL: El programa informático Geasoft existente en el hospital es un programa dinámico que se fue adaptando a las necesidades que imponían las distintas auditorías pasadas por nuestra Central de Esterilización y solucionando éstas de una manera ágil.

El CHOP tenía dos centrales de esterilización con dos bases de datos independientes.

Se realizó formación continua de todo el personal adscrito a la Central de Esterilización tanto en calidad como en el manejo del programa informático.

RESULTADOS: El inicio de la informatización de la unidad de esterilización comenzó en el año 2007 con los programas de empaquetado, carga, validación de carga y salidas.

En el año 2008 tiene lugar la primera auditoría interna; dos auditorías de la empresa AENOR (previa y definitiva) en el año 2009. Una segunda auditoría interna en el año 2010 y la revisión definitiva de AENOR en el mismo año.

Mejoras realizadas:

Modificación y adaptación del manual de procedimientos.

Unificación en una sola central y una base de datos.

Programa de entradas: registro de entradas los criterios de aceptabilidad de instrumental

Programa de lavado: registros de averías de lavadoras, de sensor A0, de control biológico Tosi y mantenimiento diario de lavadoras.

En empaquetado: lectura del sensor electrónico de datos (SPE), confección de los contenedores de instrumental con listados e imágenes asociadas.

Programa de carga: registro de averías de autoclaves, de mantenimiento de autoclaves, de seguimiento de histórico de instrumental, de aprovechamiento de capacidad de los autoclaves, de validación de esterilización con el SPE, de seguimiento del número de esterilizaciones de los contenedores con filtro semipermanente, colocación del control de esporas según el manual de procedimiento.

Programa de descargas: registro de seguimiento de esporas.

Inclusión de un nuevo programa de gestión de carros con registro de los envíos de instrumental entre los dos hospitales.

Programa de salidas: registro de motivos de reesterilización, de regularización de inventario, de devoluciones de instrumental.

CONCLUSIONES: Consecución de la certificación ISO: 9001-2008 y su confirmación anual.

El programa informático se está adaptando perfectamente a las necesidades de la central de esterilización como herramienta para la mejora continua y de la calidad asistencial.

Los cambios llevados a cabo facilitan el seguimiento y la trazabilidad del instrumental en los que se garantizan todos los procesos de esterilización.

PALABRAS CLAVE: Esterilización, ISO 9000, Calidad

791 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA 5S EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE MUTUALIA UT GIPUZKOA

Olatz Irazustabarrena (1), J. M. Ibañez (1), Amaia Muñoz (1), Jokin Amilibia (1), Elena Entrena (1), Lucia Duo (1)

(1) Servicio de Rehabilitación de Gipuzkoa, Mutualia.

OBJETIVOS: El método de las 5S es una técnica de gestión japonesa basada en cinco principios simples. Se inició en Toyota en los años 1960 con el objetivo de lograr lugares de trabajo mejor organizados, más ordenados y más limpios de forma permanente para conseguir una mayor productividad y un mejor entorno laboral.

Las 5S son conceptualmente sencillas, pero requieren mucho esfuerzo y perseverancia ya que suponen tanto un cambio cultural, como la adquisición de nuevos hábitos de trabajo en las personas.

Trabajo Desarrollado por el Equipo de Trabajo

Objetivo: Definir la sistemática de actuación según la metodología 5S con el objeto de conseguir mayor eficiencia en un entorno laboral óptimo, objetivo que es compartido por todas las personas que forman parte de del Servicio de Rehabilitación de MUTUALIA-UTG

Alcance: Todo el personal, los materiales, elementos y actividades incluidas en las áreas del Servicio de Rehabilitación de la Unidad Territorial de Gipuzkoa: Cinco Unidades de Rehabilitación (Clínica Pakea, Bergara, Eibar, Beasain e Irún).

MATERIAL: ¿Cómo se ha implantado el proyecto?:

- Apoyo facilitador y dinamizador del área de Organización y Calidad.
- Equipo de trabajo multidisciplinar: Servicio de Rehabilitación de la UTG, designándose a una persona del servicio como facilitadora y dinamizadora.
- Definición de las fases de la metodología 5S:

1. Separar innecesarios (Organización)
2. Situar necesarios (Orden)
3. Suprimir suciedad (Limpieza)
4. Señalizar anomalías (Control Visual)
5. Seguir mejorando (Disciplina y Hábito)

RESULTADOS: Resultados:

1. Número de acciones de mejora implantadas con la aplicación de esta metodología.

2. Se ha conseguido una mayor implicación de todo el personal del servicio para conseguir una mayor Organización, orden y Limpieza

3. Medición de la implantación de estas mejoras, con el seguimiento de las mismas a través de indicadores de auditoría que miden cada una de las fases (reducción de tiempo de búsqueda, aumento de espacio libre, desaparición de fuentes de suciedad, reducción de tiempo de limpieza, etc…..)

4. Reconocimiento por parte del Club 5S de Euskalit, (Fundación Vasca para la Calidad), de la implantación de esta metodología en nuestro Servicio, una vez superadas las auditorías correspondientes (Septiembre 2009).

CONCLUSIONES: - Beneficios cualitativos percibidos por parte del personal (aumento de orden y de la calidad percibida) así como las acciones de mejora implantadas.

- Criterios comunes de Organización, Orden y Limpieza

- Resultados de las encuestas realizadas a lo

PALABRAS CLAVE: 5 S, Orden , Organización

PROCESO DE CAPTURA Y GESTIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS Y EVIDENCIAS DE PROFESIONALES DE SERVICIOS DE SALUD

Ferreira Recio, M (1), García Megido ,MI (2), Burgoa Cobreros,I (2), Carazo Gil,S (2), Martínez Rodríguez,L (2), Molina Del Caño,M (2)

(1) FQS, Fundación Centro regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León. (2) Profesionales, Fundación Centro regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León.

OBJETIVOS: Contar con una metodología que permita a la Fundación Centro regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León(FQS) recoger y analizar el conocimiento y la información que, en el ámbito de "buenas prácticas" y "evidencias" pueden aportar un conjunto de profesionales con entidad fisica (expertos) o juridica (sociedades cientificas y asociaciones profesionales)

Dotar a la FQS de una estructura que posibilite dicha recogida de información

Elaborar manuales de evaluación para procesos de evaluación del desempeño de la competencia (EDC) donde se integren buenas prácticas y evidencias actualizadas

MATERIAL: Mediante un convenio suscrito con FQS y Gerencia Regional de Salud (GRS) de Castilla y León, las sociedades cientificas (SC) y asociaciones profesionales (AP) deben actualizar periódicamente las competencias de su especialidad /categoria profesional

Se diseña, implementa y gestiona un sistema de recogida de las competencias actualizadas

Se diseña, implementa y gestiona un sistema de recogida de propuestas de buenas prácticas y evidencias en las que toman parte profesionales, diplomados y/o licenciados en ciencias de la salud y a los que se denomina expertos

La FQS coordina y dinamiza ambas fases del proceso

Las dos fases están interrelacionadas de tal forma que las competencias actualizadas sirven de documento de consulta para los expertos y las SC y AP a su vez, validan las propuestas de los expertos

RESULTADOS: Se ha definido un modelo de gestor de conocimientos propio mediante la solución de "sitio web especifico", integrando la aplicación en la web de la FQS.

Se ha establecido un sistema de dinamización que ha permitido un seguimiento e información permenente del proceso a expertos, SC y AP.

Se ha materializado en un numero significativo los mapas de competencias actualizados asi como de buenas prácticas y evidencias.

Se ha posibilitado la elaboración de contenidos de manuales para evaluación del desempeño de muchas categorias profesionales a partir de buenas prácticas.

CONCLUSIONES: En 2009 la FQS desarrolló un modelo de evaluación del desempeño de la competencia (EDC) que se ha aplicado para la obtención de reconocimiento de grado de carrera profesional en Castilla y león.

El modelo se materializa en manuales de evaluación especificos para cada categoria profesional y grado de carrera profesional.

Cada manual se sustenta en evaluaciones de pruebas prácticas y evidencias , que deben ser definidas y actualizadas por experto, tomando en consideración las competencias que, periódicamente, son revisadas y actualizadas por la sociedad cientifica y/o asociación profesional correspondienmte.

PALABRAS CLAVE: gestión de conocimientos, actualización competencias, generación banco de buenas prácticas

INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS DE LOS CENTROS DE SALUD Y PAC

Candal-Gómez J (1), Lema-Rama M (2), Mosquera-Cobian T (3), Rodríguez-Abellón MJ (4)

(1) Centro Saúde Os Mallos, Xerencia de Atención Primaria A Coruña. (2) Administración Periférica, Xerencia de Atención Primaria A Coruña. (3) Centro Saúde Elviña-Mesoiro, Xerencia de Atención Primaria A Coruña. (4) Director Xerente, Xerencia de Atención Primaria A Coruña.

OBJETIVOS: Mejorar la calidad de la atención al usuario mediante la creación de las Instrucciones de Trabajo de las Áreas Administrativas de los Centros de Salud y Puntos de Atención Continuada, con el fin de homogeneizar, estandarizar, normalizar y armonizar los procesos administrativos.

Articular unos procesos de trabajo claros para dirigir las instrucciones hacia la gestión por procesos lo que redundaría en las Áreas Administrativas en una gestión de calidad.

MATERIAL: Normativa legal, protocolos administrativos e instrucciones de trabajo.

Creación de un Grupo de Trabajo integrado por profesionales cualificados de las Áreas Administrativas de los Centros de Salud más representativos del Área y de personal de la Dirección-Xerencia.

RESULTADOS: Mejora inmediata de los procesos de trabajo de las áreas administrativas de los Centros de Salud con personal integrante en el Grupo de Trabajo creado, mejora de la calidad de atención al usuario.

Mayor sensibilización de los integrantes del grupo en lo relativo a las necesidades de los usuarios, optimizar el enfoque de servicio a la población.

Potenciar la comunicación entre los Centros de Salud con personal integrante en el Grupo de Trabajo, apertura de vías de diálogo habituales.

Aproximación a las nuevas tecnologías.

CONCLUSIONES: Con el desarrollo del grupo de trabajo quedó patente las diferencias en los procesos administrativos entre los distintos Centros de Salud e incluso entre los profesionales del mismo centro por lo que, sin duda la definición y desarrollo de las Instrucciones de Trabajo mejorará la organización del Área Administrativa en los Centros de Salud y Puntos de Atención Continuada, disminuyendo las diferencias de actuaciones de los profesionales implicados, y por tanto mejorar la calidad de la atención que reciben los usuarios.

También se constata que alguno de los procesos administrativos, menos habitual, es escasamente conocido por la mayor parte de los integrantes del grupo, con lo que la formación continua de los profesionales no sanitarios se enriquece.

PALABRAS CLAVE: Administración, Instrucciones, Estandarización

822 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN, DOS OBJETIVOS POR LOS QUE CUMPLIR INDICADORES.

Tomàs-Rubinat E (1), Civit-Chervet C (1), Ballesteros E (2), Salas A (2), Ruiz R (2)

(1) Ambit Dependencies, Consorci Sanitari de Terrasa. (2) Ambit Qualitat, Consorci sanitari de Terrassa.

OBJETIVOS: La reciente implantación de un sistema de calidad en el hospital de día St. Jordi, del Consorci sanitari de Terrassa, conlleva a la necesidad de incorporar estándares mesurables que permitan evaluar la actividad assistencial en busca de la mejora continua.

Dichos estándares, pueden contemplar un doble interes en su contenido y forma:

– La futura acreditación del hospital de dia St. Jordi, como recurso sociosanitario (Proyecto de Acreditación propia de la Generalitat de Cataluña; Dep. de Salut)

– La obtencion de certificación ISO, del sistema de calidad implantado en el centro, pendiente de certificar a finales del año vigente.

MATERIAL: Se elaboran indicadores transversales en nuestro sistema de gestión de la calidad compatibles con una certificación según la norma ISO 9001 y la futura acreditación de Catalunya.

La trazabilidad de los indicadores, se consigue a partir de un acurado analisi de contenido y forma de los estándares acreditables, para acotarlos al sistema de calidad implantado, para su posterior certificacion.

La descripcion y el contenido de los indicadores a incorporar en el sistema de calidad del centro, pueden realizar-se a medida de forma que sean ajustables a ambas necesidades.

Dicho proceso se ha llevado a cabo, analizando los diferentes estándares de obligado complimiento por la acreditacion, para ser incorporados en el sistema de calidad que se esta implantando en el centro.

RESULTADOS: La comparativa, trazabilidad y implantación de los indicadores de la acreditación y de los adaptados a la certificación del sistema, se podran comprovar en la comunicacion, a traves de una comparativa de estándares, que forman parte del quadro de mandos mesurables del sistema de calidad del Hospital de dia St. Jordi.

CONCLUSIONES: La futura acreditación de centros sociosanitarios, pretende ser un sistema diseñado por la generalitat de Catalunya, para equiparar i garantizar la calidad assistencial en sus recursos.

La Norma ISO 9001, certifica aquellos centros que reunen estándares de calidad, mesurables y de acorde a los requisitos establecidos por la normativa.

Ante la doble voluntad de adquirir la acreditación y la certificación del centro, es de gran interes adaptar los estándares mesurables a modo que cumplan los respectivos requisitos y estándares de forma transversal y unanime.

PALABRAS CLAVE: indicadores, acreditación, certificación

826 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

GESTIÓN POR PROCESOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL.

Bilbao-Markaida MB (1), Gutiérrez De Teran-Moreno G (1), Somavilla-Pérez MJ (1)

(1) Comarca Bilbao, Osakidetza.

OBJETIVOS: Elaboración e implementación del Proceso de Atención materno-infantil, compartido Comarca Bilbao-Hospital Basurto para garantizar, en un proceso global, la Continuidad de la Atención Integral al Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido Sano.

MATERIAL: El proceso ha sido elaborado y consensuado por un equipo de trabajo multidisciplinar formado por matronas, enfermeras pediátricas, ginecólogos, pediatras, dirección de enfermería de la Comarca Bilbao y Jefaturas de Servicios de Obstetricia y Neonatología del Hospital Basurto.

El formato del proceso incluye: definición, límites, propietario, indicadores, entradas, resultados, flujograma, descripción de actividades y anexos.

Entre los anexos destacamos la revisión del protocolo de embarazo, la creación de los protocolos de puerperio, recién nacido sano y lactancia materna.

RESULTADOS: El Proceso materno-infantil consta de tres subprocesos: Proceso de Parto, certificado desde el 2006, y Procesos de Embarazo y de Puerperio y Recién Nacido Sano, de nueva elaboración.

En los nuevos Procesos destacamos, por un lado, el flujograma con las intervenciones desde la entrada hasta la salida del proceso y su relación con otros procesos de apoyo; y por otro, los indicadores que permiten evaluar la calidad en la atención prestada y detectar posibles áreas de mejora.

En los protocolos figuran como profesionales de referencia, respaldadas por la evidencia científica, la matrona y la enfermera pediátrica.

CONCLUSIONES: El Proceso de Atención Materno-infantil es un instrumento de gestión que nos permite trabajar de forma integral y coordinada a los diferentes profesionales de Atención Primaria y Especializada (Centros de Salud y Hospital).

Consideramos que para mejorar la seguridad clínica de la mujer y su recién nacido, es necesario y se está elaborando una "Historia clínica única en el embarazo, parto y puerperio" donde se recogerán los datos de la mujer y del niño vía informática.

Por último destacar el compromiso de certificar el proceso según Norma ISO.

PALABRAS CLAVE: mujer, niño, universalización

UNA MASCOTA LLAMADA ISO 9000

Roman, Abel (1), Martín Pozo, J.F. (1), González Veiga, B. (2), Fernández López, A. (3)

(1) Lavandería , Área Sanitaria de Ferrol . (2) Hostelería, Área Sanitaria de Ferrol . (3) Unidad de Calidad, Área Sanitaria de Ferrol .

OBJETIVOS: Evidenciar el compromiso de la Unidad de Lavandería del Área Sanitaria de Ferrol en el mantenimiento de un sistema de Gestión de calidad conforme a las normas ISO 9000.

Se cumplen diez años desde que en el 2000, el Servicio de Lavandería del Hospital Arquitecto Marcide se convirtiera en el primer servicio de Lavandería certificado en la Comunidad Autónoma de Galicia y queremos ofrecer una visión del sistema de gestión de la Unidad a lo largo de este periodo:

- Mostrar la evolución de nuestra organización en función del cambio de nuestros clientes y de sus necesidades.

- Analizar las ventajas e inconvenientes detectadas en la aplicación de este sistema de gestión basado en las normas de calidad.

- Acciones de mejora llevadas a cabo y posibilidades de actuación en el futuro que permitan, no sólo mantener la certificación, sino mejorar la calidad y eficiencia de nuestro servicio.

MATERIAL: Estudio observacional, longitudinal, descriptivo, documental y retrospectivo a lo largo de diez años. Utilizaremos la información obtenida de los registros e indicadores de actividad implantados para la Gestión de la Unidad.

RESULTADOS: El mantenimiento de un sistema de gestión basado en las normas ISO evidencia mejoras en la prestación del servicio, no sólo para los trabajadores de la lavandería, sino también para todos nuestros clientes. Este resultado positivo está avalado por la obtención de una Renovación de la Certificación en el Año 2009.

CONCLUSIONES: Destacar el esfuerzo de adaptación que supuso para el Servicio el paso de ser lavandería de un centro Hospitalario a convertirse en lavandería de un Área Sanitaria que integra Primaria y Especializada

La lavandería del Área sanitaria de Ferrol, desde la puesta en marcha de un sistema de gestión de la calidad, se encuentra inmerso en un proceso de mejora continua que repercute en beneficio de todos.

En la actualidad, y dado el contexto socio-económico en que nos encontramos, nuestro objetivo se centra, no sólo en mantener el sistema de gestión de calidad que tenemos implantado, sino además en analizar nuestras posibilidades de mejora, optimizar los recursos existentes y, en suma, trabajar para mejorar la gestión en términos de eficiencia.

PALABRAS CLAVE: LAVANDERÍA, FERROL, DIEZ AÑOS

DIAGRAMAS DE FLUJOS DE LOS PROCESOS CLAVES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA: PROCESO DE URGENCIA HOSPITALARIA.

Barrera M-Merás A (1), Martínez Albarrán AI (2)

(1) Unidad de Calidad. Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, Servicio Extremeño de Salud. (2) Subdirección de Sistemas de Información. Servicios Centrales SES:, Servicio Extremeño de Salud.

OBJETIVOS: Introducción: El Servicio Extremeño de Salud (SES) está llevando a cabo el proyecto de renovación de los sistemas de información (JARA) en toda su organización. Para su construcción ha sido necesario realizar una descripción detallada de los procesos claves que vertebran y permiten el funcionamiento de los centros sanitarios. JARA está construido como un conjunto de procesos que producen resultados de valor para los pacientes, y que son realizados por diferentes profesionales, cuyo propósito final es asegurar que todos los procesos se desarrollan de forma coordinada, mejorando la efectividad y la satisfacción de todas las partes interesadas.

Objetivos: Presentar los diagramas de flujo de algunos de los procesos clave en la atención hospitalaria que permiten realizar su análisis y mostrar su representación. Estos diagramas de flujo permiten, además, hacer los procesos más visibles facilitando su comprensión, entender como las actividades aportan valor añadido al paciente, ayudan a analizar la contribución de las actividades al objetivo de los procesos, son el punto de partida para la elaboración de los procedimientos, facilitan la comunicación y ayudan a visualizar la importancia del trabajo en equipo y a asignar responsabilidades.

MATERIAL: Material y Métodos:

Estos procesos fueron expuestos y discutidos en grupos de expertos, en los hospitales de las áreas de Cáceres y Badajoz para cada proceso y posteriormente elaborados por los miembros del Núcleo de Diseño del SES para la atención hospitalaria y expertos de cada proceso de los hospitales. Estos procesos claves se representan en diagramas de flujos, según la simbología ANSI, del Instituto Norteamericano de Normalización. Se ha utilizado para la elaboración de los diagramas, el programa Microsoft Office Visio Professional.

RESULTADOS: Resultados:

Presentamos los diagramas de flujos de uno de los procesos claves en el proceso Asistencial en Atención Hospitalaria: El proceso de Urgencia Hospitalaria.

CONCLUSIONES: Conclusiones:

Las organizaciones son tan eficientes como lo son sus procesos. Los resultados se alcanzan más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. Los procesos se crean para producir un resultado y repetir ese resultado. El objetivo es mantener y estabilizar los procesos, reduciendo la variabilidad innecesaria, de forma que discurran con eficacia y eficiencia. Para hacer comprensible estos procesos hemos realizado estos diagramas de flujo de los procesos clave en los centros sanitarios de atención hospitalaria del SES.

PALABRAS CLAVE: diagrama de flujos, procesos clave, urgencia hospitalaria

AHORRO Y MEJORA DE LA CALIDAD EN INTERVENCIONES DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Martínez- Abellán C (1), Bermejo-López J (2), Borja-Rabadán J.A (1), Serrano-Santos E (3), Alcaraz-Quiñonero M (4), Aranda-Lorca J.J (5)

(1) Subdirección Gestión Económica Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud. (2) Servicio Anatomía Patológica Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud. (3) Dirección Médica Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud. (4) Gerencia Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud. (5) Dirección de Gestión Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: Demostrar el ahorro de costes con la implantación del sistema OSNA para diagnóstico sin demoras del ganglio centinela de pacientes con cáncer de mama, así como una mejora de la calidad de vida de la paciente, plasmada en la ausencia de ansiedad en tiempo de espera de resultado de anatomía patológica.

MATERIAL: Descripción del método OSNA: consiste en localizar el primer ganglio centinela en el que drena el tumor (centinela) y, en el mismo acto quirúrgico, extraerlo y analizarlo. Si es negativo, se considera que el resto de ganglios también lo son. Si es positivo, en el mismo acto se realiza el vaciado de todos los ganglios de la cadena axilar

Descripción del método tradicional: en intraoperatorio, la preparación de muestras, realización de improntas citológicas y/o cortes de congelación, y resultado estimativo a quirófano. Posteriormente, inclusión en parafina, y realización de inmunohistoquímica, de modo que si es positivo se reinterviene a la paciente.

Cálculo de todos los costes asociados a los 66 casos producidos en 2008, mediante el método tradicional, y cálculo del coste de los mismos casos que hubiera tenido lugar con el método OSNA.

RESULTADOS: Se demuestran los beneficios:

1. Para las pacientes: Evita tener que sufrir una segunda intervención quirúrgica próxima a la primera. Y, desde el punto de vista psicológico, tener un diagnóstico inicial de no metástasis, y al cabo de unos días, otro definitivo de metástasis tiene un alto impacto negativo.

2. Para la organización:

- para los cirujanos la reintervención, presenta complicaciones adicionales.

- Para Anatomía Patológica, el proceso intraoperatorio genera mucha tensión, y el postoperatorio es un proceso tediososo.

- Para la dirección, el ahorro económico de un segundo ingreso, intervención quirúrgica y estancia, es de relevante importancia.

CONCLUSIONES: De los 66 casos en 2008, susceptibles de aplicación del método OSNA, 6 casos dieron un segundo positivo con reintervención quirúrgica. Con el método Osna esta segunda intervención nos la ahorraríamos.

Conocidos los días de estancia y los costes de intevención, se demuestra el ahorro que supone la aplicación de ésta técnica.

PALABRAS CLAVE: ahorro, calidad, seguridad

ESTRATEGIA PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA PRIORIDAD 1 EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN GALICIA

López-Pardo ME (1), Domínguez-González MN (1), Rey-Liste MT (1), García-Sixto MM (1)

(1) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: 1. Disminuir la variabilidad en la asignación de prioridad 1 a los pacientes que serán incluidos en el Registro de espera quirúrgica.

2. Conseguir que ningún paciente incluido en este Registro con prioridad 1 espere más de 30 días desde el momento de la inclusión.

MATERIAL: Para responder al primer objetivo se determinó como aspecto clave la definición de los criterios asistenciales para asignar a un procedimiento prioridad 1, para ello diferentes servicios quirúrgicos definieron los procedimientos que consideraron que motivaban esta asignación y cubrieron una ficha para cada uno.

Posteriormente se sintetizaron estas fichas y se enviaron a las sociedades científicas para su revisión y emisión de fichas de referencia. Su contenido será entendido como recomendación.

Con respecto al segundo objetivo, la estrategia se basó en normalizar la programación de los pacientes incluidos en el Registro con prioridad 1, haciendo énfasis en la selección selectiva de pacientes.

Para evaluar la efectividad desde el inicio de la implantación progresiva (noviembre 2009), se analizaron el número de episodios y los tiempos medios de espera (TME) de los pacientes con prioridad 1 en septiembre de 2009 (antes de la implantación), diciembre de 2009 y marzo de 2010 para hacer un estudio comparativo.

RESULTADOS: Las áreas que agrupan un mayor número de propuestas de procedimientos que deberían ser prioridad 1 son Traumatología y Cirugía General y Digestiva.

Existen dos procedimientos comunes a la mayor parte de las especialidades quirúrgicas, que son la cirugía de sospecha de cáncer y la cirugía de cáncer, estos también son los más frecuentes.

El número de episodios con prioridad 1 disminuyó durante el período estudiado, pasando de 1.693 el 30-09-2009 a 1.239 el 31-03-2010.

El TME global también se redujo, registrándose 47,44 días en septiembre de 2009, 27,90 días en diciembre del mismo año y 21,20 días en marzo de 2010.

A 31-03-2010, el TME global era inferior a 30 días. En el 93,33% de las especialidades analizadas también estaba por debajo de ese valor.

CONCLUSIONES: Los resultados de la evaluación de la efectividad del nuevo procedimiento son preliminares, ya que simultáneamente a la implantación se desarrollan fases clave del mismo, que cuando estén finalizadas permitirán un análisis más fiable del cumplimiento de objetivos.

La fase inicial de este nuevo procedimiento, permitió disminuir de forma importante el tiempo medio de espera de los pacientes con prioridad 1 y que éste sea inferior a 30 días en casi todas las especialidades quirúrgicas analizadas.

PALABRAS CLAVE: Monitorización, Prioridad, Espera

876 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

GESTIÓN BASADA EN PROCESOS EN LOS SERVICIOS DE SOPORTE ASISTENCIAL

Varez Pastrana M (1), Montserrat Toran M (2), Trias Puig-Sureda I (3), Subira Gomez R (4), Riba Co X (4), Agusti Ferre B (4)

(1) Servicio de Documentación Médica, Hospital Plató. (2) Servicio de Farmacia, Hospital Plató. (3) Servicio de Anatomia Patológica, Hospital Plató. (4) Asesoria Procesos Asistenciales, Athenea Solutions.

OBJETIVOS: Presentar la implantación de la Gestión basada en Procesos (GBP) en tres Servicios de Soporte Asistencial (Documentación Médica, Anatomía Patológica y Farmacia), imprescindibles para la operatividad del hospital, exponiendo la metodología empleada, el mapa de procesos definido y la influencia que ha tenido en el enfoque de la prestación del servicio asistencial.

MATERIAL: La fase de definición de los respectivos procesos de soporte se inició el último trimestre del año 2009 y la implantación ha finalizado durante el primer trimestre de 2010. Se cuenta con la colaboración de consultores especializados, que nos proporcionan la metodología de las acciones a realizar. La gestión centralizada de la calidad del Hospital se desarrolla a través de una aplicación web que permite orientar las incidencias, sugerencias y acciones de mejora a los respectivos propietarios de los procesos. Los indicadores definidos se crean, validan, gestionan y consultan desde el aplicativo diseñado para ello y permiten su seguimiento por toda la organización.

RESULTADOS: La implantación de la Gestión basada en Procesos en nuestros Servicios de Soporte Asistencial ha permitido potenciar el trabajo en equipo, mejorar la implicación de los diferentes profesionales, estandarizar sistemas de trabajo, favorecer la mejora continua y mejorar la eficacia y la eficiencia.

CONCLUSIONES: El disponer de la descripción de todas las actividades diagramadas ayuda a visualizar y comprender la relación entre los distintos subprocesos así como su coordinación con el resto de procesos del hospital.

El aplicativo web utilizado facilita la comunicación con todas las áreas de la organización y permite disponer de un registro centralizado de las incidencias resueltas y pendientes y las acciones de mejora realizadas, así como el seguimiento de los indicadores definidos, siempre con el objetivo de alcanzar un alto grado de satisfacción tanto de los profesionales implicados como de pacientes, mejorando la calidad ofrecida y progresar hacia la excelencia

PALABRAS CLAVE: gestión , procesos, hospital

882 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA INDICACIÓN Y RENTABILIDAD DE LA CÁPSULA- ENDOSCÓPICA EN UN HOSPITAL GENERAL.

Carrión García. F (1), Martínez Otón. JA (1), Morán Sánchez. S (1), Serrano Ladrón De Guevara. S (1)

(1) Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa María del Rosell.

OBJETIVOS: Nuestro Hospital es centro de referencia para la capsula endoscópica y se ha observado un importante porcentaje de interconsultas de otros hospitales y de otras especialidades. Tras realizar una revisión de la literatura se establecen las siguientes indicaciones: Anemia, hemorragia oculta o no, sospecha de EII, dolor abdominal, pólipos y otros: tumores, síndromes polipósicos ,… Se pretende realizar un análisis de la técnica diagnóstica así como sus indicaciones para identificar posibles oportunidades de mejora que nos permitan mejorar las indicaciones de la técnica y la rentabilidad de los resultados obtenidos con la misma.

MATERIAL: Hemos realizado un muestreo aleatorio simple con pacientes incluidos en el listado de pacientes que han usado esta técnica diagnóstica en el período de los últimos 2 años y se han seleccionado 30 historias clínicas. Posteriormente, se han definido 3 criterios de calidad (preparación, indicación de la técnica y si la exploración ha sido completa o no para realizar el diagnóstico) con sus aclaraciones y excepciones, para registrar los cumplimientos e incumplimentos de los mismos dentro de este marco muestral. Con estos datos se han aplicado medidas correctoras y se ha realizado una segunda evaluación que nos permite medir la mejora de calidad alcanzada. Por tanto, nuestra evaluación es interna y retrospectiva.

RESULTADOS: Representamos los datos de cumplimiento de los criterios diseñados y los incumplimientos mediante un diagrama de Pareto que nos ha ayudado a priorizar la intervención al 60-80% de los incumplimientos encontrados que representan a los criterios más relevantes y vitales a la hora de mejorar la calidad de la técnica diagnóstica. Al aplicar las medidas correctoras mediante el diseño de intervención establecido se ha conseguido en la segunda evaluación una mejora en la calidad del problema detectado, observándose una mejora en la preparación del paciente que permite completar el estudio y en la indicación de la técnica por parte de los profesionales.

CONCLUSIONES: Tras la realización de este ciclo de mejora donde se han aplicado medidas correctoras (de formación, estructura y organización) concluimos que ha sido una herramienta muy útil en nuestra práctica clínica que nos ha ayudado a mejorar las indicaciones y rentabilidad diagnóstica de la Cápsula- Endoscopica, alcanzando un nivel de calidad óptimo tras priorizar las intervenciones a realizar.

PALABRAS CLAVE: capsula-endoscopica, rentabilidad, indicación

893 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA PREPARACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES

Isaura Rodríguez Penín (1), Lucía Fuster Sanjurjo (2), Lorena Cea Pereira (2), Ana Mª González Rodríguez (2)

(1) Servicio de Farmacia, Área Sanitaria Ferrol. (2) Servicio de Farmacia, Área Sanitaria de Ferrol.

OBJETIVOS: Valorar el cumplimiento de los estándares de práctica en el soporte nutricional especializado mediante el análisis de disparidades en una muestra de hospitales españoles, identificar deficiencias y describir medidas de mejora

MATERIAL: El grupo de trabajo de nutrición de la SEFH elaboró una encuesta con 40 preguntas relativas al cumplimiento de los estándares: 1) infraestructura y controles, 2) limpieza y desinfección, 3) indumentaria, 4) circuitos de trabajo y técnica aséptica, 5) actualización de normas y 6) formación de personal y verificación de su competencia. La encuesta fue enviada por correo electrónico a una muestra de 64 hospitales

RESULTADOS: El grado de respuesta fue del 39% (n=25).

1) Infraestructura y controles: Los hospitales encuestados disponen de: cabina de flujo laminar (CFL) clase 5, 100%; sala limpia clase 7, 72% y antesala clase 8, 60%. El 88% certifica anualmente las CFL y salas limpias. El deficiente cumplimiento de la medida diaria de presiones, temperatura y humedad (40% y 20%) y del control microbiológico del aire, superficies y guantes (44%, 44% y 4%) indica la necesidad de un programa de monitorización del proceso.

2) Limpieza y desinfección: El 80% posee procedimientos documentados de limpieza y formación del personal. El 52% los verifica con registros.

3) Indumentaria: Existe un alto grado de cumplimiento de los estándares de adecuada indumentaria, ausencia de joyas y lavado de manos (76%, 80% y 88%). El cumplimiento de los apartados de ausencia de cosméticos, cambio de guantes cada 30 minutos y desinfección sistemática de guantes con alcohol de 70º (48%, 40% y 40%) es deficiente.

4) Circuitos de trabajo y técnica aséptica: Alto grado de cumplimiento (94%).

5) Actualización de normas y procedimientos. Un 60% actualiza anualmente los procedimientos. Se propone la elaboración de una lista de documentación con: procedimientos normalizados de trabajo, registros, verificación de la competencia, revisión anual de políticas y procesos, no conformidades e incidentes ocurridos a pacientes.

6) Formación de personal y verificación de la competencia. Deficiente cumplimiento del apartado de formación teórica (32%) y verificación de la competencia. Se propone la realización del test de simulación del proceso (media-fill test).

CONCLUSIONES: Existen oportunidades de mejora en el proceso de elaboración de la NP. Debemos aplicar los principios del análisis de disparidades con relación a las mejores prácticas profesionales y establecer acciones de mejora fijando prioridades, estableciendo plazos y determinando responsabilidades

PALABRAS CLAVE: Nutrición, Encuesta, Hospitales

908 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS COMO MEJORA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

López-Fuster MA (1), Cerdá-Diaz R (1), Regodón-García S (1), Vizcaya-López P (1), Campayo-Ortega C (2), Cardona Torres A (2)

(1) Oficina de calidad y atención al usuario, Gerencia Atención Primaria de Albacete. (2) Dirección Médica, Gerencia Atención Primaria de Albacete.

OBJETIVOS: Desarrollar e implantar el proceso de gestión de Reclamaciones, Quejas Sugerencias (R, Q y S) de los usuarios en la GAP ALBACETE.

MATERIAL: En Mayo del 2009 comenzó en nuestra Gerencia, el proceso de acreditación en calidad, mediante el modelo de excelencia E.F.Q.M., objetivo marcado por el SESCAM para 2009.

En la autoevaluación se establecieron 5 áreas de mejora y una de las priorizadas fue definir e implantar catalogo y mapa de procesos. Una vez aprobados en Comisión de Dirección, se eligió el proceso de gestión de reclamaciones , quejas y sugerencias por ser estratégico , tener un gran impacto en los ciudadanos, permitir mediante su análisis detectar problemas y establecer acciones de mejora de la calidad en la organización.

Se desarrollo mediante grupo de trabajo liderado por la oficina de Calidad y Atención al Usuario, responsable de su gestión, con participación de Dirección Médica, Enfermería y Gestión, partiendo de la situación real , en consonancia con la normativa del SESCAM y con la estructura aprobada para el desarrollo de los procesos: ficha del proceso, definiendo la misión, entrada, propietario, salidas, cliente e indicadores; diagrama de flujo, recogiendo ordenadas las actividades del proceso; matriz de indicadores; despliegue, definiendo la forma de implantarlo y documentos de recogida de datos para medir indicadores que posibiliten la evaluación y mejora continua.

Propuestas de mejora recogidas en el proceso:

Conocer número de reclamaciones contestadas fuera del plazo marcado por el SESCAM (<30 días) y analizar sus causas (indicador centinela)

Acortar tiempo de llegada a la Gerencia de R Q y S presentadas en centros de salud (<15 días). Conseguir que lleguen Informadas por los profesionales

Analizar reclamaciones que se repiten en un trimestre.

Informar a direcciones los problemas detectados mediante el análisis de las R.Q Y S con posibles propuestas para emprender acciones de mejora.

RESULTADOS: Se ha implantado el proceso cumpliendo el cronograma previsto.

Disponemos de indicadores desde enero de 2010.

Se han realizado acciones de mejora en el 32% de los problemas detectados

CONCLUSIONES: Trabajar por procesos permite mediante el análisis sistemático y el seguimiento de indicadores establecer un ciclo de mejora continua de la calidad e identificar puntos críticos en los Procesos Asistenciales o de gestión.

La participación y formación en calidad de los implicados en la elaboración del proceso es fundamental para su implantación

PALABRAS CLAVE: reclamaciones, procesos, calidad

MEJORANDO EL PROCESO DE TRAMITACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA EN UN ÁREA SANITARIA

Ferrer Arnedo C. (1), Martín-Carrillo P. (2), Risquez T (3), Montero Mª a (3), Leal D (3), Morán P (3)

(1) Gerencia, Gerencia de Atención Primaria Área 9. (2) Unidad de Calidad, Gerencia de Atención Primaria Área 9. (3) Unidad Central de Tramitación de Tarjeta Sanitaria, Gerencia de Atención Primaria Área 9.

OBJETIVOS: Describir el impacto de la puesta en control del proceso "Tramitar Tarjeta Sanitaria" (TTS),mediante un sistema de indicadores de calidad que permita monitorizarlo.

Homogeneizar y simplificar los procedimientos de solicitud de TSI tanto en la Unidad Central de Tramitación de TSI como en los 17 Centros de salud y 2 consultorios del área.

MATERIAL: Se detectaron importantes demoras en la tramitación de TSI especialmente en las solicitudes de "personas sin recursos" (PSR). Se constituyó un grupo de mejora. Se desarrollaron las siguientes fases: 1.-Identificación y análisis del problema, 2.-Diseño y evaluación del proceso 3.-Definición de los indicadores 4.-Priorización y puesta en marcha de las acciones de mejora.5.-Evaluación de resultados y monitorización.

RESULTADOS: Análisis de la situación: Mediante un análisis DAFO se identificaron los factores contribuyentes que afectaban al rendimiento del proceso TTS. Se identificaron:8 Debilidades, 6 Amenazas,3 Fortalezas,2 Oportunidades y 13 Líneas de mejora.

Se han conseguido los siguientes resultados

1.-Rediseño de los circuitos de recepción y tramitación de propuestas evitando pasos que no añaden valor al proceso

2.Diseño del Plan de Formación. Inicio de SESIONES en las UNAD.

3.-Análisis de las necesidades de refuerzo para poner al día las propuestas pendientes de PSR hasta la fecha. Contratación eventual de personal

4.-Definición y monitorización de los siguientes indicadores (Febrero-Abril 2010): Total propuesta recibidas: 22.365 (3589 ordinarias(ORD)y 18776 PSR), Propuestas PSR recibidas con errores que requieren su devolución al Centro solicitante en el periodo:781, Porcentaje mensual propuestas resueltas sobre recibidas: ORD:35,6% Feb a 71,8% Abr y PSR 70% Feb a 142% Abr(con refuerzo eventual de presonal). Propuestas PSR resueltas con demora < 90 días: 30% Feb a 49,9% Abr; Consultas telefónicas de las UNAD consideradas necesarias en el periodo:40%. Nº de correos electrónicos recibidos/contestados en el periodo: 47

CONCLUSIONES: Consideramos que la metodología aplicada nos ha permitido mejorar el proceso. La gestión de procesos, ha propiciado la motivación de los profesionales implicados y por tanto la mejora. El éxito vendrá determinado por la monitorización periódica de los indicadores.

PALABRAS CLAVE: Tarjeta Sanitaria, Mejora de Procesos, Atención Primaria

CICLO DE MEJORA DE LA HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

De la Iglesia-Cano E (1), Roldán-Valcárcel MD (1)

(1) Unidad de especialidades quirúrgicas 6ª Derecha, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

OBJETIVOS: En la unidad quirúrgica de la 6ª Dcha del HGURS se detecta una oportunidad de mejora por la falta de unificación de criterios en la cumplimentación de la hoja de evolución de Enfermería, así como de conocimiento del personal de la planta de la responsabilidad jurídica, moral y asistencial que conlleva.

MATERIAL: Se pone en marcha un diagrama de afinidades, la construcción de 8 criterios de evaluación de los relevos de enfermería y, se calcula el grado de cumplimiento e incumplimientos, tras la formación del personal en una sesión sobre el correcto procedimiento y criterios a evaluar. Se realiza un estudio prospectivo aleatorio, mediante dos mediciones de 60 muestras cada una, con un intervalo de 6 meses,

RESULTADOS: , encontrándose mejora transcendental.

CONCLUSIONES: Esto nos permite mejorar la calidad Científico- Técnica, la Investigación y docencia, legitimidad, un lenguaje común, así como garantizar la eficiencia de la continuidad de los cuidados de Enfermería.

PALABRAS CLAVE: Ciclo de Mejora, Hoja Evolución de Enfermería

982 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA BASADA EN PLANES DE CUIDADOS PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS.

María Áurea Paz Baña (1), María Ángeles Fernández Rodríguez (2), Begoña Castro Mato (3), Isabel Pais Pazos (4), Susana García Luengo Álvarez (4), María Jesús Wandosell Picatoste (5)

(1) Hospital Psiquiátrico- Supervisora de Área, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Docencia de Enfermería responsable programa GACELA, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Hospital Psiquiátrico Supervisora, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (4) Hospital Psiquiátrico - DUE, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (5) Supervisora del Área de Docencia de Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: 1. Mejorar la calidad asistencial dispensada mediante la implantación de un programa informático de registros de enfermería, Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA).

2. Adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias que permitan al profesional de enfermería manejar las herramientas informáticas en el registro de los cuidados.

3. Utilizar en la valoración de los cuidados, los patrones funcionales de Marjory Gordon.

MATERIAL: Para llevar a cabo los objetivos planteados se diseñó una acción formativa sobre el personal de enfermería de dos unidades piloto. La acción se dividió en tres fases previas a la implantación del programa: I) formación del personal de enfermería en ofimática básica (curso de 8 horas teórico-prácticas); II) formación de enfermeras en planificación de cuidados (curso de 16 horas teóricas) y III) formación e integración práctica de los conocimientos descritos a nivel de usuario en un aula informática (20 horas teórico-prácticas).

RESULTADOS: La asistencia a los cursos de formación fue del 100%. En la primera fase se formó a un total de 48 profesionales sanitarios, 24 TCEAS y 24 DUES, en la segunda participaron 24 auxiliares y 24 enfermeras y en la tercera 24 enfermeras.

En la primera semana de mayo de 2010 se implantó el programa GACELA en las dos Unidades Piloto del Hospital Psiquiátrico de Conxo, donde se han planificado los cuidados a todos los pacientes ingresados. Seguidamente se continuará la implantación del programa, con tres nuevas Unidades y a finales de año se implantará en el resto de las Unidades del hospital.

CONCLUSIONES: Aunque aún no se ha podido valorar la implantación de este nuevo registro de enfermería, pensamos que debería venir acompañado de mejoras en la calidad asistencial de los pacientes. En un futuro, nos planteamos realizar estudios para evaluar la efectividad en la asistencia derivada de la implantación de GACELA

PALABRAS CLAVE: Implantación de una herramienta informática, planes de cuidados , enfermos mentales crónicos

1011 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

Rodríguez- Sánchez,N (1), Penin-Castiñeiras,A (2), Del Corral-Gómez,Sagrario (3), Bahamonde-Sánchez,M (4)

(1) Subdirección de Enfermería, CHUAC. (2) Consulta de Ostomia, CHUAC. (3) Servicio de Atención al Paciente, CHUAC. (4) Subdirección de Enfermería, Xerencia de Atención Primaria da Coruña.

OBJETIVOS: A partir de 1985 se empiezan a crear en España las primeras consultas de estomaterapia.
En nuestro centro funcionó a tiempo parcial durante diez años aproximadamente hasta su cierre en agosto del 2009, por razones organizativas. Se reabre en abril del 2010 consiguiendo que sea a tiempo total ,a cargo de una enfermera estomaterapeuta, ampliando sus funciones y siendo consulta de área para Atención Primaria y especializada.
Objetivos
Los cuidados y la resolución de posibles complicaciones junto con el apoyo y orientación del paciente contribuyen a mejorar su calidad de vida, a disminuir los costes sanitarios, acortar estancias hospitalarias y evitar ingresos.

MATERIAL: Unificar conceptos y establecer un método de trabajo:
Entrevista con el paciente.
Información sobre el significado de ser portador de estoma.
Visita preoperatoria en planta , localización, marcaje del estoma y primer contacto con el dispositivo.
Disponibilidad para resolución de problemas durante su estancia hospitalaria.
Programación de primera visita postoperatoria donde se valorarán los siguientes parámetros: tipo de ostomía, diámetro, aspecto del estoma, tipo de efluente, estado de la piel, tipo de dispositivo y habilidad para la realización del autocuidado.
Instruir al paciente y cuidador principal.
Facilitar teléfonos de ayuda.
Resolución de complicaciones.
Programar revisiones.
Recibir delegados comerciales de productos de ostomía para información de nuevos dispositivos y/o accesorios.
Enseñanza de irrigación si procede.
-En cuanto al material se precisa de: un local con aseo incorporado, teléfono móvil, ordenador, camilla, espejo de cuerpo entero y estanterías para muestras de dispositivos.
Agenda
Procedencia:
Consultas externas.
Pacientes con alta hospitalaria de los servicios de urología y cirugía.
Hojas de consulta.
Revisiones programadas desde la propia consulta.
Consultoría con Atención Primaria.
Posibilidad de SESIONES en centros de salud o educación grupal.
Relación con asociaciones de afectados del área.

RESULTADOS: En el seguimiento de la consulta realizado en el 2008 y siendo ésta a tiempo parcial (un día a la semana) se contabilizó una media de 10-12 pacientes por día de consulta.
Actualmente en un mes de funcionamiento, se han visto una media de 2 pacientes en consulta y cuatro en hospitalización, por día siendo todos de primeras visitas y quedando pendientes de revisiones muchos pacientes por desconocimiento de la apertura de consulta.Hasta hoy , desde el 5 de Abril, se han visto 119 pacientes.

CONCLUSIONES: Con la apertura de la consulta contribuimos a mejorar la calidad de vida de los pacientes, aseguramos la continuidad de cuidados mediante informe de alta de E. y seguimiento en Primaria, y facilitamos la investigación en términos de calidad/eficiencia,con recogida datos y valoración de los cuidados

PALABRAS CLAVE: cuidados, Ostomias

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO FISIOTERAPIA EN UN HOSPITAL

Valle-Martín B (1), Flórez-García MT (2), Lorenzo-Martínez S (3), Alcántara-Bumbiedro S (2), Pavón-Depaz M (1)

(1) Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Rehabilitación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (3) Análisis de la Información y Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

OBJETIVOS: Evaluar y mejorar el proceso fisioterapia a partir de sus indicadores.

MATERIAL: Ámbito: Unidad de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de hospital público con 448 camas y un promedio de 1100 pacientes/año atendidos en hospitalización y 6500 pacientes nuevos/año de forma ambulatoria. Período de estudio: 2007-9.

Definición del proceso. El proceso de fisioterapia intenta devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible. Límite inicial: recepción de la prescripción terapéutica. Límite final: finalización SESIONES de fisioterapia. Actividades: recepción de la prescripción terapéutica, asignación de horario de tratamiento, fisioterapeuta y tipo de recurso: individual o en grupo, ambulatorio o en régimen de hospitalización, fisioterapia o terapia ocupacional etc. Finaliza con una revisión donde se decide si el proceso continúa o es alta.

Descripción de indicadores: control y registro (mensual y anualmente) de: 1) SESIONES de tratamiento, 2) pacientes en espera de tratamiento y 3) tiempo de demora según el recurso y la prioridad (urgente, preferente y normal).

RESULTADOS: El número de SESIONES en el año 2007 fue 76.197 (72765 fisioterapia y 3432 terapia ocupacional). En 2008 fue de 83269 (79151 y 4118). En 2009 fue de 83884 (79722 y 4162). Los pacientes en lista de espera durante el año 2008 pasaron de 609 en enero a 2 en diciembre. En 2009 la lista de pacientes en espera fue de 17 en enero para finalizar el año con 1 paciente en el mes de diciembre. En ambos años los tratamientos individuales son los que tienen un número mayor de pacientes en espera, seguidos del recurso de electroterapia y muy cerca el de grupo. En 2008, los tiempos de demora tuvieron un máximo de 140 días y en 2009 un máximo de 26 días condicionado ambos tiempos por las restricciones horarias del paciente.

Áreas de mejora detectadas: necesidad de automatización de los procesos de control y registro de tratamiento.

CONCLUSIONES: La gestión del proceso fisioterapia de forma multidisciplinar ha permitido aumentar la eficiencia en el uso de los recursos (incremento del número de SESIONES realizadas tanto en fisioterapia como en terapia ocupacional y disminuir las listas de espera tanto del número de pacientes como en los días de demora). Esto se traduce en una atención más rápida y la mayor satisfacción de los pacientes medida mediante el número de reclamaciones y felicitaciones presentadas.

PALABRAS CLAVE: Proceso, Fisioterapia, Eficiencia

ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN UN ÁREA DE SALUD

Pedreño JJ (1), Espi F (2), Villaescusa M (1), López-Picazo JJ (3), Gómez R (4), Alcaraz M (5)

(1) Continuidad asistencial, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste. (2) Servicio de Medicina Interna, unidad de tabaquismo, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste. (3) Calidad asistencial, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste. (4) Enfermería, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste. (5) Dirección, Gerencia del Área de Salud I - Murcia-Oeste.

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: 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.

CONCLUSIONES: 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.

PALABRAS CLAVE: TABAQUISMO, COMUNITARIO, PROCESO

1084 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

CÓMO SE PLANIFICA LA ACTIVIDAD ENFERMERA

Muíños-Pérez MD (1), Pardo-Lemos I (2), González-Sánchez A (2), Rodríguez-Lorenzo D (3)

(1) Unidade de Calidade de Coidados (Gacela), CHUVI. (2) Unidade de Calidade de Coidados, CHUVI. (3) Coordinación de Calidade CHUVI, CHUVI.

OBJETIVOS: Identificar el tipo de Plan de Cuidados (PC) más utilizado.

Analizar la calidad de los Planes de Cuidados desde el punto de vista formal.

Conocer estos resultados por Áreas de Hospitalización.

MATERIAL: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, realizado durante el año 2009 en las Unidades de Hospitalización del CHUVI incluyendo los pacientes ingresados en ese periodo. Los datos se extraen del Aplicativo Gacela (Gestión Asistencial de los Cuidados de Enfermería Línea Abierta).

Para la realización del estudio, se ha utilizado como referente los criterios de calidad establecidos por la Dirección de Enfermería:

Se realizaran los PC en las primeras 24 horas desde el ingreso.

Los Planes, tanto Estándar como Individualizados, contendrán todos los elementos que lo componen: Valoración (en Planes Individuales) + Diagnósticos (mínimo uno) + Factor de relación + Objetivos + Acciones.

RESULTADOS: Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización: 35.122

Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización a los que se le ha realizado un Plan de Cuidados: 29.902 (85,13%).

La realización de PC a pacientes hospitalizados por Áreas, ha sido la siguiente:

Área Quirúrgica: 10.559 (91,61%)

Área Médica: 9.644 (88,08%)

Área Materno infantil: 8.753 (74,85%)

Área de Salud Mental: 946 (99,68%)

En relación con el tipo de plan utilizado: planes individualizados (PCI) y planes estándar (PCE) se han obtenido los siguientes resultados:

Área Quirúrgica: PCE 74,67% PCI 25,33%

Área Médica: PCE 68,84% PCI 33,16%

Área Materno infantil: PCE 78,09% PCI 21,91%

Área de Salud Mental: PCE 16,23% PCI 83,77%

En relación con la validez de los planes y siguiendo los criterios de calidad formal anteriormente citados, se han obtenido los siguientes resultados:

Área Quirúrgica: 82,47%

Área Médica: 81,89%

Área Materno infantil: 82,56%

Área de Salud Mental: 85,73%

CONCLUSIONES: Al 85,13% de los pacientes ingresados se les ha realizado un PC, el 86,26% en las primeras 24 horas, y de estos, el 82,43 % cumplen criterios de validez.

Consideramos que los datos obtenidos indican una buena gestión de los cuidados enfermeros.

Especificado por áreas, Salud Mental presenta el mayor porcentaje de PC respecto a los ingresos (99,68%), siendo el 83,77% de estos individualizados, frente al 73,86% de PCE como media en el resto de las áreas.

PALABRAS CLAVE: Cuidados, Enfermería, Gacela

1086 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

PROCESO DE ACOGIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO

Camino Aldariz E. (1), Guillán Lajos T. (1), López Abad T. (1), López Fernández A. (1), Martín De la Cruz M. (1), Paz Graña A.I. (1)

(1) Unidad de Hospitalización de Oncologia, UMAP y Endocrinologia., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: El objetivo es que el paciente se encuentre informado, ubicado e identificado correctamente en 10-15 minutos. Otro objetivo es estandarizar todas actividades de forma secuencial.

MATERIAL: El estudio se realiza sobre todos los pacientes que ingresan en planta comenzando desde marzo 2007 y consta de un proceso primario con un límite inicial: la llegada del paciente y un límite final: paciente ubicado y bien informado; y de cuatro subprocesos:

1.-Entrega al paciente del libro de acogida (elaboración guía de acogida especifica para planta)

2.-Acompañamiento del paciente a su habitación.

3.-Identificación del paciente y explicación de los servicios e instalaciones de la habitación.

4.-Reposición del material de la habitación.

Cada subproceso contiene: Entradas, material y equipos, proveedores y requisitos, salidas usuarios y requisitos, estándares y puntos de inspección.

El proceso y subprocesos están descritos por diagramas de flujo.

Los profesionales que realizan la actividad: Auxiliares de enfermería, enfermeras, supervisora.

RESULTADOS: El resultado fue que los pacientes acogidos en el tiempo pactado están correctamente ubicados e informados en el 99 % de los casos registrados.

Y bien identificados en el 90% de los pacientes en las dos auditorias realizadas por la Comisión de Calidad del Hospital.

CONCLUSIONES: Evidenciamos gran variabilidad en las distintas etapas del proceso y su estandarización permite registrar todas las posibles situaciones que se pueden dar, minimizando y previniendo de esta manera los errores que pudieran aparecer durante su realización.

En dos de los subprocesos hay dos puntos de inspección que corroboran la eficacia de nuestra labor, uno punto son las dos auditorias realizadas sobre identificación y el otro, los comentarios de enfermería (en el Gacela), donde queda reflejado que los pacientes han comprendido todas la informaciones que se dieron.

Creemos que el proceso de acogida es un método con un porcentaje de efectividad muy elevado. La descripción minuciosa de todas las actividades da seguridad a los pacientes, a los profesionales, y mejora la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Acogida, Paciente, Hospitalizado

1101 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

INDICE DE SUSTITUCIÓN EN CIRUGÍA GENERAL. EVOLUCIÓN ANUAL COMO CRITERIO DE EFICIENCIA.

Flores-Pastor B. (1), Soria-Aledo V. (2), Campillo-Soto A. (2), Guillen-Paredes P. (2), García-García MI. (2), Aguayo-Albasini JI. (2)

(1) Cirugía General, Hospital Morales Meseguer. Murcia. (2) Cirugía General, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN. En el año 1997 se introduce como indicador de monitorización del desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) el índice de sustitución (I.S.), definido como la proporción de intervenciones realizadas por CMA respecto al total de intervenciones programadas para cada procedimiento.

OBJETIVO. Análisis de la evolución anual de los índices de sustitución (IS) en CMA de los procesos más frecuentes en Cirugía General de un Hospital de Área.

MATERIAL: PACIENTES Y método. A lo largo del período: enero de 1998-diciembre de 2008 se ha estudiado la actividad en CMA de un Servicio de Cirugía General de un Centro de Área que cuenta con un Hospital de Día Quirúrgico de tipo integrado. El Servicio atiende una población de 300.000 habitantes y practica todas las intervenciones quirúrgicas de la especialidad que se realizan en el área. Los criterios de exclusión del Programa CMA se dividieron en: 1. Dependientes del paciente (no aceptación, riesgo elevado, enfermedad de base descompensada, edades extremas), 2. Dependientes del entorno (dificultad de acceso al hospital, vivienda no acondicionada, no disponibilidad de familiar responsable), 3. Complicaciones durante la intervención. Se han calculado: número de pacientes intervenidos por las principales patologías susceptibles de ser tratadas en régimen ambulatorio, porcentaje de ambulatorización e IS de los procesos principales.

RESULTADOS: RESULTADOS. Se intervinieron de forma programada 17.222 pacientes, de los que 9.280 (54%) lo fueron de forma ambulatoria. La edad media de los pacientes fue de 48 años (r: 17-88) y la distribución por sexos, 8.250 hombres y 8.972 mujeres. Los procesos incluidos en el estudio fueron: GRD 162 (hernia inguinocrural), 3.240 pacientes; 267 (sinus pilonidal), 1.510 pacientes; 158 (patología proctológica), 2.725 pacientes; 119 (varices), 1.393 pacientes; 262 (biopsia y nódulo mamario), 991 pacientes y 160 (otras hernias), 1.870 pacientes. Observamos una evolución ascendente de los índices de sustitución anuales hasta cifras del 58-98% en 2008.

CONCLUSIONES: CONCLUSION. El I.S. como medida del impacto de la CMA en nuestro Servicio ha presentado un incremento anual para la mayor parte de los procesos hasta estabilizarse en cifras equiparables a los estándares establecidos.

PALABRAS CLAVE: Indice de sustitución, Cirugía ambulatoria, Procesos

1126 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DEL CUIDADOR EN EL RETORNO A DOMICILIO DE LOS PACIENTES COMPLEJOS

Cristina Piñol Uson (1), Esther Dalmau Cartaña (1), Montserrat Rodríguez Pena (1), Noèlia Estevez Fernández (1), Rosa Mas Escoda (1), Carmen Jiménez Rubio (1)

(1) Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salut.

OBJETIVOS: Conocer la destinación de los pacientes complejos a la alta del centro socio sanitario.

Valorar la presencia o no del cuidador en estos pacientes y su perfil.

MATERIAL: Tipo d'estudio descriptivo tranversal.Âmbito de estudio Primaria Socio Sanitario.

Sujetos:

Pacientes dados de alta del socio sanitario de setiembre del 2009 a Mayo del 2010

Todos los pacientes dados de alta (domicilio, sociosanitario, larga esancia)

Cuidador (si/no)

Tipo de cuidadsor (formal/ Informal)

Tipo de relación (Amigo, Asalariado, família Familia+ Asalariado)

RESULTADOS: N= 125

Distribución por sexos 40% hombres. Distribución por edades 53,6% mayores de 79 años. Destinación a l'alta 68% larga estancia, 96% socio sanitario, 21,4 %.

Presencia de cuidador en el 80,8%. Tipo de cuidador 10,1% formal 89,9% informal. Tipo de relación amigo 1,6% asalariado 5,6% familia 69,6% i la familia + asalariado 2,4%

CONCLUSIONES: La presencia del cuidador permite a la mayoria de usuarios retornar a su domicilio después de un ingreso en el socio sanitario. En la família recae la mayoria de las veces el cuidado del paciente complejo.

debido al aumento de clientes complejos, la dificultat de ingresos en centros de Media o Larga estancia i el beneficio que represnta ermanecer en el domicilio própio hace que aumente el bienestar físico, psiquico i emocional de la persona, por eso los planteamos comprobar la pre`sencia de un cuidador que asuma el cuidaje.

PALABRAS CLAVE: enfermería, enfermo complejo, gestión de casos

1129 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

ESTUDIO DE VIBILIDAD PARA LA IMPLANTACIÓN DE "INTERNATIONAL CONSENSUS FOR HEMATOLOGY REVIEW" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

Javier Pico (1), Luisa Castro (2), Mª.Jose Nuñez (2)

(1) Servicio de hematologia, Complejo Hospitalario Xeral-Calde Lugo. (2) Servicio de hematologia, Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

OBJETIVOS: Determinar la viabilidad de la implantación de "Internacional Consensus For Hematology Review" en el laboratorio de urgencias de un hospital medio. Como indicador de la revisión de analíticas realizadas. Mediante frotis de sangre periférica.

MATERIAL: Se analizarón de forma retrospectiva 1153 hemogramas anticoagulados con EDTA3K, realizados en el servicio de urgencias de hematologia del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de forma consecutiva, entre el 21/01/10 y 01/02/10, en un autoanalizador Coulter LH 500 basado en tecnología de principio Coulter (recuento de serie roja, blanca, plaquetas) y tecnología VCS (formula leucocitaria. Se compararon los resultados obtenidos, enfrentándolos a los valores de referencia utilizados en cada caso, con el fin de determinar el número de revisiones, mediante Frotis de Sangre periférica (FSP), que se deberían de realizar.

- Valores de referencia para la realización de FSP, en la actualidad: leucocitos <3.000/mm3 o >15.000/mm3, neutrófilos <1.000/mm3, linfocitos >5.000/mm3 (si < 12 años >7.000/mm3), eosinóilos >500/mm3, monocitos >1.000/mm3, basófilos >200 /mm3, plaquetas <100.000/mm3. Excepto enfermos onco-hematológicos.

Valores de referencia para realización de FSP de "The internationall consensus group for hematology review" (leucocitos <4000 mm3 o >30000 mm3,sin previo en 3 días, plaquetas <100.000 mm3 o >100.000 mm3, Hemoglobina <7gr/dlo >20gr/dl en del rango de referencia, MCV <75fl o >105fl, RDW >22, neutrofilos <1.000 mm3 o >20.000 mm3,linfocitos >5.000 mm3 si >12 años o >7.000 mm3 si <12 años, monocitos >1500 mm3 si >12 años o >3000 mm3 si <12 años, eosinofilos >2.000 mm3, basofilos >500 mm3,reticulocitos >100 mm3) y las siguientes alarmas adecuadas a las presentes en el analizador Coulter LH 500, (Sospecha de bandas o formas inmaduras, Doble población eritrocitaria, doble población eritrocitaria, Plaquetas gigantes, sospecha de linfocitos atípicos, blastos, eritroblastos).

RESULTADOS: - Muestras analizadas: 1153, de las cuales han sido descartadas 59, por error de identificación y 1094 declaradas aptas.

- Muestras analizadas en el servicio de urgencias en el año 2009:74532, promedio 207 analíticas, distribuidas del siguiente modo: 109

CONCLUSIONES: - La aplicación de "The international Consensus Group for Hematology" produce un descenso de 9.2% en la realización de FSP., si a ello unimos la exclusión de frotis a pacientes onco-hematológicos, y aquellos con estudios previos inferiores a 48h, establec

PALABRAS CLAVE: Frotis sanguineo, Revisión de frotis, Cuando realizar frotis

1195 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

EVALUACIÓN UNIDAD DE COORDINACIÓN INTERNIVELES IMPORTANCIA DEL LÍDER

Cuevas-Baticón B (1), Roig-Panisello A (2), Martin-Vicente AI (3), Solá-Miravete E (4), Lleti-Estupiña S (5), Cardona-Rodríguez A (6)

(1) Dirección de enfermería Territorial -Tortosa, Instituto Catalán de la Salud. (2) Unidad Coordinación Interniveles-Gestión de casos, Instituto Catalán de la Salud. (3) Dirección de enfermería - Tortosa, Instituto Catalán de la Salud. (4) Coordinadora Calidad Asistencial Terras de Lebre, Instituto Catalán de la Salud. (5) Enfermera Área Básica de Salud, Instituto Catalán de la Salud. (6) Secrtària Dirección territorial de Enfermería, Instituto Catalán de la Salud.

OBJETIVOS: Hacer mas permeable los diferentes niveles asistenciales
Mejorar la organización a partir de la compartición,cooperación y el trabajo en red en todas las linias de los servicios del territorio .
Reducir la variabilitat de la asistencia y practica clínica
Coordinar los diferentes centros , servicios y dispositivos del Territorio
Incorporar sistemas de información integrados
Crear una cultura asistencial comun entre los centres del ICS y el resto de proveedores

MATERIAL: Elección del profesional de enfermería que asumirá la gestión y coordinación de la unidad funcional con un perfil específico DE CONOCIMIENTO / EXPERIENCIA en:
Conocimientos en práctica clínica avanzada
Capacidad en las habilidades para el manejo de conflictos
Capacidad para el trabajo en equipo
Habilidades comunicativas y motivacionales
Actitud proactiva
Capacidad educativa para generar autonomía
Capacidad en el asesoramiento a otros profesionales
Capacidad pedagógica para la formación de nuevos profesionales en la gestión de casos
Identificación de la población diana
Actualización circuitos y protocolos de actuación con los diferentes profesionales implicados en la atención a los pacientes: guías de practica clínica, trayectorias, Pre - alt
Identificar indicadores clave para hacer el seguimiento de los resultados del proyecto, tanto cualitativos como cuantitativos
Constitución del comité de seguimiento en periodicidad bimensual
Cronograma de puesta en marcha
Presentación al Comité ejecutivo
Constitución grupo asesor: responsables implicados en el proyecto operativo ICS y diferentes proveedores.
Presentación del proyecto al grupo asesor - 1era semana de octubre
Creación unidad FUNCIONAL Y INCORPORACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFEREMERIA QUE ASUMIRA LA GESTIÓN DE CASOS / PACIENTES.
PONER EN MARCHA EL PROGRAMA PRE-ALT

RESULTADOS: Puesta en funcionamiento de la unidad en Marzo 2010 y tambien se pone en funcionamiento el Programa pre-alt y gestión de casos.
Usuarios incluidos en prealt Total 141 pacientes y el origen són de Hospital 86 (61%)y de Sociosanitario 55 (39%)dia de la semana de alta viernes el 47% 91 y 97 són los pacientes en patologias de fragilidad y polimedicados y un 16% tienen atención domiciliaria incluida en el programa.
Edad 58% hombres y 42% mujeres
Total de pacientes tratados en la unidad en dos meses incluidos en gestión de casos 101

CONCLUSIONES: En conclusión podriamos decir que la unidad esta cumpliendo cón los objetivos planteados y vemos que tenemos un campo de actuación muy importante en Atención Primaria en el abordaje de pacientes cón alta complejidad y se identifica acciones de mejora en el campo de la atención domiciliaria que se tindria que potenciar y el tener la unidad ha disminuido las duplicaciones y las quejas por descoordinación

PALABRAS CLAVE: coordinación, continuidad, gestión de casos

1213 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

LA GESTIÓN DE UNA PANDEMIA EN UN HOSPITAL COMARCAL: EXPERIENCIA DE AUTOAPRENDIZAJE.

Cantón Álvarez MB (1), Mediavilla-Sesmero MV (1)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública., Hospital Comarcal de Medina del Campo. SACYL..

OBJETIVOS: Evaluar la gestión de la pandemia dentro de un hospital comarcal desde el punto de vista de la Medicina Preventiva.

Describir los cambios en el perfil de los pacientes catalogados como sospechosos según el momento temporal en el que nos encontramos.

MATERIAL: Estudio observacional y analítico y cualitativo. Se han revisado las actuaciones llevadas a cabo desde el hospital comarcal desde el arranque de la pandemia. Además se ha realizado un estudio de cohortes con los datos referidos a los pacientes atendido desde el inicio de la pandemia hasta el último caso sospechoso de enero de 2010.

RESULTADOS: Se realizaron actualizaciones sobre el estado de la pandemia siempre dentro de las primeras 24-48 horas que las Instituciones públicas internacionales, nacionales o regionales emitían algún cambio en la situación, desde el 27 de abril de 2009. Dentro de las SESIONES formativas se incluía siempre un espacio para la discusión y aclaración de dudas. Se realizaron 12 actualizaciones del protocolo de actuación frente a un caso sospechoso de infección por gripe H1N1 en un periodo comprendido entre el 27 de abril y el 6 de noviembre de 2009. Se notificaron 158 casos sospechosos con una tasa de confirmación sobre los que presentaban muestra microbiológica de un 33,3% y sobre el total 11,8%. No se produjo ningún caso de infección nosocomial por el virus H1N1.

CONCLUSIONES: La respuesta sanitaria y organizativa del hospital ante los constantes y rápidos cambios epidemiológicos de la pandemia generó un manejo efectivo y eficiente de los casos atendidos.

La potencial alarma generada en el personal a través de los medios de comunicación se vio ampliamente neutralizada gracias al constante flujo de información concisa y clara.

PALABRAS CLAVE: Pandemia, Virus H1N1

1230 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

PROGRAMA DE APOYO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL REGISTRO DE LOS PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS EN GALICIA. CÓDIGO CIAP A28.02

López-Triguero A (1), Fernández-Fraga C (1)

(1) Dirección de Asistencia Sanitaria, Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVOS: -Mejorar el registro de los pacientes paliativos con código A28-02, aumentándolo en un 100% en el primer año.

-Identificar correctamente los pacientes en cuidados paliativos con el fin de mejorar la calidad de la atención.

MATERIAL: 1. Se han valorado los datos de SIAC-AP, que se refieren al número de pacientes registrados con el código CIAP A28.02.

2. Para detectar el infrarregistro se ha calculado el número teórico de casos que habría según la OMS en una población (2 ‰).

3. Tras hacer una relación de Centros de Salud en toda la Comunidad Autónoma de Galicia se han seleccionado aquellos con un número de equipos mayor de 5 en la provincia de Lugo y Ourense y de 6 en Pontevedra y A Coruña (ajustando según la mayor dispersión geográfica de las primeras).

4. Posteriormente se ha realizado una segunda selección para llegar a un tercio de los profesionales con la actuación en un número más reducido de centros de salud. En las principales ciudades gallegas, donde hay más de un centro de salud, se han seleccionado, a su vez, los centros más grandes. Al final se han seleccionado 32 centros de toda la Comunidad Autónoma.

5. En estos Centros se realizarán SESIONES clínicas de información y formación en el registro de los pacientes subsidiarios de estos cuidados.

6. Las SESIONES irán dirigidas a médicos y enfermeras de Atención Primaria.

7. Se ha realizado un pilotaje con una sesión clínica en uno de los centros seleccionados.

RESULTADOS: El programa está actualmente en desarrollo por lo que aún no podemos dar resultados. Está previsto que la primera fase de actuación termine a finales de 2010, por lo que la evaluación del impacto se realizará en 2011.

CONCLUSIONES: Aunque el programa está todavía en fase de desarrollo, tras el pilotaje y las primeras SESIONES se ha observado una buena acogida y un interés en este tema por parte de los profesionales de Atención Primaria ya que reconocen la importancia que tiene en su actividad el enfoque paliativo en el cuidado de sus pacientes.

Las SESIONES clínicas en horario laboral son un buen método para hacer llegar a los profesionales la información necesaria y para formarles en aspectos tan fundamentales como es la identificación y el registro adecuado de los pacientes en cuidados paliativos. Sin estas mejoras la calidad de nuestra atención a estos pacientes será deficiente.

PALABRAS CLAVE: paliativos, registro, CIAP

1231 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

GESTIÓNANDO LA CALIDAD EN LOS EQUIPOS DE GASES LOCALIZADOS FUERA DEL LABORATORIO EN EL CHUS

Otero-Santiago Mf (1), García-Aschauer JM (1), Díaz-Delcastillo A (1), Benítez-Estévez A (1), F Hermida-Cadahía E (1), Alonso-Delapeña C (1)

(1) Laboratorio Central, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

OBJETIVOS: Se pretende que los resultados obtenidos con el equipo de análisis GEM Premier 4000 se ajusten a las especificaciones y requerimientos de calidad analítica internacionales (Normas ISO, CLSI, AACB-ROYAL COLLEGE OF PATHOLOGISTS OF AUSTRALASIA, CAP)

MATERIAL: Usamos el GEM Premier 4000, que es un sistema portátil de análisis de gases en sangre para su uso por profesionales de la salud con el objetivo de analizar rápidamente muestras de sangre entera en el punto a la cabecera del paciente o POCT (point of care testing) en un entorno clínico fuera del Laboratorio Central. El instrumento proporciona mediciones cuantitativas de los siguientes parámetros pH, pCO2, pO2, Na +, K +, C, Ca +, glucosa, lactato, hematocrito y CO-oximetría (tHb, 02 Hb, COHb, MetIb, HHb). Estos parámetros, junto con parámetros derivados, ayudan al diagnóstico del estado ácido-base, el equilibrio de electrolitos y de metabolitos y la capacidad de suministro de oxígeno del paciente. Los equipos GEM premier 4000 utilizan para la verificación de la calidad de los resultados IQM (Inteligent Quality Management)

IQM es un proceso activo de control de calidad por medio de programas diseñados para proporcionar una seguimiento continuo del proceso de análisis en tiempo real, detección automática de errores, corrección automática del sistema y documentación automática de todas las acciones correctivas, sustituyendo el uso de los tradicionales controles de calidad externa. IQM fue aprobado como sistema de control de la calidad por la FDA en septiembre de 2002.

Además se completa el sistema de Gestión de la calidad con el programa de calidad externa de la SEQC

RESULTADOS: Lactato y K+ cumplen las especificaciones deseables de calidad. Glucosa, tHb, pCO2, Cl-, Na+ y Ca++ cumplen las especificaciones mínimas de calidad. La variabilidad biológica para pO2, OHb, COHb, MetHb, HHb cumple los criterios del CAP.

CONCLUSIONES: Los equipos de gases GEM premier 4000 cumplen con las especificaciones de calidad analítica internacionales y son usados por ello para proporcionar resultados fiables de los parámetros medidos.

PALABRAS CLAVE: GEMpremier4000, IQM

1251 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

PROCESO EVOLUTIVO DE GESTIÓN DE PRUEBAS DESCENTRALIZADAS. MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Otero-Santiago Mf (1), García Aschauer JM (1), Villaverde-Datorre R (1), Benítez-Estévez A (1), Blanco-Jiménez J (1), Alonso-Delapeña C (1)

(1) Laboratorio Central, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

OBJETIVOS: La descentralización de los análisis de gases es esencial para que el clínico conozca de inmediato el estado ácido básico del paciente y proceda a su tratamiento. La sección de análisis de gases en sangre del Hospital Clínico pretende convertirse en un referente en cuanto a gestión de la descentralización de aquellos análisis que pueden desarrollarse fuera del laboratorio.

MATERIAL: Antecedentes: El análisis del equilibrio ácido base y de gases en sangre se comenzó a realizar en el antiguo Hospital General de Galicia en la década de los setenta. Aquel Hospital presentaba una estructura arquitectónica vertical donde todos los servicios estaban articulados alrededor de un bloque central de ascensores. Los análisis de equilibrio ácido base y gases en sangre se realizaban todos en un solo laboratorio que estaba situado en la quinta planta en un lugar de fácil acceso. Debido a la organización del edificio era fácil transportar las gasometrías desde las distintas plantas a este laboratorio. Los primeros equipos de análisis eran Radiometer y posteriormente Corning serie 100, los siguientes Ciba-Corning serie 200 donde solamente se determinaba PH,PO2 y PCO2, así como la hemoglobina por el método de la cianmetahemoglobina. Posteriormente se incorporó la cooximetría y el calcio iónico con la serie 800.

RESULTADOS: Emergencia de los POCT: En septiembre de 1999 nos trasladamos al nuevo Hospital, Hospital Clínico Universitario de Santiago, de mucho mayor tamaño, y donde el traslado de las muestras requería un mayor número de tiempo, como este tipo de muestras tiene que ser analizadas antes de que pasen 10 minutos desde la extracción, se solucionó el problema instalando equipos de análisis de gases en sangre en las áreas de enfermos críticos. Posteriormente se fueron aumentando estos equipos hasta cubrir todas las necesidades de respuesta rápida para este tipo de análisis. Además el número de componentes a analizar se fue ampliando hasta 13: PH, PO2, PCO2, NA+, K+, CL-,Ca++, glucosa, lactato, foxihemoglobina, fdeoxihemoglobina, fmetahemoglobina, fcarboxihemoglobina. En la actualidad se trabaja con equipos GEM4000 de IL (Izasa).

CONCLUSIONES: La aparición de equipos de análisis situados fuera del laboratorio exige una conexión informática de todos ellos al Laboratorio Central dado que este servicio es el único que está cualificado para garantizar la calidad de los resultados. Se trabaja con el sistema GEM Web Plus de Izasa con el fin de lograr este propósito. La descentralización de los equipos de gases permite acortar el tiempo de toma de decisiones con lo que se mejora la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: GemWebPlus, GEMpremier4000

ORGANIZACIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Arias-González M (1), Louzao-García C (1), Iglesias-Castañón A (1), Brandt-Sanz MI (1)

(1) Diagnóstico por Imagen. CHUVI, Galaria.

OBJETIVOS: - Demostrar la efectividad de la organización por procesos en radiología frente a la organización por divisiones

- Mejora de la calidad al permitir la subespecialización por modalidad

MATERIAL: - Definición del mapa de procesos de una unidad dedicada de resonancia magnética

- Valoración del rendimiento de los equipos de una unidad con dedicación exclusiva a la modalidad radiológica de resonancia magnética

- Comparación con el entorno

- Guía d

RESULTADOS: - Gráficos comparativos de nº de estudios por equipo de RM anual y por turno de trabajo

- Valoración cualitativa de los estudios realizados en cada equipo utilizando para ello las unidaddes raltivas de valor (URV) definidas por la guía de la Sociedad Esp

CONCLUSIONES: - Mayor rendimiento y efectividad

- Posibilidad de asumir con mayor facilidad nuevos desarrollos tecnológicos e implementar nuevas exploraciones (vanguardia)

PALABRAS CLAVE: Organización, Procesos, Resonancia Magnética

MONITORIZACIÓN A DOMICILIO DEL ANCIANO FRÁGIL. PREVENCIÓN DE INGRESOS Y CALIDAD DE VIDA

Vallés Gállego V (1), Coll Clavero J (1), Torres Clemente E (1), Lueza Lampurlanes C (1), López M (1), Romero Marco D (1)

(1) Sector Sanitario Barbastro, Servicio Aragonés de Salud.

OBJETIVOS: Los servicios sanitarios soportan elevada demanda de enfermos crónicos que deben gestionar de forma sostenible. El anciano frágil sufre reingresos hospitalarios con estancias prolongadas, genera elevada frecuentación y recibe soporte social deficitario. Sistemas de tele-asistencia y nuevas tecnologías favorecen nuevos modelos asistenciales.
Presentamos un proyecto que, a través de innovación tecnológica y cambios en práctica clínica, permite realizar seguimiento por diferentes profesionales para efectuar diagnóstico precoz, prevenir complicaciones y controlar la salud en entorno habitual aumentando calidad de vida y disminuyendo los reingresos de población anciana.
1. Objetivos:
Generales: diseñar e implementar un servicio de monitorización de pacientes a domicilio.
Específicos:
• Desarrollo prototipo: recogida señales biomédicas, integración con sistema de información asistencial, interacción entre sanitarios y pacientes.
• Clínicos: disminuir hospitalización y frecuentación
• Evaluar costes
• Mejorar Calidad de vida relacionada con salud
• Satisfacción usuarios

MATERIAL: Alianza estratégica, firma de Consorcio Europeo para desarrollo de Proyecto CIP (DREAMING)
Estudio prospectivo randomizado de casos-control, multicéntrico.
Selección de pacientes:
Anciano frágil con reingresos hospitalarios en el último año.
Perfiles clínicos: DM, Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, EPOC, ACV
Pacientes consensuados con AP y Servicios sociales. Factibilidad
Casos (N=40) y controles apáreados por perfil, edad y sexo.
Los agentes implicados:
• Equipo DREAMING, médico y enfermera, recoge señales biomédicas y gestiona "Centro de Contacto".
• Equipo AP
• 061.
• Servicios Sociales
Dispositivos:
Centro de Contacto Dreaming con monitorización y comunicación permanentes, registro variables (TA, ECG, báscula, glucómetro, detector movimientos, detector caídas) Videoconferencia, Teleasistencia.
Indicadores:
Clínicos: hospitalizaciones, frecuentación (AP, hospital, servicios sociales), traslados, caídas, institucionalización en residencias.
Económicos: costes directos procesos clínicos, tecnología.
Satisfacción usuarios: pacientes y profesionales.
Calidad de vida: SF36, HADS.

RESULTADOS: Realizada selección, randomización y evaluación inicial de calidad de vida.
Formación de profesionales y equipo técnico.
Instalación sensores médicos y medioambientales.
34 casos incluidos hasta la fecha. 10 abandonos.
Primer análisis (frecuentación e ingresos) junio 2010.

CONCLUSIONES: La coordinación y consenso entre Equipo Dreaming, At Primaria y Servicios sociales es fundamental.
El despliegue y la formación deben ser progresivos: 1º dispositivos, 2º videoconferencia y 3º teleasistencia.
El análisis de los indicadores permitirá rediseñar la prestación, definir perfil de pacientes y elaborar guía de implantación.
Esperamos demostrar que estas tecnologías mejoran el control del paciente en su domicilio, evitan descompensaciones e ingresos, la institucionalización y mejoran calidad de vida de la población frágil.

PALABRAS CLAVE: Anciano frágil, Telemedicina, Diagnóstico precoz

1300 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

COSTE-EFECTIVIDAD DE LA COMBINACIÓN TAMSULOSINA Y DUTASTERIDA EN DIFERENTES CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN

Huerta A. (1), Cozar JM (2), Brenes FJ (3), Molero JM (4), Fernández-Pro A (5), Palencia R (1)

(1) Departamento de Evaluación de Medicamentos y Gestión Sanitaria, GlaxoSmithKline. (2) Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. (3) Atención Primaria, Centro de Atención Primaria Lleifa (ABS 6), Badalona. (4) Atención Primaria, Centro de Salud San Andrés, Madrid. (5) Atención Primaria, Centro de Salu Mensalbas, Toledo.

OBJETIVOS: La hiperplasia benigna de próstata (HBP) constituye la enfermedad urológica más frecuente del varón, siendo la primera causa de consulta al urólogo y la segunda de intervención quirúrgica. Actualmente, existen dos clases de tratamiento farmacológico para la HBP, alfa-bloqueantes e inhibidores de la 5-alfa reductasa (5-ARI). Los alfa-bloqueantes no tienen restricciones a la prescripción y dispensación mientras que los 5-ARI están sujetos a visado en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El objetivo del estudio es evaluar el coste-efectividad del tratamiento en combinación de tamsulosina (T), un alfa-bloqueante, con dutasterida (D), un 5-ARI, en una situación de no visado versus la actual situación de visado de los 5-ARI.

MATERIAL: Se diseñó un modelo semi-Markov con un horizonte temporal a corto (4 años) y a largo plazo (35 años) desde la perspectiva del SNS para evaluar el coste-efectividad del inicio del tratamiento con la combinación T+D en Atención Primaria [escenario sin visado] frente a un retraso de 6 meses debido al requisito de derivación a urología para la prescripción del 5-ARI [escenario con visado]. La efectividad se midió en términos de retenciones agudas de orina (RAO) y/o cirugías debidas a HBP a partir de los resultados del estudio COMBAT y de revisión de literatura. El uso de recursos sanitarios se obtuvo de un panel de expertos de médicos de Atención Primaria y urología. Los costes (€, 2010) proceden de las tarificaciones publicadas por las Comunidades Autónomas. Los costes y los resultados de efectividad se descontaron un 3%.

RESULTADOS: El escenario sin visado genera más resultados en salud que el escenario con visado tanto a corto como a largo plazo. Así, a los 4 años, el porcentaje de pacientes que sufren RAO y/o cirugía se reduce del 5,36% al 4,55% y los costes por paciente de 2.038,10€ a 1.934,72€. A los 35 años el porcentaje de pacientes con RAO y/o cirugía se reduce del 25,19% al 24,43% y los costes por paciente de 8.434,96€ a 7.638,63€. La situación sin visado es dominante sobre la situación con visado al ser más efectiva y menos costosa.

CONCLUSIONES: El inicio del tratamiento de tamsulosina y dutasterida en combinación desde Atención Primaria [escenario sin visado] conllevaría mejores resultados en salud al mismo tiempo que reduciría los costes para el SNS.

PALABRAS CLAVE: visado, costes, próstata

1308 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL LEGRADO EVACUADOR

Nieto-Ponce De León MD (1), Castillo-Rosales M (1), Cantos-García M (1), García-Caro S (2), Alconchel-Rivero J (1), Gomar-García F (1)

(1) Unidad de Gestión Clínica "Atención integral a la Mujer", Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz . (2) Área Materno Infantil, Servicio Andaluz de Salud Hospital U. Puerta del Mar Cádiz .

OBJETIVOS: - Proporcionar a la paciente hospitalizada para legrado evacuador los cuidados necesarios en un periodo de corta estancia para que queden satisfechas sus necesidades.

- Facilitar una línea de actuación al personal de Enfermería.

MATERIAL: Dada la incidencia del Legrado Evacuador por gestación interrumpida (el 32% de los ingresos obstétricos y Ginecológicos que tenemos en nuestra Unidad) y que su estancia hospitalaria lleva dos días, nos surge la necesidad de protocolizar la actuación de enfermería en este proceso a fin e que todas las intervenciones se vean cumplimentadas al alta del paciente.

Mediante la experiencia obtenida en nuestro trabajo diario con mujeres ingresadas para legrado obstétrico empezamos a trabajar en la realización de un plan de cuidados en la que se pudiera reflejar las intervenciones que veníamos llevando a cabo durante largo tiempo. Se elaboró siguiendo el modelo Azahar, que es el modelo informático que manejamos en nuestra unidad y siguiendo las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Así trabajamos con los Diagnósticos de Enfermería:

- Ansiedad.
- Riesgo de baja autoestima situacional.

Concretando nuestros objetivos (NOC):

- Control de la ansiedad.
- Afrontamiento de problema

Dirigiendo nuestras intervenciones (NIC) en:

- Disminución de la ansiedad.
- Cuidados por cese de embarazo.

RESULTADOS: Este Plan de Cuidados se ha presentado ante la Junta de Enfermería de este Hospital en Mayo de este año y ha sido aprobado. Será introducido en el programa informático de manera estandarizada con el fin de evitar la variabilidad en la asistencia a la paciente y en el registro de las intervenciones.

Mediante la actuación de Enfermería se obtienen satisfactorias respuestas reflejadas en

- Disminución de la ansiedad.
- Control del dolor.
- Conocimiento de factores de riesgo.

CONCLUSIONES: Nos encontramos una paciente que el día de su ingreso se somete a una Intervención quirúrgica de carácter urgente y es dada de alta al día siguiente; sin obviar otros patologías que pueda tener, todas, hasta el momento, son autónomas para la realización de las actividades de la vida diaria, así que nos tenemos que centrar en la obtención de resultados referente al proceso asistencial del legrado evacuador y procurando una información adecuada de su proceso y sus cuidados que le lleve a prevenir o detectar posibles complicaciones.

Enfocamos la continuidad de nuestro trabajo hacia una línea de investigación para la cuantificación de la disminución de la ansiedad relacionada con nuestras intervenciones

PALABRAS CLAVE: Legrado, Enfermería, Plan de Cuidados

EL CAMINO POR LA CALIDAD HACIA LA EXCELENCIA, COMO HERRAMIENTA ORGANIZATIVA DEL ÁREA CLÍNICA DE URGENCIAS. PROYECTO DE ACREDITACIÓN SEGÚN EL MODELO VALENCIANO

Navarro Juanes A (1), Fornes Vivas RM (2), Uris J (3)

(1) Área Clínica de Urgencias, Hospital de Denia. Alicante. (2) Área Clínica de Urgencias, Hospital de Denia. alicante. (3) Departamento Calidad, Hospital de Denia. Alicante..

OBJETIVOS: En el Decreto 14/2002, de 8 de febrero, del Gobierno Valenciano, se constituyó el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS), que se ocupa de acreditar la capacidad para conseguir una mejora continua de la calidad técnica y de la asistencia global del paciente, la promoción de la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios, mediante la búsqueda de la excelencia, basándose para ello en estándares de evaluación definidos por el Manual de Acreditación. A principios del año 2010, se editó el Manual de Acreditación de Servicios de Urgencias Hospitalarios. Nuestro centro, dentro del modelo de concesión administrativa, es de nueva construcción, habiendo obtenido en diciembre de 2009 (11 meses tras su apertura) la certificación EN UNE ISO 9001:2008, y la obtención de la acreditación de calidad por el sistema valenciano, supone nuestra siguiente progresión. El presente trabajo pretende analizar mediante un sistema de autoevaluación, las necesidades de mejora previas a la preauditoria interna, y que pueda determinar la viabilidad de la acreditación, así como, aplicando este modelo, continuar con los ciclos de mejora que afecten al sistema de gestión de calidad ya iniciados con la ISO.

MATERIAL: Se analizó el Manual de Acreditación de Servicios de Urgencias Hospitalarios, que está dividido en 10 dimensiones, con un valor máximo de 1000 puntos. Las dimensiones se subdividen en las siguientes con su correspondiente ponderación: Dirección y gestión de la organización (DGO; 80), Gestión de los recursos humanos (GRH; 80), Gestión de las funciones logísticas (GFL; 80), Gestión de la información (GIC; 80), Gestión y mejora continua de la calidad (MCC; 80), Relación con los pacientes y Aspectos éticos (RPE; 100), Proceso asistencial/específico (PAS; 160), Continuidad de la asistencia (CAS; 100), Gestión y control de acontecimientos adversos (GCA; 120) y Resultados (120). Se evaluaron inicialmente los criterios esenciales, pues el incumplimiento de cualquiera de ellos impide directamente la acreditación. Posteriormente se puntuaron los estándares según la referencia del texto y se analizaron las pruebas de evidencia, principalmente las documentales, aunque valorando los testimoniales. Finalmente, con los resultados conseguidos se estableció la ponderación.

RESULTADOS: Los criterios esenciales se cumplieron en su totalidad, bien por disponer de ellos o por estar en vías de conseguirse. Se obtuvo un valor ponderado de 632, con un desarrollo principalmente y por orden de mayor a menor en PAS, CAS, GCA, GIC, GFL, MCC, RES, DGO, GRH y RPE. Los porcentajes están actualmente en proceso de revisión y se expresarán en la correspondiente sesión. Se han puesto en marcha diferentes protocolos asistenciales para adecuar los existentes al modelo de acreditación.

CONCLUSIONES: El sistema de acreditación valenciano, permite la valoración, promoción, investigación y desarrollo continuo de la calidad de la asistencia prestada en los servicios de urgencias hospitalarios, basándose en el análisis detallado del funcionamiento de su sistema de gestión, permitiendo el camino hacia la excelencia.

PALABRAS CLAVE: Acreditación, Urgencias

ANÁLISIS DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

González-Rodríguez LA (1), Fernández-Fernández MS (2), Vidal-López JI (3), López-Manzano JI (4), Montes-Gutiérrez ME (5), Abad-Vila MA (6)

(1) Dirección de procesos, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA.). (2) Centro de Salud Valle Inclán, Atención Primaria. (3) Director Gerente, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA.). (4) Centro de Salud de Padrenda, Atención Primaria. (5) Centro de Salud de Outomuro, Atención Primaria. (6) Centro de Salud Nóvoa Santos, Atención Primaria.

OBJETIVOS: Principal:

Determinar el nivel de dependencia de los pacientes ingresados en el Área de Hospitalización del Hospital COSAGA.

Secundarios:

Relacionar el nivel de dependencia con las necesidades de personal de enfermería.

Diseñar, en función de los resultados del estudio, indicadores de gestión para el cálculo de necesidades del personal enfermero.

MATERIAL: Se han diseñado dos registros de valoración de la dependencia, uno para el personal de enfermería y otro para el personal auxiliar de enfermería. El registro de valoración los/as enfermeros/as consta de 7 criterios y el de los/as auxiliares de enfermería consta de 6 criterios. A cada uno de los criterios se le asigna una puntuación de 1 a 4 (de menor a mayor dependencia). Se establecen 4 niveles de dependencia: mínimo, medio, amplio y máximo. Los datos han sido recogidos por el personal de enfermería de cada turno en un periodo de un mes.

RESULTADOS: La media del nivel de dependencia ha sido de 25 puntos, lo que supone un nivel medio de dependencia, sin diferencia significativa entre turnos.

CONCLUSIONES: El análisis del nivel de dependencia de los pacientes ingresados es una herramienta de gestión adecuada para evaluar y definir necesidades de plantilla, tipología de pacientes, necesidades estructurales o de equipamiento, y en resumen, adaptar las características de la atención sanitaria a las necesidades de los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Dependencia, Agudos, Nivel

1324 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

NUEVOS PACIENTES: NUEVOS DOCUMENTOS

ADAPTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS CLÍNICOS AL NIVEL DE DEPENDENCIA

González-Rodríguez LA (1), Fernández-Fernández MS (2), Vidal-López JI (3), López-Manzano JI (4), Montes-Gutiérrez (5), Abad-Vila MA (6)

(1) Dirección de procesos, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA.). (2) Centro de Salud Valle Inclán, Atención Primaria. (3) Director Gerente, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA.). (4) Centro de Salud de Padrenda, Atención Primaria. (5) Centro de Salud de Outomuro, Atención Primaria. (6) Centro de Salud Nóvoa Santos, Atención Primaria.

OBJETIVOS: Identificar el nivel de dependencia de los pacientes y sus necesidades concretas para mantenerlas necesidades cubiertas a lo largo de todo el proceso asistencial.

Proporcionar información a los profesionales que atenderán al paciente en su domicilio.

Todo ello, con el objetivo final de garantizar la continuidad de cuidados de enfermería

MATERIAL: La Dirección de Enfermería del Hospital, en el marco de su plan estratégico, impulsa la creación de un grupo de trabajo para analizar la documentación clínica propia de los profesionales de enfermería con el objetivo de implementar mejoras en los diferentes documentos, siguiendo el modelo de cuidados de Virginia Henderson. Se procedió al rediseño de la hoja de valoración al ingreso y del informe de enfermería al alta con registro de parámetros de valoración del nivel de dependencia del paciente al ingreso y al alta.

RESULTADOS: Después de una revisión global del proceso de atención de enfermería, del modelo de cuidados y de la tipología de pacientes atendidos, el grupo de trabajo y la Dirección deciden poner en marcha nuevos modelos de valoración inicial de enfermería y de informe de enfermería al alta en los que se registran ítems que proporcionen información suficiente para identificar claramente el nivel de dependencia del paciente en todas las fases del proceso de atención de enfermería.

CONCLUSIONES: El nuevo diseño de los documentos proporciona una información más completa del nivel de dependencia del paciente en el momento del ingreso y del alta, siendo coherentes con la continuidad del proceso asistencial de cuidados de enfermería que se inicia al ingreso del paciente en el hospital y continua en su residencia.

PALABRAS CLAVE: Dependencia, Valoración, Alta

1330 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y/O FISIOTERAPIA A PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIO

Darriba Fraga MJ (1), Martínez Toledo B (2)

(1) Terapia Ocupacional, SERGAS. Hospital Marítimo Oza. CHUAC.. (2) Fisioterapia, Universidad A Coruña. SERGAS. CHUAC..

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar el grado de concordancia entre el equipo médico y terapeutas ocupacionales a cerca de si estaría o no indicada la terapia ocupacional en pacientes ingresados en un servicio de rehabilitación hospitalario.

MATERIAL: Estudio de concordancia en el que se han analizado un total de 40 pacientes afectados de daño cerebral sobrevenido que acudieron al departamento de Terapia ocupacional del Servicio de Rehabilitación Neurológica del Hospital Marítimo de Oza durante un período de 8 semanas (16 noviembre 2009 al 13 enero del 2010).

Los criterios de inclusión son:

a)ser un paciente mayor de 15 años

b)que haya sufrido un episodio de daño cerebral sobrevenido

c)que acuda al departamento de terapia ocupacional durante la realización de este estudio.

Los criterios de exclusión son:

a)pacientes con patologías neurológicas crónicas
b)pacientes con patologías degenerativas.

La selección de los pacientes se ha revisado mediante la selección de agendas clínicas e historias que cumplían los requisitos establecidos para la realización del estudio.

Se han recogido las siguientes mediciones:

a)variables sociodemográficas: edad y sexo
b)variables en relación con la enfermedad actual: diagnóstico, número de pacientes ambulantes e ingresados en la actualidad, número de paciente ingresados y ambulantes al inicio del tratamiento, fecha efectiva del inicio del tratamiento y fecha de prescripción de la terapia ocupacional por el equipo médico.

Análisis estadístico:
se hizo un análisis descriptivo de los datos. las variables cuantitivas se presentaron como media y desviación estándar. las cualitativas como valor absoluto y porcentajes con su correspondiente intervalo de confianza al 95%. La asociación de variables cualitativas entre sí se estimó por medio del estadístico Chi cuadrado. Para la comparación de dos medias se realizón un T test. Para determinar la existencia de una correlación lineal el test de Pearson y para el análisis de la concordancia se calculó el Indice de Kappa.

RESULTADOS: Al analizar la concordancia entre el terapeuta ocupacional y el médico rehabilitador sobre la necesidad de implantar tratamiento de terapia ocupacional a pacientes con daño cerebral sobrevenido el Indice de kappa fue de 0,46, es decir, concordancia moderada.

CONCLUSIONES: La comunicación entre el equipo de rehabilitación es fundamental para elevar el nivel de concordancia en la aplicación de tratamiento de terapia ocupacional y sería operativo contar con un sistema eficaz de intercambio de información que permita seguir lo más fielmente el protocolo de intervención en la Unidad. Sin duda, ello repercutiría en la calidad del servicio y la agilidad y eficacia en la gestión del volumen de pacientes con daño cerebral sobrevenido.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, DAÑO CEREBRAL, TERAPIA OCUPACIONAL

1352 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

GESTIÓN DEL COBRO DE FACTURAS NO PAGADAS DE PRECIO PÚBLICO EN EL 061 DE GALICIA.

Pastoriza-Costas EM (1), Calaza-Coira L (1), Codesido-Miras R (2), Penas-Penas M (3)

(1) Área de Cobros, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

OBJETIVOS: Establecer la secuencia de acciones a llevar a cabo para gestionar el cobro de facturas no pagadas sujetas a la normativa de precio público.

MATERIAL: En el marco de la implantación de la gestión por procesos en el Área de Cobros se priorizó esta instrucción técnica. En primer lugar se analizó toda la información, documentación y registros disponibles relativos al cobro de las facturas emitidas, según la normativa de precio público y a continuación se identificaron y definieron la secuencia de acciones, táreas y fases para la gestión del cobro de las facturas no pagadas.

Se siguió el proceso de "estructura de la documentación del sistema de gestión de la calidad "aprobado.

RESULTADOS: Documento de instrucción técnica sistematizado: Gestión del cobro de facturas no pagadas de precio público (IT.XES.03), con las siguientes fases: revisión de documentación, gestión del impago de facturas de precio público, tramitación de la vía de apremio, tramitación de los recursos de reposición y reclamación económico administrativa. Disponibilidad de la instrucción técnica en la Intranet del 061.

CONCLUSIONES: Los procedimientos/instrucciones documentados y sistematizados permiten homogeneizar las actuaciones del Área de Cobros para alcanzar el 100% del cobro de todas aquellas facturas no pagadas sujetas a la normativa de precio público.

PALABRAS CLAVE: FACTURA, COBRO, IMPAGO

1354 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

REDUCCIÓN DE LA SOBRETRANSFUSIÓN EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA PROGRAMADA

Chamorro-Fernández C. (1), Ron-Martínez N. (2), Arrozpide-García I. (3), Álvarez-Álvarez L. (4), Higuera-Mateo J. (5)

(1) Servicio de Hematología, Hospital del Oriente de Asturias. (2) Unidad de Calidad, Hospital del Oriente de Asturias. (3) Banco de Sangre, Hospital del Oriente de Asturias. (4) Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital del Oriente de Asturias. (5) Servicio de Traumatología, Hospital del Oriente de Asturias.

OBJETIVOS: Disminuir al menos en un 5% el número de unidades de hematíes transfundidas en COT (Cirugía ortopédica y traumatológica) programada de rodilla y cadera en un hospital comarcal de 90 camas evitando así la sobretransfusión y las posibles consecuencias asociadas.

MATERIAL: - Se realizó un análisis del número de hematíes transfundidos en estas patologías tomando como referencia el año 2009 y se calculó la media de unidades transfundidas para cada cirugía en base a nuestra experiencia haciendo uso de la base de datos del prog

RESULTADOS: Respecto al segundo semestre del año 2009 se logró reducir en un 5% la transfusión en cirugía programada de cadera y rodilla.

CONCLUSIONES: El uso de Guías Clínicas y Protocolos Interdisciplinares ayudan a mejorar la calidad asistencial de los pacientes, haciendo que disminuya la estancia hospitalaria, el riesgo de complicaciones, evitando descitaciones innecesarias y optimizando los recursos de que dispone cada hospital. En este caso, se ha favorecido el ahorro de sangre evitando así la sobretransfusión y todos los riesgos que implica.

PALABRAS CLAVE: Reducir, Sobretransfusión, Protocolos

1359 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

DISEÑO DE UN PROCESO DE CONTRATACIÓN MEDIANTE PROCEDIMIENTO ABIERTO EN EL 061 DE GALICIA.

Otero-López Lm (1), Codesido-Mirás R (2), Quintáns-Lago M (1), Castro-González AJ (1), Penas-Penas M (3)

(1) Servizo de Contratación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

OBJETIVOS: Diseñar y documentar el proceso de contratación mediante procedimiento abierto, con la finalidad de garantizar que todas las contrataciones, objeto de este procedimiento, se lleven a cabo según la legislación vigente.

MATERIAL: En el marco del proyecto de mejora de la sistematización de procesos se priorizó sistematizar el proceso de contratación mediante procedimiento abierto. En primer lugar se analizó toda la información, documentación y registros disponibles de actividad en el Servicio de Contratación y a continuación se identificaron y definieron la secuencia de acciones, táreas y fases del procedimiento.

Se siguió el proceso de "estructura de la documentación del sistema de gestión de la calidad "aprobado.

RESULTADOS: Documento de proceso sistematizado: Contratación mediante procedimiento abierto (PA.03.02.01) en el que destacamos las siguientes fases: recepción de la petición de una contratación, elaboración de pliegos de Prescripciones técnicas y de cláusulas administrativas particulares, anuncio y publicación de la contratación y resolución y publicación de la adjudicación. Disponibilidad del proceso en la Intranet del 061

CONCLUSIONES: Los procedimientos documentados y sistematizados permiten homogeneizar las actuaciones del personal del Servicio de Contratación para que todas las contrataciones mediante procedimiento abierto se realicen sin incidencias, en el menor tiempo posible y garantizando el cumplimiento de la legislación vigente.

PALABRAS CLAVE: contratación , procedimiento, abierto

1371 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

DISEÑO DE UN PROCESO DE GESTIÓN DEL REGISTRO DE DOCUMENTACIÓN EN EL 061 DE GALICIA.

Ramos-Ramos MJ (1), Codesido-Mirás R (2), Penas-Penas M (3), Ribá-García M (4), Ferreiro-Nieto L (4), Iglesias-Vázquez JA (5)

(1) Secretaría Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Área de calidade, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (4) Departamento de Registro, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (5) Dirección, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

OBJETIVOS: Diseñar y documentar el proceso de gestión del registro.

MATERIAL: En el marco del proyecto de mejora de la sistematización de procesos se priorizó sistematizar el proceso de gestión del Registro, con la finalidad de garantizar la constancia documentada de todas las entradas y salidas de documentación/material a las dependencias del 061, así como gestionar la distribución, preparación y envío de dicha documentación/material.

En primer lugar se analizó toda la información, documentación y registros disponibles de actividad y a continuación se identificaron y definieron la secuencia de acciones, táreas y fases del procedimiento.

Se siguió el proceso de "estructura de la documentación del sistema de gestión de la calidad "aprobado.

RESULTADOS: Documento de proceso sistematizado: Gestión del Registro (PA.04.01). Disponibilidad del proceso en la Intranet del 061.

CONCLUSIONES: Los procedimientos documentados y sistematizados permiten homogeneizar las actuaciones de los trabajadores, de manera que todos los registros generados se identifiquen, archiven, conserven y mantengan accesibles y legibles, como evidencia del cumplimiento de las actividades del departamento de Registro.

PALABRAS CLAVE: registro, documentación, proceso

GESTIÓN DE PUBLICACIONES EN EL 061 DE GALICIA

Briegas-Arenas A (1), Codesido-Mirás R (2), Martín-Rodríguez MD (2)

(1) Gabinete de Prensa, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.
(2) Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

OBJETIVOS: describir y sistematizar la secuencia de todas las táreas y acciones necesarias para la realización de una publicación.

MATERIAL: en el marco de la implantación de la gestión por procesos se priorizó sistematizar el proceso de gestión de publicaciones. En primer lugar se analizó toda la información, documentación y registros disponibles de actividad relativos a las propuestas de elaboración de una publicación de cualquier área o departamento del 061, y a continuación se identificaron y definieron la secuencia de acciones, táreas y fases del procedimiento.

Se siguió el proceso de "estructura de la documentación del sistema de gestión de la calidad "aprobado.

RESULTADOS: documento de proceso sistematizado: Gestión de publicaciones (PE.02.04), en el que se detallan todas las fases desde la iniciativa de una publicación, elaboración de contenidos y diseño, revisión y presentación de textos e imágenes, propuesta de diseño y maquetación, hasta la gestión del archivo de la publicación. Disponibilidad del proceso en la Intranet de la Fundación y difusión por parte del Área de Calidad a todo el personal.

CONCLUSIONES: los procedimientos documentados y sistematizados permiten homogeneizar las actuaciones de los trabajadores, de manera que todo el personal conozca la secuencia de acciones a llevar a cabo para la edición de publicaciones.

PALABRAS CLAVE: gestión, publicaciones, edición

REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LAS PUBLICACIONES EN EL 061 DE GALICIA.

Briegas-Arenas A (1), Codesido-Mirás R (2), Martín-Rodríguez MD (2)

(1) Gabinete de Prensa, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de galicia-061.
(2) Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de galicia-061.

OBJETIVOS: describir el procedimiento para la aprobación de las publicaciones promovidas desde los departamentos/áreas del 061 de Galicia.

MATERIAL: en el marco del proceso de gestión de publicaciones se priorizó sistematizar esta instrucción técnica. En primer lugar se analizó toda la información, documentación y registros disponibles de actividad y a continuación se identificaron y definieron la secuencia de acciones, táreas y fases de los requisitos que deben cumplir las publicaciones.

Se siguió el proceso de "estructura de la documentación del sistema de gestión de la calidad "aprobado.

RESULTADOS: instrucción técnica: requisitos que deben cumplir las publicaciones (IT.DIR.01), en la que se especifican los formularios que deben cumplimentar los departamentos/áreas que quieran realizar una publicación.

Disponibilidad en la Intranet del 061 y difusión por parte del Área de Calidad a todo el personal.

CONCLUSIONES: los procedimientos/instrucciones técnicas documentadas y sistematizadas permiten homogeneizar las actuaciones de los trabajadores, de manera que todo el personal conozca los requisitos que deben cumplir las publicaciones, promovidas por los distintos departamentos/áreas del 061, para su realización. De esta manera, se optimizan los tiempos en las fases del proceso de gestión de las publicaciones, evitando la repetición de acciones y táreas.

PALABRAS CLAVE: requisitos, cumplimiento, publicaciones

1418 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

ANÁLISIS DE INASISTENCIAS EN CONSULTAS EXTERNAS DE ESPECIALIDADES

Garate-Viloin A (1), Alegria Ayerdi B (1)

(1) Servicio de Admisión y Documentación, Hospital Donostia.

OBJETIVOS: - Conocer la situación de las inasistencias por especialidades y en el ámbito extra e intra hospitalario.

- Comprobar si existe una relación entre lista de espera y volumen de inasistencias.

MATERIAL: Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo.

Periodo: 2008 y 2009

Método: Análisis de las variables de porcentaje de inasistencias sobre actividad realizada mensual por servicios, tanto en el ámbito de las consultas hospitalarias como extra hospitalarias y de los servicios que han registrado, mes a mes, una demora a fecha de corte superior a 30 días.

RESULTADOS: Se agrupan los resultados del análisis de situación de las inasistencias y de las demoras así como la correlación de ambos indicadores, por centros. Con el fin de facilitar la toma de decisiones se seleccionan los

• Servicios con inasistencias superiores al 15% en el hospital y al 12% en los ambulatorios durante 5 meses o más y con demoras superiores a 30dias durante más de 5 meses.

• Servicios cuyo volumen de inasistencias es elevado durante prácticamente todo el año (10 meses o más).

CONCLUSIONES: • El volumen de inasistencias registradas demuestra que representan un saco de ineficiencia importante cuya disminución parece necesaria

• El numero de inasistencias y/ o anulaciones registradas en las primeras consultas no parecen muy elevadas. La parte importante de las inasistencias se centra en las consultas de revisión.

• El objetivo último de la disminución de las inasistencias es incrementar las anulaciones y generar huecos para mejorar la situación de las listas de espera o adecuar los recursos a la demanda

• Es importante establecer un circuito claro que permita a los pacientes que deseen anular su cita.

PALABRAS CLAVE: Inasistencias, Consultas, Análisis

1421 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

(CUIDADO -CONFORT - CALIDAD) DECONSTRUYENDO LA ESCALERA ANALGÉSICA EN PACIENTES PALIATIVOS CON "BOCA DOLOROSA"

Casañas García De Cortázar I (1), Pérez Fernández F (2), Molins Castiella E (3), Fernández Rodríguez P (4), Conde Reina E (5), González Sánchez JA (6)

(1) Supervisora de Enfermería, Hospital Beata María Ana de Jesús . (2) Cuidados PALIATIVOS, Hospital Beata María Ana de Jesús . (3) Farmacia, Hospital Beata María Ana de Jesús . (4) Responsable de Calidad, Hospital Beata María Ana de Jesús . (5) Directora Médica, Hospital Beata María Ana de Jesús . (6) Enfermera Cuidados PALIATIVOS, Hospital Beata María Ana de Jesús .

OBJETIVOS: PARTIENDO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE DOLOR CRÓNICO Y DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL (SEGÚN LA TAXONOMÍA NANDA)PLANTEAMOS LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC) QUE CUBRIRÁN LAS NECESIDADES ALTERADAS (SEGÚN EL MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON)DE LOS PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS QUE MANIFIESTAN "BOCA DOLOROSA". EL EQUIPO CUIDADOR MULTIDISCIPLINAR CON EL OBJETIVO DE CONSEGUIR EL CONFORT TOTAL ("TOTAL CONFORT" DEFINIDO POR CICELY SANDERS)SIGUIENDO metodología DE TRABAJO DEL MODELO EFQM DE MEJORA CONTINUA, DE LA GESTIÓN POR PROCESOS, DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INDIVIDUALIZADOS ELABORA EL FLUJOGRAMA DE CUIDADOS DE DEL PACIENTE CON DOLOR EN LA CAVIDAD ORAL Y LA ESCALA ANALGÉSICA A APLICAR ASÍ COMO EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR SEGÚN LEX ARTIS AD HOC. INTENTANDO RECOGER DESDE UNA VISIÓN INTEGRAL LA NECESIDAD ALTERADA Y MANIFESTADA INTEGRANDO EN NUESTRA MISIÓN Y VALORES EL PRIMER DERECHO DEFINIDO POR LA ANZCA (DECLARACIÓN DEL COLEGIO DE ANESTESITAS DE AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDA) DE:

"EL DERECHO A SER CREÍDO, RECONOCIENDO QUE EL DOLOR ES UNA EXPERIENCIA PERSONAL Y QUE EXISTE UNA GRAN VARIABILIDAD EN LA RESPUESTA DE LAS PERSONAS A DIFERENTES SITUACIONES QUE CAUSAN DOLOR".

MATERIAL: -REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS Y PROTOCOLOS DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

-METODOLOGÍA DE TRABAJO EFQM/GESTIÓN POR PROCESOS

-DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA

-MODELO DE ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON

-ALGORITMOS CLÍNICOS EN MEDICINA

RESULTADOS: -PLAN DE CUIDADOS SEGÚN EL MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINA HENDERSON Y PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR INTERVENCIONES ENFERMERAS DERIVADAS DE LOS DIAGNÓSTICOS NANDA

- ALGORITMO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR-ESCALA ANALGÉSICA SEGÚN PRÁCTICA

CONCLUSIONES: TRAS CONSEGUIR UNIFICAR LOS CUIDADOS PROPORCIONADOS A LOS PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS, SISTEMATIZANDO EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y FARMACOLÓGICOS, ASÍ COMO LA ATENCIÓN ESPIRITUAL, EMOCIONAL Y FAMILIAR CONSEGUIMOS MINIMIZAR LA VARIABILIDAD EN LA ATENCIÓN PRESTADA Y A SER ALIVIADOS DE SU SUFRIMIENTO, A TENER EL MAYR BIENESTAR ALCANZABLE Y AVIVIR CON LA MAYOR DIGNIDAD POSIBLE SUS ÚLTIMOS DÍAS.

PALABRAS CLAVE: CONFORT, CUIDADO, CALIDAD

EDUCACIÓN AL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON CAPECITABINA.

Valverde Citores A (1), Bolinaga Carriqui A (2), Uranga Garcíarena E (1), Jauregui Celaya F (3), Amondarain Goicoechea MA (4)

(1) Consultas Externas, Hospital Donostia. (2) Adjunto de Enfermería, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección de Enfermería, Hospital de Zumarraga. (4) Adjunta de Enfermería, Hospital de Zumarraga.

OBJETIVOS: Puesto que la mayoria de nuestros pacientes prefieren el tratamiento oral antes que el endovenoso porque interfiere menos en sus actividades cotidiana permitiéndoles mantener hábitos de vida mas o menos normales y disminuir la percepción de enfermedad, nos establecemos los siguientes objetivos.

- Capacitar al paciente en la toma correcta del medicamento.

- Instruirle en la identificación de efectos secundarios y su manejo.

- Transmitir seguridad y confianza para su adherencia al tratamiento.

MATERIAL: La capecitabina (carbamato de fluoropirimidina no citotóxico) que administrado via oral, actua como un precursor del citotoxico 5-Fluorouracilo. Está indicado, sólo o en combinación, en cáncer de colon estadio III, cáncer colorrectal metastásico, cáncer gástrico avanzado y cáncer de mama localmente avanzado o metastásico.

Para garantizar el correcto cumplimiento del tratamiento, el papel de la enfermería es muy importante ya que de la correcta información y educación del paciente dependerá, junto con la colaboración del paciente, la eficiacia del tratamiento, la identificación y manejo de toxicidades derivadas del tratamiento.

Metodología:

Se realiza una consulta bibliográfica para conocer la existencia de evidencia de mejores prácticas

Elaboración de un protocolo, como consecuencia de nuestra experiencia.

Recomendaciones y registro de toma de medicación y toxicidades.

RESULTADOS: No hemos encontrado en la literatura protocolos concretos y recomendaciones específicamente elaboradas para los pacientes por lo que decidimos elaborar un protocolo de enfermería y unas recomendaciones por escrito para entregar a los pacientes en el momento de iniciar el tratamiento y que además de forma verbal la Enfermería les informa sobre la correcta toma del medicamento, los posibles efectos secundarios, así como un teléfono de contacto directo con enfermería.

CONCLUSIONES: El trabajo de enfermería se dirige a integrar al paciente en su proceso.

Cada vez es mas necesaria la función educativa de enfermería debido al aumento de la demanda de este tipo de atención.

Sera necesario desarrollar instrumentos de medida para objetivar todo este proceso.

PALABRAS CLAVE: participación del paciente, eficacia, tratamiento, seguridad, tratamiento

LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ENFERMEROS NO ASISTENCIALES COMO BASE PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

Deocal-Reina S (1), Dulanto-Banda RA (2), Fernández-Crespo S (1), Mingo-Blanco M (1), Sánchez-Pérez L (3)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (2) Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. (3) Centro de Salud La Algodonera, Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina.

OBJETIVOS: Implantar una estrategia de gestión de los procesos enfermeros no asistenciales, con criterios de eficiencia, relevancia y posibilidad de impacto, en una Gerencia de Atención Primaria.

MATERIAL: Diseño de un proyecto de planificación enfermera de la gestión no asistencial durante el 2009 y evaluación preliminar de sus resultados. El alcance son los procesos no asistenciales enfermeros, de los que el colectivo de enfermería es el principal responsable (organización, cumplimiento y ejecución), desde la gestión de los recursos hasta su repercusión en el paciente. Fases: formación del grupo de mejora liderado por la Dirección de Enfermería y asesorado por la técnico de salud; búsqueda de referencias (benchmarking); desarrollo de objetivos del plan (tormenta de ideas); identificación de los procesos y su estado actual (recursos, aliados, etc.); áreas de mejora según factibilidad, relevancia e impacto, incluyendo un criterio sobre el riesgo para el paciente (grupo nominal y parrilla de priorización), elaboración y desarrollo del plan de acción (diagrama de Gantt).

RESULTADOS: Tras 10 reuniones, se identificaron 26 líneas de acción y 42 actividades en distintos grados de desarrollo, que se clasificaron en 4 grandes grupos, según el tema principal a través de un diagrama de afinidades: Educación para la Salud (EpS); Procesos y Protocolos; Enfermería Basada en la Evidencia y Seguridad del Paciente. Los 5 procesos seleccionados para el 2010, independientemente de otras medidas paralelas, fueron: gestión de la cadena de frío, EpS grupal, formación continuada en RCP, administración de botiquines, y abordaje enfermero de la diabetes. Para las dos áreas de mejora más puntuadas (cadena de frío y EpS) se crearon grupos de mejora, se designaron responsables en cada CS, se adaptaron documentos de trabajo y rediseñaron circuitos, se continúa dando formación y se elaboraron un protocolo de monitorización y un plan de acción específicos, respectivamente, puestos en marcha en el primer semestre de este año. La Dirección de Enfermería ha valorado positivamente la metodología de trabajo.

CONCLUSIONES: Los enfermeros dentro del desempeño de su profesión tienen un amplio campo de intervención, que incluye la función gestora. La aplicación de herramientas de gestión en la mejora de los procesos enfermeros no asistenciales ha permitido a los líderes identificar y reimpulsar de forma estructurada, aquellos que necesitaban de un abordaje rápido y eficiente, pero que dado el alto número de frentes abiertos de la organización en el día a día, no era posible.

PALABRAS CLAVE: Enfermería/organización y administración, Atención Primaria de salud, gestión de recursos

1437 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

CAPTACIÓN Y DERIVACIÓN DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

López-Ben MI (1), Lijó-Fernández MA (1), Seijas-Rodríguez PM (2), Torres-Rampa ME (2), Martínez-Moreira ME (1), Barcia-De Vicente C (3)

(1) Urgencias H. A Coruña, SERGAS-CHUAC. (2) Urgencias H. A Coruña, SERGAS. (3) Urgencias H. A COruña, SERGAS-CHUAC.

OBJETIVOS: Identificar el nº de pacientes hiperfrecuentadores que acuden a nuestro servicio y determinar su perfil.

MATERIAL: Estudio de cohorte de prevalencia de seguimiento longitudinal descriptivo, realizado entre el 1 de Enero al 30 de Junio del 2009. Variables objeto de estudio: nº de urgencias atendidas, nº de pacientes hiperfrecuentadores, edad, sexo, fecha, patología, domicilio y centro de salud de referencia.

RESULTADOS: En los primeros 5 meses del año 2009 el número de pacientes atendidos en el SEU del CHUAC fue de 65.5034; de estos, seleccionamos los 10 pacientes más hiperfrecuentadores. El perfil de este paciente, es un varón de una media de 50,13 años (DE 20,44) y un rango entre 15 y 77; que acude por patologías diversas y de escasa entidad clínica, resolviéndose el proceso con un alta domiciliaria en menos de 24 horas.

CONCLUSIONES: Recomendamos crear la figura de enfermera de casos de urgencias, para dar una respuesta eficiente al problema de salud del paciente hiperfrecuentador y disminuir la demanda de estos pacientes al servicio de Urgencias.

PALABRAS CLAVE: paciente, frecuentador, urgencias

1443 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

DISEÑO DE UN DISPOSITIVO SANITARIO ASISTENCIAL CON PERSONAL DE ENFERMERÍA POR EL 061 DE GALICIA

Caamaño Martínez M (1), Aguilera Luque (2), Caamaño Arcos M (3), Iglesias Vázquez JA (4), González Olveira J (1), Chayán Zas MI (5)

(1) Atención al Usuario, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (2) Coordinación-asistencial, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (3) Coordinación, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (4) Dirección, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (5) Formación, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061.

OBJETIVOS: Diseñar un dispositivo asistencial con personal de enfermería, coordinado con el personal médico de la Central de Coordinación, para absorber el aumento de la demanda asistencial de los visitantes a nuestra Comunidad con motivo del Xacobeo 2010, de forma que cubra los requisitos de ser accesible, permanente, eficaz y satisfactoria.

MATERIAL: Mediante el estudio de la demanda generada durante los anteriores años Xacobeos que tenemos documentados (1997 y 2004), en los que el dispositivo estaba formado por médico y enfermero, se constató que el 75% de las atenciones vienen definidas por patologías propias del peregrino como son las lesiones músculo esquelético y dermatológicas. Dentro de estas, el 25% eran ampollas en los pies. Se concluyó que el dispositivo podría estar atendido por personal de enfermería, en contacto permanente con el personal facultativo de la central de coordinación, como apoyo en aquellas demandas que superen las competencias del personal enfermero.

Se mantuvieron reuniones con el personal contratado para el mismo, para explicarle el funcionamiento y las expectativas.

Se procedió al diseño del dispositivo asistencial, y al desarrollo de una aplicación informática para el registro de la actividad enfermera siguiendo el Proceso de enfermería.

RESULTADOS: Puesta en marcha de dicho dispositivo el día 1 de Abril. Análisis y soluciones de las incidencias que se van produciendo.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha de un dispositivo asistencial con personal enfermero, coordinado con una Central de Coordinación que puede dar apoyo a través del personal facultativo, es un valor añadido a la asistencia, cumpliendo criterios de calidad y eficiencia.

PALABRAS CLAVE: dispositivo, asistencial, enfermería

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA AMBULANCIA MEDICALIZADA OPTIMIZANDO EL MANTENIMIENTO DEL RECURSO

Aguilera Luque JM (1), Castillo Iglesias S (2), Caamaño Martínez M (3), Chayán Zas MI (4), Barreiro Díaz MV (5), Iglesias Vázquez JA (5)

(1) Coordinación-asistencial, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (2) Asistencial, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (3) Atención al Usuario, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (4) Formación, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061. (5) Dirección, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061.

OBJETIVOS: Minimizar los posibles eventos adversos derivados de un deficiente mantenimiento y gestión de material, fármacos y equipos de una unidad de soporte vital avanzado (USVA).

MATERIAL: En primer lugar se realizó un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) para determinar los potenciales fallos y efectos asociados al procedimiento en desarrollo para el mantenimiento de la operatividad de la USVA, se priorizó aquellos con número de prioridad de riesgo (NPR) más elevado, y se discutieron las posibles acciones de mejora. Se establecieron como acciones de mejora actualizar el procedimiento de revisión de las USVA y mejorar los sistemas de registro y notificación. Se siguió el proceso de "estructura de la documentación del sistema de gestión de la calidad "aprobado. Se desarrolló un sistema de información informatizado para los registros derivados del procedimiento y la mejora de la comunicación en el servicio.

RESULTADOS: Documento sistematizado: Mantenimiento de la operatividad de la USVA, utilizando la metodología de gestión por procesos. Difusión en la intranet y distribución a todos los responsables de USVA y los Jefes de Base.

Creación de una aplicación Web desde la intranet 061 para el registro de la actividad derivada de la instrucción, comunicación on line de incidencias y propuestas de mejora a responsables de área, y registro automático de cambios de vehículos.

CONCLUSIONES: Los procedimientos documentados y sistematizados permiten homogeneizar las actuaciones de los trabajadores, minimizando la posibilidad de fallos y errores que puedan tener consecuencias negativas sobre los pacientes. Las nuevas tecnologías representan una oportunidad extraordinaria para la gestión de la información. Contribuyendo a mejorar la comunicación entre los profesionales, y la capacidad de análisis para la gestión.

PALABRAS CLAVE: seguridad, paciente, ambulancia

LA GESTIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DE SANT RAFAEL

Mestres C (1), Monsó A (2), Gimeno P (3), Pujol D (4), Nicolas I (4)

(1) Calidad y Seguridad de Paciente, Hospital Sant Rafael. (2) Anestesiologia, Hospital Sant Rafael. (3) Enfermería, Hospital Sant Rafael. (4) Consultoria, Athenea Solutions.

OBJETIVOS: El Hospital de Sant Rafael de Barcelona (Hospital general de 200 camas, con un 27% de hospitalizaciones de especialidades médicas, 67,3% de especialidades quirúrgicas y 5.7% de salud mental) está en proceso de implantación de la Gestión por Procesos. Dicho proyecto busca afianzar en el Hospital la cultura de la excelencia en la gestión, y obtener entre otros los siguientes beneficios:
- Estandarizar la actividad del Hospital
- Implicar a los profesionales mediante el trabajo en equipos multidisciplinares
- Allanar la organización, con la figura del propietario de proceso y los grupos de expertos
- Centrarse en el paciente, enfocando los Procesos Asistenciales a su satisfacción
- Facilitar la mejora continua
- Mejorar la eficiencia y la eficacia

MATERIAL: La metodología que se está siguiendo para la implantación de la Gestión por Procesos consta de las siguientes fases:
1 .Identificar los procesos del Hospital: como primera etapa, el comité de dirección juntamente con otras personas clave del Hospital elaboraron el Mapa de Procesos, en el que se identificaron los procesos estratégicos, operativos y de soporte del Hospital.
2. Priorizar la definición de los procesos: seguidamente se planificó la implantación de los distintos procesos clave, empezando por el proceso de Atención Quirúrgica.
3. Formar a los profesionales que han de participar en la definición de los procesos.
4. Definir uno a uno los distintos procesos, abordando dicha tárea a distintos niveles:
4.1. Definición global, en la que se define la misión, los límites y el diagrama IDEF de subprocesos
4.2. Definición de los subprocesos, mediante su misión, límites y su correspondiente diagrama de flujo
4.3. Implantación del proceso, donde se definen los indicadores que permiten monitorizar el proceso y se comunica al resto del Hospital los resultados obtenidos.
5. Mejora continua del proceso: anualmente se realizan planes de mejora en base a las incidencias y oportunidades de mejora identificadas.

RESULTADOS: La definición del proceso de atención quirúrgica empezó en marzo y finalizó en octubre. Cabe destacar los siguientes resultados obtenidos:
- en la definición del proceso han participado más de 30 profesionales, entre personal administrativo, enfermería, auxiliares, cirujanos y anestesistas.
- se han realizado aproximadamente 30 reuniones de trabajo.
- se han definido y diagramado los distintos subprocesos de la atención quirúrgica: Planificación, Evaluación Preoperatoria, Admisión, Preparación preoperatoria en hospitalización, Preparación preoperatoria en la UCSI, Intervención en el área quirúrgica, Recuperación postquirúrgica en la UCPQ, Recuperación postquirúrgica en la UCSI, y Intervención de cirugía menor.
- se ha identificado un propietario del proceso global y un propietario y un grupo de expertos para cada subproceso, que se encargan de su gestión y mejora.
- finalmente, uno de los mayores beneficios que está aportando este sistema de gestión es que permite identificar problemas y oportunidades de mejora. Durante las distintas reuniones de definición los grupos de expertos han identificado más de 100 problemas y oportunidades, que se han priorizado y trabajado en grupos multidisciplinares.

CONCLUSIONES: La implantación de la gestión por procesos en la Atención Quirúrgica ha supuesto una nueva manera de trabajar, mucho más métodológica y abierta. El trabajo en equipos multidisciplinares ha sido una novedad muy bien acogida por todos los profesionales y que proporciona una visión más integral de todo el proceso asistencial, permite mejorar la satisfacción del paciente, así como implicar y motivar a los distintos profesionales del Hospital que ven como su opinión y criterio es fundamental, independientemente de su posición en el organigrama.
Se han podido detectar muchas oportunidades de mejora, que se pueden abordar con mayor facilidad y motivación por parte de los profesionales implicados.

PALABRAS CLAVE: Gestión por procesos, Bloque quirúrgico

1528 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

EVALUACIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA EN URGENCIAS.

Moreno-Reina S (1), Torrecillas-Gómez MM (1), Esteban-Lloret Cn (1), Pérez-Costa R (1), Reyes-Reyes Cm (1), De Leon-Robert A (1)

(1) Urgencias, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: Evaluar los tiempos intermedios de atención en el proceso de urgencias y compararlos con los resultados previos. Establecer su relación con nivel de triaje.

MATERIAL: Se ha recogido una muestra de 210 casos por muestreo aleatorio sistemático, entre los pacientes atendidos en el servicio de urgencias en Mayo de 2009. Como referencia contábamos con un estudio similar realizado en el año 2008. Se han recogido datos de día de la semana, turno de la atención, nivel de triaje y tiempos de espera de triaje, radiografía, analítica y tiempo total de estancia. Se utilizó el test de la T de Student para comparación de medias, tomando como nivel de significación el 95%.

RESULTADOS: La media de primera asistencia es de 12,7 minutos con un error estándar de ±0,7. El tiempo medio de realización de radiografía ha sido de 63 minutos (e.e. ±2,9), el de analítica de 68,3 minutos (e. e. ±2,1) y el total de de 151 minutos (e. e. ±6,4).

Comparando con los datos del año anterior, se ha mejorado el tiempo de realización de radiografías (previo 78,8 minutos) y de primera asistencia (previo 16,6)

Hemos encontrado diferencias significativas según el día de la semana, con el tiempo de realización de radiografías y el tiempo de estancia total, con duraciones más cortas en ambas en domingo ($p<0,05$). También se ha evidenciado significación estadística en las diferencias por turno en la realización de la rx con 69,7 minutos en la mañana, 66,3 minutos en la tarde y 46,7 minutos en la noche ($p>0,01$). Como era de esperar también se han encontrado asociación significativa entre nivel de triaje y tiempo de primera asistencia y tiempo de estancia total.

CONCLUSIONES: Se ha mejorado en primera asistencia facultativa y tiempo de realización de la radiografía respecto al año pasado.

Se han detectado diferencias de duración en función del día, y del turno de la asistencia.

PALABRAS CLAVE: Monitoreo, Servicio de urgencias, tiempos de espera

1563 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008 EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DEL HGUCR

Cañuelo-Merino T. (1), López-Menéndez C. (2), Calvo-García M. (2), Zarca -Díaz De la Espina. M. A. (2), Luna-Díaz S. (2), Molino-Trinidad C. (2)

(1) Calidad-Radiología, Hospital General Universitario de Ciudad-Real. (2) Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad-Real.

OBJETIVOS: Exposición descriptiva de Certificación ISO 9001:2008 en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

MATERIAL: Normas ISO 9000:2008

Descripción del proceso de certificación desde su gestación a la obtención de dicha certificación

DESARROLLO

- Decisión de emprender el proyecto tanto de Dirección Gerencia como de los Jefes de Servicio.

- Se emprende la certificación común de los Servicios de Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radiofísica con procedimientos generales comunes a los tres servicios pero con registros específicos para cada uno de ellos.

- Procedimientos propios del Servicio.

- Diagramas de flujo.

- Profesionales que intervienen en las diferentes etapas del proceso.

RESULTADOS: -Obtención de Certificación.

-Análisis y evaluación de indicadores.

-Obtención de objetivos.

-No conformidades y Acciones correctivas.

-Mejora en asistencia a pacientes, y para los trabajadores.

-Evaluación de proveedores internos y externos.

-Pr

CONCLUSIONES: Durante el proceso de obtención de la certificación, se ha logrado una implicación de la mayoría de los profesionales del Servicio, se han definido perfiles y funciones de las diferentes categorías implicadas en el servicio.

La certificación ha supuesto un mejor conocimiento del proceso asistencial del Servicio por parte de los profesionales, sus fortalezas y puntos débiles.

PALABRAS CLAVE: Certificación, Proceso, Normas ISO

HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE INTERACCIONES ENTRE PROCESOS

Muñoz-Miguel,C (1), Angulo-Orue, JI (2), Bacigalupe-Artacho,L (3), Angulo-Preciado,JI (4), Sánchez-Fernández,M (5), Murgoitio-Lazcano, Mª a (6)

(1) Calidad - Enfermera de Calidad, Hospital Alto Deba. (2) Dirección - Director Gerente, Hospital Alto Deba. (3) Dirección dePersonal- Directora, Hospital Alto Deba. (4) Radiología, Hospital Alto Deba. (5) Urgencias - Jefe de Servicio, Hospital Alto Deba. (6) Servicios Generales, Hospital Alto Deba.

OBJETIVOS: •Diseñar una herramienta informática que permita registrar información sobre la comunicación y coordinación entre los diferentes procesos.

•Tener controladas el no cumplimiento de los requisitos marcados en las interacciones entre procesos.

•Analizar los puntos críticos.

•Establecer áreas de mejora.

MATERIAL: • En el Comité de Calidad se ve la necesidad de diseñar un programa informático que les permitiera comunicarse y coordinar entre todos los procesos.

• Se formó un grupo de trabajo constituido por Gerencia, Calidad e Informática, quienes elaboraron el contenido del programa

•Servicio de Informática diseña un programa junto con la creación del manual de utilización.

•Informática y Calidad realizó la formación a todos los mandos intermedios en cuanto al uso y objeto del programa. Se basa en que el emisor registra una incidencia al receptor, este analiza la causa-raíz que ha originado dicha incidencia, emitiendo una respuesta y proponiendo área de mejora.

•Gerencia y Calidad realizan el seguimiento de tiempo de respuesta del receptor.

•Se forma un Comité de Análisis de Incidencias quienes velan por el cumplimiento del objeto del programa y realiza el seguimiento de la implantación de las áreas de mejora.

RESULTADOS: Programa informático dinámico

•Nº incidencias: Año 2007: 18 Inc. / Año 2008: 99 Inc. / Año 2009: 44 Inc.

•Tipo de incidencia:

2007: 44.44 % demoras y 38.39 % organización coordinación

2008: 20.20% organización-coordinación/ 18.18%Información / 10.10% Alimentación

2009: 42 % organización-coordinación / 20 % Seguridad del paciente / 9% Información

•Áreas de mejora

Año 2007: Implantadas 5

2008: Implantadas 23

2009: Implantadas 18

CONCLUSIONES: •Permite un análisis y resolución eficaz, eficiente y ágil

•Evolución en la capacidad de análisis entre los Profesionales dejar de verlo como critica y considerar oportunidad de mejora.

•Permite toma de decisiones estratégicas

PALABRAS CLAVE: Incidencia, Análisis, Mejora

EL GUÍA PARA EL LOGRO DE LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO: APOYO AL JEFE CLÍNICO

Angulo-Orue,JI (1), Yarritu-Fernández,C (2), Muñoz-Miguel,C (3), Angulo-Preciado,JI (4), Zubizarreta-Urcelay,P (5), García-Puertas,C (6)

(1) Dirección - Director Gerente, Hospital Alto Deba. (2) Dirección- Directora de Enfermería, Hospital Alto Deba. (3) Calidad-Enfermera de Calidad, Hospital Alto Deba. (4) Radiología, Hospital Alto Deba. (5) PLANTA-Supervisora de Enfermería, Hospital Alto Deba. (6) Sº Traumatología-Facultativo, Hospital Alto Deba.

OBJETIVOS: Guiar y apoyar al Jefe de Servicio en el ejercicio de su responsabilidad en materia de Calidad haciendo que se cumplan los procesos según los criterios de Calidad establecidos.

•Proveer a los Servicios Clínicos de los medios necesarios (humanos y de Gestión) para gestionar las acciones correctivas y/o preventivas necesarias.

•Generar hábitos y pautas de comportamiento en la relación entre las personas orientadas a asegurar y cumplir los compromisos de calidad asumidos por el Hospital

MATERIAL: Creación de figuras claves:

•Jefes de Servicio: función de Liderazgo "resonante".

•Kaligidaris: Una persona del Servicio (Clínicos y Supervisora) que actúan conjuntamente como asesores con el Jefe de Servicio para garantizar la Calidad.

•Procesos de apoyo: Calidad, Comisión de Historias Clínicas y Atención al Paciente.

Requisito: El compromiso de todos ellos.

Clave: Somos un Equipo. Compromiso colectivo.

Funciones: Análisis, valoración de las áreas de responsabilidad de cada uno (Clínico y/o de organización) para guiar al Jefe de Servicio y ayudarle en sus acciones de mejora.

Seguimiento y valoración del progreso, reuniones periódicas con informes de progreso (Gerencia, Directores Asistenciales, Jefes de Servicio, Kaligidaris y Calidad.

RESULTADOS: Cumplimentación de solicitudes entrada en lista Quirúrgica

•Programaciones quirúrgicas en tiempo y forma

•Protocolo consensuado de Pase de Visita

•Trazabilidad del paciente con establecimiento de Médico referente.

•Mejora en los parámetros de Historias Clínicas en las Revisiones Periódicas

•Información al paciente en acogida, asistencia y alta.

CONCLUSIONES: Aceptación y cumplimiento de su Misión como una responsabilidad delegada.

Respeto por el sistema de calidad y con los valores del Hospital en esta área de trabajo.

Aceptación del error como oportunidad de mejora.

El Feedback como instrumento de mejora y crecimiento profesional.

Trabajo en Equipo.

PALABRAS CLAVE: EQUIPO, CALIDAD, LIDERAZGO

1610 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

HACIA LA COORDINACIÓN SALUD MENTAL - ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA DE UN PROYECTO DE CALIDAD.

García-Gómez MA (1), Iglesias C (1), Latorre JI (2), Pereyra L (1), Saa D (1), Gomez-Chagoyen B (1)

(1) Psiquiatria, Hospital Obispo Polanco. (2) Psiquiatria, Centro Salud "El Ensanche".

OBJETIVOS:

El objetivo principal es mejorar la coordinación y derivación de Atención Primaria y salud mental a través de los siguientes objetivos específicos:

- Información suficiente en la hoja de interconsulta

- Llamar durante los 7 días siguientes de la recepción de la interconsulta para establecer cita con el paciente

- Informar de los criterios de derivación a psicología y a psiquiatría

- Informar de los criterios de atención "preferente"

MATERIAL: Se analizaron las 150 últimas primeras visitas atendidas en 2007. Con estos resultados se elaboró un documento informativo con las mejoras y objetivos a realizar que se envió a los coordinadores de Atención Primaria. A los 6 meses de la remisión de la carta a los Coordinadores el equipo revisó 200 primeras visitas consecutivas para cuantificar la mejora de los indicadores.

RESULTADOS: De un 74,3% de interconsultas en las cuales no existía una información de calidad mínima se observa un descenso hasta el 51,6%.

Por otro lado,sólo en el 8% de las interconsultas derivadas como "preferentes" no se apreció una sintomatología que no lo justificase.

El número de pacientes remitidos a psiquiatría o psicología que hubiese estado más indicado remitir a la otra consulta es prácticamente cero, pero sigue existiendo un 22,5% de interconsultas remitidas genéricamente a "Salud mental".

CONCLUSIONES: El objetivo de toda consulta especializada es la justicia asistencial, es decir, que aquellos que mas lo necesitan sean los que mas recursos dispongan. Esto se logra a través de una buena cordinación y continuidad entre los diferentes dispositivos de la cadena asistencial. Por esta razón creemos muy importante lo logrado en la modalidad de derivación. Se logró que sólo el 8% de las derivaciones remitidos como preferentes no fueran adecuadas según los criterios de salud mental. De esta manera, los pacientes mas graves y/o con una necesidad de asistencia mas temprana pueden ser atendidos con la celeridad y frecuencia que merecen.

PALABRAS CLAVE: PRIMARIA, SALUD MENTAL, COORDINACIÓN

1632 | Organización y Gestión: Gestión por Procesos

CONTINUIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA DESDE PEDIATRÍA

Calzada -Barrena J. (1), Blarduni -Cardón E. (2), Molero -Pérez B (3), Zuazo- Zamalloa E (1), López De Munain -Ormazabal MC (1), Azkacibar -Larrañaga Mg (1)

(1) Pediatria , Hospital de Zumarraga (Pediatria -Unidad de Gestión Sanitaria). (2) Pediatria, Hospital de Zumarraga (Pediatria -Unidad de Gestión Sanitaria). (3) Unidad de Gestión Sanitaria, Hospital de Zumarraga (Pediatria -Unidad de Gestión Sanitaria).

OBJETIVOS: Objetivo

El Hospital de Zumarraga esta en la zona del Goierri en Guipúzcoa. En el año 2009, pediatría atendió 4872 niños en el servicio de consultas externas, a estas consultas se añaden unas 200 telefónicas al mes, lo que supone una dedicación añadida al servicio pediátrico tradicional.

En el Hospital de Zumarraga está aumentando la demanda asistencial en pediatría, incrementado por la falta de pediatras en Atención Primaria. Al contar con el mismo número de pedíatras y siguiendo las directrices del Gobierno Vasco, apostamos por consultas telefónicas programadas.

MATERIAL: El servicio de pediatría y la unidad de gestión sanitaria, tras varias reuniones, para absorber la demanda creciente del servicio y dar una asistencia de calidad se propuso a la dirección las consultas telefónicas programadas. Al paciente-cliente y a los médicos de Atención Primaria se les proporciona el número telefónico de contacto para que tengan acceso a este servicio. Para una mejor agilidad a la consulta telefónica, el pediatra tiene que tener acceso a la historia clínica y dejar constancia de la misma.

RESULTADOS: Gobierno Vasco, Osakidetza y el Hospital nos han marcado unas estrategias de actuación. Estamos trabajando por la continuidad y accesibilidad del servicio, donde el paciente –cliente puede tener acceso a una información asistencial diario, ya sea presencial o telefónica. Esta llamada es bi-direccional. Agilizamos la demanda del usuario al responderle a sus inquietudes o necesidades llamando a un número de teléfono.

CONCLUSIONES: El paciente-cliente tiene información en cada momento, sin lista de espera. Disminuye la demora y asistencia al servicio de urgencias.

Realizamos interconsultas con médicos de Atención Primaria principalmente, agilizando la atención de nuestros pacientes.

Evitamos desplazamientos al hospital, lo que supone un ahorro de tiempo para el paciente-cliente.

PALABRAS CLAVE: CONTINUIDAD, ASISTENCIA, PEDIATRIA

[TEST] IMPLANTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008

Test3 (1), Poblete-García V.M. (2), Soriano-Castrejón A.M. (2), García-Vicente A.M. (2), Talavera-Rubio M.P. (2), Palomar-Muñoz A. (2)

(1) Calidad-Medicina Nuclear, Hospital General Universitario de Ciudad-Real. (2) Medicina Nuclear, Hospital General Universitario de Ciudad-Real.

OBJETIVOS: Exposición descriptiva de Certificación ISO 9000:2008 en el Servicio de Medicina Nuclear del H.G.U.C.R.

Sistemática utilizada.

MATERIAL: Normas ISO 9000:2008

Descripción del proceso de certificación desde su gestación a la obtención de dicha certificación.

DESARROLLO

- Decisión de emprender el proyecto tanto de Dirección Gerencia como de los Jefes de Servicio

- Realización de procedimientos Generales de Servicios pero con documentación independiente.

- Procedimientos propios del Servicio

- Diagramas de flujo

- Profesionales que intervienen en las diferentes etapas del proceso

- Indicadores, objetivos, listados de documentación y registros.

RESULTADOS: - Obtención de Certificación

- Realización de No conformidades, sobre las cuales se realizan acciones correctivas o se proponen pendientes de realizarlas.

- Análisis de indicadores. Que evaluados nos ayudan a realizar acciones de mejora y obtención de

CONCLUSIONES: Es el mejor método para mejorar la calidad y satisfacción de cara a nuestros clientes externos e internos,consiguiendo así una fidelización de estos a nuestro Servicio.

Participación de proveedores y clientes para realizar nuestras propuestas de mejoras.

PALABRAS CLAVE: Certificación, ISO , objetivo

ANÁLISIS DE INCIDENCIA Y MANEJO CLÍNICO DE LA COLECISTITIS AGUDA.

Orbegozo-Alberdi I (1), Zavala-Aizpurua E (1), Goenai-Iglesias I (1)

(1) Osakidetza, Hospital Donostia.

OBJETIVOS: La colecistectomía es una intervención frecuente en nuestro medio y es el tratamiento de elección de la colecistitis aguda aunque al ingreso.
Una revisión sistemática reciente, concluye que la colecistectomía laparoscópica (más eficaz que la abierta) realizada durante la fase aguda, menos de siete días desde el inicio de los síntomas, comparada con la misma intervención realizada al menos seis semanas desde su ingreso, no aumenta la mortalidad y es tan segura como esta última, además, tiene la ventaja de disminuir los días de estancia hospitalaria
Conocer la incidencia de esta patología en nuestro hospital
Revisar el manejo clínico de estos pacientes
Comparar nuestros datos con la literatura

MATERIAL: Estudio: descriptivo retrospectivo
Población y muestra: todos los pacientes con diagnóstico principal de colecistitis aguda 2008. (574.0x, 574.3x, 574.6x, 574.8x, 575.0, 575.12 como Dx ppal) atendidos en 2008 .
Variables a estudio.
Edad, Sexo, Régimen de ingresos, Fehas de ingreso, Intervención y Alta. Tipo de ingreso, tipo de intervención, tipo de cirugía técnica quirúrgica, , comorbilidades, complicaciones , reingresos, tiempo en lista de espera, antecedentes de colelitiasis o colecistitis, tratamiento, hospitalización a domicilio.
Fuentes de datos: Historia clínica. Bases de datos informatizadas (Osakliniker)

RESULTADOS: Nº casos detectados por OSAKLINIKER 178
Nº casos anulados 28
Nº casos estudiados: 144
Datos demográficos Edad media 67,4 (24-94) Hombres 52%, 48% mujeres.
El 80% ingresos urgentes, 20% programados.
Estancias
La estancia media fue de 9,3 dias (0-36) siendo la mediana 7 dias y la moda 7 dias
Antecedentes personales
Solo 27 pacientes (20%) refieren antecedentes de colecistitis / colelitasis, para el era primer episodio.
Antibioterapia
Todos los pacientes fueron tratados con antibióticos, siendo los más utilizados el ertapenem , la piperazilina-tazobactam y augmentine .
Intervención
No intervenidos 23%
Intervenidos 77%
Intervenidos en mismo episodio 51%
Intervenidos posteriormente: 49%
Durante este tiempo, 6 pacientes fueron hospitalizados por nuevo episodio de colecistitis. La estancia media del segundo ingreso fue de 5,14 días .
Hospitalización a domicilio
No utilizada habitualmente
Complicaciones postqirúrgicas 14%
5 en cirugía laparoscópica
7 abierta en cirugía abierta
4 en intervenciones laparoscópicas convertidas a laparotomías.
No diferencia de complicaciones entre intervenciones urgentes y programadas.
Reingresos: relacionados con el epsisodio 5 pacientes

CONCLUSIONES: * Gran variabilidad en el manejo de esta patología y que afecta todos los niveles del proceso : técnica quirúrgica, momento de la intervención , antibioterapia....
* La técnica quirúrgica utilizada, (laparoscopia o abierta) depende del equipo quirúrgico más que del tipo de paciente.
* Las complicaciones parecen independientes de la técnica realizada.
* No existe un criterio único en el uso de la antibioterapia en el episodio agudo
* .Áreas de mejora:

Orbegozo-Alberdi I

571 | Responsabilidad Social Corporativa

¿ES MEJORABLE LA MEDICIÓN QUE REALIZAMOS DE LA "CALIDAD ASISTENCIAL" PRESTADA A NUESTROS CIUDADANOS?

Regidor-Fuentes I (1), González- Arza E (2)

(1) Calidad, Comarca Interior - Osakidetza. (2) Organización y Sistemas, Red de Salud Mental de Bizkaia.

OBJETIVOS: Los ciudadanos son parte interesada clave en Osakidetza, puesto que el paciente es el "centro y objetivo de toda nuestra actividad asistencial". Los principios bajo los que actuamos son los de "equidad, eficiencia y calidad", y por ello, es responsabilidad de nuestros centros mejorar la calidad que prestamos, "contribuyendo al desarrollo de la comunidad en que vivimos".

Las organizaciones de la red trabajan bajo estos principios, orientando su estrategia a la mejora de los servicios ofrecidos a sus usuarios, y para obtener información que permita avanzar en esa línea, han establecido sistemas de indicadores que miden los resultados en dicho ámbito.

Como trabajo de un master en RSC, se realiza un estudio que, partiendo del análisis de las experiencias existentes, propone un sistema de indicadores de medición de la calidad asistencial en Osakidetza, que permite cuantificar la mejora, establecer comparaciones entre centros y facilita la evaluación del impacto real en el paciente de los modelos de excelencia de gestión adoptados.

MATERIAL: Revisión bibliográfica a través del Índice Médico Español sobre el concepto de calidad asistencial y su medición.

Revisión de los distintos sistemas de indicadores utilizados por las organizaciones de Osakidetza para evaluar la calidad asistencial prestada a sus usuarios, utilizando como material de análisis las memorias EFQM presentadas por los centros al premio vasco a la calidad.

Adaptación de la metodología CMI-IRIS (Cuadro de Mando Integral del grupo de integración y de reingeniería de la Universidad Jaume I) al sector sanitario y utilización de la misma para la elección de indicadores adecuados de medición de la calidad asistencial.

RESULTADOS: Se detecta variedad en los indicadores utilizados y en algunos casos es cuestionable su eficacia.

Es posible establecer un sistema de indicadores de medición de la calidad asistencial válido y extrapolable a diferentes organizaciones.

Una medición válida y extrapolable a toda organización puede incluir indicadores referentes a la cumplimentación de la historia clínica (eje vertebrador de la asistencia), sistema hasta el momento no utilizado, puesto que una mayor y mejor información contenida en ella facilita al profesional la toma de decisiones clínicas.

CONCLUSIONES: La validez de un sistema de medición de la estrategia puede residir en la no complejidad y la utilización de un método para elección y seguimiento de indicadores.

Medir la calidad asistencial es un tema debatido en la literatura, clave para evaluar si los resultados obtenidos aseguran el cumplimiento de nuestra misión, necesario para orientar la mejora, y la principal responsabilidad social corporativa de este sector.

PALABRAS CLAVE: Medición, Calidad, Asistencial

897 | Responsabilidad Social Corporativa

LA COMUNICACIÓN, EFECTO BOOMERANG

Terradellas-Antoñanzas L (1), Jover-Moreno A (2), Gross-Zapata A (1), Pujol-Colomer J (3)

(1) Comunicación y Marketing, Hospital Plató. (2) Directora Responsabilidad y Gestión Social, Hospital Plató. (3) Director General, Hospital Plató.

OBJETIVOS: Hospital Plató quiere comunicar, es decir, dialogar, escuchar, orientar, motivar, y analizar los efectos que esto provoca en las personas que forman Hospital Plató. Nos interesa conocer qué esperan de nosotros tanto los profesionales que trabajan en el hospital, como los pacientes, familiares y vecinos, qué quieren saber, si lo que hacemos lo hacemos bien, si se puede mejorar o hay que seguir investigando y probando nuevas vías y canales de comunicación para adaptarnos y llegar a todos los grupos sociales de nuestro barrio, principalmente.

MATERIAL: Los canales de comunicación utilizados son diversos y adaptados al público al que nos dirigimos:

- intranet propia Minerva Gestión (con un espacio Minerva Comunicación Infórmate, dedicado a la comunicación formal de carácter descendente o transversal; Minerva Comunicación Exprésate, dedicado a la comunicación informal entre profesionales; Minerva Comunicación Innova, dedicado a la propuesta de ideas y gestión del conocimiento; y el espacio Portal del Empleado)

- memorias de sostenibilidad y responsabilidad social
- correos electrónicos
- cartas
- folletos
- pósteres
- presentaciones, Jornadas Estratégicas, etc.

En cuanto a los métodos usados para conocer la opinión de las personas a las que se dirige Hospital Plató:

- estudios de imagen y posicionamiento (consultoría externa)
- estudios de alianzas (consultoría externa)
- focus groups
- encuestas
- entrevistas en profundidad
- creación de comisiones y/o grupos específicos

RESULTADOS: Los resultados de las investigaciones llevadas a cabo mostraron la necesidad de invertir en el re posicionamiento del hospital, dado el cambio estratégico que se produjo en 2002, que la percepción global entre los grupos de interés es positiva, aunque se observa cierto desconocimiento con respecto a las políticas medioambientales, ciertas acciones de responsabilidad social y gestión de la calidad, que el liderazgo y la implicación de los profesionales de Hospital Plató se percibe muy positivamente entre los principales grupos de interés.

CONCLUSIONES: Las principales conclusiones a les que se llegó con sendas investigaciones (algunas de estas acciones ya se han llevado a cabo y otras estan en fase de desarrollo), fueron:

- cambio de imagen: de Clínica Plató Fundació Privada a Hospital Plató
- mejora de las instalaciones y accesibilidad al centro
- creación de una intranet
- actualización de la página web
- newsletter
- refuerzo del mensaje a través del story telling (vídeos cortos, elaborados por nuestros propios profesionales)

PALABRAS CLAVE: Personas, ComunicándoNOS, Responsabilidad

DIFUSIÓN CONVENIO DE ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES FISCALÍA/SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Rodríguez-Martínez MP (1), Gómez-Martínez J (1), García-Escribano E (2), Guijarro-Bernal R (2), Alarcon-Sabater P (3)

(1) Coordinación Plan de Agresiones. Dirección General de.Recursos Humanos., Servicio Murciano de Salud.. (2) Servicio Jurídico , Servicio Murciano de Salud.. (3) Dirección General de.Recursos Humanos, Servicio Murciano de Salud..

OBJETIVOS: Describir las principales características y mejoras producidas tras la puesta en marcha del Convenio.

MATERIAL: Se describe el inicio y principales características del Convenio de Actuación ante agresiones a profesionales sanitarios suscrito recientemente entre el Fiscal Superior de la CCAA de Murcia y el Servicio Murciano de Salud.

Firma de Convenio entre ambas Instituciones. Dicho documento recoge los objetivos generales, un compromiso de dotación de medios por ambas partes, compromiso de difusión interna del mismo, y un protocolo de actuación. La vigencia del mismo será hasta el 31/12/2013

RESULTADOS: -El profesional, podrá establecer en la propia denuncia como domicilio a efectos de notificaciones el Centro Médico donde presta servicios o la sede del propio Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud.

-Las denuncias se podrán interponer formalme

CONCLUSIONES: Dicho Convenio interesa a todas las categorías profesionales.

Constituye motivo de seguridad personal de datos para los agredidos.

Importante avance en tiempos de espera para interponer denuncias.

Importante avance en tiempos de espera para señalamiento de Juicios.

PALABRAS CLAVE: FISCALIA, SERVICIO DE SALUD, CONVENIO

¿ES ADECUADA LA APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS PARA LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

Lozano-Marín J (1), Fajardo-González R (1), Martínez-Cantero J (1)

(1) Unidad de Quirófano, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: En nuestro hospital se ha diseñado el plan de cuidados estandarizado para los pacientes que se intervienen de colecistectomía por vía laparoscópica pero consideramos interesante conocer la predisposición del personal que tiene que aplicarlos.Determinar si los planes de cuidados estandarizados son garantía de calidad desde la perspectiva de la enfermera asistencial. Asimismo determinar el grado de satisfacción de los enfermeros para trabajar con esta metodología.

MATERIAL: Diseño de estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Unidad de Área quirúrgica del Hospital Morales Meseguer. Población: enfermeros fijos, interinos y contratados en el periodo de febrero a mayo de 2010. El trabajo se lleva a cabo a través de un cuestionario elaborado para tal fin que consta de 8 preguntas con tres opciones de respuesta.

RESULTADOS: 35 cuestionarios entregados. Se ha obtenido una tasa de respuesta del 77.1% (n=27). 18 enfermeros (51.4%) piensan que, a través de los planes de cuidados se individualizan de forma más coherente dichos cuidados. Frente a 4 enfermeros (11%) que no están de acuerdo. 16 enfermeros (45.7%) piensan que sí son garantía de calidad frente a 9 enfermeros (25.7%) que dicen que no son garantía de calidad. Asimismo, 20 (57.1%) coinciden en que estarían más satisfechos mientras que 4 (11.4%) dicen que no lo estarían.

CONCLUSIONES: A través de los resultados obtenidos, se observa que los planes estandarizados son una herramienta eficaz para desarrollar de forma individualizada e integral los cuidados; al mismo tiempo que se consigue mejorar la calidad y la satisfacción de los enfermeros al poder desarrollar sus competencias profesionales de forma más científica e independiente

PALABRAS CLAVE: plan de cuidados, enfermería, quirófano

1182 | Responsabilidad Social Corporativa

COMPROMISO Y VALORES CORPORATIVOS: EL CÓDIGO ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

Rubial-Bernárdez, F. (1), Yáñez-López, Asunción (1), Moreno-Alegre, A. (1), Camino-Fernández, E. (1), Vilanova-Fraga, F. (1)

(1) Servizo Galego de Saúde, Hospital Universitario Lucus Augusti.

OBJETIVOS: El Código Ético constituye uno de los elementos principales de la gestión de la responsabilidad social corporativa en cualquier empresa, pero más si cabe en un centro sanitario, donde la interacción de los profesionales entre sí y con los ciudadanos es tan intensa.

Con motivo de la puesta en marcha del Hospital Universitario Lucus Augusti, la Dirección del Centro promovió la elaboración de un documento que fuese la expresión de los valores compartidos y que sirviese como guía de conducta y compromiso a todos los que trabajamos en el hospital, tanto en la relación con las personas a las que atendemos y la sociedad a la que nos debemos como en las relaciones entre profesionales.

MATERIAL: Partiendo de estos criterios, la Dirección del Centro encargó al Comité de Ética Asistencial del Hospital la elaboración de un documento borrador para su difusión posterior entre todos los profesionales de la organización y someterlo a sus alegaciones y comentarios. La finalidad, obviamente, era la obtención de un documento con el mayor grado de consenso posible entre todos los trabajadores, y que pudiese reflejar el sentir mayoritario y el compromiso colectivo. Una vez introducidas las aportaciones de interés, el documento fue aprobado en Comité de Dirección y difundido a todos los miembros de la Institución.

RESULTADOS: El Código Ético del Hospital Universitario Lucus Augusti se constituye como un documento de referencia para todos los profesionales del Hospital, constatando el compromiso institucional, la identidad y el sentido de pertenencia de todos y cada uno de nosotros. Fomenta la concienciación en los valores corporativos y fundamenta con razones de carácter ético las decisiones que tomamos a diario en un cuádruple escenario: en relación con la asistencia, en las relaciones socio-laborales, con respecto a la sociedad y en el ámbito de la docencia y la investigación. Se fomenta la deliberación y la reflexión compartida par la resolución de los conflictos diarios.

CONCLUSIONES: El Hospital Universitario Lucus Augusti como organización orientada a las personas y comprometida con ellas y con la sociedad en la que se integra y a la que sirve se ha dotado de un Código Ético como muestra de la voluntad y el compromiso colectivo en la defensa de unos valores comunes que fortalecen a la organización, orientan la actuación y la conducta de todos y cada uno de sus profesionales y fundamentan nuestra labor diaria.

PALABRAS CLAVE: Código Ético, Responsabilidad Social Corporativa, Valores Compartidos

1228 | Responsabilidad Social Corporativa

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN AL PROGRAMA DE APOYO A LA PRIMARIA DE SALUD MENTAL

González Cáceres A (1), García Caro Y (1), Cañada Nogues J (1), González González L (1), Moreiras Salguero (1), Ramos Montes J (1)

(1) Unitat de Gestió de Qualitat, Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

OBJETIVOS: Integración de la atención de salud mental en los centros de Atención Primaria mediante el conocimiento de forma amplia de la opinión de los profesionales que trabajan en los Centros de Atención Primaria para poder ofrecer el apoyo necesario en los casos en que el abordaje precise de la intervención de los profesionales de la salud mental

MATERIAL: El Programa de Apoyo a la Primaria (PAP), aparece como un objetivo operativo del Plan Director de Salud Mental de Cataluña, que tiene como objetivo la mejora del apoyo de los equipos de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud. Para dar respuesta ha este objetivo se elabora el proyecto denominado como PAP donde se designa un equipo de profesionales, de forma proporcional a las necesidades especificas del Centro de Primaria, convenientemente formados que, des de los centros de Atención Primaria de salud colaboran en las táreas de diagnóstico y seguimiento individual, en las actividades grupales y en las acciones preventivas y de promoción de la salud. En el equipo participaran psiquiatras, psicólogos y enfermeras de la red de salud mental y adicciones.

Para poder tener un primer acercamiento sobre el conocimiento de dicho programa y el grado de implementación del mismo, desde la Unidad de Gestión de Calidad, se elabora una modelo de encuesta de satisfacción dirigida a los profesionales de Atención Primaria cosa que nos podrá dar un primer punto de vista sobre el programa implementado y la asimilación de los profesionales y si el mensaje que ha llegado es homogéneo y corresponde con el objetivo del programa.

La encuesta se realiza a todos los Centros de Primaria con los que tiene relación todos los Centros de Salud Mental del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, y más concretamente a todos los profesionales que tienen relación directa con el programa.

RESULTADOS: Después de la pasación de la encuesta durante el primer semestre del 2010, a los Centros de Primaria de los 8 Centros de Salud Mental, tenemos un índice de respuesta superior al 30% con lo que tenemos que los resultados serán significativos. Posteriormente se podrá elaborar el informe de satisfacción tanto global como concreto una vez tratados todos los ítems escogidos.

CONCLUSIONES: A partir de esta encuesta podremos saber cual es el mensaje que se ha transmitido, el grado de implementación y cuales serian las áreas de mejora para una mejor relación y mejoras dentro del programa de asistencia a los pacientes. Esto nos puede ayudar a mejorar la relación entre los diferentes profesionales.

PALABRAS CLAVE: Primaria, Salud Mental, Satisfacción

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Cubi Guillen, M Teresa (1), José Luis Colome Blanch (2), Galiana Llasat, M Jesús (3), Ferré Blanch, José Luis (1), Faba Montesó, Joan (2), March Cid, Carmelo (4)

(1) Dirección, Hospital de la Santa Creu. (2) Administración, Hospital de la Santa Creu. (3) Supervisión, Hospital de la Santa Creu. (4) Mantenimiento, Hospital de la Santa Creu.

OBJETIVOS: En 2007 se crea la Comisión Ambiental del HSC con la función de implantar un Sistema de Gestión Ambiental para dar cumplimento a los requisitos del reglamento Eco-Management and Audit Scheme (EMAS).

MATERIAL: Basado en el Sistema de Gestión Ambiental, que establece objetivos para evaluar y minimizar los impactos ambientales de nuestra actividad, procesos, servicios y garantizar el cumplimiento de los requisitos legales ambientales vigentes.

El plan se estructura en un Manual del Sistema de Gestión Ambiental y se plasma en un programa de gestión ambiental.

Los objetivos programados anualmente hasta ahora han sido:

2008 Disminución consumo de agua

Reducción consumo de papel

Introducción del papel reciclado

2009 Reciclaje selectivo envases ligeros

Reciclaje vidrio

Registro consumo tóner y cartuchos de tinta impresoras

Registro residuos grupos I y II

2010 Registro consumo tubos fluorescentes

Registro consumo placas RX

Registro residuos pilas

Encuesta aspectos ambientales indirectos

Todos los registros generados en los objetivos pasan a ser indicadores con recogida de datos periodificada.

Se ha establecido un control de consumo de: agua, electricidad, gas, papel de oficina, papel y cartón, Oxigeno medicinal, cartuchos de tinta, materia orgánica, aceites de cocina y residuos grupo I y II.

RESULTADOS: Se han establecido medidas correctoras para la mejora de los objetivos programados i/o evitar el aumento de consumo. Los resultados globales se recogen anualmente, siendo en 2008 del 75% y el 2009 del 60% de cumplimiento de los objetivos. El aumento de servicios no permite dar datos comparativos significativos, sobretodo por el consumo producido por una nueva unidad de radioterapia. Solo a partir de 2010 se podrán obtener cifras comparativas fiables.

CONCLUSIONES: El Sistema de Gestión Ambiental, incide en la mejora del medio ambiente. Parecen pequeños cambios, pero las cifras finales indican grandes resultados. Dar a conocer una actitud sostenible conlleva a tomar conciencia a las personas involucradas. El escepticismo inicial da paso a un cambio en la cultura y la concienciación de nuestro personal, tanto a nivel profesional como a nivel personal.

PALABRAS CLAVE: sistema gestión ambiental, impacto, reciclaje

LA ORIENTACIÓN LABORAL PARA ESTUDIANTES DESDE EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Cruz-Torres R (1), Vera-Rodríguez (2), Martín Rudilla F (1), Gámiz Domínguez F (1)

(1) Formación Continuada, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área (Servicio Andaluz de Salud). (2) Dirección de Personal y Desarrollo Profesional, Hospital Universitario Virgen Macarena y Área (Servicio Andaluz de Salud).

OBJETIVOS: 1.Orientar sobre la integración en el mercado laboral sanitario

2.Analizar los roles de género y las creencias acerca de éstos en las profesiones sanitarias

3.Informar acerca del funcionamiento del SSPA y el procedimiento de acceso

4.Acercar al contexto educativo el contexto laboral y profesional

5.Conocer el funcionamiento de la Bolsa Única del SAS

MATERIAL: Se realizan charlas educativas en diversos IES de la provincia de Sevilla, además de recibir visitas en el hospital en las que se les explica las diferentes salidas profesionales de las que disponen en el SSPA.

Se utiliza una metodología participativa en la que los alumnos/as participan y además exponen sus dudas y preguntas.

Además se valoró la satisfacción del alumnado e IES después de realizar las charlas orientativas además de la percepción del rol

RESULTADOS: Se ha realizado esta intervención en 13 centros de la provincia de Sevilla

Desde 2008 se ha prestado servicio a más de 1200 alumnos/as

Los resultados obtenidos en las mediciones posteriores a las charlas fueron:

o Un 87% de los alumnos/as la consideraron como “Muy positiva”

o El 10% de los alumnos/as la consideraron como “Positivas”

o Un 3% de los alumnos/as la valoraron como “Indiferentes”

o El 100% de los IES las valoraron “Muy positivas”

o En cuanto al optimismo acerca de su futuro laboral el 35% decían encontrarse más optimistas al finalizar la charla. Sólo el 5% decía encontrarse más pesimista acerca de encontrar trabajo después de la charla orientativa

o Sobre la percepción del rol de género en las profesiones sanitarias, el 68% de los asistentes relacionaban las profesiones de DUE y el 81% de TCAE con perfiles femeninos y un 72% el perfil médico con modelos masculinos. Al finalizar la intervención se cuestionó acerca de la misma temática, obteniendo resultados que indicaban que el alumnado reducía la percepción de estas profesiones como feminizadas hasta un 19% en el caso de DUE y 21% en el caso de TCAE y la percepción acerca del rol de género masculino en el área médica hasta un 15%.

o Un 77% de los/as alumnos/as al comenzar la charla pensaban que había profesiones sanitarias para las que hombres o mujeres eran más aptos. Al finalizar las charlas sólo un 14% del alumnado opinaba de manera afirmativa

CONCLUSIONES: 1. Estas charlas contribuyen a desmontar falsas creencias acerca de los roles de género en las profesiones sanitarias

2. Fomenta el contacto entre el mundo laboral y e educativo

3. Es una experiencia muy valorada por los IES

4. Incremento del rendimiento educativo al conocer las condiciones de acceso a la bolsa SAS

PALABRAS CLAVE: Orientación laboral, Rol de género, Inserción laboral

1493 | Responsabilidad Social Corporativa

ALGO MÁS QUE UNA VIÑETA

Domínguez-Fernández M (1), Gabilondo-Larrañaga E (1), Calleja Sedano P (1), Muñoz-Fernández J (2), Arispe-Ruiz De Gauna J (3), Marrodan-Pérez B (4)

(1) Unidad Básica de Prevención, Hospital Santiago. (2) Dirección-Gerencia, Hospital Santiago. (3) Dirección de Recursos Humanos, Hospital Santiago. (4) Dirección de Personal, Hospital Santiago.

OBJETIVOS: Buscar una herramienta que permita facilitar a todo el personal, información sobre cuestiones relacionadas directamente con la seguridad y salud en su trabajo de un modo ágil y conciso.

MATERIAL: Con objeto de identificar la información a transmitir, se realiza un primer análisis tomando como fuente de información las distintas herramientas utilizadas para la gestión de la Prevención de Riesgos Laborales, principalmente los riesgos identificados en las Evaluaciones de Riesgos, las investigaciones de los accidentes, las deficiencias encontradas durante las visitas de inspección y las consultas emitidas por los propios trabajadores canalizadas a través de la consulta médica o de otros medios.

Los resultados de este análisis arrojan datos significativos sobre la importancia de los accidentes relacionados con material biológico, las lesiones de tipos músculo-esquelético, las caídas o la incorrecta manipulación de productos químicos. Así mismo, se detecta la necesidad de recordar los pasos a seguir en caso de sufrir un accidente de trabajo, como realizar consultas relacionadas con su seguridad y salud y consejos relacionados con el tabaco y la alimentación.

Los conceptos a transmitir han de ser recomendaciones y medidas correctoras fácilmente aplicables, utilizando para ello un leguaje sencillo y directo que facilite la fijación de conceptos. Con este objetivo se opta por la realización de viñetas, de modo que las imágenes den apoyo a la información transmitida.

El medio de comunicación elegido es el correo electrónico, si bien, dado que no todos los trabajadores poseen correo electrónico en el hospital, se solicita a los responsables inmediatos que hagan extensible la información a todos sus trabajadores, por el medio que consideren mas oportuno, habitualmente los tablones de anuncios. Así mismo, la Unidad de Prevención dispone de un tablón informático al que tiene acceso todo el personal desde cualquier ordenador del hospital, donde también se colocan las viñetas.

RESULTADOS: La herramienta creada es una campaña informativa denominada "Prevención Informa", dicha campaña consiste en la emisión bimestral de un tira de viñetas, donde se recoge principalmente medidas y recomendaciones que puedan ayudar a minimizar los riesgos para la salud del trabajador previamente identificados y mejorar de este modo las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

Hasta la fecha han sido emitidas 15 tiras relacionadas con los temas identificados.

CONCLUSIONES: La difusión de la información a través de viñetas proporciona una herramienta ágil, concreta y concisa que puede contribuir a promover actitudes que favorezcan la seguridad y la salud en el trabajo.

PALABRAS CLAVE: Información, Prevención, Riesgos

1501 | Responsabilidad Social Corporativa

MEJORA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS: GRUPOS FOCALES DE DISCUSIÓN.

Uriarte Brizuela, P (1), De Allende Achalandabaso, A (1), Goyeneche Arandia, G (1), Regidor Fuente, I (1), Diaz Gandia, MC (2)

(1) Sanidad, Hospital Galdakao-Usansolo. (2) Osakidetza, Hospital Galdakao-Usansolo.

OBJETIVOS: Conocer las claves de la satisfacción de los trabajadores con índices más bajos de satisfacción en la encuesta de personas 2008 e identificar acciones de mejora realistas orientadas a la mejora de la satisfacción de las personas.

MATERIAL: metodología cualitativa de grupos de discusión (grupos focales) para analizar las claves de la satisfacción de los trabajadores/as del HGU. Partiendo de los resultados de la Encuesta de satisfacción de Personas 2008 y del informe del contraste realizado por el Equipo de Mejora de Personas.

RESULTADOS: Planificación de los Grupos Focales de discusión; 1) Se identificaron los colectivos profesionales cuyos índices de satisfacción en la encuesta 2008 fueran más bajos: Técnico Sanitarios, Personal del área de administración, Auxiliar Enfermería y Personal Subalternos-Celadores. 2) Se constituyeron los grupos focales, cuya composición garantice una adecuada representación atendiendo a variables de Servicio y relación laboral. Para dicha composición se realizó un muestreo aleatorio proporcional, con el apoyo de la Unidad de Investigación del HGU, seleccionando 8 personas en cada uno. 3) Determinación de las variables a trabajar en los grupos focales: reflexiones sobre nivel de satisfacción global; análisis de las variables/dimensiones encuesta satisfacción personas; priorización de las dimensiones de mayor a menor relevancia. 4) Identificación de áreas generales de trabajo a futuro en el HGU: formación, seguridad y salud Laboral, relación mando-colaborador. 5) Elaboración del Informe de contraste del Equipo de mejora de Personas sobre los resultados obtenidos en los grupos de discusión con propuestas de mejora concretas comunes para todo el HGU y por colectivos.6) Identificación de las dimensiones comunes altamente relacionadas con la satisfacción, factores clave de éxito: Condiciones de trabajo y Reconocimiento. 7) Identificación de acciones de mejora que favorecen la satisfacción de los colectivos de estudio: media de 2-3 acciones concretas.

CONCLUSIONES: 1.- Los Grupos focales son un complemento a las Encuestas de satisfacción personas para analizar las claves de la satisfacción e identificar acciones de mejora. 2.- Hemos podido identificar las dimensiones/aspectos comunes con un alto grado de incidencia en la satisfacción de las personas junto con otras claramente diferenciales; factores clave de éxito. 3.- Toda esta información se ha traducido en acciones de mejora concretas orientadas al incrementar la satisfacción de las personas: acciones formativas, y comunicación interna (áreas deficitarias a mejorar) 4.- La opinión de los profesionales es una fuente de información clave para el Proceso de Gestión de Personas.

PALABRAS CLAVE: personas, satisfación

561 | SEGURIDAD

MUTUALIA OBTIENE UN NOTABLE EN SU PRIMERA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Sainz De Vicuña-Bravo L (1), Aguirre-Zubillaga IM (2), Lledó-Vicente P (3), Oleaga-Goia FJ (4), Paz-Pailhez A (2), Ulibarrena-Sainz MA (5)

(1) Organización y Calidad, Mutualia. (2) Asistencia Sanitaria, Mutualia. (3) Medios Ajenos, Mutualia. (4) Urgencias, Mutualia. (5) Dirección Médica, Mutualia.

OBJETIVOS: Mutualia es la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº2, perteneciente a Corporación Mutua. Nuestro sistema de gestión se basa en los principios de la Calidad Total, de acuerdo al modelo EFQM, y ha obtenido reconocimientos como la Q de Oro en 2008 y el Premio Iberoamericano en 2009.

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 2008-2010, y constituyó una Unidad de Gestión de Riesgos (UGR) para su implantación.

En Febrero de 2009 hemos realizado una primera encuesta de cultura de seguridad en Mutualia.

Su objetivo ha sido medir la cultura de seguridad de pacientes de forma comparativa con otras organizaciones, con el fin de identificar los aspectos en los que habría que incidir para mejorarla y hacer un seguimiento de su evolución.

MATERIAL: Se ha utilizado una herramienta auto administrada, válida, y fiable, desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, y que es una adaptación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos.

La encuesta se distribuyó a todas las personas del Área Sanitaria de Mutualia en Abril de 2009. A lo largo de los siguientes meses se fueron recogiendo las respuestas y explotando los resultados, que se han comparado con los resultados de esa misma encuesta en Estados Unidos y en el SNS.

RESULTADOS: La calificación global del clima de seguridad en Mutualia es de un 7,7 sobre 10, frente a los 7 puntos obtenidos por el Sistema Nacional de Salud, en su categoría de Hospitales pequeños.

Mutualia obtiene el "aprobado" en todas las dimensiones de seguridad de pacientes, a diferencia del SNS y AHRQ. Las dimensiones más valoradas son el trabajo en equipo dentro del propio servicio, y las acciones de las personas responsables del servicio que favorecen la seguridad de pacientes. Las menos valoradas son la notificación de eventos adversos y la franqueza en la comunicación.

CONCLUSIONES: La UGR ha estudiado los resultados de la encuesta, definiendo acciones encaminadas a corregir las áreas de mejora detectadas y apuntalar las fortalezas (como, por ejemplo, la implantación del sistema de notificación o la mejora de la coordinación en una de las clínicas).

Mutualia pone en marcha así una herramienta para medir la cultura de seguridad de pacientes en la organización.

PALABRAS CLAVE: ENCUESTA, CULTURA, SEGURIDAD

564 | SEGURIDAD

LISTADO DE VERIFICACIÓN EN EL PROCESO DE INGRESO DE UCI

Robles-Carrión J (1), Vega-Vázquez FJ (1), Pachón-María E (2), Martin-Ramos MI (1)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Virgen Macarena de Sevilla. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San Juan de Dios de Bormujos.

OBJETIVOS: -Minimizar eventos adversos evitables y consecuencias indeseables y graves en pacientes

-Reforzar prácticas seguras reconocidas

-Fomentar una mejor comunicación entre equipo

-Disponer de una nueva herramienta que ayude a la mejora de la calidad asiste

MATERIAL: Análisis de recomendaciones y conclusiones llevadas a cabo por parte de los diversos organismos (Agencia Nacional para Seguridad del Paciente de Reino Unido, Comité Europeo de la Sanidad, el Sistema Sanitario Público Andaluz, OMS);

Examinamos los procesos, técnicas y actividades de nuestras prácticas diarias en las que mayor porcentaje de incidentes podían suceder y en base a esto elaboramos la sencilla herramienta del checklist al ingreso

Este listado de verificación definitiva se llevo a cabo mediante revisión bibliográfica y búsqueda de consenso dentro del grupo de profesionales experimentados

RESULTADOS: Se elabora un listado de verificación a la unidad de cuidados críticos y en concreto a su ingreso.

Este documento refleja las actividades necesarias e imprescindibles a la hora de la recepción de un paciente en UCI,

Este listado de verificación consta de dos secciones bien definidas:

Preparación del box al alta y previa al ingreso del paciente en UCI con 6 items

Previo a la segunda sección reflejamos:

Datos del paciente

Diagnóstico al ingreso

Alergias conocidas

Aislamiento: si precisara algún tipo de aislamiento

2. Ingreso del paciente en el box de UCI con 18 items

Tras cada una de las dos secciones se refleja el nombre y firma de quien ha realizado estas actividades de verificación tanto de D.U.E. como de auxiliar de enfermería (ambos, personal responsable de la correcta cumplimentación del listado de verificación), así cómo si han encontrado alguna incidencia a resaltar

CONCLUSIONES: -Los indicios muestran que reduce los daños accidentales y sus efectos indeseables

-Facilita en gran medida la labor al personal de nuevo ingreso

-Aporta, junto al cambio de mentalidad, un cambio radical en la visualización de la atención al usuario en

PALABRAS CLAVE: Checklist, Ingreso, UCI (unidad de cuidados intensivos)

570 | Seguridad

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS: ESTUDIO COMPARATIVO EN HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS.

González-De-Jesus C (1), Álvarez-Zamora AI (2), Santos-Guzmán J (3), Martínez-Osuna G (4)

(1) Calidad de la Atención Clínica, Programa Multicéntrico ITESM-SSNL. (2) Salud Pública, Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda. . (3) Escuela de Medicina, ITESM. (4) Centro de Gestión y Calidad Clínica de la división Ciencias de la Salud , ITESM.

OBJETIVOS: Identificar la prevalencia comparada de interacciones farmacológicas en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, de hospitales públicos (HPu) y privados (HPr) en la ciudad de Monterrey N.L. México, con la finalidad de reducir riesgos a pacientes y promover el uso racional de medicamentos.

MATERIAL: Se trata de un estudio, observacional, transversal y analítico. Se revisaron los expedientes de los pacientes internados del 1 al 31 de diciembre del 2009, con tratamiento de 2 o más fármacos, de cualquier edad, excluyendo a pacientes ingresados para diálisis peritoneal. Se seleccionaron hospitales de 200 camas líderes en su sector.

Las variables del estudio fueron: número paciente, sexo, edad, diagnóstico (s), medicación y vía de administración. Se utilizó el programa LEXI versión 2009, mismo que identifica y clasifica el tipo de interacción farmacológica en: (A) No existe interacción conocida, (B) No se requiere acciones, (C) Monitorear la terapia, (D) Considerar la modificación de la terapia, (X) Combinación prohibida.

El análisis estadístico se realizo mediante prueba de x2 utilizando el programa sigma STAT versión 3.5.

RESULTADOS: Se evaluaron 389 pacientes, 177 HPu y 212 HPr. El sexo, edad y número de medicamentos en ambos hospitales no tuvo diferencia significativa. El promedio de medicamentos por persona fue 5.9 (±2.4) HPu y 4.9 (±2.4) HPr ($p<0.001$)

Se observaron 909 interacciones con diferencia significativa entre los hospitales ($p<0.001$). 480 públicos tipo A (2.9%), B (10.6%), C (74.8%), D (11.3%), X (0.41%) y 429 privados tipo A (3.9%), B (9.8%), C (76.2%), D (8.9%), X (1.2%)

La presentación de interacciones por paciente fue de 3.4 (±3.3) HPr y 3.8 (±3.3) HPu ($p= 0.932$)

La interacción mas frecuente fue tipo (C) Omeprazol-Pravastatina en pacientes públicos, y (C) Ácido acetilsalicílico- clopidogrel en los pacientes privados.

CONCLUSIONES: La prevalencia total de interacciones es mayor en el hospital público, sin que exista diferencia significativa.

La interacción tipo C fue más del 70% en ambos hospitales. Pero la interacción X fue más frecuente en el hospital privado ($p<0.001$)

Estos resultados permitirán a las unidades Hospitalarias establecer un programa de farmacovigilancia orientado a establecer medidas preventivas para evitar su presencia y el uso racional de medicamentos.

PALABRAS CLAVE: Interacciones , Farmacológicas, Hospitalizados

581 | Seguridad

PERCEPCIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA QUIRÚRGICA SOBRE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

García-Orea Álvarez M (1), Benitez Ruiz L (2), Gomez Fernández C (3), Sierra Camerino R (4), Rueda Ruiz AM (5)

(1) Área Quirúrgica, H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz.. (2) Coordinadora Intrahospitalaria Trasplantes Cádiz, H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz.. (3) Área Quirúrgica, . H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz.. (4) Unidad Cuidados Intensivos, H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz.. (5) Coorrdinación Trasplante Cádiz, H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz..

OBJETIVOS: Conocer la percepción entre los profesionales del área quirúrgica de la influencia que el personal tiene en las infecciones nosocomiales relacionadas directamente con la intervención.

MATERIAL: Diseño: Encuesta Ámbito: Un área quirúrgica (Tocoginecología, Traumatología, Cirugía urológica, Cirugía plástica, Cirugía Cardíaca y Vascular) de un hospital universitario de referencia. Sujetos: Personal de enfermería y médico.

RESULTADOS: 54 profesionales cumplimentaron la encuesta, 31,5% hombres y 68,5% mujeres. Edad media: 41,5 (21-64) años. Tiempo trabajado en el área quirúrgica: 14,5 (1-39) años. El 11 % eran médicos residentes, el 22 % médicos cirujanos, el 13 % anestesiólogos, el 39% enfermeros y el 15% auxiliares de enfermería. Sólo el 11% de los profesionales creen que las infecciones nosocomiales que se relacionan con la intervención quirúrgica en nuestros pacientes son muchas, el 34,5% del personal de enfermería y el 64% de los facultativos piensan que son pocas. El 90% del personal de enfermería y el 76% de los médicos aceptaban tener responsabilidad respecto a que un paciente adquiriera infecciones nosocomiales. Pensaban que los pacientes no estaban seguros cuando se intervenían el 21% de todos los profesionales (24% de los médicos y el 18% del personal de enfermería).

CONCLUSIONES: La mayor parte de los facultativos piensan que las infecciones nosocomiales relacionadas con la intervención son pocas, no compartiendo esta opinión el personal de enfermería. Casi todos los profesionales de la enfermería se sienten responsables de su aparición, bajando esta proporción entre el personal médico. La mayoría de los profesionales del área quirúrgica creen que los pacientes no corren riesgos añadidos a su enfermedad en el momento de la intervención.

PALABRAS CLAVE: Percepción, infecciones Nosocomiales, Quirofano

589 | SEGURIDAD

CONSULTA DE ENFERMERÍA Y ENCUESTAS, HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Illana Rodríguez, N (1), García Payá, F (2), Ruiz Martínez, A (2), García Jiménez,C (3), Hellín Monasterio,J (4)

(1) Servicios Centrales, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Servicio Oncología Radioterapica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Subdirección De Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (4) Dirección De Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

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: 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 mayo y octubre del año 2010.

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.

La recogida del cuestionario la está llevando a cabo la enfermera de la Consulta.

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.

CONCLUSIONES: 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.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, CONSULTA Enfermería, ENCUESTA

594 | SEGURIDAD

GESTIÓN DE RECAMBIOS DE SONDAS DE GASTROSTOMÍA EN UN ÁREA DE SALUD

Blanco-González M. (1)

(1) Hospitalización a Domicilio, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

OBJETIVOS: Gestión de los recambios de sondas de gastrostomías de toda el área de Salud desde un servicio de Hospitalización a Domicilio.

Ofrecer a los usuarios una mejor calidad asistencial

MATERIAL: El servicio de HADO- CHUVI es el servicio de hospitalización a domicilio referencia del área sanitaria Sur de Pontevedra.

Para llevar a cabo este proyecto se constituyó un equipo multidisciplinar formado por representantes de los servicios implicados en el proceso, es decir, Digestivo, Radiología Intervencionista y HADO. Se contó además con la colaboración de Atención Primaria, Servicio De Urgencias hospitalarias y Centros de Atención Socio-sanitaria, consensuándose así dos documentos:

1) Procedimiento de actuación según el cual se establecen las actividades relacionados con los servicios responsables tal y como se detalla a continuación:

a) Colocación de la sonda de gastrostomía: Los servicios de Digestivo ó Radiología Intervencionista

b) Retirada de puntos de sutura: los centros de Atención Primaria, Atención Especializada si el paciente está hospitalizado y Centros de Atención Socio-sanitaria

c) Recambio de sondas: el servicio de HADO- CHUVI

2) Registro de incidencias que recogen las no conformidades relacionadas con problemas surgidos como infecciones del estoma, cierre del mismo por arrancamiento de la sonda, surgir el problema fuera del horario de cobertura de HADO, etc.

RESULTADOS: En el año 2009:

De los 253 recambios de sondas de gastrostomía procedentes del servicio de Radiología Intervencionista, sólo 7 han precisado remisión al servicio de origen y 12 pacientes requirieron atención en el servicio de urgencias.

De los 27 recambios de sondas de gastrostomías procedentes del servicio de Digestivo, 2 de los pacientes precisó ser atendido de nuevo en el servicio de referencia.

CONCLUSIONES: 1. Reducción del gasto hospitalario, al realizarse la técnica en el domicilio permitiendo así un uso más racional de los recursos por facilitar una correcta asignación de los mismos.

2. Comodidad para el paciente y familia por evitarse desplazamientos lo que redunda en un aumento de la satisfacción tanto del paciente como de los cuidadores informales.

3. Se asegura la continuidad de cuidados dado que existe coordinación entre los distintos niveles asistenciales y los centros socio-sanitarios.

4. Se garantiza la accesibilidad del servicio sanitario al paciente y al cuidador informal

PALABRAS CLAVE: CONTINUIDAD, CUIDADOS, ACCESIBILIDAD

602 | Seguridad

IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE AUTOPROTECCIÓN Y DE EMERGENCIA DEL CHUS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. SANTIAGO DE COMPOSTELA

Luis Toxo Ramallo (1), María José López Rebollo (2), Uxía Ferrer Ozores (1), Iván Montenegro Rodríguez (3)

(1) Calidad, Sergas (Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela). (2) Recursos Económicos, Sergas (Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela). (3) Mantenimiento, Organización CLECE.

OBJETIVOS: El Plan de Autoprotección del Hospital Clínico Universitario sigue los criterios – entre otros – de los Reales Decretos 314/2006 Y 393/2007, así como la Orden Ministerial de 24 de Octubre de 1979 sobre protección de incendios en los establecimientos sanitarios.

Recoge también las recomendaciones del Plan de Calidad y Seguridad Global del Complejo Hospitalario de Santiago de 12 de Mayo de 2008, y el procedimiento para la elaboración de medidas para las situaciones de emergencia interna del SERGAS, de Diciembre de 2009, cuyo ámbito de aplicación son todos los centros del mismo.

Sus objetivos básicos serán en consecuencia:

1.- Mejorar el conocimiento sobre el Centro Hospitalario, sus instalaciones y los medios de protección con que se cuenta.

2-Contar con personal organizado, formado y preparado que garantice un buen nivel de rapidez y eficacia en las actuaciones a emprender para controlar las emergencias.

MATERIAL: La sistemática de cómo afrontar las actuaciones, riesgos, medios humanos y materiales, y las situaciones concretas, se redactaron en resúmenes esenciales de marcado carácter operativo y funcional, con textos sencillos, concretos y claros.

Se combinaron en este cursillo informaciones elementales sobre el fuego, los agentes extintores, las instalaciones y su señalización.

En todo caso junto estos conocimientos impartidos por técnicos y bomberos profesionales, se explicaron en el Aula-Taller y ante el material de uso más común (extintores, detectores…) su forma de uso y utilidad.

Se procedió a un extenso recorrido por el Hospital haciendo notar en el mismo, señalizaciones, Bies, columnas secas, detectores y sistemas de alarma, con el objeto de familiarizar al personal con el objetivo perseguido, y se remató en todos los casos con un simulacro realizado con fuego real.

RESULTADOS: El Curso fue seguido durante diez días por 386 empleados del Clínico, 76% mujeres y 24% hombres, en su mayor parte personal de enfermería (38%), seguidas por auxiliares (18%) y por personal de mantenimiento (7'5%).

Como consecuencia de la realización del mismo se realizaron comprobaciones en edificios e instalaciones del propio Hospital, que permitieron descubrir deficiencias que deben ser corregidas.

CONCLUSIONES: Se ha puesto de manifiesto un buen grado de colaboración y satisfacción entre el personal que realizó el Curso que permitió:

Concienciar y formar adecuadamente a los participantes sobre las directrices y normas básicas en caso de incendio y otras incidencias que en un sistema complejo como el hospitalario tienen su mejor expresión en los procedimientos de emergencia.

PALABRAS CLAVE: Autoprotección, Seguridad Global, Calidad

613 | Seguridad

HACIA UNA CIRUGÍA SEGURA. NUESTRAS DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST

Arocena Cedrón MG (1), Errasti Olartekoetxea G (2), Huertas Pastor E (2), Moncloba Pérez B (3), Calleja Santisteban C (2), Colina Alonso A (2)

(1) Cirugía General y del Ap.Digestivo. Unidad de Gestión Clínica(Dr. Colina), Hospital de Cruces. (2) Cirugía General y del Ap. Digestivo. Unidad de Gestión Clínica(Dr. Colina), Hospital de Cruces. (3) Cirugía General y del Ap. Digestivo. Unidad de Gestión Clínica(Dr. Colina), Hospital de Cruces.

OBJETIVOS: Identificar las causas de la difícil implantación del Checklist intraoperatorio

MATERIAL: Dentro del programa de "Gestión de Riesgos" en nuestra práctica quirúrgica, iniciamos el Checklist recomendado por la OMS en 2008 y adoptado por la AEC. Evaluamos nuestros primeros 200 casos, estudiando 1º) el grado de adhesión a cada uno de los 3 apartados del Checklist y 2º) entrevistando al personal implicado según protocolo establecido: dificultades halladas, aportaciones a la mejora, periodicidad de las autoevaluaciones

RESULTADOS: a) De los 200 casos, en 9(4,5%) no se completó el protocolo en su 3ºapartado (antes de la salida de quirófano).

b) Las dificultades halladas se centraron en la falta de asunción de liderazgo de los responsables y cambios en el personal de Anestesia

c) La implantación en sólo 2 quirófanos, se ha vivido como una experiencia de escasa importancia

CONCLUSIONES: 1º Los grupos estables en quirófano, favorecen la comunicación y colaboración dentro del Equipo

2º La implantación debe ser global en todo el ámbito hospitalario: cirugía programada, urgencias y autoconcertada

3º Debe darse a conocer la ganancia (disminución de efectos adversos)tras su puesta en marcha, con evaluaciones periódicas

4º La implicación del estamento gestor (Dirección Médica, Gerencia) es fundamental para su implantación

PALABRAS CLAVE: Checklist, Intraoperatorio, seguridad

618 | SEGURIDAD

IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 630 CAMAS

Arasa Alegre FR (1), Andreu Crespo A (1), Bonafont Pujol X (1), Quilez Castillo F (2), Ruiz Consegal A (2), Roca Amatria E (3)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Germans Trias I Pujol . (2) Departamento de Enfermería , Hospital Germans Trias I Pujol . (3) Servicio de Neumología , Hospital Germans Trias I Pujol .

OBJETIVOS: Identificar en todas las áreas del hospital aquellos medicamentos considerados de riesgo según los criterios del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP España)

MATERIAL: Se revisó la Guía farmacoterapéutica del Hospital para seleccionar aquellos medicamentos que cumplían los criterios de riesgo según el ISMP España . Para identificarlos de forma fácil se acordó la utilización de triángulos adhesivos de color naranja que se colocaron en los contenedores de medicación de todas las áreas del hospital , incluido el Servicio de Farmacia) cajetines, carros de paros y armarios electrónicos informatizados de dispensación . Se optó por el color naranja por no coincidir con ningún otro código de color de aislamiento . Asimismo se colocaron carteles explicativos en todas las zonas de almacenaje de medicación , neveras y carros de paros . Se remitió al personal de enfermería una encuesta de satisfacción con la puesta en marcha del proyecto .

RESULTADOS: La aceptación por parte del personal de enfermería ,fue muy positiva por considerarlo una herramienta docente y de fomento de calidad y seguridad asistencial .Aceptándolo como un buen sistema de seguridad en un 95% de las encuestas , y como una mejora de calidad en un 91% .

CONCLUSIONES: La identificación de medicamentos de riesgo en los contenedores de almacenaje con triángulos adhesivos naranja disponibles comercialmente constituye una herramienta informativa y docente así como eficaz y segura para el personal de enfermería y farmacia . Puede considerarse una buena herramienta de seguridad a un bajo coste .

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, IDENTIFICACIÓN, RIESGO

645 | SEGURIDAD

CAMPAÑA DE EDUCACIÓN EN HIGIENE DE MANOS. HOSPITAL DE CRUCES 2009-2010

Pacho-Martín B (1), Arocena-Cedrón G (2), Villate-Navarro JI (1), Carrandi-Camiña B (1), Urcelay -Lopéz MI (1), Carriba- Rodríguez J. (1)

(1) Medicina Preventiva, Osakidetza. (2) Cirugía General, Osakidetza.

OBJETIVOS: Concienciar sobre la importancia de la higiene de las manos como la medida más simple y eficaz de prevención de las IAAS.

Mejorar el cumplimiento de la práctica de la higiene de manos entre los profesionales del hospital de Cruces que establecen contacto con los pacientes.

Instruir a los profesionales del hospital de Cruces sobre una correcta técnica de higiene de manos.

Disminuir las IAAS en el hospital de Cruces.

MATERIAL: El diseño de la campaña se ha inspirado en experiencias similares en otros países, así como en la evidencia publicada por organismos internacionales. Siguiendo las directrices de la OMS, el Ministerio de Sanidad y la Comisión INOZ la campaña desarrollada en el hospital de Cruces, bajo el lema "La solución pasa por tus manos" consta de tres fases:

- Fase de preparación: se instalaron dispensadores de soluciones base alcohólica en todas las áreas hospitalarias. Se informó a la dirección del hospital, se elaboró el cronograma de SESIONES formativas y se diseño una campaña publicitaria con diversos materiales de apoyo y marketing.

- Fase formativa y de concienciación: inicio de la formación por parte del Servicio de Medicina Preventiva. Esta fase se ha diseñado en dos "oleadas". Una primera oleada de formación básica dirigida a todos los profesionales y una 2ª oleada de "formación de formadores" en Unidades Clínicas, para asegurar la formación del personal nuevo.

- Fase de evaluación: para determinar el impacto de la campaña, comprobando el número de profesionales formados y si ha mejorado el cumplimiento de la práctica de la higiene de manos entre ellos y/o consumo de soluciones de base alcohólica.

RESULTADOS: Un total de 893 profesionales han recibido formación en higiene de manos (201 médicos, 129 DUEs, 179 auxiliares de enfermería, 222 celadores, 104 administrativas, 36 técnicos especialistas y 22 profesionales de otras categorías).

Se han impartido un total de 53 SESIONES formativas. La actividad formativa se ha acreditado, siendo imprescindible la asistencia y la realización de un cuestionario de conocimientos.

CONCLUSIONES: Hasta la fecha, la campaña está cumpliendo los objetivos propuestos, fundamentalmente en el número de profesionales formados y en la concienciación sobre la importancia de la higiene de manos, destacando la participación de los facultativos.

Actualmente se esta desarrollando la 1ª oleada de la fase formativa y de concienciación.

Durante el 2º semestre de 2010 esta programado continuar con la 2ª oleada de la fase formativa y realizar una valoración del impacto de la campaña.

PALABRAS CLAVE: HIGIENE, MANOS, INFECCIÓN

653 | SEGURIDAD

SITUACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN GALICIA

Rodríguez-Castaño M (1), Campos-Pardo I (2)

(1) Calidad, Hospital da Barbanza. (2) Directora de Enfermería, Hospital da Barbanza.

OBJETIVOS: Recordar la importancia de la identificación correcta de los pacientes ingresados en los diferentes hospitales del Servizo galego de saúde.

Conocer el porcentaje de pacientes identificados con pulsera en el Servizo Galego de Saúde: auditorías noviembre/diciembre 2009.

MATERIAL: - Se constituyó un grupo de trabajo formado por 14 miembros pertenecientes a los hospitales públicos y Atención Primaria de la comunidad autónoma.

- El grupo realizó sus aportaciones a través de una plataforma web de trabajo.

- Población: nº de pacientes ingresados en los hospitales de la red del Servizo Galego de Saúde.

- Muestra: nº de pacientes evaluados en las diferentes unidades auditadas.

- Se realizó una auditoría para conocer la situación teniendo en cuenta las siguientes variables: servicio, nº pacientes ingresados, nº pacientes evaluados, nº pacientes con pulsera.

- INDICADOR: nº pacientes con pulsera/nº pacientes presentes en la unidad.

RESULTADOS: - La media en Galicia de identificación de pacientes es del 72%, con un rango que oscila entre el 54% y el 87%.

- La media en Galicia de identificación de neonatos en hospitales de similares características de la red del Servizo Galego de Saúde es del 80%, con un rango que oscila entre el 50% y el 100%.

- En la mayoría de las UCIs de adultos, no se identifica a los pacientes mediante pulsera.

CONCLUSIONES: En los últimos años, se ha dado impulso a la identificación correcta de los pacientes, siendo una de las prioridades para la Seguridad del paciente.

Un sistema es la colocación de pulsera, usando al menos 2 discriminadores.

Es necesario educar a pacientes y personal sanitario sobre la importancia y relevancia del procedimiento.

Una pulsera estándar facilita su implementación por disminución de costes.

En Servicios especiales como UCIs, el nº de pacientes identificados es menor. principalmente porque interfiere para la realización de pruebas sobre el paciente (referencia: "Identificación de pacientes" Josefa Fernández Segade).

PALABRAS CLAVE: identificación, pacientes, auditorías

654 | SEGURIDAD

PROYECTO MEJORA USO SEGURO CLK ENDOVENOSO

Baquero-Sabajanes B (1), Ballester-Vieitez A (2)

(1) neuroloxia- nefroloxia, complexo hospitalario de pontevedra. (2) farmacia, complexo hospitalario de pontevedra.

OBJETIVOS: OBJETIVOS:

Realización de una auditoría para conocer la situación real en todos los hospitales de la comunidad respecto de la utilización de prácticas seguras para promover acciones de mejora en los centros.

MATERIAL: Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar en Diciembre de 2009 formado por 28 miembros pertenecientes a los hospitales públicos de Galicia.

El grupo realizó sus aportaciones a través de una plataforma web de trabajo consensuando 13 criterios de seguridad .

Se realizó una auditoría para conocer la situación de nuestros centros con estos criterios .

RESULTADOS: En el 31% de los hospitales , existe una zona de almacenaje de CIK separada del resto.

El 79% de nuestros centros no utilizan soluciones de CIK preparadas en las farmacias hospitalarias

El 14% de las Prescripciones de CIK son prescritas en preparados comercializados para su uso

El 82% de los centros tienen contenedores visiblemente etiquetados

En el 11% de los hospitales se realiza un doble chequeo en la preparación

En el 21 % de las unidades se realiza un doble chequeo en la administración

El 91% de las soluciones no contiene la advertencia de "DEBE SER DILUIDO" en la zona de almacenaje

En el 69% de los administraciones no existe un control sobre el uso de dosis diluidas

El 66% de las Prescripciones médicas incluyen velocidad de infusión

El 81% de los sueros cargados están etiquetados con dosis y velocidad

El 57% de las infusiones de electrolitos se realizan a través de bomba de infusión

En el 89% de las administraciones se registran las dosis administradas

El 79% de los centros no cuentan con procedimientos de prescripción, administración, almacenamiento y dispensación

CONCLUSIONES: Se ha constatado la necesidad de realizar intervenciones y establecer prácticas de prevención de errores en el manejo de potasio intravenoso en todos los hospitales.

Se ha detectado la necesidad de definir y consensuar procedimientos de prescripción, preparación, dispensación y administración del CLK endovenoso.

Se ha detectado la necesidad de establecer un sistema de auditorias periódicas

PALABRAS CLAVE: CLK, AUDITORIA, GALICIA

667 | SEGURIDAD

PRESCRIPCIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS EN INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

Izquierdo-García E (1), Fernández-Ferreiro A (1), Gastalver-Martín C (1), De Amuriza-Chicharro N (1), Ferrari Piquero JM (1), Herreros De Tejada A (1)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario 12 de Octubre.

OBJETIVOS: Analizar la información actualmente disponible sobre los excipientes que no pueden ser usados en los pacientes con celiaquía e intolerancias alimentarias y que debe ser facilitada al prescriptor para aumentar la seguridad del uso de los medicamentos en estos pacientes.

MATERIAL: Se revisó la legislación vigente sobre los excipientes conocidos como de "declaración obligatoria" y se comparó con la información procedente de la bibliografía sobre celiaquía, intolerancia a la lactosa, galactosa, malabsorción de glucosa-galactosa, déficit de maltasa gluco-amilasa, intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF), malabsorción de fructosa y deficiencia de sacarasa y sacarasa-isomaltasa. Se evaluaron también las fuentes de información disponibles sobre excipientes como el Vademécum Internacional y Catálogo de Medicamentos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

RESULTADOS: La Circular de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios 2/2008, señala los excipientes que deben figurar en el etiquetado, prospecto y ficha técnica, junto con la advertencia correspondiente en cada caso. Dichas advertencias deben reflejarse tanto si son excipientes como si los aromas o saborizantes utilizados en la formulación los contienen, no así cuando el principio activo es uno de estos productos.

Encontramos que dichas advertencias vienen indicadas en el caso de todas las intolerancias estudiadas a excepción de la malabsorción de fructosa y el déficit de maltasa gluco-amilasa. Tampoco viene reflejada esta advertencia en el caso del almidón en la deficiencia de sacarasa y sacarasa-isomaltasa, a pesar de que su ingesta debe restringirse durante los 2-3 primeros años de vida y evitarse en grandes cantidades en el resto de la vida. Cuando alguno de estos compuestos de declaración obligatoria, como ocurre con el lactitol, se encuentran como principio activo de un medicamento, tampoco se recogen sus contraindicaciones en todas las intolerancias.

Las fuentes de información consultadas no siempre contienen la información precisa.

Con toda la información recogida se elaboró un boletín informativo detallado para su difusión entre el personal del hospital.

CONCLUSIONES: La legislación vigente regula la información referente a los excipientes contraindicados en celiaquía e intolerancias alimentarias. La ficha técnica y el prospecto serían las fuentes más fiables sobre este tema a pesar de que en ellos no todas las intolerancias alimentarias vienen reflejadas en la información de los medicamentos, algunas vienen incompletas y cuando son principios activos no figuran dichas advertencias. Para ayudar al conocimiento entre los prescriptores se ha considerado útil el boletín informativo como medio de difusión.

PALABRAS CLAVE: Excipientes, intolerancias alimentarias, seguridad

673 | SEGURIDAD

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN HIGIENE DE MANOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Martínez-Casal I (1), García-Ruise S (2), Gestal Otero JJ (2), Barros Dios JM (2), García Cepeda B (3), Martínez Mareque I. (2)

(1) Servicio de Medicina Preventiva del CHUS, Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública. (2) Servicio de Medicina Preventiva del CHUS, SERGAS. (3) Dirección de Enfermería, SERGAS.

OBJETIVOS: 1)difundir los conocimientos e instaurar una cultura de higiene de manos entre los trabajadores del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS)
2)conocer los datos sociodemográficos del personal asistente a los cursos de formación
3)conocer la disponibilidad real y percibida de soluciones hidroalcohólicas en todos los puntos del CHUS
4)evaluar las necesidades formativas del personal sanitario y no sanitario en materia de higiene de manos

MATERIAL: Establecido un Plan Integral que abordase todos los puntos que la OMS recomienda para este tipo de programas, el Plan de Calidad y Seguridad Global del CHUS abordó un proyecto integral que abarca los años 2008 a 2012 para mejorar la seguridad de los pacientes (línea estratégica 3), englobando:

- registro del hospital en la Campaña Salvar 5 Millones de Vidas
- disponibilidad de solución hidroalcohólica, evaluada mediante encuestas
- aprobación del "Procedimiento JCI-PCI-01 de Higiene de Manos en la Atención Sanitaria"
- plan de formación accesible a todo el personal del Complejo, compuesto por:

-cuestionario autocumplimentado sobre conocimientos previos y disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en su medio laboral (cuestionario del Plan de World Alliance for Patient Safety de la OMS, adaptado)

-charla expositiva

-charlas periódicas (por Medicina Preventiva)

- la instauración efectiva de una cultura de higiene de manos en el CHUS se evaluó mediante los cambios producidos en el consumo de soluciones hidroalcohólicas.

RESULTADOS: Se produjo un ascenso del 68% con respecto al año anterior en el consumo global de solución hidroalcohólica (año 2008 respecto del 2007). En cuanto a la disponibilidad real y percibida de soluciones hidroalcohólicas en todos los puntos del Complejo, un 89% de las encuestas respondieron que sí disponían de ella, contestándose en 9 casos que no se disponía de dicho recurso.

El cuestionario pre-formación fue cumplimentado por 132 personas, en su mayoría personal de enfermería (39%), y auxiliares de enfermería (26%), seguidos por celadores (20%); los médicos solo respondieron en un 8%. Por áreas, destacan la participación de áreas médicos/quirúrgicas (28%) y de medicina interna (25%).

Las áreas de conocimiento más deficitarias sobre higiene de manos y transmisión de infecciones fueron:

- mecanismos de transmisión de gérmenes y las formas de evitar esta transmisión
- reservorios más habituales de gérmenes nosocomiales
- cuándo está indicada la higiene de manos

CONCLUSIONES: Son precisas campañas de sensibilización y cursos para dotar de conocimientos sobre la importancia de la higiene de manos al personal sanitario y no sanitario.

PALABRAS CLAVE: higiene, seguridad, prevención

678 | SEGURIDAD

EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

Baguena-García A (1), Escriche- Ros R (1), Pueyo-Salavera C (1), Pemán-Muñoz T (1), Iglesia-Ara S (1), Sobreviela-Celma N (1)

(1) Atención Primaria, C.S Almozara.

OBJETIVOS: - Detectar el número de pacientes de 65 a 75 años polimedicados.

- Conocer su adherencia al tratamiento.

- Disminuir la medicación potencialmente no adecuada en ancianos.

MATERIAL: Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito: Atención Primaria.

Sujetos: Pacientes polimedicados (seis o más fármacos) de 65 a 75 años a 1 de Enero de 2009 de los cupos participantes.

Duración del Estudio: 1 Enero 2009 a 1 Diciembre 2009.

Variables estudiadas:

- Tratamiento crónico

- Test de adherencia al tratamiento (Morisky-Green-Levin).

- Medicación potencialmente inadecuada:

Benzodiacepinas de vida media larga.

Hipoglucemiantes de vida media larga.

AINES en tratamiento prolongado durante más de 6 meses.

RESULTADOS: - Tamaño muestral: 447.

- Tratamiento crónico con seis o más fármacos:22.8%.

- Medicación potencialmente inadecuada:41.1%, de los que benzodiacepinas de vida media larga 20.7%, antidiabéticos orales de vida media larga 6.8% y AINES durante más de seis m

CONCLUSIONES: - La mayoría de los pacientes en este rango de edad son polimedicados, y muchos de ellos emplean medicación potencialmente inadecuada que habría que minimizar.

- Existen muchos pacientes con pluripatología, la mayoría de ellos con enfermedades cardiovasc

PALABRAS CLAVE: POLIMEDICADO, ANCIANO, SEGURIDAD

681 | SEGURIDAD

PROYECTO DE MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DAFO

Moreno Dias, JF (1), Carnero Santas, MA (2), Vilariño-Mendez; Cr (3), Martin-Rodríguez:; MD (4)

(1) Gerencia Atención Primaria Ourense (Centro Saúde Entrimo), SERGAS. (2) Gerencia Atención Primaria Ourense (Farmacéutica), SERGAS. (3) Gerencia Atención Primaria (Facultativo Centos Saúde A Ponte), SERGAS. (4) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade., Conselleria de Sanidade Xunta de Galicia.

OBJETIVOS: Conocer las debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades del proyecto de mejora de la atención al paciente mayor polimedicado en nuestra comunidad

MATERIAL: Constitución de grupo de trabajo integrado por médicos, DUE, farmaceuticos y asistentes sociales de todas las gerencias de Atención Primaria (27 personas). Análisis DAFO del proyecto de mejora de atención al paciente ≥75 años con tratamiento > 6 principios activos diferentes en Galicia.

El coordinador del programa solicita a los participantes que escriban en un papel una debilidad, una fortaleza, una oportunidad y una amenaza del proyecto. Con las aportaciones elaboramos un panel DAFO de análisis de situación

RESULTADOS: Debilidades:limitaciones en manejo de herramientas informáticas del personal por falta de formación y/o recursos, presión asistencial y falta de tiempo de profesionales, planificación de la agenda, características de la población diana, exigencia de trabajo en equipo, heterogeneidad del grupo de trabajo, cooperación de profesionales, dificultad para seguimiento de pacientes, IANUS medicamentos activados que no se dispensan dificultad análisis información.

Fortalezas:farmacéuticos motivados en Atención Primaria, el proyecto supone beneficio para el paciente y contacto directo con éste; profesionalidad, implicación y responsabilidad de profesionales y ganas de cambiar cosas, oportunidad de aprendizaje de profesionales, trabajo en equipo multidisciplinar, reducir costes sanitarios, disponibilidad de IANUS/registros informáticos de facturación oficinas farmacia, posibilidad de mejorar IANUS, colaboración con oficinas de farmacia.

Amenazas:problemas comunicación/colaboración con otras instituciones, falta de formación, hábitos/conducta, sobrecarga de trabajo para profesionales que generen resistencias en implantación del programa, difícil accesibilidad de los pacientes al cs, nivel cultural de pacientes, falta actualización datos IANUS, falta colaboración paciente/cuidadores, la población desconoce el problema, gratuidad de medicación, comportamientos de consumo viciados, automedicación/medicación sin receta, , aislamiento de la población, falta de red de apoyo falmiliar.

Oportunidades:red de apoyo social, disponibilidad de más recursos de información a la comunidad, medios de comunicación, temor del paciente a sufrir eventos adversos, disponibilidad de recursos informáticos, profesionales formados, deseo de la población de mejorar su calidad de vida, colaboración de las farmacias, apoyo familiar en Galicia, colaboración otras entidades, interés del MSPS/consejo interterritorial, confianza en los profesionales, población más exigente, mejora de la asistencia sanitaria, sensibilización del personal, mejora de adherencia al tratamiento

CONCLUSIONES: El análisis DAFO muestra una situación en la que los factores identificados a favor pesan más de los contrarios a la implantación.

La información obtenida nos ha servido para incorporarla al proyecto y contemplar las peculiaridades de nuestra comunidad, nuestro sistema sanitario, nuestros pacientes y su entorno.

PALABRAS CLAVE: [N02.421.726.758], N06.850.780.680, V02.355.750

PROYECTO DE MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE PARTIDA

Moreno- Díaz; JF (1), Carnero-Santa; MA (2), Vilariño-Méndez, Cr (3), Martin-Rodríguez; MD (4)

(1) Gerencia Atención Primaria Ourense (Enfermereo Centro Saúde Entrimo), SERGAS. (2) Gerencia Atención Primaria (Farmacéutica), SERGAS. (3) Gerencia Atención Primaria de Ourense (Facultativo Centro Saúde A Ponte), SERGAS. (4) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade., Conselleria de Sanidade.

OBJETIVOS: Conocer el volumen real de pacientes con edad igual o mayor a 75 años que toman más de 6 fármacos distintos en Galicia

MATERIAL: Análisis descriptivo de los registros procedentes de recetas facturadas por los Colegios de Farmacéuticos en el periodo Enero-Marzo 2009. La calidad de la captura del CIP en farmacias está alrededor del 92 %.

El número de habitantes por área ha sido obtenido de Tarxeta Sanitaria (último inventario disponible Octubre 2009).

Para el recuento de principios activos utilizamos la clasificación ATC de cada producto farmacéutico, que el Ministerio de Sanidad envía actualizada mensualmente revisada por la Subdirección General de Farmacia.

Consideramos que un paciente tiene tratamiento simultáneo de N principios activos cuando encontramos al menos una receta facturada de cada uno de esos principios activos en el periodo

RESULTADOS: El total de pacientes con receta de más de 6 principios activos fue 46,6% (42,5% Coruña; 48,6% Ferrol; 48,7% Lugo; 47% Ourense; 46,2% Pontevedra; 46,3% Santiago; 47,9% Vigo).

El total de pacientes con receta de más de 10 principios activos fue 20,2% (16,8% Coruña; 21,6% Ferrol; 21.5% Lugo; 21,3% Ourense; 20,2% Pontevedra; 19,4% Santiago; 21,2% Vigo).

El total de pacientes con receta de más de 10 principios activos fue 5% (3,7% Coruña; 5,7% Ferrol; 5,4% Lugo; 5,7% Ourense; 5,1% Pontevedra; 4,7% Santiago; 5,4% Vigo).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio casi el 50% de los pacientes con edad igual o mayor de 75 años recibe más de 6 principios activos distintos en el periodo estudiado. Entendemos que con nuestro método es probable que sobreestimemos el número de estos pacientes. Es necesario repetir el estudio considerando que un paciente tiene tratamiento simultáneo de N principios activos cuando encontremos al menos dos recetas facturadas de cada uno de esos principios activos en el período analizado. De este modo podemos valorar las diferencias existentes entre los dos métodos y si éstas son significativas con el fin de establecer un sistema de identificación de estos pacientes para su inclusión en el programa.

PALABRAS CLAVE: N02.421.726.758, N06.850.780.680, V02.355.750

INCIDENTES RELACIONADOS CON LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN

Sabuco-Tebar EA (1), Rios-Risquez MI (2), Garrido-Montañes O (1), Abellaneda- Abellaneda A (1), Botia-Martinaz R (1), Morcillo-Rodríguez P (1)

(1) Reanimación, Hospital Morales Meseguer. (2) Urgencias, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: DETERMINAR LA FRECUENCIA DE INCIDENCIAS RELACIONADAS CON LA FALTA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN, Y ANALIZAR SU RELACIÓN CON LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS,PERTENECIENTES A LOS QUIRÓFANOS PROGRAMADOS.

INICIAR UN CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE.

MATERIAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL.

LA RECOGIDA DE DATOS SE REALIZÓ EN DOS PERIODOS DE TIEMPO ELEGIDOS AL AZAR ENTRE LOS MESES MARZO-MAYO DEL 2010. DURANTE EL PERIODO ESTUDIADO PASARON POR EL SERVICIO UN TOTAL DE 650 PACIENTES PROCEDENTES DE DISTINTAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS. SE MONITORIZARON LAS HISTORÍAS CLÍNICAS QUE TUVIERON ALGÚN TIPO DE INCIDENCIA EN SU DOCUMENTACIÓN,(FALTA TRATAMIENTO,HOJA ANESTESIA...,), REGISTRANDO EL TIPO DE INCIDENTE SUCEDIDO Y EL TIEMPO QUE SE TARDÓ EN RESOLVERLO. ANÁLISIS ESTADÍSTICO SPSS-12.DATOS EXPRESADOS COMO MEDIAS ± DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y PORCENTAJES.

RESULTADOS: DE LOS 650 PACIENTES QUE PASARON POR EL SERVICIO PRESENTARON INCIDENCIAS UN 12,6 % (N=82). LA DISTRIBUCIÓN DE INCIDENTES POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA FUE LA SIGUIENTE: OTORRINO 14,6%, CIRUGÍA 31,7%, UROLOGÍA 17,1%, TRAUMATOLOGÍA 32,9%, Y DIGISTIVO 3,7%. ENTRE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS DESTACA LA FALTA DE LA HOJA DE TRATAMIENTO MÉDICO EN UN 96,3% (N=79) DE LOS CASOS. EL TIEMPO MEDIO QUE TARDÓ EN RESOLVERSE EL INCIDENTE FUE DE 35,56 MIN (DS= 26,73), NO ENCONTRANDO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES (CHI-CUADRADO= 5,40; P= 0,248).

CONCLUSIONES: ESTE ESTUDIO REFLEJA QUE UN 12,6% DE LAS HISTORIAS REVISADAS MOSTRÓ DEFICIENCIAS EN SU DOCUMENTACIÓN CLÍNICA A LA LLEGADA DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE REANIMACIÓN. ESTE RESULTADO AÑADIDO AL TIEMPO DE RESOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA OBSERVADO, MUESTRAN LA NECESIDAD DE ADOPTAR MEDIDAS DE MEJORA QUE PUEDAN CONTRIBUIR A INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU TRATAMIENTO Y, POR TANTO, LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

PALABRAS CLAVE: HISTORIA CLÍNICA, CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA SALUD, SEGURIDAD DE PACIENTE

686 | Seguridad

DISEÑO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.

Lacruz Gimeno P (1), Cortés Navalón C (2), Gomez González E (3), Martínez Romero Gj (4), García Espert C (5), Cañellas Martínez G (6)

(1) Departamento de Calidad y Procesos, Departamento de Salud de Manises. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Departamento de Salud de Manises. (3) Coordinación de Enfermería de Hospitalización, Departamento de Salud de Manises. (4) Servicio de Farmacia Hospitalaria, Departamento de Salud de Manises. (5) Servicio de Traumatología, Departamento de Salud de Manises. (6) Dirección de Planificación, Departamento de Salud de Manises.

OBJETIVOS: Mejorar la seguridad del paciente mediante el diseño de un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos, sostenido por una estructura organizativa capaz de analizar y proponer acciones preventivas y correctivas:

la Comisión de Seguridad Asistencial.

MATERIAL: Para la formación de la Comisión de Seguridad Asistencial se ha seguido un proceso abierto y participativo remitiendo a todos los profesionales del Departamento los objetivos de la misma y la solicitud de participación voluntaria.
Para el diseño del sistema de notificación y registro se ha realizado un benchmarking de los sistemas existentes en los Hospitales (publicaciones, cursos).

RESULTADOS: Se ha constituido una Comisión multidisciplinar formada por representantes de los siguientes ámbitos: hospital de día, farmacia, área quirúrgica, hospitalización, primaria, laboratorio, diálisis, consultas externas, cuidados intensivos, hospitalización a domicilio y calidad.

En su reglamento de régimen interno figuran como objetivos principales:

- Crear una cultura de seguridad.

- Desarrollar un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos.

- Definir políticas y medidas preventivas ante los incidentes y eventos adversos notificados.

- Favorecer el feedback de información entre los notificadores y la Comisión.

Como base para la prevención de incidentes y eventos adversos se ha diseñado un sistema de notificación que tiene como elementos claves:

- Implicación de los profesionales en la mejora de la seguridad y calidad asistencial mediante la formación y la creación de una cultura de seguridad.

- Apoyo firme de la Dirección del Departamento de Salud mediante la creación de la Comisión de Seguridad Asistencial.

- Feedback de las acciones preventivas/correctivas consensuadas en la Comisión al notificador.

- Modelo de notificación sencillo y participativo con 10 preguntas: donde se produjo; que ocurrió; si está relacionado con la medicación, indicar principio activo y forma farmacéutica; a que hora ocurrió; ha llegado a suceder o se detectó antes; como se ha detectado; tuvo consecuencias para el paciente; sugerencias para que no se repita el evento; el paciente fue consciente del evento; fue notificado al personal médico.

- Sistema de notificación flexible (buzónes, mail, entrega en mano).

CONCLUSIONES: Con la creación de la Comisión de Seguridad Asistencial como órgano asesor de la Dirección y el sistema de notificación de incidentes y eventos adversos se pone a disposición de todos profesionales, tanto del ámbito de Atención Primaria como de especializada, una herramienta eficiente para el análisis y mejora de la seguridad asistencial del paciente.

PALABRAS CLAVE: Comisión de Seguridad Asistencial, incidentes y eventos adversos, cultura de seguridad asistencial

695 | Seguridad

MEJORANDO LA INFORMACIÓN CLÍNICA ACERCA DE LA PRÁCTICA TRANSFUSIONAL

Val Carrascón MI (1), Domínguez Lomeña MJ (2), Tejero García R (3)

(1) Cuidados Intensivos/ Coordinadora de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario de Melilla. (2) Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario de Melilla. (3) Microbiología y Parasitologíai, Hospital Universitario de Melilla.

OBJETIVOS: La transfusión de sangre alogénica conlleva graves riesgos potenciales, debiendo establecerse los procedimientos encaminados a preservar la seguridad del receptor, propiciando políticas transfusionales restrictivas y desarrollando medidas de ahorro de sangre.

El objetivo principal es analizar la práctica transfusional del Hospital Comarcal de Melilla, para optimizar la utilización de los hemoderivados sanguíneos incluyendo alternativas a la transfusión alogénica, con el fin de mejorar la seguridad del paciente.

MATERIAL: Se han analizado de manera retrospectiva todas las transfusiones del periodo de Enero a Diciembre de 2009. Los datos fueron analizados en el programa SPSSâ versión 15.0.

RESULTADOS: -El 49% de los pacientes son >65 años y de ellos 20% >80 años, y por lo tanto con mayor comorbilidad. El 18.1% de la población no tiene cobertura sanitaria.

-La cumplimentación es deficiente, destacando que en un 25 % de las solicitudes no consta el mot

CONCLUSIONES: Del análisis realizado se derivan acciones de mejora:

1.-Educar al personal facultativo en la correcta cumplimentación de la solicitud de transfusión.

2.- Políticas consensuadas de práctica transfusional dada la variabilidad observada, impulsando las prácticas restrictivas.

3.- Implantación de medidas de ahorro de sangre validadas en la literatura, sobretodo en los procesos de mayor consumo (enfermedad neoplásica, sangrado digestivo y enfermedad renal), incluyendo la corrección de la anemia preoperatoria.

4.- La población sin cobertura sanitaria condiciona una falta de continuidad de la prestación sanitaria y dificultad la aplicación de medidas de ahorro de sangre.

PALABRAS CLAVE: Transfusión, Seguridad, Ahorro

703 | SEGURIDAD

HIGIENE DE MANOS: ¿ESTAMOS CONCIENCIADOS?

Ainhoa Apesteguia Busto (1), Mª Carmen Martínez Varela (2), Izaskun Elorduy Vadillo (3), Dorleta Cardeñoso (4), Ione Miren Agirre (5), Txaro Zaballa (5)

(1) Organización y Calidad, Mutualia. (2) Asitencia Sanitaria Bizkaia, Mutualia. (3) Área Sanitaria Bizkaia, Mutualia. (4) Asistencia Sanitaria Araba, Mutualia. (5) Asistencia Sanitaria Bizkaia, Mutualia.

OBJETIVOS: Mutualia mutua de accidentes de trabajo y EP nº 2, basa su gestión en los principios de la Calidad Total (EFQM), obteniendo diversos reconocimientos (Q de Oro-08 y Premio Iberoamericano-09). En nuestro plan estratégico, la calidad asistencial ocupa un papel central, por ello elaboramos un Plan de Seguridad de Pacientes (PSP) y constituimos una Unidad de Gestión de Riesgos.

Una acción prioritaria del PSP es la Higiene de Manos (HM), implantada en verano-09. El objetivo de nuestro estudio es conocer el grado de sensibilización del personal sanitario acerca de su importancia y aplicación.

MATERIAL: La estrategia de HM cuenta con diversos indicadores, entre los que se encuentra una encuesta desarrollada por un equipo multidisciplinar, partiendo de la proporcionada por la OMS, y adaptada a nuestra organización.

Ésta se distribuyó al personal sanitario antes y después de la puesta en marcha de la estrategia (junio-2009 y Marzo-2010). Está compuesta por 14 preguntas que exploran 4 áreas temáticas: conocimientos, actitudes prácticas, medios técnicos y causas de incumplimiento. Los resultados se evalúan también por grupos profesionales. Finalmente se recogen las sugerencias voluntarias de los encuestados.

RESULTADOS: De 285 personas, contestaron 149 en Junio-09 y 175 en Marzo-10. Por bloques: CONOCIMIENTOS: los generales son altos en la primera encuesta (>90%), pero sólo el 50% conocen la verdadera eficacia de las medidas de HM, y paradógicamente esta tasa se mantiene igual en la 2ª. MEDIOS-ESTRUCTURA: las respuestas positivas sobre el conocimiento de los medios que pone la organización pasan del 75% al 95% en la segunda. ACTITUDES: los profesionales que se limpian las manos en los 5 momentos no varía, manteniendose entre el 86 y 90% en ambas encuestas; sí mejora el uso de productos desde el 43 al 61%. Las principales barreras de cumplimiento son la falta de conocimiento de la importancia y sobre todo la concienciación (48%).

Dentro de las diferencias entre los grupos profesionales, destacamos la mejora global de resultados en la segunda encuesta en el grupo de Fisioterapeutas.

CONCLUSIONES: 1- Hemos evaluado la estrategia de HM a través de una encuesta propia.

2- La tasa de participación mejora en la 2ª encuesta, así como el conocimiento de los medios y estructura de la estrategia HM. También se aprecia mejoría en la técnica realizada.

3- No se aprecia mejoría significativa en la concienciación y conocimientos de los profesionales. Siendo estas las principales causas de incumplimiento de las medidas de HM.

4- Existen diferencias marcadas entre diferentes grupos profesionales.

PALABRAS CLAVE: Higiene de manos, Encuesta , Sensibilización

707 | SEGURIDAD

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACIÓN DE PACIENTES CON TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES ORALES

García-Canet MI (1), Martin-Rodríguez MD (2), Carreras-Viñas M (3), Menor-Rodríguez MJ (4), Fiuza-Barreiro MB (5), Rodríguez-Pérez B (2)

(1) Presidenta, Asociación de ayuda mutua APACAM. (2) Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad, Servicio Gallego de Salud. (3) Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Gallego de Salud. (4) Servicio de Atención al Ciudadano, Servicio Gallego de Salud. (5) Subdirección de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVOS: Capacitar a pacientes con patologías que requieren tratamiento con anticoagulantes orales, para promover una asistencia sanitaria más segura y de calidad, aumentando sus conocimientos sobre aspectos concretos relacionados con su enfermedad y su tratamiento. Mejorar los autocuidados.

MATERIAL: La escuela gallega de salud para ciudadanos imparte un taller para pacientes anticoagulados en colaboración con la APACAM, con unos contenidos definidos por ambas entidades, que contemplan las principales patologías cardiovasculares que requieren tratamiento con anticoagulantes orales y todos los aspectos relacionados con este tipo de medicamentos: objetivo del tratamiento, duración, mecanismo de acción, preparación de la visita de control, horarios de administración, errores en la toma de medicación, interacciones con otros medicamentos, influencia de otras patologías, intervenciones quirúrgicas y odontológicas, traumatismos/sangrados/heridas, anticoncepción, embarazo y menopausia, viajes, el autocontrol y cómo realizarlo.

Los talleres, impartidos por un cardiólogo y una hematóloga, buscan conseguir la participación activa del paciente en el proceso asistencial como principal protagonista del mismo.

Al finalizar el taller el alumno debe cumplimentar una encuesta de satisfacción sobre la acción formativa y sobre los docentes.

RESULTADOS: En el primer semestre de actividad de la escuela se ha realizado 1 taller en A Coruña en el que han participado 45 pacientes, la mayoría pertenecientes a la asociación APACAM.

La APACAM realizó una captación activa entre sus socios y además se publicitó el taller en la web de la escuela y mediante pósteres que fueron distribuidos por los establecimientos sanitarios de la comunidad.

Los alumnos valoraron muy positivamente esta actividad y a los docentes. En cuanto a la satisfacción por parte de los alumnos, ha sido alta al haberse obtenido una valoración media de 3.7 sobre un máximo de 4 puntos. Todos los alumnos valoraron la actividad como muy útil para mejorar el control de su tratamiento. En las observaciones los alumnos registraron múltiples comentarios de agradecimiento y propuestas de nuevas acciones formativas de interés. Las aportaciones de los alumnos se canalizan a la subdirección general de desarrollo y seguridad asistencial para su valoración en el servicio de atención al ciudadano.

CONCLUSIONES: El conocimiento es un valor fundamental para garantizar la participación activa y responsable de los ciudadanos y pacientes en el proceso asistencial y en los procesos de gestión de los servicios de salud. Los pacientes lo confirman con los resultados obtenidos en este taller formativo y además valoran la utilidad de este tipo de iniciativas para mejorar el control de su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del Paciente, Educación del Paciente, Participación del Paciente

708 | Seguridad

PROCESO DE SEGURIDAD: SUBPROCESO DE SEGURIDAD GENERAL DE PACIENTES EN LA HOSPITALIZACIÓN

Sabater-Raga, Rosa Mª (1), Aloy-Duch,A (2), Magrazo-Ruiz,E (3), Banco-Tura, Ll (4), Rosa-Córcoles, A (5), Rossell-Coll, R (6)

(1) Dirección Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers (Barcelona). (2) Dirección de Calidad y Planificación, Hospital General de Granollers. (3) Enfermera Pediatría, Hospital General de Granollers. (4) Enfermera UCI, Hospital General de Granollers. (5) Enfermera unidad polivalente, Hospital General de Granollers. (6) Enfermera Convalescencia, Hospital General de Granollers.

OBJETIVOS: Presentar el subproceso de "Seguridad General del Paciente en la Hospitalización" (SSGPH) que nos permita facilitar el control de la calidad asistencial con la monitorización de indicadores, promover acciones de mejora y obtener unos resultados óptimos de salud.

MATERIAL: Presentar el subproceso de "Seguridad General del Paciente en la Hospitalización" (SSGPH) que nos permita facilitar el control de la calidad asistencial con la monitorización de indicadores, promover acciones de mejora y obtener unos resultados óptimos de salud.

RESULTADOS: 1. El Comité de Seguridad elaboró una propuesta de indicadores con su cronograma.

2. Se propuso a los profesionales de enfermería que lideraran el proyecto piloto.

3. Se difundió a todos los mandos y al equipo directivo.

4. Se realizó un curso de formación.

5. Se definió el circuito de recogida, tabulación y difusión de resultados.

6. Está constituido por 21 indicadores generales de seguridad de hospitalización: 18 comunes a toda la institución (aislamiento, caídas, contención física, registro de acogida de enfermería, dolor, errores medicación, estupefacientes, guía de hospitalización, guía de atención al parto, seguridad transfusional, higiene de manos, identificación del paciente, ingesta, peso y talla la ingreso, carro de paros, catéter vesical, úlceras por presión y vías venosas); y 3 diferenciados por unidades (alarmas monitores en UCI, lesiones en sala de partos y trayectorias clínicas institucionales).

7. Cada indicador se recoge semestralmente, por lo que se valoran entre 2 y 3 indicadores mensuales, con una dedicación de la responsable de 4 horas de promedio durante la 1ª semana de cada mes.

8. Se prevé realizar una reunión general de discusión, entre los propietarios sobre: la metodología utilizada, los resultados obtenidos, las acciones de mejora y la valoración de nuevos indicadores.

CONCLUSIONES: Es necesario desarrollar una política explícita y sistematizada de seguridad asistencial basada en el círculo de mejora continua, que implique el compromiso y la máxima participación de los profesionales en la misma.

El subproceso nos obliga a hacer una reflexión sobre qué indicadores debemos avaluar teniendo en cuenta su impacto y la comparación de los mismos con nuestro entorno, permitiéndonos avanzar en la cultura de seguridad.

PALABRAS CLAVE: Proceso de seguridad, Indicadores, Calidad

713 | Seguridad

NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Ros-García Vm (1), López-Pedreño FM (2), Pérez-Moya I (3), González-Martínez JF (4), Sáez-Soto Ar (1), Iniesta-Sánchez J (1)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia Área VII Murcia-Este. (2) Farmacia, H.G.U. Reina Sofía. (3) Unidad de Medicina Interna, H.G.U. Reina Sofía. (4) Unidad de Neurología e Infecciosos, H.G.U. Reina Sofía.

OBJETIVOS: Conocer nivel de cumplimentación de la hoja de administración de tratamiento para disminuir riesgo de error en la administración de medicación.

MATERIAL: • Se constituye un grupo de mejora para evaluación de la cumplimentación.

• Análisis oportunidad de mejora mediante diagrama causa-efecto:

Profesionales: falta hábito de firmar documentos, desconocimiento documento normalización horarios pautados, desconocimiento necesidad tachar administración.

Metodología de trabajo: profesional nueva incorporación, cargas de trabajo, adecuación horarios según medicamento.

Infraestructura: inicio tratamiento fuera de horario estándar.

• Estudio de nivel de calidad:

Indicador: hojas de administración de tratamiento correctamente cumplimentadas.

Criterios: hojas llevan tachados al menos 50% de medicamentos pautados y administrados.

Tres turnos de tratamiento llevan firma legible de la enfermera

No hay horario pautado desde el servicio de farmacia modificado por la enfermera de la unidad de hospitalización. Excepción: medicamentos pautados desde farmacia que es preciso ajustar en planta a horario relacionado con la ingesta de alimentos.

Dimensión: Calidad científico-técnica, seguridad del paciente.

Datos: De proceso.

Unidades de estudio: Enfermeras de las unidades de hospitalización, Servicio de Farmacia: Unidosis.

Fuentes de datos: Hojas de tratamiento.

Marco muestral: pacientes ingresados en las unidades de hospitalización más de 24 horas. Corte transversal de un día.

Número de casos: 80, Método de muestreo: aleatorio simple, 10 casos en cada unidad.

• Evaluación Interna por grupo de mejora, realizan evaluación en unidades distintas a la suya.

RESULTADOS: • Las hojas llevan tachados al menos el 50% de los medicamentos pautados y administrados 89%
• Los tres turnos de tratamiento llevan la firma legible de la enfermera 63%
• No hay ningún horario pautado desde el servicio de farmacia modificado por la enfermera de la unidad de hospitalización. 95%
• Todas las hojas de administración de tratamiento unidosis están correctamente cumplimentadas 55%

CONCLUSIONES: Aunque de forma independiente el nivel de cumplimiento de cada uno de los criterios es elevado, la completa cumplimentación no es elevada debido a la firma de la enfermera en los registros, práctica poco integrada en la dinámica habitual, esto abre un importante campo de mejora que ya se ha iniciado.

PALABRAS CLAVE: Unidosis, medicación prescrita, administración tratamiento

717 | SEGURIDAD

VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN NEONATOLOGÍA

Gomis Muñoz, P (1), Bustos Lozano G (2), Herreros De Tejada A (1), Pallás Alonso C R (2)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital 12 de Octubre. Madrid. (2) Servicio de Neonatología, Hospital 12 de Octubre. Madrid.

OBJETIVOS: Describir un programa informático de prescripción electrónica de nutrición parenteral (NP) en Neonatología con el objetivo de disminuir potenciales errores en los procesos de prescripción y trascripción de la orden médica. Valorar la aceptación de dicho programa.

MATERIAL: Se diseñó un programa informático con un módulo de prescripción electrónica de NP en el Servicio de Neonatología y se instaló en el servidor del Hospital. Este programa fue un objetivo conjunto de calidad del Servicio de Farmacia y de Neonatología del año 2009. Al año de funcionamiento se realizó una encuesta de satisfacción a todos los médicos neonatólogos prescriptores.

RESULTADOS: El programa esta operativo desde abril del 2009. La aplicación consta de una base de datos que recoge la composición las NP prescritas, así como la información relativa al paciente cargada desde el censo del Hospital.

Cada prescriptor debe introducir una clave para identificarse. Posteriormente aparece una pantalla para introducir los macro y micronutrientes pautados. Según el niño sea prematuro o no aparecerá un cuadro de ayuda con las recomendaciones de prescripción. Además, el facultativo puede enviar comentarios relativos a la prescripción, al farmacéutico responsable y viceversa.

Una vez enviada la nutrición parenteral, se imprime una hoja de prescripción para incluirla, una vez firmada, en la historia clínica.

El programa genera mensajes de alarma relativos a la prescripción:

- Osmolaridad no adecuada a la vía de administración
- Valores fuera de rango habitual para prematuros y no prematuros.
- Valores de peso fuera de rango habitual.
- Relación calcio y fosfato fuera del rango recomendado.
- Volumen insuficiente para preparar la NP

Y relativos a la estabilidad o compatibilidad:

- La heparina no se puede administrar con lípidos
- La mezcla no es estable, los lípidos se administrarán separadamente.
- Se puede producir precipitación de fosfato cálcico.
- Los valores están fuera de los rangos de seguridad

Posteriormente en el Servicio de Farmacia se valida y se elabora la NP.

A la encuesta de satisfacción contestaron 14 neonatologos prescriptores (100%). Todos valoraron positivamente el programa. En una escala del 1 al 10 puntuaron se la siguiente forma (media (rango)): facilidad de aprendizaje 9 (8-10), ayuda a la prescripción 9.42 (7-10) y mejora del procedimiento 8.92 (8-10). Respecto a los mensajes de error que aporta el programa, todos consideraban que eran suficientes y los puntuaron con mas de 8 de media y un rango de 7 a 10 puntos, valorando mejor los mensajes referentes a la vía, la introducción de heparina y los rangos de seguridad.

CONCLUSIONES: El programa es bien valorado por los neonatólogos, los cuales lo perciben como una ayuda y una mejora del proceso.

PALABRAS CLAVE: Nutrición parenteral, Prescripción electrónica, Neonatología

718 | SEGURIDAD

IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL XERAL-CALDE DE LUGO

Pardo-Sobrino López , FJ (1), Galego Vázquez , E (2), Vidal Varela, Consolación (3), Fernández Vázquez , Emilia (4), Alonso Portela , I (5), Coria Abel, G (6)

(1) Servicio de Anestesiología-Reanimación., Hospital Xeral- Calde . (2) Enfermería Quirúrgica , Hospital Xeral- Calde . (3) Supervisora Área Quirúrgica , Hospital Xeral- Calde . (4) Supervisora Área Quirúrgica , Hospital Xeral- Calde . (5) Supervisora de Traumatología, Hospital Xeral- Calde . (6) Enfermería Área Quirúrgica , Hospital Xeral- Calde .

OBJETIVOS: La OMS en el año 2008 emitió una serie de recomendaciones sobre la seguridad de los pacientes en el Área quirúrgica para evitar confusiones por errores desafortunados de los mismos. Estas directrices de seguridad se conocen como check-list. En nuestro hospital, en pleno proceso de traslado a un nuevo centro sanitario, se determinó la implantación en la futura área quirúrgica del check-list, sin embargo, esta decisión tuvo que ser anticipada ante una confusión de pacientes que si bien no tuvo consecuencias, evidenció las graves deficiencias de las áreas quirúrgicas en materia de seguridad.

MATERIAL: Dos pacientes de edades similares, ambos varones, coincidieron en la zona de esperacamas programados para dos intervenciones quirúrgicas de dos especialidades distintas: Cirugía General (resección intestinal por tumor) y cirugía vascular (By- pass a tercera porción por isquemia de MMII). Ambos pacientes se llamaban igual, tanto en su nombre de pila como apellidos. Se introdujo a los pacientes en los quirófanos intercambiados, se iniciaran ambos procedimientos anestésicos, colocación de anestesia epidural en ambos. El error se descubrió cuando la Enfermería del Quirófano de Cirugía observó que el paciente no venía rasurado a quirófano, hasta ese momento nadie se había percatado del error. Los equipos quirúrgicos fueron intercambiados y los pacientes fueron operados de sus respectivas dolencias.

RESULTADOS: Ante el desagradable episodio de equivocación se estudiaron posibles soluciones. Una muy sencilla e inmediata, fue numerar los espacios del esperacamas de tal forma que los pacientes de un determinado quirófano ocupasen el mismo habitáculo y evitasen con ello confusiones. La otra solución, un poco más laboriosa y compleja fue el introducir sin más demora el protocolo de check- list de la OMS adaptado a nuestro Centro.

CONCLUSIONES: Las zonas quirúrgicas fracasan en normas elementales de seguridad que pueden tener efectos catastróficos, la introducción de pequeños o mínimos cambios en las mismas evitan problemas que pueden tener gravísimas consecuencias para la seguridad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Check-list, Seguridad, Área Quirúrgica

729 | Seguridad

GESTIÓ PARTICIPATIVA DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD

Baeza-Ransanz T (1), Mas-Rubio D (2), Obradors-Soriano J (2)

(1) Enfermería, Fundación Althaia de Manresa. (2) Infecciones, Fundación Althaia de Manresa.

OBJETIVOS: •Integrar la calidad y la seguridad en las intervenciones y actividades diarias.

•Evitar el concepto de calidad como elemento fiscalizador y promover la mejora continua.

•Impulsar una cultura de autoevaluación.

•Definir los indicadores de seguridad en los procesos e intervenciones más relevantes.

MATERIAL: •Formación del grupo de trabajo con la función de:

oldentificación de los procesos prioritarios de evaluación por áreas.

oConsenso de los indicadores del cuadro de mandos

oConsenso de los estándares deseables.

•Elección de profesionales que serán responsables de indicadores i les sus funciones.

•Definición del calendario y de la metodología de evaluación en cada indicador.

•Coordinación y formación de los diferentes grupos de enfermeras responsables de indicadores.

•Tabulación de los datos.

•Reuniones para el análisis de los datos y planificación de las acciones de mejora.

•Difusión de los resultados

RESULTADOS: En el año 2008 13 de 18 indicadores han mejorado, lo que corresponde al 72,2%, y han sido evaluados por 38 profesionales de enfermería.

En el 2009 se aumentaron a 21 los indicadores y en 16 de ellos se ha obtenido un mejor resultado, exactamente un 76,1%, siendo en este caso 60 los profesionales que han participado en el proceso de evaluación y plan de mejora.

El porcentaje de enfermeros/as que han tenido como objetivo anual la responsabilidad de evaluar y promover la mejora de un indicador de su unidad ha sido del 6,9% en el 2008 y del 10,9 en el 2009.

CONCLUSIONES: La autoevaluación es la estrategia por excelencia para aprender a valorar, tomar consciencia y reflexionar sobre los procesos, también hemos podido observar que es un factor de motivación lo que nos lleva a mejorar los resultados de manera progresiva

PALABRAS CLAVE: INDICADORES, SEGURIDAD DEL PACIENTE, Gestión

735 | Seguridad

RECLAMACIONES DE LOS CIUDADANOS, FUENTE DE INFORMACIÓN DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS

Rubio-Gómez I (1), Catalán-Rueda E (1), Ríos-Germán P (2), Fernández-Conde J (1), Santos-Míguez MC (1), Martín-Gutiérrez ME (1)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria de Toledo. (2) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Toledo.

OBJETIVOS: Estimar si las reclamaciones presentadas por los usuarios aportan conocimiento de brechas en la seguridad del paciente, referidas a posibles errores y potenciales eventos adversos clínicos en Atención Primaria

MATERIAL: Estudio piloto de tipo descriptivo. Se estudiaron todas las reclamaciones presentadas en la Oficina de Calidad y Atención al Usuario (OCAU), desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2009. Se escogieron las referidas al Centro de Salud con más reclamaciones y, según la clasificación de motivos del SESCAM, las relacionadas directamente con la atención sanitaria: falta de asistencia, disconformidad con la asistencia y/o tratamientos recibidos e información clínica del proceso. Se elaboró un formulario de preguntas referidas a problemas con diagnóstico, tratamientos y procedimientos (adaptado del cuestionario utilizado en el estudio ENEAS)

RESULTADOS: Se recibieron 1590 reclamaciones en 2009. El centro de salud con mayor número de reclamaciones, presentaba 278 reclamaciones (17,5%). De ellas, 55 (19,7%) estaban relacionadas con alguno de los 3 motivos estudiados. Un 29% de éstos (18 casos) se referían a falta de asistencia; 69% (43) a disconformidad a la asistencia o tratamiento; 2 casos se referían a los dos motivos; no se encontraron casos referidos a información clínica del proceso. Referidas al médico de adultos un 63,64%, pediatra 7,27%, a enfermería 14,55% y a otros profesionales 14,55%. Se encontraron 15 casos que pudieron desencadenar un evento adverso: retraso en la receta y/o medicación, retraso del diagnóstico por médico de Atención Primaria y/o especializada (8), diagnóstico distinto al médico especialista o médico privado (5) infecciones (2), mareo por hipoxia tiempo excesivo en recepción (1), no se escribe la posología del medicamento (1), diagnosticar otitis sin otoscopio y recetar antibiótico (1). Se contestaron el 96,4% explicando en estos casos el compromiso de recordar al profesional sus obligaciones

CONCLUSIONES: Es necesario conocer los eventos adversos "puntuales" referidos a los propios del profesional sanitario y los "latentes" o fallos en el mismo sistema sanitario, que potencialmente darían lugar a eventos adversos, como el incumplimiento sistemático de los protocolos de actuación. El análisis de las reclamaciones encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, podrían ayudar a detectar ambos tipos de eventos adversos y/o errores clínicos para, posteriormente, plantear posibles soluciones, pero es preciso sistematizar la incorporación de todos los centros de salud en el estudio

PALABRAS CLAVE: seguridad , reclamacion, asistencia

740 | SEGURIDAD

ACCIÓN DE MEJORA (AM): "LISTADO DE VERIFICACIÓN EN CIRUGÍA"

Gilabert-Murcia J (1), Saura-Pizarro MD (2), Cervantes-Urán E (3), Beltrán-Bañón M (3), Ortuño-Albaladejo S (3), Gracia-Ros J (3)

(1) Servicio de Quirófano., Servicio Murciano de Salud, Hospital Los Arcos.. (2) Unidad de Calidad Asistencial., Servicio Murciano de Salud, Hospital Los Arcos.. (3) Servicio de Quirófano, Servicio Murciano de Salud, Hospital Los Arcos..

OBJETIVOS: Mejorar la seguridad del paciente quirúrgico con la implantación del listado de verificación quirúrgico (LVQ).

MATERIAL: En el marco del Programa de Seguridad del Paciente del SMS, está el proyecto denominado "Cirugía Segura", cuya herramienta clave es la implantación del "check-list" o LVQ, un sistema de chequeo que tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica.

La presente AM consiste en impulsar la introducción del uso adecuado del "check list" en todas las actividades quirúrgicas de nuestro hospital.

Actividades (desarrolladas en el primer semestre de 2009):

-Estructurales: constitución del grupo de trabajo, con ocho miembros representantes de todos los grupos quirúrgicos. El grupo lleva a cabo la adaptación del LVQ a las características de trabajo y necesidades de nuestro hospital, elaborándose inicialmente un documento en soporte de papel. Para el futuro, se propone que el equipo de informática confeccione el correspondiente formulario electrónico integrado en el Programa "Selene" de Gestión Clínica del centro.

-Formación: SESIONES monográficas al personal de enfermería del área quirúrgica y entrega de documentación en soporte papel sobre correcta realización del LVQ al personal implicado.

-Comunicación: reunión con los responsables del área quirúrgica del hospital (Servicios de Anestesia, Cirugía General, Ginecología y Traumatología) para presentar e impulsar la implantación del LVQ. Los representantes de cada servicio quirúrgico se comprometen a formar e informar del LVQ al resto de miembros de su equipo.

Indicadores definidos:

-Porcentajes de check-list cumplimentados en procedimientos quirúrgicos, (Nº check-list cumplimentados en procedimientos quirúrgicos /Nº total de procedimientos quirúrgicos) x100.

-Porcentajes de check-list correctamente cumplimentados sobre el total, (Nº check-list correctamente cumplimentados/Nº total de check-list realizados) x100.

RESULTADOS: Periodo de estudio: del 1 de junio al 30 de septiembre de 2009.

-Porcentajes de check-list cumplimentados en procedimientos quirúrgicos: 88%.

-Porcentajes de check-list correctamente cumplimentados sobre el total: 54,6%.

CONCLUSIONES: Consideramos que alcanzar un 88% de cumplimentación en un primer corte es un buen resultado y obviamente las medidas correctoras deben ir encaminadas a mejorar la correcta cumplimentación del LVQ.

PALABRAS CLAVE: Listado, Verificación, Paciente Quirúrgico

759 | SEGURIDAD

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE MUESTRAS DE COAGULACIÓN CON LLENADO INSUFICIENTE.

Varela-Soto B (1), Diez-Diego A (1), Martínez-Matienzo I (1), Mendoza-Ruiz C (1), Larrucea-Rica M (1), Aguayo-Gedilla FJ (1)

(1) Laboratorio de 24 Horas, Osakidetza. Hospital Basurto.

OBJETIVOS: Uno de los motivos más frecuentes de rechazo de muestras en el laboratorio es el llenado insuficiente de los tubos de coagulación. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la coagulación en tubos con distintos niveles de llenado y elaborar un nuevo protocolo de actuación ante la llegada de tubos con llenado incompleto a Urgencias para intentar disminuir el número de incidencias. Se evalua así mismo el impacto del nuevo protocolo a partir de su implantación.

MATERIAL: Se realizaron determinaciones seriadas de IP/INR, APTT y Fibrinógeno en 31 pacientes. Se tomaron muestras completas (4 mL) de cada paciente y muestras incompletas, con diferentes niveles de llenado: 3-4 mL, 2-3 mL y < 2 mL, que representan aproximadamente , y < del volumen total del tubo.

Se esstudia el número de incidencias (DEF) a partir de Octubre del 2009.

RESULTADOS: Se comparan los resultados del tubo completo y los tubos incompletos, resultando que en los tubos con 3-4 mL no había diferencias significativas (<10%) en los resultados con respecto al Total para IP/INR, APTT y Fibrinógeno. En los tubos con 2-3 mL se observaron diferencias <25% para IP/INR y Fibrinógeno pero >25% para el APTT. En los tubos con llenado <2 mL las diferencias fueron >25% en todas las pruebas de coagulación.

A la vista de estos resultados se decide informar todos los resultados de coagulación en las muestras con >3mL. Se informan también como "resultados orientativos" el IP/INR y Fibrinógeno junto con el comentario DEF (deficiente proporción sangre/anticoagulante) en los tubos con 2-3 mL. No se informa de ningún resultado en los tubos con <2 mL y sólo se imprime el comentario "DEF"

A partir de la implantación de este protocolo se observa como disminuyen progresivamente las incidencias (0,49 Octubre; 0,28 Noviembre y 0,26 Diciembre). Este hecho se debe a una mayor información del peticionario, una mayor concienciación del personal extractor y también del personal de laboratorio.

CONCLUSIONES: - Existe una mayor implicación en el personal clínico y de laboratorio en la importancia del llenado optimo de los tubos de coagulación.

-Se ha producido una mejora en la información de los resultados al clínico, ya que se envían resultados orientativos

PALABRAS CLAVE: Coagulación, Protocolo, Implantación

762 | Seguridad

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA DISMINUCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTERES

Díaz Lamas A (1), Miralles Frutos C. (1), Castro Orjales M.J. (1), Martínez Rodríguez M.J (1), Rivera P (1), Gomez Canosa S. (1)

(1) Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Arquitecto Marcide.

OBJETIVOS: Las bacteriemias relacionadas con los catéteres centrales son entidades que presentan una importante morbilidad y mortalidad, así como un incremento notable de los costes hospitalarios. Se ha demostrado que los paquetes de medidas así como los sistemas de formación continuada son eficaces para su disminución. Se desarrolló una estrategia basada en medidas de prevención sustentadas en la evidencia científica con el fin de reducir estos eventos en las Unidades de Cuidados Intensivos.

MATERIAL: Exponemos nuestra experiencia en la implantación de un programa encaminado a la disminución de la incidencia de las bacteriemias relacionadas con catéteres en UCI. Se estructuró en dos ramas, dirigidas respectivamente hacia la prevención de las bacteriemias y a incrementar la seguridad en estos servicios. Se facilitó la formación del personal a través de cursos on line y presenciales.

RESULTADOS: Se consiguió la implementación del mismo en 12 unidades de cuidados críticos de nuestra comunidad. Las principales barreras encontradas fueron: 1) Déficits estructurales y de material; 2) Poca implicación del personal en algunos servicios, con sobrecarga de los responsables del proyecto; 3) Dificultad en la difusión de la información por la alta rotación del personal de enfermería; 4) Déficits en la cumplimentación de la documentación; 5)Escasa formación en la cultura de seguridad. Los puntos de mejora que hemos detectado son: 1) Aumentar la formación en los aspectos encaminados a incrementar la seguridad de nuestros pacientes; 2) Extender el proyecto a otros servicios (Anestesia); 3) Mejoría continuada de la formación mediante talleres de simulación.

CONCLUSIONES: Es factible desarrollar estrategias encaminadas a disminuir las infecciones en nuestros servicios. La implicación del personal es fundamental y, en ocasiones, es el mayor escollo a superar. Debemos imponernos objetivos de mejora tales como aumentar nuestra formación en seguridad o extender nuestra experiencia a otros servicios hospitalarios.

PALABRAS CLAVE: Bacteriemia, Cateterismo venoso central, Infección hospitalaria

763 | Seguridad

COMO VALORAR EL TABAQUISMO EN CONSULTAS MÉDICAS

Mouriz E (1), Díaz Penelas I (2), Ares MT (3), Vilariño C (2), Casariego E (2)

(1) Medicina Interna., SERGAS. Complexo Hospitalaqrio Xeral-Calde. Lugo. (2) Medicina Interna. Hospital de Lugo, SERGAS. (3) Medicina Interna. , SERGAS.

OBJETIVOS: Una de las dificultades de los estudios realizados sobre consumo de tabaco es valorar de la manera más exacta posible la verdadera prevalencia de fumadores. En estudios poblacionales el análisis se ha realizado tradicionalmente por el método de encuesta, si bien se ha señalado repetidamente la limitación de este método y la conveniencia de validarla mediante otras determinaciones. Por ello nuestro objetivo es valorar la fiabilidad de la respuesta de los pacientes que acuden a consultas médicas, cuando se les pregunta sobre el hábito tabáquico.

MATERIAL: Estudio de concordancia entre la respuesta a la pregunta sobre el hábito y la realización de una cooximetría en pacientes que acuden a revisión a consultas de Medicina Interna de un Hospital General. El tamaño de la muestra se calculó para una prevalencia esperada del 25%, aceptando un error máximo del 6 % y realizando un muestreo sistemático entre los días 18 y 28 de Diciembre de 2009. Tras la obtención verbal del consentimiento informado se les preguntó sobre su hábito y se realizó una cooximetría. En cuanto a la cooximetría, se tomó como punto de corte >8 ppm de monóxido de carbono en aire expirado. En el análisis de la concordancia entre la encuesta y la cooximetría se utilizó el parámetro Kappa con sus correspondientes intervalos de confianza.

RESULTADOS: De un total de 200 pacientes encuestados, 197 (98,5%) aceptaron participar (55,3% mujeres y edad media global 67,4 –DS 14,7- años). Se declararon fumadores 18 (9,1%), fumadores ocasionales 3 (1,5%), ex fumadores 38 (19,4%) y no fumadores 138 (70%). En 181 pacientes fue posible realizar cooximetría y 16 no colaboraron de manera adecuada. Entre ellos, solo 1, autodeclarada no fumador, mostró un resultado positivo, obteniéndose en fumadores declarados el resto de los positivos. De la misma forma, se obtuvieron resultados negativos en los declarados no fumadores y exfumadores, pero también en los fumadores ocasionales y en 4 declarados fumadores habituales (22,2% de los mismos). Se apreció una buena concordancia entre los resultados de la encuesta y la cooximetría (K= 0,84; IC 95% 0,70-0,97).

CONCLUSIONES: La declaración del paciente es un sistema adecuado para conocer la situación con respecto al hábito tabáquico. Por ello es prescindible la determinación de monóxido de carbono para corroborarlo, al menos en la consulta inicial.

PALABRAS CLAVE: TABAQUISMO, PREVALENCIA, CONSULTAS

MODELO ÉTICO MÉDICO DE NOTIFICACIÓN DE LOS ERRORES SANITARIOS.

López-Álvarez S (1), Suárez-Soto R (2), Seoane-Mato D (3), Fernández De Armas Lisset (3)

(1) Medicina preventiva , Sergas. (2) Medicina preventiva, Sergas. (3) Medicina Preventiva, Sergas.

OBJETIVOS: INTRODUCCIÓN: Los errores y los eventos adversos en el ámbito sanitario pueden ser el resultado de actuaciones a distintos niveles dentro de la atención sanitaria, desde un nivel gubernamental, una institución o un sistema de atención sanitaria o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales.

Los sistemas de registro sirven para recopilar información y permiten aprender de los fallos que se detectan. Los datos de prevalencia e incidencia de acontecimientos adversos en los sistemas sanitarios de la UE provienen de estudios nacionales procedentes del Reino Unido, España y Francia y se centran en la atención hospitalaria. El objetivo de este trabajo es crear un modelo de declaración profesional de errores sanitarios adaptado a nuestro sistema sanitario como estrategia de calidad en nuestro servicio de salud.

MATERIAL: MATERIAL Y métodoS: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre los principales modelos de declaración de errores sanitarios. La búsqueda se realizó en la base de datos Pub Med Central (NIH) y en diferentes organizaciones nacionales (Plan de Calidad del Sistema Nacional de salud, ENEAS) e internacionales (OMS: Guía para el reporte de los eventos adversos y sistema de aprendizaje, The Massachussets Coalition for the Prevention of Medical Errors, etc.)

RESULTADOS: RESULTADOS: El formato del modelo podría ser utilizado tanto electrónicamente, como en papel. Los elementos que incluye este modelo son:

- Edad y sexo del paciente
- Fecha, hora, y día de la semana
- Personal que realiza la declaración
- Servicio donde ocurrió el evento
- Desenlace tuvo el evento (opciones: paciente con lesión, sin lesión o muerte)
- Personal implicado
- Proceso asistencial donde se desarrollo el evento (con opciones prefijadas y posibilidad de texto libre)
- Breve descripción del evento (texto libre)
- Factores que condicionan el evento (texto libre)
- Evitabilidad
- Análisis y comentarios; sería conveniente que fuese llevado a cabo por personal del área de calidad asistencial.

CONCLUSIONES: CONCLUSIONES: Es fundamental la concienciación del personal para que efectúe una declaración voluntaria de errores sanitarios e incidentes, que ha de ser anónima, confidencial y no punitiva.

La instauración del modelo y la puesta en práctica de la declaración de efectos adversos permitiría considerar estos eventos como oportunidades de mejora.

El modelo ayudaría a explicar y buscar algún tipo de solución sobre el dilema ético que representa descubrir los errores sanitarios y notificarlos.

PALABRAS CLAVE: errores sanitarios, notificacion, etica medica

ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN UNIDADES DE AGUDOS.

Amenedo-Losada MB (1)

(1) Hematologia, Hospital Xeral-Calde.

OBJETIVOS:

-Iniciar un sistema de información en las Unidades de Agudos.

-Crear un Registro Papel que unificara criterios ya que no existía Registro Informático ni sería posible a corto plazo.

-Aumentar el grado de cumplimentación del protocolo de prevención de UPP por el personal de enfermería de las Unidades de Agudos.

MATERIAL: -Manual de Prevención Y Tratamiento de UPP (XUNTA DE GALICIA)

-Aplicativo GACELA.

-Revisión de Historias Clínicas en Papel y Registro Informático.

-Elaboración del Registro.

-Aprobación del modelo por la Unidad de Calidad.

-Aprobación por la Comisión

RESULTADOS: -Se unifica la recogida de datos.

-Incremento sustancial del índice de registro a pesar de la resistencia inicial al cambio en el sistema de registro

-Mejora la Calidad asistencial al facilitar la continuidad de Cuidados del paciente en las Unidade

CONCLUSIONES: -Los registros de Enfermería son una herramienta imprescindible para la Seguridad del paciente, ya que permiten mejor gestión del riesgo.

-La formación es un generador de cambio en la actitud de la enfermería.

-La monitorización de la prevención y tra

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Calidad, Recursos

771 | Seguridad

SEGURIDAD EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO QUE RECIBE TRATAMENTO RADIOTERÁPICO RADICAL.

Gutiérrez Bayard L. (1), Salas Buzón, MC (2), Angulo Pain E. (3), González Calvo E. (2), Munive E. (2)

(1) Unidad de Atención Integral Al Cáncer, Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Puerta del Mar.Cadiz. (2) Unidad de Atención Integral Al Cáncer, Servicio Andaluz de Salud.Hospital Universitario Puerta del Mar.Cádiz.. (3) Unidad Clínica de Radofisica y Protección Radiologica, Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Puerta del Mar.Cádiz..

OBJETIVOS: En los últimos años, con repercusión en el tratamiento de esta patología, se han producido importantes avances, por un lado de tipo tecnológico, cambios en los fraccionamientos, y por otro lado se han introducido distintas secuencias de integración del tratamiento radioterápico y el quimioterápico.

Todo ello aumenta la importancia de obtener y asegurar una adecuada inmovilización y posicionamiento en el tratamiento de estos pacientes.

MATERIAL: En nuestro servicio carente en la actualidad de técnicas de IMRT, la planificación se realiza tipo 3D, y en los tumores de Cabeza y Cuello se realiza la inmovilización-posicionamiento con máscaras termoplásticas faciales. En los casos con enfermedad avanzada de inicio, sobre todo a nivel ganglionar cervical (CASO A), y en aquellos pacientes en los que se inicia quimioterapia neoadyuvante (CASO B), donde es común objetivar respuesta en la evolución de tratamiento con radioterapia, y en el segundo caso incluso antes de iniciarlo. Vemos como la máscara pierde su objetivo de inmovilización-posicionamiento, y en el caso B, sobre todo tras respuesta completa post-quimioterapia neoadyuvante, nos enfrentamos a una difícil delimitación de volúmenes de tratamiento. En estos pacientes, aunque en distintos tiempos, se realizan 2 procesos de inmovilización-posicionamiento con máscara termoplástica y planificación 3D conformada(caso A: se repite a una dosis media recibida de 40-44Gy, con delimitación y planificación del lecho tumoral macroscópico y órganos críticos de riesgo(parotida, medula espinal, cristalino y piel); Caso B: antes de iniciar quimioterapia neodayuvante, y posteriormente antes de iniciar radioterapia y post-neoadyuvancia), y en ambos casos empleamos, en coordinación con la Unidad de Radiofísica, con técnica de fusión de las dos secuencias de imágenes.

RESULTADOS: Esta técnica nos ha permitido adaptarnos a los nuevos volúmenes anatómicos que adquiere el tumor macroscópicamente durante el tratamiento, con una adecuada posición del paciente e inmovilización durante todo el procedimiento radioterápico, evitando toxicidad sobre piel y médula espinal fundamentalmente.

CONCLUSIONES: Con este procedimiento, aunque laborioso, realizamos una adecuada delimitación de áreas de tratamiento, que os permite alcanzar la dosis correcta sobre lecho tumoral y ganglionar, obteniendo una distribución homogénea de tratamiento según los criterios de calidad que establece la OMS (5%), así como el correcto posicionamiento durante todo el tratamiento radioterápico, adaptándonos a las nuevas características anatómicas del paciente en su evolución, y con menor toxicidad radioinducida.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, Cáncer ORL, RADIOTERAPIA

775 | Seguridad

PACIENTE RENAL CRÓNICO EN DIÁLISIS PERITONEAL: CAMINO HACIA EL MÁXIMO AUTOCUIDADO.

Ozores-Álvarez L (1), Gómez-Vilas MA (1), Lago-Vázquez MI (1)

(1) Unidad de Diálisis, Complejo Hospitalario universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Conseguir mayor adherencia de los pacientes seleccionados hacia el tratamiento con diálisis peritoneal persiguiendo su máxima autonomía mediante a elaboración de un registro entrevista en consulta de prediálisis y diálisis peritoneal.

MATERIAL: Se implanta registro (historia de enfermería) en la consulta de prediálisis incluyendo en él: datos demográficos, información clínica, alimentación, diurésis, hábitos intestinales, así como parámetros de autonomía, autoestima e interés por su enfermedad, capacidades sensoriales y registro de la medicación habitual tanto en su primera visita como evolutivamente en las sucesivas.

Los datos obtenidos sirven de herramienta al personal de enfermería para seleccionar los pacientes más idóneos a entrar en el programa de diálisis peritoneal, optimizar el entrenamiento del paciente y de la familia, mejorando su autocuidado, personalizando el tratamiento y aumentando la implicación tanto del paciente como del cuidador.

RESULTADOS: Los pacientes inician la diálisis con mayor implicación hacia el tratamiento gracias a que poseen mayor información acerca del mismo, mejorando su calidad de vida ya que al aumentar su autonomía le permite mantener una actividad laboral y social similar a la previa a la llegada a la consulta.

CONCLUSIONES: El protocolizar el seguimiento del paciente teniendo en cuenta parámetros clínicos y hábitos de vida, mejora directamente la adherencia al tratamiento e indirectamente reduciendo el número de complicaciones

PALABRAS CLAVE: procedimiento, adherencia, tratamiento

779 | SEGURIDAD

MODIFICACIÓN OPERATIVA DEL TRATAMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LDH EN FUNCIÓN DE LA HEMÓLISIS.

Martínez-Matienzo I. (1), Varela-Soto (1), Mendoza-Ruiz C (1), Larrucea-Rica M (1), Aguayo-Gredilla FJ (1), Eguileor-Gurtubai M (2)

(1) Laboratorio 24 horas, Osakidetza.Hospital Basurto. (2) Laboratorio 24 horas, Osakidetza.Hospital d Basurto.

OBJETIVOS: El motivo de rechazo de muestras más frecuente en el laboratorio de urgencias es la hemólisis. Uno de los parámetros de laboratorio más sensibles es la LDH (lactato-deshidrogenasa), prueba muy frecuentemente solicitada en urgencias. El objetivo de este trabajo es disminuir el número de LDH no informadas debido a la hemólisis.

MATERIAL: Se estudian los casos en los que se solicita LDH en Urgencias, y se analiza el resultado de LDH, H e ILD (índice de hemólisis) obtenidos en el primer trimestre del año 2010. La técnica de LDH, está interferida a partir de una H>20, produciéndose valores falsamente elevados a partir de esta cifra. Se define el parámetro ILD como el cociente entre la LDH medida y la real del paciente. Se considera ILD=1,33 como el cut-off, ya que valores superiores se corresponden con interferencias >25%. Acorde con estos datos, se establece el siguiente protocolo operativo en octubre-2009:

LDH< 250 y H> 20 : Se informa el resultado , ya que a pesar de la interferencia el resultado de LDH sigue estando dentro de la normalidad.

LDH<250 Y H>20: Se informa como resultado " SUERO HEMOLIZADO". Se añade un comentario diferenciado en función del ILD.

Si ILD< 1,33 se añade el comentario "LDH= x UL, la muestra esta bemolizada. Hasta un 25% de la LDH puede proceder de LDH intra-eritorcitaria." Se sustituye la x por el valor de LDH medido en el paciente.

Si ILD> 1,33 se añade el comentario "La muestra esta bemolizada. Más del 25% corresponde a LDH intra-eritrocitaria".

RESULTADOS: De un total de 14.163 muestras urgentes a las que se les solicitaba LDH, 8683 (61%) presentaban una H>20, y por tanto no podían ser informadas. De las 8683 muestras hemolizadas, 6324 (73%) fueron normales (LDH<250) y el resto (2359) fueron patológicas. De las muestras patológicas, 2348 (99,5%) presentaron un ILD <1,33 mientras que sólo 10 (0,5%) tuvieron un ILD>1,33. Esto supone que de las 8683 muestras hemolizadas que anteriormente no se informaban, en la actualidad, sólo se dejó de emitir información de LDH en 10 casos.

CONCLUSIONES: - El nuevo protocolo, permite informar la inmensa mayoría de las LDH (>99,9%)

- Se ha disminuido de forma importante el número de solicitudes de nueva muestra, debido al aumento en la información de resultados

- Se han optimizado tanto los recursos mate

PALABRAS CLAVE: Hemolisis, Lactato-deshidrogenasa, Protocolo

793 | SEGURIDAD

GUIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA DEL BRAZO NO PORTADOR DE FISTULA ARTERIOVENOSA INTERNA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL

Gras-Baeza MA (1), Maldonado- López LA (2), Quesada -Martínez MD (2), Puerto -Pérez MA (2), Quintero- Pérez Y (3), Gallego-González-Aller FJ (4)

(1) Consultas externas, Hospital Comarcal Melilla. (2) Diálisis, Hospital Comarcal Melilla. (3) Urgencias, Hospital Comarcal Melilla. (4) Dialisis, Hospital Comarcal Melilla.

OBJETIVOS: Nuestro hospital comarcal a puesto en marcha un proyecto destinado a proporcionar seguridad al paciente renal portador de fístula arteriovenosa interna (F.A.V.I)o potencialmente portador, mediante la colocación de una pulsera identificativa para el brazo no portador de F.A.V.I con el fin de evitar manipulaciones indebidas sobre el brazo de la F.A.V.I .

Objetivos

Diseñar una estrategia o plan de actuación que nos permita:

1. Identificar al paciente portador de F.A.V.I susceptible de sufrir complicaciones.

2. Facilitar su adhesión al programa.

MATERIAL: El programa se llevó a cabo, en un hospital comarcal, a través de folletos ilustrativos, trípticos, charlas informativas dirigidas al personal de enfermería, personal sanitario y/o no sanitario, tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario.

El paciente es derivado desde la consulta de nefrología y Atención Primaria a la Unidad de Diálisis .Tanto estos pacientes como los tratados en la Unidad de Hemodiálisis son incluidos en el programa de " pulsera identificativa para el brazo no portador de F.A.V.I." mediante:

1. Información sobre la pulsera identificativa para el brazo no portador de FA.V.I.
2. Entrega del tríptico ilustrativo.
3. Recogida de datos.
4. Entrega del consentimiento informado.
5. Colocación de la pulsera identificativa.
6. Citación al mes de colocación de la pulsera identificativa.
7. Realización del test de evaluación de la pulsera identificativa.

RESULTADOS: Tras la captación de pacientes trasplantados y en programa de Hemodiálisis del área de salud de nuestra ciudad, se procedió a la colocación de la pulsera identificativa en el brazo no portador de F.A.V.I.

Los pacientes fueron informados correctamente precisando en algunos casos traductor debido a la barrera idiomática. De los 41 pacientes captados fueron colocadas 41 pulseras, de la cuales 18 eran hombres (17 en programa de hemodiálisis y 1 trasplantado) y 23 mujeres (22 en programa de hemodiálisis y 1 trasplantada).

CONCLUSIONES: La correcta implantación de un programa de "pulsera identificativa del brazo no portador de F.A.V.I" debe ir precedida de diversas actividades dirigidas a identificar al paciente renal renal portador de F.A.V.I y a facilitar su adhesión al programa.

PALABRAS CLAVE: FAVI, PULSERA, DIÁLISIS

795 | Seguridad

CUIDANDO CON CALIDAD: PAPÁS - BEBÉS - ENFERMERAS

Galego Novo M.C. (1), Alonso García, MJ (1), Flores Goy, MI (1), López Eimil, MP (1)

(1) Prematuros, SERGAS, C.H. Xeral-Calde Lugo .

OBJETIVOS: - Conocer como es la comunicación entre los padres de niños prematuros y el personal de enfermería.

- Comprender los sentimientos de los padres de niños prematuros.

- Ofrecer unos cuidados con calidad a los niños prematuros y sus padres.

MATERIAL: Revisión bibliográfica.

realización de poster.

RESULTADOS: El ingreso del niño prematuro provoca en sus padres una serie de reaciones que les causan angustia y temor, sienten que la vida de su hijo corre peligro.

Los padres de los niños prematuros presentan desconfianza ya que sus hijos están siendo cuidados por personas desconocidas, de ahí la importancia de que exista una buena comunicación.

Los padres de los niños prematuros aprenden de las enfermeras los cuidados que necesitan sus hijos.

CONCLUSIONES: La calidad de los cuidados realizados por la enfermería a los niños prematuros y a sus padres es muy importante para el futuro desarrolllo del niño.

PALABRAS CLAVE: PREMATUROS, CUIDADOS, CALIDAD

820 | Seguridad

EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA RECEPCIÓN DE LOS PACIENTES: INSTRUMENTO PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Magdalena Diaz, M.L (1), Caragol Urgellés, L (1), Lorenzo Alonso, R (1), Álvarez Ordoñez J (1), Martínez Argüelles,B (2)

(1) Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital Universitario Central de Asturias . (2) Área de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias .

OBJETIVOS: Evaluar si la aplicación de un protocolo específico en la recepción de los pacientes es útil para disminuir los eventos adversos asociados a la Cirugía Mayor Ambulatoria

Analizar cuales son los problemas o incumplimientos detectados en la recepción de los pacientes en el quirófano de la UCMA.

MATERIAL: Se definió un procedimiento especifico de recepción de pacientes entre los que se incluía la elaboración e implantación de una hoja de registro y la utilización de la misma por el personal administrativo, auxiliar y enfermeras de quirófano; donde constaban todos aquellos aspectos que tanto por la experiencia del equipo como por la bibliografía existente pueden comprometer la seguridad del paciente quirúrgico como son: riesgos eléctricos, riesgos derivados de la terapia anticoagulante, reacciones alérgicas, ayunas, lateralidad y otros aspectos que pueden dificultar una cirugía correcta. La hoja de registro se pilotó durante 45 días en los meses de noviembre a diciembre demostrándose la funcionalidad de la misma.

A partir de ese momento se implanto mostrándose en esta comunicación los resultados de enero a abril del 2010.

Los servicios evaluados han sido Cirugía Plástica y Anestesia.

RESULTADOS: Se han recogido 266 protocolos de cirugía plástica y 98 correspondientes a la actividad de anestesia. Entre los resultados mas significativos destacan: en el 82.70% de los pacientes que acuden al quirófano de cirugía plástica esta correctamente registrado el lado objeto de intervención, quedando 46 pacientes en los que la lateralidad no consta o difiere en los diferentes registros de la historia clínica ; de ellos en 38 pacientes (14,28%) no aparece la lateralidad indicada en la hoja de solicitud quirúrgica; 4 no coincide la lateralidad de la historia clínica con lo reseñado de los pacientes y en 4 de ellos no aparece el lado asignado en la historia clónica.

De los 98 protocolos realizados de los procedimientos anestésicos llama la atención que el 100% de los pacientes subsidiarios de recibir tratamiento antiagregante /anticoagulante estaban correctamente registrados.

CONCLUSIONES: A la vista de estos resultados son necesarias iniciativas como estas para poder prevenir los eventos adversos. La hoja de registro de recepción de pacientes se ha mostrado como una eficaz herramienta de trabajo que nos permite detectar los posibles eventos adversos asociados a la Cirugía antes de que el paciente entre en el quirófano, evitándolos y mejorando la seguridad del paciente quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: seguridad, cirugía, equipo

838 | SEGURIDAD

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS A TRAVÉS DE LA VISITA DE ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA

Lamas García, B (1), Miguelez Blanco,M (1), Couto López,E (1), Da Silva Costa,B (1), Alonso Castro,MJ (1)

(1) Área Quirúrgica, Hospital San Rafael-A Coruña.

OBJETIVOS: -Personalizar los cuidados

-Facilitar información básica sobre el proceso terapéutico

-Abordar la ansiedad previa a la cirugía

-Detectar causas evitables que puedan motivar suspensiones quirúrgicas.

MATERIAL: -Elaboración de una guía con cinco fases de intervención para la realización de la visita .

-Formación, información a los profesionales implicados y asignación de responsabilidades.

-Implantación y valoración mensual a través de encuestas de opinión de

RESULTADOS: Hemos implantado la visita prequirúrgica en el 60% de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera y rodilla.

CONCLUSIONES: La visita prequirúrgica es el primer contacto que tiene la enfermera /o del Área quirúrgica con el paciente hospitalizado que va a ser intervenido quirúrgicamente. Este proceso de personalización de los cuidados a proporciona información básica, apoyo emocional, y disminución de la ansiedad.

PALABRAS CLAVE: Personalizar

1073 | SISTEMAS DE GESTIÓN

OPTIMIZACIÓN EN LA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS DEL C.H.U.S

Ferrer-Ozores U (1), Alcázar-Verde MJ (2), López-Rebollo MJ (3), Campos-Suárez MJ (3), García-Cepeda B (2), Calvo-Méndez E (1)

(1) Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Dirección de Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Dirección de Recursos Económicos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Optimizar la segregación de residuos sanitarios en el C.H.U.S, para reducir el coste en la gestión de dichos residuos y disminuir el impacto que genera la gestión de los mismos en el medio ambiente.

MATERIAL: Como resultado del análisis de producción de residuos sanitarios de los tres últimos años,hemos detectado que la cantidad de residuos aumenta considerablemente año tras año por lo que nos propusimos analizar las causa de este aumento.

Para determinar las causas se programaron una serie de auditorias periódicas, en una primera fase se audita todo el complejo realizando "in situ" los cambios que se consideren oportunos, y en una segunda fase se audita comprobando que los cambios realizados son efectivos.

Se propusieron dos tipos de acciones de mejora, unas de cada unidad y otras de aplicación a todo el complejo: disminuir el tamaño de los contenedores (ya que se estaban desechando casi vacíos), cambios en pautas de trabajo para generar menor cantidad de residuos, tener en cuenta los residuos generados cuando se analizan los costes de la compra de determinados aparatos…

RESULTADOS: Con el 25 por cien de las auditorias realizadas y las acciones de mejora implantadas se obtiene un ligero descenso en la generación de los residuos, así que todo hace suponer que cuando todas las medidas estén en marcha el beneficio será considerable.

CONCLUSIONES: Es importante destacar que aunque el personal esté formado y el Plan de Gestión de Residuos al alcance de todos, no se quede este como un documento estancado sino como algo vivo que ir mejorando, el personal también necesita que cada poco tiempo se le recuerde como debe ser una correcta segregación y sobre todo que se vea que se le dedica tiempo y personal de esta forma se afianza como un tema relevante y lo tendrán más en cuenta.

Se espera que cuando las propuestas de mejora estén implantadas al cien por cien y después de la segunda ronda de auditoría los resultados sean todavía más relevantes.

PALABRAS CLAVE: Residuos, Optimización, Segregación

1651 | Sistemas de Gestión

IMPLANTACIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL (UGMA) EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Tafalla Bordonada, Carmelo (1), Molina Alen, Eva (1), Fidalgo Hermida Beatriz (1), Granados Ulecia, Cristina (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario de Móstoles. (2) Directora Gerente, Hospital Universitario de Móstoles.

OBJETIVOS: En nuestro Hospital existe un compromiso con la sociedad para la protección y promoción de su salud en todas sus dimensiones, para lograrlo implantamos en el centro sanitario un Sistema de Gestión Medioambiental (SGMA) a fin de minimizar, detener y revertir los impactos negativos que produce nuestra actividad.

El objetivo fue Implantar una Unidad Funcional de Gestión Medioambiental con la finalidad de velar por el adecuado funcionamiento del SGMA.

MATERIAL:

1) Definición la política ambiental y de calidad del hospital
2) Establecer de un cronograma de implantación de un SGMA basado en la norma ISO 14001,
3) Estudio de los aspectos ambientales significativos producidos en la actividad hospitalaria: residuos, emisiones, vertidos, consumo de recursos, etc.
4) Definición de las Áreas de Gestión Medioambiental y responsabilidades clave
5) Detección de las oportunidades de mejora de todas las actividades medioambientales
6) Estudio de la legislación, local, autonómica, nacional y europea que nos compete por nuestra actividad.
7) Implantación de la Unidad Funcional de Gestión Medioambiental (UFGMA)

RESULTADOS: En 2006 se elaboró la Política Ambiental y de Calidad la cual define como objetivos prioritarios la mejora de la calidad y el medioambiente

En 2007 se implantó el SGI (Sistema de Gestión Integrado medioambiental y de calidad) obteniendo el certificado de conformidad con la Norma ISO 14001:2004 en diciembre de 2007.

En 2009 se puso en marcha la UFGMA formada por: Dirección, Servicio Técnico, Hostelería, Asuntos Generales, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Calidad.

Las funciones de la UFGMA son: asesorar a la Dirección en el ámbito medioambiental, establecer protocolos de gestión medioambiental (residuos, residuos, emisiones), revisión de los planes de emergencias, actualización de la legislación, elaboraciones de planes de formación, análisis los de indicadores medioambientales estudio de las incidencias, de las acciones correctiva y preventivas y el seguimiento periódico de los objetivos y metas medioambientales

Los resultados obtenidos han sido: 1) implantar la segregación de residuos en todas las áreas del hospital 2) edición de guía de gestión de residuos 3) establecer medidas de ahorro energético y de recursos naturales 4) realizar actividades de concienciación medioambiental 5) elaboración de decálogo medioambiental del centro sanitario.

CONCLUSIONES: La complejidad y la gran diversidad de los procesos hospitalarios hace necesario la implantación de una Unidad multidisciplinar que garantice la adecuada gestión medioambiental para lograr la promoción de la salud y garantizar la seguridad en la calidad del servicio sanitario.

PALABRAS CLAVE: Gestión, Medioambiente, Salud

844 | Seguridad

NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA HOSPITAL DA BARBANZA

Rodríguez-Castaño M (1), Méndez-Leivas HJ (2), García-Rivela Lm (3)

(1) Calidad, Hospital da Barbanza. (2) Servicio de Urgencias, Hospital da Barbanza. (3) Servicios Centrales, Hospital da Barbanza.

OBJETIVOS: Conocer el nivel de cumplimentación de la hoja de enfermería quirúrgica.

Proponer/modificar ítems para la verificación de la Seguridad Quirúrgica.

MATERIAL: Población: pacientes con cirugía programada o urgente durante el año 2009, excluyendo las intervenciones suspendidas antes de entrar en quirófano y las de Dermatología (3245).

Obtención de muestra: muestreo aleatorio estratificado según especialidad quirúrgica y mes (201 historias, de las que descartamos 2 por no encontrar la hoja).

Variables recogidas de la Hoja de enfermería quirúrgica implantada en el año 1998: NHC, Diagnóstico, Intervención, Tipo, Suspendida (especificando motivo), alergias, preoperatorio, ayuno, reserva sangre/hemoderivados, cumplimentación de nombres del personal, tipo de anestesia, anatomía patológica, contaje de compresas, gasas, agujas e instrumental, isquemia (tiempo), fecha correcta.

Definimos hoja mal cumplimentada como aquella que no tiene cubiertos o bien especificados los ítems anteriores excepto diagnóstico e intervención.

En la identificación del personal que participa en el procedimiento quirúrgico se diferencian las combinaciones posibles entre nombre y 2 apellidos.

Análisis mediante SPSS.

RESULTADOS: De las 199 hojas de enfermería valoradas destacamos:

ALERGIAS: 2% está marcado alergia y no especifica a qué y 4% no marcado.

PREOPERATORIO: 6,1% no marcado.

AYUNO: 2% no marcado

PREMEDICACIÓN: 27,2% no marcado/no procede.

Reserva de SANGRE/HEMODERIVADOS: 37,3% no marcado/no procede

Contaje incorrecto: compresas 1%, gasas 2,1%, agujas 0,5%, instrumental 0,5%.

El 44,22% de historias están correctamente cumplimentadas.

CONCLUSIONES: El grado de cumplimentación de la hoja es 44,22%. Damos como válido que el personal esté identificado con nombre, nombre y un apellido o 2 apellidos.

En un 1% de los casos no encontramos la hoja de enfermería quirúrgica: pese a que no era objeto de este estudio, observamos que la ubicación de la hoja es muy variable, no estando siempre asociada a la carpeta de anestesia ni de la especialidad. Esto conlleva una acción de mejora (inclusión en IANUS o unificación de criterio sobre dónde ubicarla).

La hoja exige modificaciones: en aquellos ítems como ayuno, preoperatorio, premedicación, reserva de sangre, anestesista, anatomía patológica, con sólo opción sí/no, debemos añadir "no procede", pues algunos procedimientos quirúrgicos no lo requieren, no existiendo en la hoja actual esta opción.

PALABRAS CLAVE: hoja, enfermería, quirúrgica

856 | SEGURIDAD

LA GESTIÓN DE LOS GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL. EL MODELO POVISA.

Millan Cachinero, C (1), E De Salamanca Holzinguer, I (1), Bermúdez Sanjurjo, JR (1), Fernández Soneira, MJ (1)

(1) Medicina Preventiva, Hospital POVISA .

OBJETIVOS: Desplegar el sistema de gestión de germenes multiresistentes en el Hospital POVISA para comunicar sus procesos y resultados.

MATERIAL: Estructura: El sistema de gestión de gérmenes multiresistentes de POVISA se sostiene en los componentes siguientes:

- Alertas definidas, conocidas y pactadas.

- Disparadores producidos en los laboratorios de Microbiología, Análisis Clínicos, Radiología, peticiones de planta y otros servicios hospitalarios, y alertas generadas desde Salud Pública.

- Alertas generadas automáticamente hacia correo electrónico, móvil y busca.

- Un equipo de control de infecciones con participación de Medicina Interna, Microbiología y Medicina Preventiva.

Procedimiento: Las Alertas gereneradas desde los diferentes disparadores son analizadas de forma continuada y se toman las decisiones oportunas en función del riesgo de cada una.

Una vez a la semana el Equipo de control de infecciones se reune para valorar globalmente el estado de los pacientes con MDROs y tomar las decisiones pertinentes.

RESULTADOS: En el período 2008-2009 se han producido 1083 Alertas de importancia epidemiológica, se han implantado 482 precauciones de aislamiento, ocupando 4332 estancias con precauciones de aislamiento. Numéricamente los aislamientos mas frecuentes son: MARSA 145, Tuberculosis Pulmonar o Laríngea 99 y Gripe AH1N1. En Las estancias de Aislamientos pesan MARSA 1779, Pseudomonas MultiR 829, Tuberculosis Pulmonar 730, Gripe AH1N1 433, y emergen Acinetobacter 208 y Clostridium Difficiles 126.

Practica ausencia de casos secundarios, tanto entre pacientes como entre sanitarios.

CONCLUSIONES: La aparición de germenes multirresistentes es un problema creciente, de gran complejidad y magnitud y consecuencias potencialmente graves.

Tenemos la capacidad para diagnosticar y detener la transmisión de MDROs en los Hospitales. En nuestro modelo, hemos aprendido que la rápida generación de información que difunde automáticamente es un componente estratégicamente esencial. Igualmente esencial es la existencia de un equipo multiprofesional, cohesionado y orientado al logro, es un componente básico en la batalla para proteger a pacientes y sanitarios del riesgo de contaminación o contagio por germenes Multirresistentes.

PALABRAS CLAVE: multiresistentes, gestión , alertas

861 | SEGURIDAD

OPINIÓN DE NUESTROS PROFESIONALES SOBRE LA CALIDAD DEL PUESTO DE TRABAJO: "MOSTRADOR VERSUS MESA CONFIDENCIAL"

Fernández-Conde JA (1), Morales-Ortega L (2), Rodríguez-Guerrero MR (3), Alcázar-García MR (2), Arias-Espada MM (1), Hernández-Muñoz MP (4)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia de Atención Primaria. (2) Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud de Ocaña, Gerencia de Atención Primaria. (3) Recursos Humanos, Gerencia de Atención Primaria. (4) Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud de Santa Cruz de la Zarza, Gerencia de Atención Primaria.

OBJETIVOS: Las Unidades Administrativas (UUAA) de los Centros de Atención Primaria, ocupan un espacio físico de primer contacto y encuentro en el que se refleja la imagen de nuestra Organización. El objetivo de este trabajo es conocer la opinión de los profesionales sobre el rediseño de los espacios y los cambios estructurales de su puesto de trabajo.

MATERIAL: Estudio multicéntrico y transversal mediante cuestionario anónimo y autoadministrado, remitido por correo electrónico a todos los profesionales de las UUAA del área (N: 200), junto a una breve presentación del estudio y la solicitud de colaboración, indicando se realizara el envío, una vez cumplimentado, por correo interno a la Oficina de Calidad y Atención al Usuario de la Gerencia. El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de julio y agosto. La encuesta se diseñó por un grupo de trabajo, a partir de la bibliografía consultada, del asesoramiento de expertos y de un pilotaje con los profesionales sustitutos de un Centro de Salud.

RESULTADOS: Se obtuvo un 39,5% de encuestas válidas (n: 79). El 27% manifestó no apreciar diferencias en cuanto a su imagen profesional. De quienes sí han apreciado diferencias, el 87,5% afirmó sentirse más valorado profesionalmente en mesa confidencial. Con respecto a las dimensiones de Profesionalidad, Confort, Seguridad y Privacidad, se ha obtenido que: por ergonomía, el 79% opta por la mesa confidencial y el 12% por el mostrador. Por imagen de profesionalidad, el 64% opta por mesa confidencial y el 9% mostrador. Frente a usuarios conflictivos, el 59% se siente más expuesto en mesa confidencial y el 16% en mostrador. Sobre la pregunta si consideran que otros usuarios o profesionales escuchan las conversaciones con los usuarios, para el 70% es más frecuente en mostrador y para el 9% en mesa confidencial. El 53% ha manifestado sentirse más satisfecho con las condiciones del puesto de trabajo en mesa confidencial, y el 27% en mostrador.

CONCLUSIONES: La mesa confidencial ofrece mayor confort, más privacidad y mejor imagen ante los usuarios, pero debe complementarse con otras medidas para compensar su debilidad: los planes de seguridad implantados y cuantos otros se diseñen deberán conciliar la necesaria seguridad con la satisfacción con este tipo de puesto de trabajo.

PALABRAS CLAVE: Confort, Seguridad, Atención sanitaria

866 | Seguridad

IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN EL C.H.U.S.

Rico-Otero E (1), Folgueira-Aguiar E (1), García-Cepeda B (2), Ferrer-Ozores U (2)

(1) Quirofano, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. (2) Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

OBJETIVOS: Reducir las complicaciones surgidas en los quirófanos utilizando para ello un listado de verificación de seguridad quirúrgica (checklist quirúrgico OMS).

MATERIAL: Elaboración de la política de seguridad quirúrgica y de los procedimientos asociados a través de un grupo multidisciplinar de profesionales.

Difusión a los profesionales directamente implicados informándoles y formándoles sobre las directrices a desarrollar, a través de SESIONES presenciales impartidas por los líderes del grupo de trabajo responsables de la elaboración del procedimiento.

Implantación del uso del listado de verificación en tres unidades quirúrgicas piloto del Complejo Hospitalario.

Seguimiento periódico de medición de su eficacia a través de auditorias de cumplimentación.

RESULTADOS: La fase de documentación, formación e información se ha completado con éxito. Se ha iniciado la implantación en los 3 servicios piloto en mayo de 2009 y se ha auditado los 6 primeros meses de aplicación del listado de verificación obteniendo resultados satisfactorios.

CONCLUSIONES: Además de tener una muy buena acogida por parte de los profesionales a permitido introducir correcciones y mejorar el clima de seguridad tanto para el paciente como para el profesional.

PALABRAS CLAVE: Quirofanos, Seguridad, Paciente

877 | Seguridad

AGENDA DE CUIDADOS IMPRESCINDIBLES EN ENFERMERÍA

Álvarez Quintáns, M (1)

(1) Sanidad-Gacela, Empresa Oesía en un proyecto para el Sergas.

OBJETIVOS: Identificar diversas formas de aprovechar al máximo todas las posibilidades que nos ofrece la Agenda de Cuidados, a través de la creatividad de diferentes Unidades de Enfermería del Sergas.

MATERIAL: Actualmente, las Unidades de Hospitalización del Servizo Galego de Saúde cuentan con la aplicación GACELA para gestionar los Cuidados Enfermeros.

Búsqueda de aquellas Unidades de Enfermería que sacan un mayor partido a la "Agenda de Cuidados" y revelar sus provechosas ideas.

RESULTADOS: En las unidades mencionadas anteriormente, nos transmiten las siguientes ventajas con la utilización de la "Agenda de Cuidados":

- Constituye la herramienta básica de transmisión de información del paciente.
- Se obtiene una disminución/evitación de omisiones en los Cuidados
- Proporciona mayor conocimiento de la situación real del paciente.
- Facilita la actualización de los Cuidados.
- Identifica y proporciona información relevante para la adecuación de los Cuidados.
- Transmite conocimientos a enfermeras nóveles en la unidad, si así se desea.
- Ayuda en la ejecución/confirmación de las acciones.
- Aporta mayor calidad a los registros sobre los cuidados realizados.
- Ofrece la posibilidad de realizar comentarios adicionales que se consideren necesarios para los cuidados.
- Etc

CONCLUSIONES: 1. VISIÓN INTEGRAL de la situación de salud-enfermedad del paciente. Mayor conocimiento y control del paciente.

2. TRANSMISIÓN de la información sin omisiones ni repeticiones. Transmisión de CONOCIMIENTO.

3. INDIVIDUALIZACIÓN de los cuidados estandarizados/protocolizados. Cuidados confeccionados en exclusividad para el paciente.

4. INVOLUCRACIÓN de todo el equipo sanitario: Todos participan/Todos aportan. Cuidados independientes, interdependientes y delegados.

5. Proporciona SEGURIDAD al profesional responsable de la aplicación de los cuidados asignados.

6. Incrementa la CALIDAD de los registros. Facilita la investigación enfermera.

7. Garantiza / Acredita la EVALUACIÓN continua en la provisión de cuidados y las respuestas a los mismos. Revisión del plan, actualización y adecuación de los cuidados en todo momento.

8. Aporta SATISFACCIÓN profesional. Mayor autoestima personal.

9. Brinda CALIDAD a los cuidados. Repercute positivamente en la SATISFACCIÓN del paciente y su familia = Aumenta el BIENESTAR.

PALABRAS CLAVE: Agenda, Cuidados, Enfermería

900 | SEGURIDAD

SEGURIDAD: EVALUACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PACIENTES

Chueca-Ajuria A (1), Camiña-Gallego I (1), Maestre-Martínez MT (2), Solozabal-Orbegozo K (1), Toro-Sánchez L (1), Villa-Valle R (1)

(1) Unidad de metodología de Calidad, Hospital Galdakao-Usansolo. (2) Bloque Quirúrgico, Hospital Galdakao-Usansolo.

OBJETIVOS: Enmarcado en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud: "Excelencia clínica/Mejorar la seguridad pacientes" y alineada con la línea estratégica "Seguridad Clínica" del Plan Estratégico 2008-2012 de Osakidetza, el HGU se planteo como objetivo "Mejorar la seguridad clínica en la trazabilidad tanto del paciente como de la información clínica". Como objetivos específicos nos planteamos A) Evaluar el grado de implantación, en hospitalización, de las pulseras como método de identificación de paciente. B) Evaluar la trazabilidad, coherencia y calidad de los informes de alta, de la historia clínica

MATERIAL: 1) Herramientas para conocer nuestra situación de partida: a) Corte de prevalencia en todas las unidades de hospitalización. b) Evaluación, de aproximadamente, el 10% de todas las altas de todos los servicios, producidas en febrero y mayo en el hospital mediante la utilización de un cuestionario con ítems ponderados y 2) Formación en Seguridad Clínica

RESULTADOS: a) Se han realizado dos cortes: octubre 2009 y mayo 2010. En octubre, el grado de implantación fue del 83,97 %. Analizadas algunas de las causas por las cuales el pacientes no tenia la pulsera identificativa, se decidió el envió por parte de Admisión de dos pulseras al ingreso del paciente. A fecha actual no se ha realizado la evaluación del segundo corte. b) Se han evaluado 180 historias de todos los servicios los cuales tienen asignadas camas en hospitalización (aproximadamente 12 de cada servicio). A fecha actual no se ha realizado la evaluación c) Desde el año 2008 las personas formadas han sido de 338 y el resultado de la Valoración Global de los cursos es del 7,80 d) se han identificado 29 incidencias asociadas a problemas en la identificación de pacientes en los registros clínicos y/o en la utilización de las pulseras identificativas

CONCLUSIONES: 1) El grado de implantación de utilización de las pulseras es el resultado de la concienciación y sensibilización mediante la formación, en seguridad clínica. 2) Importancia de una adecuada identificación del paciente para evitar los riegos existentes en la actividad clínica 3) Necesidad de pasar a la fase de "uso real" de la pulsera identificativa 4) Implicar y concienciar a los pacientes del uso de las pulseras y los beneficios que de el se derivan 5) Necesidad de implantar una historia clínica informatizada en el que la identificación del paciente este asegurada 6) Importancia de sistematizar la evaluación de los registros clínicos como toma de conciencia de nuestra realidad

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Identificación pacientes , Historia Clínica

905 | SEGURIDAD

EVALUACIÓN DEL ESTATUS VACUNAL FRENTE AL SARAMPIÓN Y VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PERSONAL SANITARIO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Abraira-García MI (1), Alvárez-Dacal A (1)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Comarcal de Valdeorras.

OBJETIVOS: El virus de la hepatitis B (VHB), que se transmite a través del contacto con sangre o fluidos corporales contaminados, es el principal riesgo infeccioso para los trabajadores sanitarios. El sarampión es una infección viral de transmisión aérea, altamente contagiosa. La transmisión sigue ocurriendo en entornos sanitarios entre el personal y los pacientes como queda demostrado en los últimos brotes ocurridos en Europa. El sarampión y la hepatitis B son dos enfermedades inmunoprevenibles mediante la vacunación de personas susceptibles..

Objetivo: Determinar el estatus de susceptibilidad de los trabajadores sanitarios del HCV frente al sarampión y VHB.

MATERIAL: Se distribuyó una encuesta entre el personal sanitario del HCV, en enero de 2010. Se recogían los siguientes ítems: Ocupación; Antigüedad en el HCV; vacuna VHB completa (3 dosis), si respuesta afirmativa: Respuesta inmunitaria adecuada (título Ac>10 UI/mL); Nacimiento antes de 1967; si respuesta negativa: vacuna triple vírica completa (2 dosis); acreditación documental de inmunidad. La respuesta negativa o dudosa a alguno de los ítems iba seguida de la recomendación de acudir al servicio de medicina preventiva para actualizar el calendario vacunal.

RESULTADOS: La tasa de respuesta fue del 24,8%; mayor entre el personal sanitario no facultativo (25%). La antigüedad media en el HCV fue de 11 años. Recibieron pauta completa de vacuna frente al VHB el 73%, de estos el 69% respondieron que la respuesta inmunitaria era adecuada. Nacieron después de 1967 el 42% de los encuestados; entre ellos el 33% declaró haber recibido dos dosis de vacuna y el 24% presentó un documento acreditativo de inmunidad. Sólo fue preciso actualizar calendario en 3 casos frente a VHB y en ninguno frente al sarampión.

CONCLUSIONES: La tasa de respuesta a la encuesta fue baja. La respuesta sobre el nivel de cobertura vacunal frente a la hepatitis B y la respuesta inmunitaria obtenida tras la encuesta no representa la realidad, ya que sólo se precisó actualizar calendario en 3 casos y en ninguno frente al sarampión.

PALABRAS CLAVE: Vacunación, Personal sanitario, VHB; sarampión

914 | Seguridad

PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD SOBRE HIGIENE DE MANOS E INFECCIÓNES

Cueto- Baelo M (1), García -García MJ (2), Sande -Mejide M (2), De- LA-Concepcion-Da-Silva P (1), Del- Campo -Pérez V (1), Bravo -Ricoy JA (3)

(1) Medicina Preventiva y Salud Publica, CHUVI. (2) Medicina Preventiva y Salud Publica, CHOU . (3) Medicina Preventiva y Salud Publica, Hospital Comarcal Monforte.

OBJETIVOS: Conocer la percepción de los directivos del Sistema sanitario Gallego sobre dos temas:La higiene de manos y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).

MATERIAL: Estudio de carácter cualitativo.Técnica de recogida de información a través de cuestionario autocumplimentado adaptado de OMS sobre percepción de higiene de manos,distribuido a todos los directivos hospitalarios del Sitema Sanitario de Galicia (n= 115). Para el análisis fueron utilizados Excel (office 2007) y SPSS vs12.

RESULTADOS: El porcentaje de respuestas fue del 92 %; de estas 57,4 % son mujeres y 42,6% varones. La media de años en el cargo fue de 3,5 ± 5,11. El 46% de directivos tenían experiencias en campañas pro-higiene de manos. El 94,8% contaban con preparados de base alcohólica en su centro. El 93% opinaron que la higiene de manos es eficaz para la prevención de las IRAS, otorgando el 79% una prioridad alta a esta política de seguridad del paciente.

Un 70,5% manifestaron que las IRAS tienen gran repercusión en el desenlace de la enfermedad y 86.1% en el gasto sanitario. El porcentaje de las IRAS de sus centros es solamente conocido por un 53% de directivos que consideran que estas infecciones afectan al 5,5% de los pacientes hospitalizados.

En su opinión las supervisoras son buenos ejemplos para promocionar la higiene de manos 7,4 (puntuación de 0 a 9) y en menor cuantía los jefes de servicio, 6,1.

Las medidas de mayor impacto en el cumplimiento de la higiene de manos fueron:

Que cada profesional reciba formación sobre higiene de manos (8,3)

Que las supervisoras y los jefes realicen la higiene de manos (8,2)

Que haya instrucciones claras y visibles (8)

Que existan hidroalcoholicos en cada punto de atención (7,9)

CONCLUSIONES: Alta participación en las respuestas, lo que demuestra sensibilidad a la estrategia de higiene de manos del Servicio Gallego de Salud, disponiendo mayoritariamente de preparados de base alcohólica en los centros.

Consideran que 5,5% de los pacientes ingresados adquieren IRAS, pero opinan que se pueden disminuir mejorando la adherencia a la higiene de manos, ya que los directivos reconocen la eficacia de esta práctica en la prevención de estas infecciones.

Perciben como muy importante que los profesionales sanitarios reciban formación sobre higiene de manos y que existan instrucciones claras y sencillas, otorgando un papel modélico a la supervisora, que se convierte en grupo clave para la formación.

PALABRAS CLAVE: Higiene manos, Infecciones , Encuesta

918 | Seguridad

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD) COMO FUENTE DE INFORMACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

Gabari-Machín M (1), Arrospide-Elgarresta A (2), Mendizábal-Larrañaga M (3), Taboada-Gómez J (4), Lanzeta-Vicente I (5)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Alto Deba-Osakidetza. (2) Unidad de Investigación, Hospital Alto Deba. (3) Medicina Preventiva, Hospital Alto Deba. (4) Medicina Preventiva, Hospital de Mendaro. (5) Medicina Preventiva, Hospital de Zumárraga.

OBJETIVOS: Evaluar la validez aparente de los códigos CIE-9-MC del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) utilizados en la elaboración de los indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Evaluar la validez de criterio comparando estos indicadores con sistemas de información ya contrastados.

MATERIAL: Estudio retrospectivo y multicéntrico

Se utiliza el CMBD de los hospitales que forman la red Osakidetza como fuente de datos para la confección de tres indicadores relacionados con la seguridad del paciente: 1. Úlceras de decúbito (también llamadas úlceras por presión), 2. Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar posquirúrgicos, y 3. Dehiscencia de herida posquirúrgica. Se realiza una descripción cualitativa y sistemática de los códigos que incorpora cada Indicador de Seguridad del Paciente (ISP). En un segundo paso, tomando diferentes "patrones oro", que son sistemas de información ya contrastados para la recogida de estos indicadores se realiza la validación de criterio de los indicadores. Los sistemas de información son : Registro del Proceso de Atención de enfermería de Osakidetza, Registro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Registro de la Comisión INOZ.

RESULTADOS: Los datos obtenidos desde el CMBD han sido: úlcera por presión del 0,19% al 13.68%, tromboembolisomo pulmonar/trombosis venosa profunda del 0% al 3,13%, dehiscencia de herida posquirúrgica 0%.

En el periodo analizado (2002-2007) los hospitales de agudos presentan porcentajes de pacientes con úlcera por presión y TEP/TVP menores que los hospitales de media y larga estancia.

Se observa variabilidad en los indicadores en algunos de los años.

Nuestro "patrón oro" de la úlcera por presión no es comparable con el indicador obtenido a partir de los datos del CMBD.

CONCLUSIONES: El CMBD de cada centro hospitalario codifica las altas hospitalarias a partir de los códigos de la CIE-9-MC. Se utiliza de manera universal en todos las organizaciones sanitarias, se codifican prácticamente el 100% de las altas hospitalarias y la codificación se realiza por personal cualificado se puede concluir que es una fuente de datos informatizada de la actividad asistencial en nuestro medio muy importante.

Esta fuente de información se presenta como fácilmente accesible, sencilla, rápida y no costosa. Además permite hacer comparaciones entre diferentes proveedores.

No obstante, pueden existir variables que limiten su uso: infrarregistro, variabilidad en la codificación, validez, etc.

PALABRAS CLAVE: Conjunto Mínimo Básico de Datos , Indicadores de segurida clínica, Validez y utilidad

CURSO ON LINE SOBRE HIGIENE DE MANOS. INFORME DE RESULTADOS.

De-la-Concepción-da-Silva P (1), Martin-Rodríguez MD (2), Cueto-Baelo M (1), Del Campo- Pérez V (3), Bello -Rodríguez H (4), Domínguez -López C. (4)

(1) Medicina Preventiva y Salud Publica, CHUVI. (2) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade, Sergas. (3) Medicina preventiva y Salud Publica, chuvi. (4) Medicina preventiva y Salud Publica, CHUVI.

OBJETIVOS: Exponer el proceso de elaboración del curso on line de higiene de manos diseñado por el grupo de trabajo de la estrategia de higiene de manos (GTEHN) del Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

Presentar resultados y conclusiones obtenidos tras el análisis de datos del curso y de las encuestas de satisfacción del mismo, cumplimentadas por profesionales de la salud del SERGAS durante el año 2009 (siete ediciones).

MATERIAL: Se confeccionó un curso on line teórico-práctico sobre higiene de manos accesible desde la plataforma Mestre (Internet, Intranet SERGAS), con tiempo estimado de realización de cuatro horas y acreditado. Fue difundido por los Servicios de Formación Continuada. Incluyó documentación de OMS y links relacionados con el tema. Inicialmente el alumno cumplimentó una encuesta sobre su percepción del tema y hábitos, y respondió otra de satisfacción al finalizar el curso. Contó con un Foro donde alumnos y tutores mantuvieron comunicación. Se incluyeron FAQ y Glosario. El curso se consideraba aprobado con el 80% de preguntas correctas, situadas al final de cada módulo teórico.

Los resultados del análisis de datos del curso e ítems de la encuesta de satisfacción fueron trabajados con Excel y Access.

RESULTADOS: Del curso on line:

Total matriculados: 3164, 86% Atención Especializada, 14% Atención Primaria.

Según área sanitaria: 40% Pontevedra, 30% A Coruña, 25% Ourense, 15% Lugo.

Por categorías: 48% DUE, 22% Aux. Enfermería, 7% médicos y 23% otros.

Aprobados: 78%.

De la encuesta de satisfacción:

Los alumnos opinaron que temas y necesidades formativas fueron apropiadas y respondieron a sus expectativas en un 98%. El 99% lo recomendaría a sus compañeros.

Sobre la estructura, presentación y aplicación al trabajo diario el 92% lo evaluaron como bueno, y el 94% respondió lo mismo sobre el grado de desarrollo de nuevas habilidades.

La valoración de contenidos y ejemplos prácticos (1 a 5) fue de 4.2 y 4.3 respectivamente.

El grado de aclaración de dudas por tutorías fue bueno para el 67%.

El Glosario fue estimado por el 88% como bueno, así como la utilidad de las FAQ (83%) y el grado de interés de los Foros (52%).

CONCLUSIONES: La mayor parte del alumnado era personal de atención especializada perteneciente al área sanitaria de Pontevedra (40%).

Los cursos on line hacen más accesible y atractiva la formación, y pueden ser realizados por gran nº de profesionales a la vez.

La valoración del curso, en conjunto, fue muy favorable.

PALABRAS CLAVE: CURSO ON LINE, HIGIENE MANOS , CONOCIMIENTOS

SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN PACIENTES

Pérez-Vázquez V (1), Suárez-Costa G (1)

(1) Enfermería, Hospital Ntra Sra de la Esperanza.

OBJETIVOS: - Establecer las situaciones de aplicación de contenciones mecánicas.

- Garantizar la seguridad y bienestar del paciente, salvaguardando su derecho a la intimidad e independencia.

- Informar al paciente y/o familia de la necesidad de su aplicación, obte

MATERIAL: - Revisión bibliográfica.

- Elaboración del protocolo.

- Difusión e implantación del mismo.

- Encuesta a profesionales (2005-2008).

- Revisión de historias clínicas.

RESULTADOS: Desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2008 se aplicaron contenciones mecánicas al 0,48% del total de pacientes (3,68% en medicina interna).

En el 100% se hizo el control periódico del paciente que marca el protocolo y, sólo, en 2 casos (3,77%) no existe consentimiento informado (con cusa justificada).

Las encuestas realizadas a los profesionales sobre la implantación del protocolo (en 2005 y en 2008)muestran resultados similares.

CONCLUSIONES: La protocolización de la aplicación de contenciones mecánicas mejora la calidad asistencial, aumenta la satisfacción y seguridad del paciente y no supone una carga extra de trabajo

PALABRAS CLAVE: seguridad, compromiso, responsabilidad

928 | Seguridad

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN MEDICINA INTERNA

Diez-Martín MJ (1), García-Duro M (1), Pérez-Vázquez V (2)

(1) Enfermería, Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (2) Enfermería, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza.

OBJETIVOS: - Prevenir la aparición de úlceras por presión.

- Favorecer la curación en caso de que aparezcan.

- Evitar la progresión a un estadío superior.

MATERIAL: Revisión bibliográfica.

Elaboración del protocolo.

Difusión

Implantación.

Seguimiento y evaluación mensual.

Valoración de resultados.

RESULTADOS: Desde el 1 de enero de 2004 hasta el 31 diciembre 2009 los resultados son.

- disminución del nº de pacientes que desarrollaron ulceras hospitalarias (4,31% en 2004 por 2,05% en 2009, sindo el nº de pacientes con upp hospitalarias x 100 estancias de 4,15 en 2004 por 1,89 en 2009)

- Mejoría en la evolución de las úlceras tratadas: el64,16% de ellas evolucionaban bien al alta o se habían resuelto en 2004 frente al 72,72% en 2009

CONCLUSIONES: La protocolización majora la calidad asistencial, disminuye la aparición de úlceras y favorece la buena evolución de las tratadas.

La formación continuada,la comunicación de resultados y la implicación de la Dirección del centro motivan al personal para el cumplimiento del protocolo.

La firma del consentimiento informado y la presencia de familiares durante las curas refuerzan su confianza en los profesionales y en la institución

PALABRAS CLAVE: ulceras, seguridad, confianza

932 | Seguridad

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LA MOVILIZACIÓN MANUAL DE PACIENTES

Amenedo-Losada MB (1), Roca-Bergantiños Mo (2)

(1) Hematología, Hospital Xeral-Calde. (2) Calidad, Hospital Xeral-Calde.

OBJETIVOS: -Identificación de los factores de riesgo

- Evaluación de los factores de riesgo

-Cuantificar el nivel de riesgo por movilización de pacientes en el ámbito hospitalario

MATERIAL: -El Índice MAPO

-Registros de enfermería ya sean en soporte informático ó papel

-Datos de las cargas de trabajo en función del número de profesionales y grado de dependencia de los pacientes.

RESULTADOS: Se pone de manifiesto al aplicar el Índice MAPO, que mejorando el factor ambiental, la formación, la disponibilidad de sistemas mecánicos de ayuda y plantillas adecuadas en las Unidades se disminuirá el Riesgo existente en la movilización manual de pacientes.

CONCLUSIONES: . El Índice MAPO es una metodología útil en nuestro ámbito sanitario como herramienta de gestión de riesgos, la cual ayudará a establecer las medidas preventivas a adoptar, que permitan desarrollar nuestra labor en un medio más seguro.

PALABRAS CLAVE: #¿NOMBRE?

941 | SEGURIDAD

PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO AL INGRESO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA GENERAL DEL HGUGM

Cristina González Steinbauer (1), Ana Belén Jiménez Muñoz (2), Ana Clara Zoni (2), Rosa Plá Mestre (2), Paz Rodríguez Pérez (2)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Dr Peset. (2) Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

OBJETIVOS: 1.Conocer el perfil farmacoterapéutico al ingreso de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) y Cirugía General (CG).

2.Descubrir las posibles diferencias en el perfil farmacoterapéutico entre un servicio médico y uno quirúrgico.

3.Mejorar las técnicas de entrevista clínica.

MATERIAL: Diseño: Estudio descriptivo con componentes analíticos.

Población: Pacientes adultos ingresados en un servicio médico y uno quirúrgico que antes de ingresar en el hospital estuvieran tomando 3 ó más medicamentos, cuya estancia hospitalaria sea superior a 24 horas.

Recogida y análisis de datos: Se elaboró un cuestionario estructurado que ha servido de soporte para la recogida de datos por enfermería, entrevistándose a todos los pacientes ingresados durante el mes de septiembre de 2009. Las variables recogidas se agrupan en datos del paciente y de la historia farmacológica. Los datos han sido tabulados y analizados estadísticamente mediante el programa SPSS versión 16, realizándose un análisis descriptivo, obteniendo frecuencias absolutas y relativas, seguido de un análisis bivariante mediante el test de X2 o el test de Fisher.

RESULTADOS: Se entrevistó a 205 pacientes ingresados en el servicio de CG, de los que 94 fueron finalmente incluidos en el estudio. En el servicio de MI se entrevistó a 101 pacientes, de los que se incluyeron 80.

Los pacientes ingresados en el servicio de CG tomaron 504 fármacos (media 5,36 fármacos / paciente [IC al 95% 4,86-5,86]) y los ingresados en el servicio de MI, 589 fármacos (media 7,36 fármacos / paciente [IC al 95% 6,68-8,04]).

Los fármacos más tomados fueron: antiácidos (55,5% en MI y 35,6% en CG) y fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (35,7% en MI y 22,5% en CG).

Cabe destacar que el 36,6% de los pacientes ingresados en MI tomaba productos de herbolario para el alivio del dolor y la fiebre y el 18,8% para el estreñimiento. En CG los tomaba el 15,7% para el estreñimiento y el 15,2% para dormir.

Comparando los 2 servicios comprobamos que los pacientes ingresados en el servicio de MI tomaban más la mayoría de los fármacos de forma estadísticamente significativa.

El 14,1 % de los pacientes ingresados en CG y el 18,8% de los ingresados en MI referían alergia a algún medicamento.

CONCLUSIONES: -La elaboración de un cuestionario estructurado puede ayudar a la recogida de datos sobre la medicación al ingreso.

-Los pacientes ingresados en un servicio médico toman en mayor proporción la mayoría de grupos farmacológicos estudiados.

PALABRAS CLAVE: Perfil farmacoterapéutico, Seguridad

957 | SEGURIDAD

REGISTRO DE ENFERMERÍA DEL CHUVI EN EL PROCESO QUIRÚRGICO

Fernández-Aldao MA (1), Suris-Barandon E (2), Graña-Blanco M (3), Dacosta-Delgado I (4), Domínguez-Arias B (5), Fernández-García A (6)

(1) Supervisora Área Proceso Quirúrgico, CHUVI. (2) Supervisora Quirofano Xeral, CHUVI. (3) Supervisora Quirofano CIES, CHUVI. (4) Supervisora Área Hospitalización Quirúrgica, CHUVI. (5) Subdirectora de PROCESOAS de Enfermería, CHUVI. (6) Enfermera Calidad, CHUVI.

OBJETIVOS: OBJETIVO

Unificar los registros de enfermería en el CHUVI, refundiendo y mejorando los existentes para crear un documento único que favorezca la máxima seguridad para el paciente y que sea adaptable a los nuevos procedimientos quirúrgicos.

MATERIAL:

-Se analizan los distintos registros de enfermería utilizados en los diferentes bloques quirúrgicos del CHUVI.

-Se organiza un grupo de trabajo con las responsables de los diferentes bloques quirúrgicos, responsables de la dirección y responsables del área de calidad, para:

1.-Diseñar un registro que recogiera: a) las necesidades del paciente incorporando anotaciones y comprobaciones para su seguridad; b) los datos del paciente durante las 3 fases del proceso quirúrgico (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio); dando así continuidad a los cuidados c) que recogiera las diferentes actividades que se realizan en quirófanos o salas con procedimientos quirúrgicos como radiología intervencionista y hemodinámica; e)que asegurara la trazabilidad de esterilización e implantes f) todo ello dentro del marco legal vigente; g) formato sencillo h)que permitiera la recogida de datos para el control de indicadores.

2.-Probar, una vez diseñado el registro; en todas las áreas implicadas en el, registrando los problemas detectados en su cumplimentación.

3.-Mejorar su diseño, en base a los hallazgos detectados.

4.-Implantar el registro unificado en todos los bloques quirúrgicos del complejo.

5.-Controlar su cumplimentación.

RESULTADOS: RESULTADOS

Desde Octubre del 2008 se utiliza un Registro de Enfermería único en todo el complejo, que refleja los cuidados del paciente y su seguridad, permitiendo la trazabilidad de la esterilización e implantes, lo que facilita la recogida de datos para los indicadores de resultados (tiempos quirúrgicos, etc.)

CONCLUSIONES: CONCLUSIONES

El rediseño y la unificación del registro, nos ha llevado a:

Adecuado seguimiento de los pacientes quirúrgicos.

Buena cumplimentación de los registros.

Mejora de la cumplimentación de los protocolos quirúrgicos.

Compromiso del equipo quirúrgico con la seguridad del paciente.

Reducción de la burocratización.

Mejora del trabajo en equipo.

PALABRAS CLAVE: REGISTRO, ENFERMERÍA , QUIRÓFANO

963 | Seguridad

EVOLUCIÓN DE LA HOJA DE MEDICACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS TIC

Martínez- López MA (1), Vázquez-López MI (2), Fernández- Neira ME (3), Aparici- Bolufer Jv (4), Pérez- Rodríguez MT (3)

(1) Calidad y Docencia, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (2) Servicio de Informática, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (3) Unidad de M. Interna, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde). (4) Servicio de Farmacia, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Servizo Galego de Saúde).

OBJETIVOS: - Disminuir el tiempo que las enfermeras dedican a la transcripción de las órdenes médicas de tratamiento aumentando la seguridad durante el proceso.

- Eliminar las hojas de medicación en formato papel para avanzar en la informatización de las unidades d

MATERIAL: En el Hospital Comarcal de Monforte la administración de medicación, en las unidades de hospitalización, se realiza mediante hoja en papel que implica transcripción de las ordenes medicas desde la hoja de tratamiento médico a la hoja de administración de enfermería. Posteriormente las hojas de tratamiento médico se envían al Servicio de Farmacia para su procesamiento y envío de carros unidosis, con la medicación, a las unidades. En julio del año 2008 se implanta en una de las unidades un programa de prescripción médica electrónica y se cambia la hoja de administración de medicación en papel por una en formato electrónico. Se constituye un grupo de trabajo para evaluar las necesidades y elaborar un circuito que disminuya la carga de trabajo para las enfermeras, garantice la seguridad del proceso y mejore la satisfacción del personal.

RESULTADOS: La nueva hoja de medicación se implanto en una de las unidades de M. Interna, el circuito establecido supuso cambios organizativos en la unidad y en el Servicio de Farmacia. Se suprimió la transcripción de las órdenes médicas y las hojas de administración en formato papel. Se impulso la informatización total de la unidad potenciando los planes de cuidados y el uso de la agenda de cuidados. Debido a la buena acogida por el personal en el plazo de tres meses se extendió la implantación a otra unidad.

CONCLUSIONES: Al suprimir la transcripción de las órdenes de tratamiento disminuye el tiempo que las enfermeras dedican a esta tárea para poder dedicarlo al cuidado del paciente. Aumenta la seguridad del proceso, ya que no hay errores en este apartado, al mismo tiempo que se informatizan las unidades. Las enfermeras mostraron un alto grado de satisfacción con los cambios introducidos.

PALABRAS CLAVE: Administración de medicacion, Tiempo de enfermería, Seguridad

980 | Seguridad

MANOS LIMPIAS.

RECOMENDACIONES SOBRE LA HIGIENE DE LAS MANOS AL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESPAÑA.

Martín MD (1), Palacio J (2), Aibar C (3), Mareca R (4), Marcos MP (2), Astier P (5)

(1) Servicios Centrales , Sergas. (2) Atención Primaria, Salud Aragón. (3) Medicina Preventiva, Salud Aragon. (4) Medicina Preventiva, Salud Aragón. (5) Gerencia Atención Primaria, Salud Aragón.

OBJETIVOS: El Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) se planteó realizar una adaptación de las recomendaciones para higiene de las manos de la OMS por los siguientes motivos:
1.-Como contribución a la campaña Clean Care is Safer Care de la OMS.
2.-Porque no existía previamente ninguna adaptación de dichas recomendaciones que tuviera en cuenta las especificidades de la Atención Primaria de Salud.

MATERIAL: Tras el correspondiente trabajo de documentación y debate, un equipo de médicos de familia y de medicina preventiva redactó las recomendaciones adaptadas y las publicó on line en http://www.semfyc.es/es/componentes/ficheros/descarga.php?ODgzNA%3D%3D

RESULTADOS: Procedimientos para higiene de manos:
- Con agua y jabón líquido: si existe suciedad visible.
- Con soluciones hidroalcohólicas: cuando las manos están aparentemente limpias.

Momentos para la higiene de las manos:
- Al comenzar la consulta y al finalizarla.
- Antes y después de realizar determinadas exploraciones que implican un contacto directo y mantenido con piel y mucosas del paciente: exploración de vías respiratorias, genitales...
- Antes y después de colocarse guantes estériles para realizar intervenciones que lo exigen:(cirugía menor,cura de heridas, colocación de una sonda urinaria,...).El método de elección es la fricción con solución alcohólica.
- Cuando exista riesgo de exposición a fluidos corporales.
- Entre paciente y paciente, según contacto directo que haya habido entre el profesional y el paciente, así como de la patología que afecta a este último.

El profesional habrá de adaptar esta recomendación a su contexto, ya que el riesgo de contaminación de las manos varía mucho si se trata de hacer un acto burocrático, como la cumplimentación de un informe, o si se ha visitado a un paciente de una enfermedad grave y fácilmente transmisible a través de las manos.

Uso de guantes:
Guantes estériles:
- Manipulación de zonas de la piel con solución de continuidad.
- Curas e intervenciones de cirugía menor.
- Sondajes de todo tipo (nasogástricos, urinarios,..) Está indicado el lavado de manos o la fricción con solución hidroalcohólica, antes y después de colocarse guantes estériles.

Guantes limpios no estériles:
- Atención de urgencias.
- Tactos vaginales y rectales.
- Exploración bucofaríngea.
- Manejo de fluidos corporales y material contaminado.
- Extracciones de muestras sanguíneas.

CONCLUSIONES: Corresponde a los responsables de la gestión de los centros sanitarios proporcionar los recursos necesarios para realizar una adecuada higiene de las manos

PALABRAS CLAVE: Higiene, Manos, Primaria

986 | SEGURIDAD

TECLADOS Y RATONES DE PC DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COMO FUENTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

Martínez Mareque I (1), Ces Calvo ME (1), Ramos Maneiro MC (1), García Otero M.J (1), Fernández Naveiro JM (1), Gestal Otero JJ (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los teclados y ratones de los ordenadores pueden actuar como fómite en la transmisión de gérmenes en el hospital. Aquí pretendemos determinar el grado de contaminación microbiana que tienen en las unidades de enfermería y salas de médicos de nuestro hospital.

MATERIAL: El estudio se llevó a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Santiago entre febrero y mayo de 2010. Se recogieron 44 muestras (22 teclados y 22 ratones) de todos los ordenadores de los controles de enfermería de 8 unidades de hospitalización, y 40 muestras (20 teclados y 20 ratones) en las salas de facultativos en los servicios de hospitalización.

Para la toma de muestras se utilizaron hisopos estériles con medio de transporte, pasando el hisopo humedecido por el teclado o ratón, realizándose el cultivo e identificación de los gérmenes en el Servicio de Microbiología. Se aislaron únicamente los gérmenes patógenos.

Los resultados se registraron en hoja de Excel y se realizó un análisis descriptivo.

RESULTADOS: En los controles de enfermería se identificaron gérmenes patógenos en 4 muestras (9,09%), 3 teclados (6,82%) y 1 ratón (2,27%). Los teclados positivos correspondían a la misma unidad.

Los gérmenes aislados fueron 2 Candidas (C. parapsilopsis y C. famata), 1 Pseudomonas (Shewanella putrefaciens, y 1 Proteus sp.

En las salas de médicos se identificaron gérmenes en 2 muestras (5%), 1 teclado (2.5%) y 1 ratón (2,5%) en unidades diferentes.

Los gérmenes identificados fueron Acinetobacter iwoffii y Enterococcus sp.

CONCLUSIONES: 1. Aunque baja, existe contaminación por gérmenes patógenos de los teclados y ratones de las unidades de hospitalización.

2. Hay que protocolizar la limpieza de estos dispositivos y realizar la higiene de manos

PALABRAS CLAVE: teclados y ratones, contaminación, hospitalización

998 | SEGURIDAD

ATENCIÓN COMUNITARIA, TAMBIÉN POR LA SEGURIDAD DE PACIENTES

Blanco-Sio S (1), Canseco-Suárez X (1), Pimentel-Bardal Mªp (1), Martin-Miguel Mªv (1), González-Formoso C (2)

(1) CS Matamá, SERGAS. (2) XAP Vigo, SERGAS.

OBJETIVOS: General: aprendizaje en Seguridad de Pacientes a través del análisis de un caso

Específicos: analizar el evento adverso mediante ACR y diagrama Ishikawa

MATERIAL: Detección:

Abigail, de 84 años viene a consulta con sus familiares porque ha empeorado su estado desde que días antes sufrió una caída sin consecuencias, según informe de urgencias.

Con Hipotiroidismo subclínico y dudoso AIT, es independiente para actividades instrumentales diarias, va al gimnasio, cuida a su hijo esquizofrénico, la casa y los animales. Toma Adiro 300 y Eutirox 25 diariamente.

Diagnosticada de neumonía, es ingresada en el Hospital. Tras el alta acude a consulta con sus familiares encontrándose clínicamente bien.

A los 2 meses, la Unidad de Seguimiento de Pacientes (USP) que controla a su hijo nos alerta de que no ven bien a Ángela y solicitan cita para que acuda con algún familiar. Viene sola, bradipsíquica, desorientada aunque coherente, descubrimos que toma 3 comprimidos de adiro 300 y 3 de Eutirox al día.

Análisis:

Mediante ACR y diagrama Ishikawa

RESULTADOS: Identificamos como factores condicionantes: poco tiempo por paciente en la consulta, la reciente incorporación del médico que atendió a Abigail, el desconocimiento en profundidad de la situación sociofamiliar, la ausencia de diagnóstico cognitivo precoz.

Contactamos con la familia y refieren que Abigail tiene descuidada la casa, la ropa, está desorientada, desconfiada, come a horas inusuales, la conversación es incoherente y no se deja ayudar. La relación familiar ha sido conflictiva.

La familia da apoyo para la valoración clínica y estabilización de la paciente.

Actualmente, la mejoría clínica es notoria. Se ha realizado una evaluación de dependencia y apoyo sociofamiliar y una vigilancia estrecha sobre la evolución.

Este incidente nos hace conscientes de que en Atención Primaria es importante diagnosticar la situación sociofamiliar pues las soluciones a los problemas además de consultas, requieren redes sociales y apoyos comunitarios que también se han mostrado importantes para la seguridad de los pacientes, de hecho, la USP ha constituido una barrera evitando lo que podría haber sido un efecto adverso de mayor magnitud, gravedad y trascendencia

CONCLUSIONES: - Las técnicas ACR y diagrama Ishikawa constituyen una herramienta útil en el análisis de la Seguridad de Pacientes.

- La situación sociofamiliar es parte fundamental en AP, parámetro que no debemos obviar en nuestras consultas.

- Las redes sociales (US

PALABRAS CLAVE: atención comunitaria, seguridad de pacientes, caso clínico

1003 | Seguridad

YO TE AYUDARÉ A NO CAER

Iglesias-Casas GC (1), Fernández-Cotado MJ (2), Fernández-Álvarez MC (2), Pulgarín -Sobrino Sb (2), Castro-Feijóo TM (2), Graña-Álvarez J (3)

(1) Dirección de Enfermería, CHOU (Complejo Hospitalario de Ourense). (2) Dirección de Enfermería, CHOU. (3) Dirección de Enfermería, CHOU.

OBJETIVOS: -Identificación de causas que originan las caídas de los pacientes hospitalizados en el CHOU.

-Proponer actuaciones que mejoren la calidad de los registros y, por ende, los cuidados de enfermería prestados a estos pacientes.

MATERIAL: -Estudio descriptivo retrospectivo.
-Población a estudio: Pacientes ingresados en el período 2008 y 2009 en el CHOU exceptuando las caídas ocurridas en URGENCIAS, QUIRÓFANO, UCI y REA.
-Fuente: registros en el aplicativo GACELA.
-Análisis estadístico

RESULTADOS: En el periodo analizado se registraron 812 caídas en 749 pacientes (alguno de los cuales sufrió más de una caída).

Las circunstancias más habituales fueron:

-De la cama: 39,3%. (de lo cuales un 28,9% tenían colocados laterales de protección).

-Deambulando: 31; 9%.

-En el baño: 18,6%.

-Desorientados: 27,3%

-Edad (< 5 años y > 75 años): 37,3%.

-Sexo:

-Hombres: 57,9%

-Mujeres: 42,1%

-Inestabilidad motora: 33,4%.

-En cuanto a motivos estructurales llama la atención:

-Sin motivo aparente, hay un 63,4%

-Con calzado inadecuado: 12,9%

-Poca iluminación: 15,3%

CONCLUSIONES: -50% de las personas que se caen tienen entre 77 y 99 años.

-Se caen más hombres que mujeres con una diferencia estadísticamente significativa

-Las mujeres que se caen son mayores que los hombres.

-Estructura física poco favorable para fomentar el acom

PALABRAS CLAVE: Caídas, Circunstancias, Registros

1014 | Seguridad

CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN Y EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

Sorribas-Álvarez MJ (1), Blanco-Carbia A (2), Suárez-Gil I (2), Trashorras-González P (2), Davila-Casal E (3)

(1) ONCO/HEMA, SERGAS. (2) SERGAS ONCO/HEMA, SERGAS. (3) Oncología, Hospital de Dia Meixoeiro.

OBJETIVOS: Unificar criterios a la hora de administrar tratamientos de quimioterapia.

Disminuir la ansiedad del personal de nueva incorporación en la unidad, ya sea pool o eventual

Identificar y distinguir la extravasación en cuanto se produzca y actuar sobre ella lo antes posible para disminuir los daños .

Solicitar una revisión de los kits de extravasaciones

MATERIAL: Tras revisar bibliografía se elaboran dos procedimientos, uno de administración y otro de extravasación de citostáticos. Para ponerlos a prueba, se hace un seguimiento durante tres meses (marzo a mayo) de todos los pacientes que acuden al hospital de día y reciben algún tipo de tratamiento quimioterápico(excluyendo las administraciones de anticuerpos monoclonales).

En la muestra se distinguen dos grupos: los administrados por vía periférica y los administrados por vía central.

Con el fin de dar a conocer estos procedimientos, se elaboró un póster resumen para colocar en las unidades implicadas, buscando mejorar la calidad.

RESULTADOS: De los 1011 pacientes incluidos en el seguimiento, se administraron 293 por vía central y 718 por vía periférica, correspondiendo a esta última la única incidencia de extravasación.

En el caso de extravasación se aplicaron las medidas del procedimiento, continuando en seguimiento la evolución y por tanto aún pendiente de resultado.

CONCLUSIONES: La enfermera oncológica debe contar con un procedimiento de trabajo adecuado, herramienta valiosa para estandarizar el cuidado y mejorar la calidad de atención al paciente.

Con el seguimiento realizado, se llega a la conclusión de que el procedimiento de administración es adecuado, dada la baja incidencia de extravasaciones.

También hemos observado que el personal nuevo valora como positiva la existencia de estos procedimientos, ya que disminuye su ansiedad a la hora de enfrentarse a tratamientos desconocidos.

Pendiente de concluir cual sería la vía de administración más adecuada.

PALABRAS CLAVE: Citostático, Administración, Extravasación

1016 | SEGURIDAD

ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES: UNA HERRAMIENTA PARA MEDIR PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL.

López García ,D (1), Martín Montero .G (2), Avilés Amat ,Js (3), Busca Ostolaza, P (1)

(1) Servicio de Urgencias Generales, Hospital Donostia. (2) Urgencias generales, Hospital Donostia servicio de admision. (3) Servivio de Urgencias generales, Hospital Donostia.

OBJETIVOS: Medir mediante indicadores específicos de calidad y de seguridad clínica el ambiente sobre dicho tema percibida por los profesionales del servicio. Priorizar en función de resultados obtenidos los puntos críticos sobre los que trabajar dentro del servicio.

MATERIAL: Se realizaron encuestas versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ entre los diferentes profesionales del servicio de urgencias (médicos, enfermeras y auxiliares) durante el mes de mayo de 2010. La encuesta consta de 42 ítems y valora 12 dimensiones de la seguridad clínica, contestándose según escala de Likert 1-5.Se consideraron favorables las respondidas con 4-5 de dicha escala y menos favorables 1-2

RESULTADOS: Se realizaron un total de 45 encuestas entre médicos de staff, residentes, enfermeras y personal auxiliar, explicando previamente objetivo de dicha encuesta.

las respuestas mas valoradas fueron:

El 86% opinaban que en el servicio existian actividades para promocion de seguridad clínica, 81% pensaban que en la unidad se trataba con respeto al personal, 77% opinaba que el personal se apoyaba mutuamente y que se llevan a cabo procedimientos para evitar errores y el 72% que se llevaban a cabo medidas al detectar errores.

En cuanto a las menos favorables: 77% opinaba que las jornadas agotadoras hacian que no se ofertase la mejor asistencia y que las unidades del Hospital estaban mal coordinadas.

En cuanto a la percepción global el 95,5 calificaba el nivel de seguridad de bueno o muy bueno (7-10)

CONCLUSIONES: La realización de este tipo de encuestas nos parecen muy util para conocer el ambiente de seguridad general percibido por el personal y nos ayuda a trabajar y mejorar cuestiones que sean valoradas como posibles puntos debiles de nuestro sistema.

En nuestro caso concreto creemos que el ambiente general es el adecuado para seguir tarabajando sobre seguridad clínica y se valora especialmnete lo que tiene que ver con el trabajo en equipo y con actividades de fomenten la seguridad.

No obstante tenemos que incidir sobre ciertos aspectos como la idoneidad de los turnos de guardia y la coordinación con otros servicios como áreas de mejora

PALABRAS CLAVE: Encuesta, AHRQ, seguridad

1033 | SEGURIDAD

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE HÁBITOS SOBRE HIGIENE DE MANOS

De-LA-Concepción-Da-Silva MP (1), Cueto-Baelo M (1), Rodríguez-Lorenzo MJ (2), Fariñas-Lorenzo B (3), González-Novoa MC (1), Salceda-Lavandeira FJ (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud PUBLICA, CHUVI SERGAS. (2) Servicio de Reanimación, CHUVI SERGAS. (3) Servicio de Cuidados PALIATIVOS, CHUVI SERGAS.

OBJETIVOS: Describir resultados y conclusiones obtenidos tras el análisis de encuestas de hábitos sobre higiene de manos realizadas por profesionales del Servicio Gallego de Salud.

MATERIAL: Estudio Descriptivo.

Recogida Información: Encuestas auto-cumplimentadas por participantes en curso on line durante 2009.

Ámbito: Comunidad Autónoma Gallega. Atención Especializada y Primaria.

RESULTADOS: 1627 encuestas revisadas (87% mujeres)
Edad media: 43.21 años (±8.9)
Antigüedad: 18.58 años (±12.10)
Categoría profesional: 52% DUE, 22% Auxiliar Enfermería, 8% Facultativos.
Ítems de cuándo se lavaban las manos:

- Al inicio y final de jornada 49% y 83% siempre, respectivamente.
- Antes y después de maniobra invasiva 70% y 75% siempre.
- Antes y después de maniobra no invasiva 32% y 50% siempre.
- Entre dos procedimientos en el mismo paciente 23% siempre.
- Antes y después de ponerse guantes 30% y 70% siempre.
- Antes y después de ir al baño 58% y 88%siempre.
- Después de estornudar o toser 30%siempre.
- Antes de manipular sistemas estériles 68%siempre.
- Después de contactar con fluidos biológicos 84% siempre, con objetos en contacto con fluidos corporales 81% siempre, con objetos en inmediaciones del paciente 34% siempre.
- Antes del contacto con paciente inmunocomprometido 71% siempre.

Ítems de situaciones y conocimientos sobre el tema (clasificadas en total desacuerdo (TD), total acuerdo (TA)):

- Lavar las manos evita infecciones 89% TA.
- Esta técnica protege a los pacientes frente a ti 79% TA
- No hay evidencia científica suficiente que avale el lavado de manos 70% TD.
- Es más importante que ponerse los guantes 70% TA.
- No se lava las manos por falta de lavabo accesible 72% TD, por falta de jabón o papel secamanos 76% TD.
- Omitió alguna vez esta técnica por extrema urgencia 43% TA.

CONCLUSIONES: • Los profesionales no tienen claros los cinco momentos definidos por la OMS para realizar la higiene de manos. Solamente el porcentaje obtenido en el ítem "antes y después de realizar una maniobra invasiva" denota que sí lo ven indicado.

• El momento en que más se utiliza el lavado de manos es al final del trabajo, lo que puede reflejar que los profesionales realizan esta técnica para propia protección y no para proteger al paciente.

• La accesibilidad a lavabos y material necesario para realizar el lavado de manos no se muestran como obstáculo para realizar esta técnica, contrario a lo expuesto en otros estudios.

PALABRAS CLAVE: Higiene de manos, Formación, Encuesta de hábitos

1036 | Seguridad

SEGURIDAD DEL PACIENTE ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS? : ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN URGENCIAS.

Castellano Ortega M (1), Romero De Castilla Y Gil R (2), Aguilera Peña M (3), Rus Mansilla C (4), Cortez Quiroga G (4), Durán Torralba C (4)

(1) Coordinación de Calidad EPHAG, Hospital Alto Guadalquivir. (2) Coordinación de Calidad EPHAG, Hospital de Montilla. (3) Servicio de Urgencias, Hospital de Montilla. (4) Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir.

OBJETIVOS: Elaborar un Mapa de Riesgos en un Servicio de Urgencias Hospitalario como estrategia inicial de seguridad. Valorar su utilidad como vehículo para implicar personas e implementar prácticas seguras en el servicio.

MATERIAL: Creación de Grupo multidisciplinar del área: Médico, Enfermero, Auxiliar, Celador y Administrativo. Formación del grupo en conceptos básicos de seguridad, técnicas grupales (Grupo Nominal) y, una vez esbozado el mapa, formación normalizada en AMFE para obtener la matriz ordenada de los problemas de seguridad clínica del área (fases cognoscitiva y analítica).

Una vez priorizado el Mapa de Riesgos, realizamos revisión bibliográfica para recopilar las prácticas recomendadas por Organizaciones de prestigio y valorar otras propuestas de actuación expuestas por el grupo en el AMFE. Mediante técnicas de consenso, se seleccionan las de mayor interés para implementarlas en el Servicio. Posteriormente se administra a los participantes un pequeño cuestionario de evaluación.

RESULTADOS: El mapa final tiene en cuenta a los Pacientes (polimedicados, conciencia deteriorada, otros), Procedimientos (RCP, medicación de alto riesgo, otros) y Prácticas de riesgo (información en cambios de turno, órdenes verbales) identificados por los propios profesionales del mismo, lo que aporta valor añadido a la estrategia general de seguridad del Centro.

Se priorizó para la fases de intervención/evaluación, como elemento mas puntuado, la "Administración de la Medicación de Alto riesgo".

La revisión bibliográfica sirvió para difundir las fuentes capitales de prácticas seguras: alertas del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISCP), las Alertas/National Patient Safety Goals para Hospitales de la Joint Comisión, recomendaciones del Observatorio para la Seguridad de la Consejería de Salud.

Finalmente se difunde el Mapa de Riesgos priorizado del Servicio como tabla, incluyendo las principales prácticas a implementar así como la fuente de procedencia. Se incluyen en objetivos de los profesionales y se establece cronograma de las mismas. La encuesta final explora la percepción de utilidad del proceso.

CONCLUSIONES: El Mapa de Riesgos nos ha resultado una herramienta válida como partida para trabajar en Seguridad del Paciente en Urgencias Hospitalarias.

Es conveniente disponer de apoyo métodológico, ya que el uso de métodos estructurados resulta complejo a los profesionales, sobre todo clínicos.

Nos permite identificar los principales problemas de Seguridad adaptados al entorno, generando mayor percepción de utilidad a los profesionales y facilitando entornos favorables a la implantación de prácticas seguras.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Mapa de riesgos, Prácticas seguras

1041 | Seguridad

VALORACIÓN DE LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS DE PACIENTES INTERVENIDOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO 2006-2009

Ana Rodríguez García-Bejar (1), Carmen Alerany Pardo (2), Pere Cabré Fabré (1)

(1) Unidad de Cirugía sin Ingreso, Hospital Universitari Vall d'Hebron. (2) Farmacia, Hospital Universitari Vall d'Hebron.

OBJETIVOS: Analizar y evaluar las llamadas telefónicas realizadas por los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria con el fin de detectar problemas y aplicar las acciones de mejora necesarias.

MATERIAL: Se llevo a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de las llamadas efectuadas, al médico de guardia, por los pacientes intervenidos de cirugía mayor ambulatoria en el periodo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2009. La información se recogió a través de un formulario específico. Las llamadas se han distribuido por especialidad quirúrgica y por tipología de la consulta.

RESULTADOS: Desde enero de 2006 hasta diciembre de 2009 se han llevado a cabo un total de 51.309 intervenciones quirúrgicas, 38.140 de cirugía mayor ambulatoria (CMA) i 13.169 de cirugía menor (CmA). Se han recibido un total de 889 llamadas telefónicas que representan un 2,33% del total de intervenciones de CMA realizadas. La distribución por causas ha sido la siguiente: 227 (25,53%) información sobre la herida quirúrgica, 204 (22,95%) sobre información general, 197 (22,16%) por dolor, 95 (10,69%) por sangrado, 70 (7,87%) por nauseas y vómitos (N/V), 35 (3,94%) por fiebre, 6 (0,67%) por diarrea, 55 (6,19%) por otras causas.

La distribución por especialidades quirúrgicas ha sido: 301 (35,85%) Cirugía General y Digestiva, 205 (23,02%) Cirugía máxilofacial, 138 (15,55%) Oftalmología, 112 (12,63%) COT, 58 (6,51%) Ginecología, 25 (2,81%) Dermatología, 13 (1,46%) Urología, 4 (0,46%) Urología. En 33 casos (3,71%) no se identificó el servicio.

El análisis por años nos mostró, que en el 2007 un incremento de los pacientes que consultaban por dolor o nauseas y vómitos. Dolor en 2006 un 23% y en 2007 un 30%, y N/V en 2006 9% i en 2007 un 12,3%, estos resultados nos condujeron a reevaluar los protocolos de dolor postoperatorio a domicilio y del tratamiento de náuseas y vómitos.

CONCLUSIONES: Los resultados nos indican que aunque los pacientes están satisfechos con la atención recibida, es necesaria una mayor educación e información al paciente y a la familia. Estos resultados han favorecido la actualización de los protocolos existentes en la unidad.

PALABRAS CLAVE: Cirugía sin Ingreso, Complicaciones

CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL MANEJO DE NUTRICIÓN ENTERAL EN U.C.I.

Lanzas-Neira P (1), Pradas-Ayala JA (1), Pérez-Gacrcía M (1), Jiménez-Oliveros I (1), Fernández-González M (1), Bayort-Gómez R (1)

(1) U.C.I., Hospital Virgen Macarena.

OBJETIVOS: • Seguridad y cuidados óptimos del paciente con N.E.

• Plan de cuidados a pacientes con N.E.

• Prevención y control de complicaciones

• Importancia de la administración precoz

• Actualizar y unificar criterios

• Satisfacer las necesidades metabólicas y nutricionales del paciente crítico.

MATERIAL: • metodología enfermera. Taxonomia NANDA,NOC,NIC.

• Búsqueda bibliográfica.

• Estudio estádistico descriptivo observacional en U.C.I.en el Hospital Virgen Macarena.

• Supervisión de jefe de servicio y jefe de sección de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen Macarena de Sevilla

• Coordinación del personal sanitario de dicha unidad.

• Información al personal sanitario mediante formación en servicio.

RESULTADOS: • Obtención de una serie de datos que conllevan a la modificación y creación de un protocolo de administración de N.E. por S.N.G. y su implantación en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Protocolo encaminado a una correcta administraciona y así reducir las incidencias relacionadas con la N.E. aportando de esta manera una mayor calidad y seguridad en los cuidados al paciente crítico.

CONCLUSIONES: • La N.E. es una técnica eficaz y sencilla, de fácil manejo y con escasa complicaciones.Su práctica, sin embargo, debe adaptarse a unas normas precisas de actuación para conseguir los objetivos deseados y evitar complicaciones así como obtener ventajas evolutivas y reducir los dias de estancia hospitalaria.

La importancia de instaurar un protocolo en el que establecen los pasos a seguir es fundamental para que el personal encargado de su administración conozca la técnica y las complicaciones graves que puede acarrear un manejo incorrecto(gastrointestinales, mecánicas, infecciosas y metabólicas), así como los beneficios de su administración precoz.

Gracias a la realización de este estudio se han detectado y eliminado errores en la administración de la N.E., tanto en su cuantía como en su administración, errores, que tras instaurar el protocolo han mejorando la aplicación de la nutrición enteral así como las competencias de los diversos profesionales implicados en la aplicación de la misma

PALABRAS CLAVE: NUTRICIÓN ENTERAL, U.C.I., ENFERMERÍA

RECEPCIÓN PROTOCOLIZADA EN UCI DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA CARDÍACA

Lopo Bustelo,C (1), González Cainzos,S (1), Martínez Bermúdez,L (1), Rodríguez Iglesias,E (1), Méndez Barbeito,V (1), Vales Moledo,L (1)

(1) U.C.I, Hospital San Rafael-A Coruña.

OBJETIVOS: -Unificar criterios de actuación y priorizar las intervenciones a realizar por cada miembro del equipo que participa en la recepción de estos pacientes.

-Identificar precozmente las complicaciones potenciales más frecuentes en la fase postoperatoria (arr

MATERIAL: -Elaboración e implantación del Protocolo en el año 2008

-Seguimiento y evaluación de su aplicación

RESULTADOS: -Utilización del protocolo en el 100% de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

-Monitorización de los resultados

-Unificación de criterios de actuación y detección precoz de complicaciones.

-Introducción de sistemas de mejora que favorecen

CONCLUSIONES: La Calidad del proceso integral de cuidados en relación con este tipo de pacientes, pasa por establecer el método que describa las intervenciones cuidadoras de forma unificada, secuenciada y con normas explícitas de calidad que establezcan la unificación de criterios de actuación.

PALABRAS CLAVE: Unificar

1054 | Seguridad

EXPERIENCIA SOBRE LA IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN Y DECLARACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

Lopo Bustelo,C (1), Roca Ledo,S (2), Castro Segade (3), Vázquez Caridad (4), Soto Trastoy (5), Rivas Ares,L (6)

(1) UCI, Hospital San Rafael-A Coruña. (2) Cirugía General, Hospital San Rafael-A Coruña. (3) Medicina Interna, Hospital San Rafael-A Coruña. (4) Hemodiálisis, Hospital San Rafael-A Coruña. (5) Traumatología, Hospital San Rafael-A Coruña. (6) Urgencias, Hospital San Rafael-A Coruña.

OBJETIVOS: -Estimular la identificación y declaración voluntaria de errores

-Conocer los errores de medicación del centro

-Difundir métodos de prevención entre los profesionales

-Recomendar estrategias relativas a modificaciones de sistemas, estándares de traba

MATERIAL: -Elaboración del Protocolo de Detección y Declaración de errores de medicación, así cómo el documento para su comunicación.

-Formación e información a los Coordinadores de Enfermería y a los profesionales.

-Implantación y monitorización mensual

-Infor

RESULTADOS: El programa fue implantado en marzo del 2007 y hasta abril del 2010 se ha incrementado en un 180% la declaración voluntaria de los errores, su tipología, la causa y la repercusión en el paciente

CONCLUSIONES: La comunicación voluntaria es fundamental en el amplio objetivo de la reducción de errores. Sin embargo, creemos que hay barreras de comunicación que deberemos tratar correctamente antes de que pueda producierse un impacto sustancial en la seguridad del paciente. La comunicación solamente se producirá si el personal implicado se siente seguro para hacerlo y además si esta actividad alcanza la aceptación cultural por parte del personal sanitario y hasta que esto se asuma, la comunicación continuará siendo un recurso sin explotar.

PALABRAS CLAVE: Detectar

1055 | Seguridad

IDENTIFICACIÓN DE RECEPTOR Y MUESTRA EN EL CIRCUITO DE LA TRANSFUSIÓN

Ramirez-Cereceda C (1), González-Rodríguez MR (1), Candia-Bouso B (2)

(1) Servicio de TRANSFUSION, Complejo Hospitalario Universitario de CORUÑA. (2) Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de CORUÑA.

OBJETIVOS: La extracción y correcta identificación de la muestra pretransfusional y componentes sanguíneos (CS) asignados al receptor son cruciales para la seguridad transfusional. La administración inadvertida de hematíes ABO incompatibles por errores en identificación de muestra ó receptor causa la mayoría de reacciones hemolíticas(mortalidad 14%). La identificación de CS es responsabilidad del personal del Servicio de Transfusión (ST) que los entrega y del servicio que los recibe. Aunque existen sistemas electrónicos basados en tecnología código de barras para control del circuito transfusional (inicio-fin), la mayoría de hospitales identifican a los receptores con pulsera. Nuestra Pulsera de Receptor (PR) contiene código numérico de barras, que identifica receptor, muestra y CS, permitiendo su lectura y registro automáticos, a la recepción en ST de solicitud y muestra. Pero la liberación del CS asignado y comprobación de la documentación previa a su infusión son pasos críticos con componente administrativo significativo, que exige análisis de incidentes, revisión de práctica clínica y procedimiento, y su difusión y supervisión para garantizar cumplimiento.

Procuramos diseñar una herramienta útil para la administración segura y eficaz de CS e implementación de un procedimiento homogéneo de recolección e identificación de muestra, receptor y CS fuera del ST, sujeto a supervisión, verificable por el ST.

MATERIAL: Revisamos procedimiento, según estándares AABB (American Associaton of Blood Banks), insistiendo en la verificación de la documentación de la transfusión, inspección unidad y cumplimentación de registros. Expusimos en imágenes (fotografía) con texto, mediante presentación y pósters destinados a supervisoras área clínica, enfermería y médicos.

RESULTADOS: Se detectaron puntos estratégicos: método de identificación positiva del receptor (dos datos independientes, nombre, fecha de nacimiento); rotulado tubo de extracción de muestra a la cabecera del receptor tras identificarlo adecuadamente y asignarle pulsera; previamente a la infusión, conferir el código de seguridad transfusional de pulsera y rótulo del CS; interpretación de la etiqueta de pruebas cruzadas presente en formulario de administración sanguínea y CS; cumplimentación y devolución al ST del formulario.

CONCLUSIONES: Los pasos de inicio de la transfusión y previos a su administración, son vitales para evitar errores. El personal que extrae la muestra debe identificar de manera positiva al receptor; el que administra la transfusión, último eslabón de la cadena, controlar toda la documentación pertinente antes de iniciarla. Cada centro debe desarrollar e implementar política y procedimiento adecuados, lo cual resulta eficaz(de Enero a Abril de 2010 notificados dos incidentes, prematuro extraer conclusiones)aún cuando el proceso no esté totalmente informatizado.

PALABRAS CLAVE: identificación, receptor, transfusión

1063 | SEGURIDAD

TECLADOS Y RATONES DE PC COMO FUENTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNIDADES DE CRÍTICOS

Martínez Mareque I (1), García Otero MJ (1), Ferreiro Cadahia MI (1), Requeijo Gil MC (1), García-Zabarte Casal MA (1), Gestal Otero JJ (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Los teclados y ratones de los ordenadores pueden actuar como fómite en la transmisión de gérmenes en el hospital. Las Unidades de Críticos son las áreas con mayor incidencia y prevalencia de la infección nosocomial, en ellas extremar la higiene de manos antes y después de la atención al paciente es la principal herramienta de prevención. Aquí pretendemos verificar el grado de contaminación microbiana de los teclados y ratones de las unidades de críticos de nuestro hospital.

MATERIAL: Entre enero y mayo de 2010, se recogieron 26 muestras (13 teclados y 13 ratones) de los ordenadores de las Unidades de Críticos del Hospital Clínico Universitario de Santiago Para la toma de muestras se utilizaron hisopos estériles con medio de transporte, pasando el hisopo humedecido por el teclado o ratón, realizándose el cultivo e identificación de los gérmenes en el Servicio de Microbiología. Se aislaron únicamente los gérmenes patógenos.

Los resultados se registraron en hoja de Excel y se realizó un análisis descriptivo.

RESULTADOS: Se identificaron gérmenes patógenos en 17 muestras (63.38%), 9 teclados (34.61%) y 8 ratones (30.76%). La frecuencia de muestras positivas es muy elevada en comparación con lo que hemos observado en los controles de hospitalización (9,09%).

Los gérmenes aislados fueron: 7 Candidas sp, 4 Enterobacter (2 E. cloacae, E. aglomerans, y Enterobacter sp.), 5 Pseudomonas (Pseudomonas fluorescens, Pseudomonas. Sp y 3 Sphingomonas paucimobilis) y 1 Stapylococcus coagulasa negativo. Gérmenes responsables de infección nosocomial en los pacientes ingresados en dichas unidades.

CONCLUSIONES: 1. Los teclados y ratones son una importante fuente de infección nosocomial en las Unidades de Críticos.

2. Es fundamental establecer protocolos de limpieza de dichos dispositivos y realizar la higiene de manos antes y después de utilizarlos y de atender al paciente.

3. Los guantes no evitan la difusión de gérmenes por lo que no deben manejarse estos dispositivos con guantes.

PALABRAS CLAVE: teclados y ratones, Contaminación, Unidad de Críticos

1064 | SEGURIDAD

CONTROL DE CALIDAD EN LA PREPARACIÓN DE BIBERONES: CINCO AÑOS DE SEGUIMIENTO

Fernández Naveiro JM (1), Requeijo Gil MC (1), Rodríguez González Del Blanco Ps (1), Martínez Mareque I (1), Ces Calvo ME (1), Gestal Otero JJ (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Evaluar las condiciones de asepsia de los preparados alimentarios infantiles (biberones) en el Hospital Clínico, analizando los resultados obtenidos en los últimos cinco años.

La preparación de biberones en el CHUS se realiza siguiendo un protocolo con recomendaciones de asepsia establecido por el Servicio de Medicina Preventiva (última revisión octubre 2009). Como control de calidad, tres veces a la semana, se elige un biberón de cada una de las unidades de destino (obstetricia, neonatos, lactantes), alternando entre los distintos preparados comerciales de leche, y se envían al Laboratorio de Microbiología para su estudio.

Cuando se detecta una muestra positiva se pone en conocimiento de la supervisora de área, que extrema las medidas de higiene. Si son varias muestras positivas o persisten los resultados se realiza una investigación epidemiológica exhaustiva.

MATERIAL: Durante el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2009 se estudiaron 2206 muestras.

En el laboratorio de Microbiología, de cada biberón se siembra 1 ml en una placa de cultivo Agar y se incuba 37ºC durante 24 horas. También se inoculan 4ml de contenido del mismo biberón en un frasco de hemocultivo aerobio, incubándolo 5 días, si es positivo se pasa a una placa con medio de cultivo general (Columbia) y a otra placa con medio de cultivo selectivo (EMB).

RESULTADOS: En todo el período, en 141 muestras (6,41 %) se detectaron gérmenes patógenos. Se observaron variaciones anuales: 1.12% positivas en 2005; 7.22% en 2006; 1.83% en 2007; 17.50% en 2008, y 4.30% en 2009. Por trimestres observamos en todos los años el acúmulo de positivos en el tercer trimestre (15.42%) frente al 0.54%, 2.81% y 1.63% del 1º, 2º y 4º trimestre respectivamente.

En cuanto a la flora detectada resulta muy diversa con un claro predominio de las especies cuya transmisión es fundamentalmente mediante manipulación manual (enterococo, enterobacter, estreptococo, bacillus, pseudomonas, …)

CONCLUSIONES: 1. Es necesario mantener sistemas de vigilancia sobre las actuaciones que exigen una manipulación manual.

2. Es significativamente importante el incremento de positividades durante los períodos vacacionales, debido a los cambios de personal en la unidad.

3. Es preciso implantar y sostener sistemas de formación continua con el personal y fundamentalmente con el personal eventual.

PALABRAS CLAVE: Biberón, Manipulación, Contaminación

1065 | Seguridad

SANO Y SALVO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RED

Torijano-Casalengua MI (1), Palacio-Lapuente J (1), Palacio-Lapuente F (1)

(1) Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente, SEMFYC.

OBJETIVOS: 1. Revisar las publicaciones, incluida la literatura gris (publicada sólo en Internet) y difundir la actualidad en SP en AP.

2. Establecer un lugar de generación de opinión e intercambio de información fácilmente actualizable y accesible.

MATERIAL: El grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria se planteó, hace ya algo más de dos años, la creación del blog Sano y Salvo, ubicado en sanoysalvo.es, para difundir artículos, documentos y experiencias relacionados con la seguridad del paciente (SP) en Atención Primaria (AP). El blog es independiente de la industria y de las administraciones públicas.

Se realizó una selección y reparto entre los miembros del grupo de las fuentes más destacadas en SP, tanto revistas científicas como páginas web y blogs, para detectar lo más reseñable en el ámbito de la AP.

Aunque dispone de un editor, el blog es una tárea colectiva: los miembros del grupo y colaboradores son los que elaboran los contenidos.

Las entradas son noticias, alertas farmacológicas relevantes para AP, reseñas de artículos, difusión de convocatorias y experiencias, entrevistas y contenidos de elaboración propia.

RESULTADOS: En el sanoysalvo.es, a 31 de mayo, hay publicadas 291 entradas, con una selección actualizada de lo más relevante relacionado con la SP en AP.

El blog dispone de un buscador, un conjunto de etiquetas y una columna de enlaces que permiten localizar contenidos fácilmente.

Recibimos visitas de España y del resto del mundo, a partes iguales, lo que nos ha movido a iniciar, desde mayo de 2010, la versión en inglés de Sano y Salvo, Safe and Healthy, en la dirección de Internet safeandhealthypatient.org

En julio de 2009 el blog recibió el sello de calidad de Web Médica Acreditada que concede el Colegio de Médicos de Barcelona.

Sano y salvo es, por lo tanto, además de una vía de actualización permanente y de documentación para los interesados en la SP en AP, un vehículo de expresión en Internet del grupo de SP en AP de SEMFYC, complementario a la página web de SEMFYC.

CONCLUSIONES: Sano y salvo es actualmente el único sitio en internet centrado en la SP en AP. Sus entradas y enlaces son un acervo que sus creadores ponen a libre disposición de profesionales y pacientes. Su buscador y sus etiquetas permiten localizar fácimente lo más relevante realizado y publicado, tanto a nivel nacional como internacional, en SP en AP.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del Paciente, Atención Primaria, Internet

1097 | Seguridad

ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Serrano-Fernández P (1), Jiménez-Ojeda Cm (2), Pérez-Cecilia C (3), Ramos-Martos MJ (4)

(1) Servicio de Traumatología, Área Sanitaria de OSUNA. (2) Jefatura de Bloque de Enfermería, Área Sanitaria de OSUNA. (3) Servicio de Cuidados CRÍTICOS y Urgencias, Área Sanitaria de OSUNA. (4) Dirección de Enfermería, Área Sanitaria de OSUNA.

OBJETIVOS: a)Objetivo general:

i. Desarrollar líneas estratégicas orientadas a la mejora de la seguridad del paciente en el AGSO.

b)Objetivos específicos:

Desarrollar actividades orientadas a lograr una adecuada:

- prevención de las úlceras por presión.

- prevención de caídas.

- cirugía segura.

- identificación del paciente.

- prevención de la infección asociada a la asistencia sanitaria.

MATERIAL: Se han formado diversos grupos de trabajo para llevar a cabo las líneas estratégicas formuladas por la Comisión.

Asimismo, se ha dotado a los servicios correspondientes de los medios necesarios para poner en práctica cada una de las intervenciones obtenidas de los grupos de trabajo.

RESULTADOS: Actualmente, el AGSO, ha desarrollado casi por completo las líneas estratégicas orientadas a la mejora de la seguridad del paciente. De esta forma hemos conseguido:

- Desarrollar una Guía de Actuación Compartida para la Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión.

- Desarrollar un Protocolo de Identificación Inequívoca del Paciente.

- Mejorar el registro de verificación quirúrgica ("Check List").

- Obtener el distintivo "Manos limpias. Manos seguras", otorgado por la Agencia de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía como una herramienta para la autoevaluación y el reconocimiento de las mejoras en el cumplimiento de las recomendaciones clave para la higiene de manos.

- Realizar un Protocolo de Prevención de Caídas.

CONCLUSIONES: Se ha conseguido un desarrollo homogéneo de la cultura de mejora de la seguridad del paciente. Así mismo, observamos una disminución de la variabilidad en la atención sanitaria y realización de los procedimientos correctos según la evidencia científica disponible.

Además, hemos elaborado varios protocolos de actuación con los procedimientos más comunes.

Hemos podido objetivar entre los profesionales la relevancia del objetivo y la importancia que desde la Dirección del AGSO se le da al mismo.

Esto ha facilitado la implicación de los profesionales así como su sensibilización con el tema.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, Asistencia segura, Prevención de errores

1107 | SEGURIDAD

QUIÉN, CÓMO, CON QUÉ Y CUÁNDO HAY QUE LIMPIAR LOS OBJETOS QUE ESTAN EN CONTACTO CON EL PACIENTE?

Ferrús-Estopà L (1), González M (2), Caro B (2), Casas D (2)

(1) Área de Seguridad del Paciente. Dirección de Organización y Planificación, Consorci Sanitari Integral. (2) Dirección de Enfermería, Hospital General de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral.

OBJETIVOS: 1.- Establecer una sistemática para la higiene y desinfección de los objetos críticos (*) de una unidad de hospitalización

2.- Mantener la sistemática que garantice la correcta higiene y desinfección de los objetos críticos

(*)Se entiende por objetos críticos aquellos que estan en contacto con el paciente o los profesionales y que sirven de vehículo de transmisión microorganismos patógenos si no se realiza una higiene i desinfección adequada.

MATERIAL: Se trata de una unidad de hospitalización de 31 camas en la que se hacía una intervención con el modelo de gestión LEAN HEALTHCARE (que se presenta en otra comunicación)y se observó que no habia una sistemática en la limpieza y desinfección de los objetos críticos.

Se hizo un inventario de los objetos críticos que había en la unidad consensuado con todos los miembros del equipo.

Para cada uno de los objetos se determinó de forma consensuada la ubicación habitual, el producto/s de limpieza i desinfección, cuando había que hacerlo y el responsable.

Se elaboro un borrador de la ficha y fué validado por algunos miembros del equipo de enfermería.

RESULTADOS: Se elaboró una ficha visual que contiene para cada objeto los requerimientos de limpieza, desinfección, ubicación y frecuencia de limpeza.

Para cada uno de los objetos se estableció un sistema de auditoria del cumplimiento de las oportunidades que tienen los diversos profesionales.

Se han realizado dos auditorias de cumplimiento de las indicaciones de la ficha visual y se ha obtenido un 90% (marzo) y un 91,7% (abril).

En el momento de presentar els comunicación se ha elaborado la ficha para otra unidad que tiene algunos objetos distintos i se prevee tener las fichas visuales de todas las unidades de hospitalización en el proximo semestre.

CONCLUSIONES: Se ha valorado muy positivamente por todos los profesionales del centro el disponer de una ficha visual que estandariza la sistemática de higiene y desinfección, facilita la comprensión y el cumplimiento de las indicaciones.

PALABRAS CLAVE: Estándares de referencia, Gestión visual, Prácticas seguras

1116 | SEGURIDAD

JORNADA '5 DE MAYO' OTRA OPORTUNIDAD PARA CONVENCER Y COMPROMETER.

Ibarburen-G.Arenas R. (1), Martínez-Ortega C (1), Blanco-Verdugo G (1), Busto-Toyos A (1), Martínez-Bueno B (1), Payá-Martínez B (1)

(1) U.Calidad,seguridad del paciente y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Central de Asturias.

OBJETIVOS: La aplicación de la Estrategia Multimodal de la OMS ha sido una herramienta eficaz para la implantación del Proyecto de mejora de la higiene de manos en el HUCA,utilizando la jornada del 5 de mayo como componente clave para:

-Reforzar la concienciación de los Profesionales del HUCA sobre la importancia de la higiene de manos en la atención sanitaria.

-Incrementar su Compromiso y adhesión a la higiene de manos.

-Informar sobre la implantación del proyecto

-Formar en los 5 momentos de la OMS.

MATERIAL: Se realiza un estudio observacional y descriptivo transversal

Mediante la elaboración y distribución de carteleria informativa y educativa sobre higiene de manos, difusión del programa de actividades de la jornada a través del correo electrónico y pagina Web del hospital.

Colocación de mesas informativas en las entradas del hospital con entrega de material conmemorativo.

Envio al Equipo Directivo y Mandos intermedios del HUCA de una carta invitándoles a participar en la jornada y difundirla.

Realización de SESIONES informativas en los salones de actos .Elaboración de pequeña encuesta de conocimientos sobre higiene de manos.

Entrega de una Declaración de compromiso a la adhesión a la higiene de manos a todos los Profesionales asistentes y acreditación a los profesionales que colaboraron en la celebración de esta Jornada

RESULTADOS: Se ha informado a un gran numero de profesionales de los que 538 han participado en las actividades de la jornada, un 10.76%.del total de la plantilla. Se observa que un alto porcentaje de participantes era personal de Enfermería.

El resultado de la encuesta es el siguiente:

- El 88,10% había recibido capacitación formal sobre higiene de manos.
- El 96,84% cree que en el hospital existe accesibilidad a los productos de base alcohólica.(PBA)
- El 60% conoce el tiempo de aplicación del PBA
- El 59,66% reconocen las infecciones relacionadas con la atención sanitaria como un grave problema de seguridad del paciente.
- El 94,23% conoce los 5 momentos de la OMS

CONCLUSIONES: Aunque elporcentaje de personal participante en la Jornada no es representativo puede ser muy valioso como ayuda para el proyecto de formación en cascada ya que gran parte pertenecen a grupos clave dentro de la organización.La muestra esta informada, formada y comprometida con el reto "manos limpias manos seguras".

Se identifica como área de mejora incrementar el compromiso de los profesionales especialmente médicos a traves de la información y formación.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, lavado de manos , Estrategia

1127 | Seguridad

EVALUACIÓN DE LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN, EN INFORME DE ALTA, DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPPS) AL ALTA DEL PACIENTE

Várea-Lahuerta K (1), Basurco-Celaya MR (2), Vázquez-García RM (3), Rodríguez-Lehalper JM (4)

(1) Unidad de Gestión Sanitaria - Documentación CLÍNICA, Hospital Bidasoa-Osakidetza. (2) Docencia de Enfermería, Hospital Bidasoa- Osakidetza. (3) Documentación CLÍNICA, Hospital Bidasoa- Osakidetza. (4) Unidad de Gestión Sanitaria , Hospital Bidasoa- Osakidetza.

OBJETIVOS: * Evaluar la inclusión de UPPS entre los diagnósticos al alta, en el Informe de Alta (IA) del paciente.

* Recoger el 100% de la información de UPPs y su correspondiente estadio para su posterior codificación CIE9-MC en el alta del paciente.

* Evidenciar el incremento del peso ponderado de consumo de recursos.

MATERIAL: * El trabajo se realiza en la Unidad de Documentación Clínica de la Unidad de Gestión Sanitaria (U.G.S.) y Docencia de Enfermería del hospital del Bidasoa.

* El periodo evaluado corresponde a las altas en unidades de hospitalización durante el primer trimestre de 2010.

* Desde enero de 2010, y tras detectar en un estudio interno de 2009 que sólo en un 14 % de de los IA evaluados las UPPs estaban incluidas entre los diagnósticos al alta, docencia de enfermería facilita mensualmente al servicio de Documentación Clínica la relación de pacientes con UPPS al alta, localizaciones y estadiaje. Obtenida dicha información se procede a la recodificación CIE9-MC de las citadas altas.

* Mediante programa informático CLINIC se obtiene información de la codificación CIE9-MC, GRDs y peso anterior y posterior a la recodificación de las altas.

RESULTADOS: Estamos en fase de evaluación y obtención de resultados finales.

De 1425 altas en unidades de hospitalización, 70 pacientes presentaba al ingreso o ha desarrollado durante el periodo de hospitalización úlceras por presión (UPPs).

En el Informe de Alta las UPPs estaban recogidas como un diagnóstico en 12 casos (17%).

En ningún caso constaba el estadio de la úlcera.

En 34 casos la recodificación ha supuesto un incremento del peso ponderado de consumo de recursos.

Hemos incrementado un 3% el porcentaje de informes de alta con registro de UPPs como un diagnóstico.

CONCLUSIONES: Independientemente de que el paciente presente las UPPs al ingreso como si se han producido durante la hospitalización, éstas, deben contemplarse como un diagnóstico de comorbilidad significativo que aumenta la complejidad de cuidados y, como tal, debe codificarse así como los procedimientos realizados necesarios para su tratamiento.

El registro y posterior codificación de más de una localización de UPPs como el estadio de las mismas no modifica el peso ponderado pero, obviamente, deben reseñarse en el IA la totalidad de las localizaciones asi como su estadio.

Tenemos que seguir incidiendo en la mejora de la recogida de información en el IA.

PALABRAS CLAVE: INFORMACIÓN AL ALTA, PESO PONDERADO, ÚLCERAS POR PRESIÓN

1136 | Seguridad

IMPLANTACIÓN DEL BRAZALETE IDENFITIVATIVO EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

Gómez-Santillana M (1), Pérez-Alonso M (2)

(1) Oficina de Calidad Asistencial y Atención al usuario, Hospital Virgen de la Luz. (2) Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario, Hospital Virgen de la Luz .

OBJETIVOS: Los fallos en la identificación de los pacientes son una causa importante de problemas y complicaciones asociadas a errores en la asistencia.En el año 2008, el SESCAM se plantea como objetivo prioritario asegurar la adecuada identificación de pacientes . Hasta ahora, la forma de identificar a los pacientes en nuestro hospital , era por número de historia, número de habitación y cama o por identificación verbal, considerando que no es una práctica segura sobre todo en pacientes sedados, confusos o con barreras de lenguaje. Por ello, desde la Oficina de Calidad nos planteamos la correcta identificación del paciente.

Los objetivos a conseguir son los siguientes

o Implantar el brazalete identificativo, como medida proactiva para la mejora de la seguridad clínica.

o Instaurar un sistema de identificación única para todos los pacientes ingresados o sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria

MATERIAL: El 1 de octubre de 2009 se inició la implantación del brazalete identificativo en pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización e intervenidos en Cirugía Mayor Ambulatoria. La secuencia de actividades del proceso es la siguiente: el brazalete se colocará en el momento en que el paciente entre en contacto con el sistema sanitario, bien sea por ingreso programado o urgente. El Servicio de Admisión se responsabilizará de la emisión del brazalete siendo el profesional de enfermería que reciba al enfermo el encargado de su colocación (Urgencias, hospitalización, etc) quien además, verificará y ratificará de forma activa, con los documentos acreditativos de identidad, los datos del paciente. El brazalete se retirará al alta del paciente.

RESULTADOS: Estudio observacional transversal realizado en la primera quincena de diciembre de 2009. Indicador de resultado: Número de pacientes identificados correctamente/número de pacientes ingresados. Estándar: 100% Resultado 100%

CONCLUSIONES: La utilización del brazalete nos ha resultado una medida segura para prevenir la aparición de eventos adversos. La extensión del brazalete a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias sería una acción de mejora.

PALABRAS CLAVE: Brazalete, Identificativo, Seguridad

1137 | SEGURIDAD

IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

Pérez-Alonso M (1), Gómez-Santillana M (1)

(1) Oficina de Calidad y Atención al Usuario, Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

OBJETIVOS: El registro y la monitorización de las caídas, implantado en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca desde hace varios años, ha posibilitado conocer en gran medida las causas que las originan y detectar situaciones de riesgo para establecer criterios de actuación.

En el contrato de gestión del año 2009, el SESCAM establece como objetivo la necesidad de elaborar un protocolo y registro de caídas.

En julio de 2009, la Oficina de Calidad y Atención al Usuario, elabora un protocolo que tras su difusión, se pone en marcha el 1 de octubre de 2009.

OBJETIVOS A CONSEGUIR:

• Lograr que el paciente no sufra riesgos innecesarios de caídas durante su hospitalización.

• Reducir el número de caídas respecto al año anterior.

• Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas.

MATERIAL: Con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas para corregirlas, se determina para documentarlas pertinentemente, aplicar la Escala de Riesgo de Caídas de Morse al ingreso. Si el paciente es considerado de riesgo, se aplicarán las medidas preventivas que procedan. Ante una caída, el protocolo establece medidas de actuación y como realizar el registro de la misma.

Metodología de evaluación: Evaluación anual mediante la revisión de historias clínicas. Indicadores de proceso:

1. Se realiza valoración inicial del paciente.

2. Se registran en la hoja de enfermería los datos pertinentes ante una caída.

RESULTADOS: RESULTADO: Durante la primera quincena de diciembre se realizó la evaluación en todos los servicios, obteniendo una tasa del 100% de registro y aplicación del protocolo.

CONCLUSIONES: Los resultados han sido inmejorables, no obstante, nos planteamos como acción de mejora aumentar los recursos materiales existentes e informatizar la hoja de registro de caídas.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, Protocolo, Seguridad

1139 | SEGURIDAD

APLICACIÓN DEL AMFE EN EL PROCESO DE OBSERVACIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS.

González Iglesias I. (1), Naves Gómez C. (2), Pérez Villanueva N. (1), Giménez Gómez P. (1), Velasco González AM. (1), Augusto Fernández M. (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias., Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA. (2) SAMU, Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo consiste en analizar los posibles modos de fallo y error que puedan tener lugar en el proceso de observación del paciente en Urgencias.

MATERIAL: Se establece un grupo de trabajo multidisciplinar formado por siete personas: cuatro médicos del Área de Urgencias, otro médico como observador externo, la Jefa de la Unidad y una enfermera.

Mapa de procesos de la observación del paciente en el Área de Urgencias como referencia para analizar los pasos del proceso desde el punto de vista de seguridad. Análisis exhaustivo de cada paso buscando posibles problemas, sus diversas causas y consecuencias. Puntuación de cada posible fallo.

RESULTADOS: Se detectaron 17 posibles fallos, teniendo dos de ellos un Indice de Prioridad de Riesgos (IPR) por encima de 500, lo cuál los clasifica como críticos: La toma de decisión de si el paciente ingresa en la Unidad de Observación y el subproceso de administración de medicación en dicha Unidad de Observación. En función de la media de 78 urgencias diarias que son atendidas en el Área de Urgencias la estimación de posibles fallos diarios en este proceso es de 1.326 de los cuáles 156 son críticos.

CONCLUSIONES: El empleo del AMFE permitirá actuar sobre los posibles modos de fallo en el proceso de observación del paciente en el Área de Urgencias y definir propuestas de mejora para mejorar la seguridad del paciente. Entre las cuáles destacan la creación de un protocolo de funcionamiento de la Unidad de observación del Área Urgencias y otro de órdenes médicas y administración de medicamentos en Urgencias. El trabajo en equipo multidisciplinar ha permitido detectar fallos a distintos niveles de responsabilidad dejando patente que la responsabilidad de la seguridad, recae en todos y cada uno de los miembros del equipo asistencial.

PALABRAS CLAVE: AMFE, Observación, Urgencias

1144 | Seguridad

OPORTUNIDAD DE MEJORA: MEDIDAS DE CONTENCIÓN FÍSICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Sevilla-Hernández EA (1), Garrote-Moreno LC (2), Alcaráz-Martínez J (3), Parreño-Caparrós E (4), Morales-Giménez F (5), Giménez-Abadía MA (6)

(1) Hospital Morales Meseguer de Murcia, F.E.A. de Rehabilitación. (2) Hospital Morales Meseguer de Murcia, M.I.R. de Rehabilitación. (3) Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer, F.E.A. de Medicina de Familia. (4) Hospital Morales Meseguer, M.I.R. de Endocrinología. (5) Hospital Morales Meseguer, Fisioterapéuta. (6) Hospital Morales Meseguer, F.E.A. de Rehabilitación.

OBJETIVOS: Describir las características la población sometida a sistemas de contención durante su estancia en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia.

Determinar el tipo de medidas de contención física empleadas y la adecuación de su prescripción.

MATERIAL: Durante el mes de abril de 2010 se realizó una recopilación de los casos a los que se aplicaron medidas de contención durante su ingreso en las distintas unidades hospitalarias mediante cuatro cortes transversales. De cada paciente se obtuvieron variables epidemiológicas (edad, sexo), administrativas (servicio de ingreso, días de ingreso, zona básica de salud) y clínicas (antecedentes patológicos, situación basal, presencia de sistemas de drenaje, ventilación, vías parenterales, sondas nasogástricas, sondas vesicales permanentes y lesiones por presión) y sobre los procedimientos de contención aplicados (motivo de contención, tipo, duración, lesiones asociadas).

RESULTADOS: Fueron recopilados un total de 24 casos (14 hombres, 10 mujeres) de 340 ingresos revisados con una edad media de 78  10 [58, 90] años. El 80% de los pacientes con medidas de contención se encontraban ingresados en los servicios de Medicina Interna (42%), Traumatología (29%) y Neurología (8%) con un promedio de días de ingreso de 18  16 [2, 80].

Los principales motivos de ingreso fueron: cirugía traumatológica (29%) y enfermedad cerebrovascular (21%). El 42% presentaban deterioro de la capacidad de desplazamiento previa al ingreso. Todos portaban vías parenterales, el 54% sonda vesical, el 25% sistemas de alimentación y el 29% sistemas de ventilación.

A todos los pacientes se les habían aplicado sistemas de frenado de camilla y barandillas de seguridad, al 54% sujeción de muñecas, al 8% de tobillos y al 29% contención farmacológica. El frenado y colocación de barandillas constaba en las hojas de cuidados de enfermería, pero no se encontró referencia alguna el la historia clínica respecto al uso de muñequeras o tobilleras (persona responsable de la prescripción, motivo de inmovilización, duración de la medida ni control posterior a su colocación).

CONCLUSIONES: Las medidas de contención aplicadas a nivel de la muñeca y/o tobillo en los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización no se encontraban reflejadas de forma adecuada en la historia clínica.

La correcta indicación en la historia del personal sanitario responsable de la prescripción, el motivo que la ocasiona, el tiempo de contención y la revisión sistemática de la misma permitirá un mayor control del procedimiento y prevención de riesgos derivados.

PALABRAS CLAVE: Medidas de contención, seguridad del paciente, oportunidad de mejora

1154 | Seguridad

IMPACTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONSEGUIR INCREMENTAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD.

Olivera Cañadas G (1), Herrero Hernández S (2), Jamart Sánchez L (3), Barreda Velázquez C (4)

(1) Gerencia. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Técnico de salud . (2) Gerencia. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Farmecéutica.. (3) Gerencia. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Farmacéutica. . (4) Gerencia. Área 6 de Atención Primaria. SERMAS, Farmacéutico. .

OBJETIVOS: Incrementar la notificación de incidentes de seguridad del paciente por parte de los profesionales.

Favorecer la difusión de cultura de seguridad en un área sanitaria.

MATERIAL: Se hacen dos reuniones por parte de algunos miembros de la Unidad funcional de Gestión de riesgos (UFGR) que deciden llevar a cabo las siguientes medidas:

Elaborar una carta tipo donde se explica la importancia de la notificación y que tipo de incidente se puede notificar. La carta se personaliza con una etiqueta que contiene el nombre, apellidos y centro de salud (CS) del profesional al cual se dirige.

El envío se hace a través de un correo interno a cada CS, dirigido al coordinador médico y al responsable de enfermería para que cada uno de ellos haga la distribución de las cartas correspondientes a los profesionales que aparecen en las etiquetas.

Se convoca de manera centralizada a los responsables de seguridad de los equipos para impartir un curso elaborado por la UFGR y que está compuesto por seis módulos a lo largo de los cuales se habla de cómo tratar el error de manera sistemática y de la importancia de la notificación. El curso es de formador de formadores y existe compromiso por parte de los asistentes de impartirlo después en sus equipos.

Ambas medidas se llevan a cabo en la primera semana de febrero de 2009.

Se hace la evaluación pasado tres meses.

RESULTADOS: Desde el 10 de febrero 2010 y hasta el 5 de junio el número de incidentes notificados por los profesionales ha sido de 52; de éstos han sido notificados por profesionales de enfermería un 27% y por profesionales médicos un 71%, el resto ha sido personal administrativo. De todos ellos el 42% son de errores en la medicación. En la misma fecha de 2009 el número de incidentes notificados fue de 23 y de estos el 47% fue por errores en la medicación.

CONCLUSIONES: Las medidas adoptadas a través de la carta personalizada, así como la formación en cascada pueden haber contribuido al incremento en el número de notificaciones de incidentes de seguridad.
Los errores de medicación siguen siendo los más notificados.

PALABRAS CLAVE: notificaciones, incidentes, seguridad del paciente

1159 | SEGURIDAD

¿SE SIENTEN SEGUROS LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL?

Fernández-García MA (1), Domínguez-Arias B (2), Moure-Fernández L (3), Porto-Porto B (4), Burgos-Hernández M (5), Estevez-Álvarez A (6)

(1) Calidad, CHUVI. (2) Subdirectora de Calidad, CHUVI. (3) Formación, CHUVI. (4) Profesor de Sociologia, Universidad de Vigo. (5) Subdirectora de Enfermería, CHUVI. (6) Directora de Enfermería, CHUVI.

OBJETIVOS: Objetivo general: Conocer la percepción de seguridad de los pacientes hospitalizados en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Objetivos especificos:

•Conocer si el nivel de estudios del paciente hospitalizado se relaciona con el nivel de seguridad.

•Identificar el grado de seguridad percibida según la edad del paciente

•Conocer el nivel de acuerdo del paciente sobre la seguridad del entorno

•Averiguar si el paciente cree haber recibido la información que necesitaba, sobre normas y horario, en el momento del ingreso

•Conocer el grado de dolor percibido por el paciente durante su estancia hospitalaria

•Determinar si el paciente percibió modificaciones en su actividad programada

MATERIAL: Estudio exploratorio, observacional, transversal. Ámbito: Dos hospitales terciarios del SNS: Hospital Meixoeiro y Hospital Xeral pertenecientes al Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. La Población a estudio son los Pacientes hospitalizados en unidades médicas y quirúrgicas de los dos hospitales citados con previsión de alta en 24 h. Se utilizará un cuestionario autoadministrado que consta de 20 preguntas cerradas, validado para el estudio de Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto Seneca, que se entregara al paciente el dia del alta por los encuestadores y se recogera de forma anonima

El tratamiento de datos se realizará con los aplicativos informáticos: Microsoft Excel y el análisis estadístico con el SPSS 14.0

RESULTADOS: Estudio en fase de realización

CONCLUSIONES: Estudio en fase de realización

PALABRAS CLAVE: seguridad, pacientes, hospital

1160 | SEGURIDAD

HACIA UN MANEJO SEGURO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Martínez-Iglesias MC (1), González García MA (1), Nevado-Arribas P (2), Rodríguez-Sánchez N (3), Montero-Sánchez M (4), Morales-Guerrero D (5)

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (2) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.. (3) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena.Sevilla. (4) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. (5) Unidad de Cuidados Intensivos., Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla..

OBJETIVOS: Principal:

Realización de un protocolo para el correcto manejo del DVE unificando criterios que sirvan de referencia al personal sanitario implicado.

Secundario:

Aumentar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en UCI

MATERIAL: En el manejo del DVE, se detectan incidencias susceptibles de ser modificadas a través de buzón de seguridad.

La metodología utilizada para el diseño del protocolo ha sido:

- Revisión bibliográfica

- Experiencia de profesionales implicados: enfermeras, neurocirujanos, intensivistas.

Una vez realizado el protocolo se presenta a los profesionales mediante formación en servicio con descripción de técnica y cuidados. El protocolo estará a disposición del personal en la unidad, para su consulta en caso de duda o necesidad.

RESULTADOS: 1.Implantación de un protocolo estructurado:

- Indicaciones DVE

- Descripción cateter

- Descripción técnica

- Cuidados de enfermería

2.Formación en servivio > del 70% del personal

3.Mejora de calidad y seguridad de la técnica. El indicador de resultado del protocolo incluye la monitorización de complicaciones mayores lo que permitirá la vigilancia planificada del nivel de seguridad de los drenajes ventriculares

CONCLUSIONES: El DVE nos permite monitorizar la PIC y a su vez drenar liquido cefalorraquídeo. La desventaja fundamental es el riesgo de infecció n,hemorragia,desplazamiento del cateter,colapso ventricular etc... De ahí la importancia del conocimiento de su correcto manejo para evitar contaminaciones y la movilización involuntaria.

Es importante actualizar conocimientos sobre el manejo de estos drenajes para saber identificar, evaluar y responder con eficacia ante cualquier suceso que pueda suponer un riesgo para el paciente.Esto nos permite una mayor seguridad del paciente y aumentar la calidad asistencial

PALABRAS CLAVE: Drenaje , Prevención, Cuidados

1162 | Seguridad

DEBATE POR LA HIGIENE DE MANOS EN UN ÁREA DE SALUD

Guirao Sastre JM (1), Sánchez Martínez A (2), Sáez Soto Ar (3), Iniesta Sánchez J (4), Santiuste De Pablos MA (5), Sánchez Gil A (6)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. (2) Gestión del Riesgo Sanitario, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia. Reina Sofia de Murcia. (3) Subdirección de Enfermería, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia.Reina Sofía de Murcia. (4) Área de Calidad, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia.Reina Sofía de Murcia. (5) Dirección Médica, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia. Reina Sofía de Murcia. (6) Medicina Preventiva, H. G. Univ. Reina Sofía de Murcia.

OBJETIVOS: Abrir canales de comunicación donde debatir motivos que impulsan a prescindir de la higiene de manos en la actividad sanitaria.
Seleccionar acciones de mejora, propuestas en el foro, para aumentar la adherencia a la técnica.

MATERIAL: La OMS ha desarrollado la Estrategia Multimodal para lograr mejoras en la higiene de manos. El Área de Salud VII (Murcia-Este) se adhiere a la estrategia por unas manos siempre limpias de sus profesionales, para lo que se están desarrollando diferentes líneas de actuación, como la creación de un foro de debate coincidiendo con la semana de la Jornada Mundial por la Higiene de Manos.

- Constitución de un grupo de mejora dinamizador "manos siempre limpias".
- Apertura de un foro de discusión, en el espacio virtual de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, coordinado por Gestión del Riesgo Sanitario.
- Difusión, entre los profesionales de los centros del Área, del foro, e invitación a la participación.
- Implicación de mandos intermedios.
- Inauguración del foro por Director Médico.
- Divulgación de conclusiones a los trabajadores del centro (correo electrónico, mensajes en salvapantallas, etc.)
- Programación periódica del foro.

RESULTADOS: 30 participaciones en el foro. 40 profesionales dados de alta. Aportaciones destacadas:

- Es paradójico pretender restablecer la salud de los pacientes y cuestionar la higiene de manos.
- Disponibilidad y accesibilidad de soluciones alcohólicas.
- No se siente la necesidad de realizar higiene de manos antes del contacto con el paciente.
- Los pacientes nos reprocharán si no hacemos la higiene.
- Corresponde a los profesionales concienciados recordar a los despistados la necesidad de higiene de manos.
- Modelo de conducta, que incluya higiene de manos en tárea habitual, que se enseñe y vigile su cumplimiento.
- Información sobre incidencia de infección nosocomial, para que se reconozca como eventos adversos.

CONCLUSIONES: Esta iniciativa está permitiendo analizar factores contribuyentes de la escasa adherencia a la técnica, compartir inquietudes y recoger ideas que nos lleven a emitir mensajes que lleguen al receptor:.

Al personal sanitario: "obligación profesional de proteger a los demás".

A la Organización: "disponibilidad y accesibilidad de medios, y apoyo al cambio de conducta colectiva".

Voz del paciente:" quiero que el profesional que me atienda haga la higiene de manos".

A la Sociedad: "manos siempre limpias por la salud de todos"

PALABRAS CLAVE: Higiene, Adherencia , Comunicación

1165 | Seguridad

RECEPCIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Becerra-Sueiro MV (1), García-Cepeda B (2), Mesias-Sar B (3), Fernández-González Al (4)

(1) Quirófanos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Dirección de Enfermería (Calidad), Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (3) Quirofanos, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (4) Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Realizar una guía de trabajo para recibir al paciente que se va a someter a una intervención de cirugía cardíaca y contribuir a mejorar su seguridad asistencial en el bloque quirúrgico, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

MATERIAL: Listado de seguridad quirúrgica (checklist), con el propósito de impulsarlo de forma correcta y cumplir con sus objetivos en cirugía cardíaca.

Correcta llegada del paciente al bloque quirúrgico: ayunas, sin joyas, sin prótesis dental, higiene adecuada…etc.

Autorizaciones anestésicas y quirúrgicas

Registros completos de anamnesis y exploraciones físicas

Resultados de estudios diagnósticos

Preoperatorio completo

Comprobación de petición de sangre y hemoderivados

RESULTADOS: Una mayor disciplina quirúrgica y concienciación sobre la seguridad del paciente

Aumento de la calidad asistencial y en dar una respuesta profesional a las diferentes necesidades de la práctica quirúrgica

Un mayor grado de adhesión a los protocolos de seguridad del paciente

El trabajo en equipo en cirugía cardíaca obtiene una mejoría de resultados, en cuanto que equipos que funcionan bien alcanzan tasas reducidas de efectos adversos

CONCLUSIONES: Resulta imprescindible el trabajo en equipo y la relación interprofesional

El checklist, a pesar, de haber sido testado en muchos hospitales y demostrada su eficacia, necesita de una dinámica intensa de querer hacerlo: una "cirugía segura salva vidas"

Es imprescindible adquirir los conocimientos y herramientas básicas sobre metodología de calidad y seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Cirugía Cardíaca, Bloque Qirúrgico, Seguridad

1166 | SEGURIDAD

PAE: SINÓNIMO DE CALIDAD ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LOS HOSPITALES SERGAS

Álvarez - Quintáns, M (1)

(1) Empresa Oesía , Enfermera/Consultora Sanidad Gacela asignada a un proyecto del SERGAS.

OBJETIVOS: Estudiar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en Unidades de Hospitalización, llevando a cabo un análisis en dos direcciones:

- Descubriendo las dificultades que se originan de la no utilización del PAE.

- Confirmando las mejoras que se obtienen de una aplicación adecuada del PAE.

MATERIAL: Se ha efectuado una revisión del Proceso de Atención de Enfermería, en Unidades de Hospitalización del Servizo Galego de Saúde (SERGAS), a partir de los datos obtenidos del registro informatizado en Gacela en el año 2009 y primer semestre del 2010.

Por otro lado, se ha realizado una encuesta al Personal de Enfermería de las Unidades de hospitalización con Gacela en el año 2010, basada en los aspectos más relevantes susceptibles de crear interferencias en los registros a estudio.

RESULTADOS: Los resultados preliminares indican que:

Aún existen Unidades de Enfermería, en las cuales el PAE presenta carencias de aplicación en alguna de sus fases. Los factores responsables son diversos, y hacen referencia principalmente a aspectos organizativos, actitud profesional/psicosocial y falta de liderazgo.

Por el contrario, determinadas Unidades abordan el PAE de forma indispensable en la práctica de su trabajo diario, reconociendo los beneficios que se obtienen del empleo de un método organizado en la aplicación de los Cuidados de Enfermería.

CONCLUSIONES: Los resultados preliminares indican que:

En las Unidades, en las que existen factores que dificultan la implantación del PAE, se convierte en un proceso lento que requiere:

- Cambios en la forma de hacer las cosas

- Motivación de todos los profesionales buscando que se involucren, generando espíritu de equipo y compartiendo metas comunes.

La mejora continua de la Calidad Asistencial se pone de manifiesto en aquellas Unidades en las cuales el PAE forma parte de la práctica asistencial diaria, dónde se observan las siguientes ventajas:

- Disminución de la variabilidad en la asistencia
- Mejor aprovechamiento de los recursos
- Mejora de la comunicación/información
- Permite el análisis de resultados. Gestión de procesos
- Incremento de la satisfacción/seguridad laboral
- Involucración del paciente/familia: percepción de satisfacción
- Acreditación de los cuidados proporcionados
- Evaluación de la Calidad Asistencial

PALABRAS CLAVE: PAE, Sinónimo, Calidad

1176 | SEGURIDAD

LA INCORPORACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN URGENCIAS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Echeverria Muguruza MA (1), Valverde Citores RM (2), Arraiza Fernández I (1), Lasa Garmendia K (1), Jauregui Celaya F (3), Valverde Citores A (4)

(1) Urgencias, Hospital de Zumarraga. (2) Unidad de metodología de Calidad, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección de Enfermería, Hospital de Zumarraga. (4) Consultas Externas, Hospital Donostia.

OBJETIVOS: Mejora en la gestión eficiente de los recursos y medios técnicos y que contribuyan a garantizar la seguridad del paciente y/o minimizar riesgos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Zumarraga

MATERIAL: Mediante un análisis DAFO se identificaron una serie de oportunidades de mejora relacionadas con: la dispensación de la medicación, comunicación interpersonal, comunicación con pacientes "extranjeros" que no conocen el idioma, gestión eficiente de los almacenes periféricos.

Aprovechando la remodelación del servicio de urgencias, se realiza un análisis de mercado de las herramientas informáticas y/o sistemas de almacenaje que facilitaran la respuesta a las mejoras identificadas seleccionándose las más adecuadas.

Se solicita a la Dirección la adquisición de esto nuevos elementos, priorizando la compra de cada uno de ellos.

RESULTADOS: Sin perder de vista que fundamentalmente el objetivo era garantizar la seguridad del paciente se incorporan las siguientes tecnologías:

Sistema Español de Triaje (SET) que permite clasificar al paciente según el nivel de gravedad y adecuar nuestros recursos en función de esa gravedad.

Tablet: mejora de la comunicación entre los distintos profesionales disminuyendo los procedimientos repetidos. Con esta herramienta se daría por finalizada la informatización de todo el servicio de Urgencias.

Pyxis: dispensador automatizado de medicamentos garantizando una adecuada dispensación, disponer de un stock mínimo y una gestión más eficiente no sólo del stock y del propio medicamento.

Armarios inteligentes o doble almacenamiento: favoreciendo una gestión eficiente del stockaje y garantizando la adecuada disposición del material fungible en el momento necesario.

Dualia: permite una traducción directa en pacientes de otras nacionalidades en el momento de ser atendidos en nuestro servicio.

Cromoterapia: ayudad de la influencia del color al estado de ánimo del paciente, incidiendo de manera positiva en el confort del paciente.

CONCLUSIONES: La incorporación de estas nuevas tecnologías han contribuido en la seguridad del paciente en distintos aspectos: directamente el SET y el Dualia (traductor), indirectamente (Pyxis, Tablet, armarios inteligentes) y en la gestión eficiente del servicio mediante la intercomunicación de los profesionales, la gestión de doble almacenaje que permite disponer de más tiempo para la actividad asistencial, el ahorro en el consumo y gasto farmacéutico, mayor control sobre el stock del material fungible, etc.

PALABRAS CLAVE: NUEVAS TECNOLOGIAS, EFICIENCIA, Gestión

1192 | Seguridad

NUESTRO PACIENTE INGRESA: ¿HEMOS FACILITADO SU CUIDADO?

González Vázquez,C (1), Vázquez Caridad,E (1), Seoane Ferreiro,L (1), Insua Castiñeiras,M (1)

(1) Hemodiálisis, Hospital San Rafael-A Coruña.

OBJETIVOS: Establecer un canal de comunicación eficaz con las unidades de ingreso a través de la implantación de un registro de enfermería.

MATERIAL: Previa evaluación de las necesidades de formación-información del personal de enfermería de las unidades de ingreso mediante encuesta, se diseña el "informe de enfermería pre-ingreso" que inicialmente cubierto por el personal de enfermería de HD, aportará al profesional de las unidades de ingreso toda la información necesaria para realizar el planificación de cuidados.

RESULTADOS: La comunicación entre profesionales de distintos ámbitos se ve mejorada, aumentando la información inicial sobre el paciente. Se disminuye la posibilidad de error, olvidos o repetición de cuidados, pudiendo así valorar de una forma más sencilla y completa las necesidades del paciente.

CONCLUSIONES: Con la utilización del Informe de Enfermería pre-ingreso se facilita la continuidad de cuidados del paciente en programa de HD crónica, considerandola una valiosa herramienta de información.

PALABRAS CLAVE: Comunicación, Continuidad

1201 | Seguridad

DETERMINACIÓN DE LAS PRIORIDADES DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL EN RELACIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

García-Franco MM (1), Lobo Polidano E (2), González González L (1), García Caro Y (1), Ramos Montes J (3), García Fortea MC (4)

(1) Unitat de Gestió de Qualitat, Parc Sanitari Sant Joan de Déu. (2) Servicios Comunitarios Salud Mental, Parc Sanitari Sant Joan de Déu. (3) Planificación, Parc Sanitari Sant Joan de Deu. (4) Unitat de Gestió de Qualitat, Parc Sanitari Sant Joan de Deu.

OBJETIVOS: Determinación de las áreas prioritarias desde la visión de la salud mental comunitaria y para establecer los elementos relacionados con la seguridad del paciente que todavía tienen que desarrollarse.

MATERIAL: La atención especializada en Salud mental de adultos en el área del Baix Llobregat, el Barcelonés, Garraf y Cerdanyola, pertenecen a los servicios comunitarios del Parc Sanitari Sant joan de Déu; estos servicios tienen una población asignada aproximada de 556.000 personas.

En los últimos años se ha desplegado una red de servicios comunitarios que están dirigidos a atender las diferentes necesidades en salud mental de la población de la zona, hay diferentes tipos de dispositivos, interconectados que trabajan en red. Estos servicios son siete Centros de Salud Mental para adultos, dos Hospitales de Día para adultos y 5 Servicios de Rehabilitación Comunitaria.

La seguridad del paciente es un tema que se ha ido trabajando a lo largo de los años desde el área comunitaria del Parc Sanitari SJD, poniendo en marcha diferentes estrategia y planificando acciones relacionadas con la seguridad del paciente.

Se elaboró una encuesta para poder determinar el objetivo del estudio, por lo que se orientó como una encuesta de riesgos posibles para determinar la amplitud del problema, su incidencia y gravedad en el entorno comunitario, así como la factibilidad de las soluciones que se puedan proponer. El objetivo de todo ello es integrar la seguridad del paciente como una herramienta útil y valiosa en los servicios de salud mental.

RESULTADOS: Se presentan los resultados de esta encuesta y se establece un marco de partida para la priorización de las acciones que se llevarán a cabo en el área comunitaria en función de la visión que sobre este tema tienen los equipos de atención directa.

CONCLUSIONES: Las grandes áreas relacionadas con la seguridad del pacientes trabajadas son: la falta de conocimiento o comunicación de situaciones de riesgo, paradas cardiorespiratorias, coordinación entre diferentes niveles asistenciales, estrategias de farmacovigilancia, riesgo de pérdida de adherencia al tratamiento, riesgo de recaída de la enfermedad

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Salud Mental, Comunitaria

1205 | SEGURIDAD

EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL: ¿UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE SUCESOS ADVERSOS?

Andrés Luis V (1), Torijano Casalengua M.L (2)

(1) Centro de Salud Cebolla, Talavera de la Reina, SESCAM. (2) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM.

OBJETIVOS: Describir cómo el Comité de Ética Asistencial supone una fuente adicional a tener en cuenta para la detección y análisis de casos o incidentes en Seguridad del Paciente

MATERIAL: Se efectúa una revisión por parte de los miembros del Comité de Ética Asistencial de la historia del grupo promotor y del posterior Comité así como de los casos analizados desde su constitución con el fin de evaluar la vinculación y similitudes con el acual mundo de la Seguridad del Paciente tanto en los aspectos organizativos como deliberativos y en las recomendaciones o conclusiones

RESULTADOS: Tras el análisis de todos los posibles aspectos hemos podido comprobar como desde su gestación, el grupo promotor difunde cultura de seguridad, desde la difusión de artículos trimestrales por parte de uno de sus miembros o la creación de un buzón on-line de consultas en web en el año 2006 que no es otra cosa que un sistema de notificación de incidentes e incluso eventos adversos, hasta el método deliberativo empleado en las SESIONES, herramienta para su análisis con el único fin de aprender de ellos y obtener la resolución más ponderada, difundiendo este aprendizaje con el fin de que no vuelvan a repetirse.

CONCLUSIONES: Desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y el Comité de Ética Asistencial creemos, por la experiencia adquirida, en la utilidad de la presencia de un miembro con formación en bioética para el análisis de los incidentes y casos relacionados con la Seguridad del Paciente.

PALABRAS CLAVE: etica, seguridad, adverso

1207 | SEGURIDAD

POLÍTICA DE ANTISÉPTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Recha Sancho, R (1)

(1) Servicio de Farmacia HOSPITALARIA, Hospital Comarcal Móra D'ebre (Tarragona).

OBJETIVOS: Los antisépticos son sustancias químicas que se aplican sobre la piel y mucosas destruyendo los microorganismos (acción biocida) o impidiendo su proliferación (acción biostática).

Las infecciones nosocomiales afectan prácticamente a todas las áreas asistenciales y son una de las grandes líneas estratégicas de la OMS en la seguridad del paciente. Representan una complicación importante en la atención hospitalaria a causa del sufrimiento que conlleva al paciente y a sus familiares, a la par del coste económico que conllevan; realizar las táreas sanitarias con el máximo nivel de higiene utilizando los productos y procedimientos apropiados es fundamental para reducir las infecciones nosocomiales.

Desde el servicio de farmacia se planteó revisar y mejorar la correcta selección y utilización de los antisépticos en las diferentes áreas asistenciales del Hospital, ya que el uso correcto de los antisépticos es un factor determinante para evitar la aparición de infecciones o complicaciones en los pacientes.

MATERIAL: El trabajo se realizó desde el servicio de farmacia del Hospital Comarcal Móra d'Ebre, centro de primer nivel asistencial con 120 camas.

Se combinó la información científica disponible de los diferentes productos y se evaluaron los antisépticos incluidos en la guía farmacológica, realizando los cambios oportunos según las referencias bibliográficas consultadas.

Se elaboró un póster donde se especificaban las indicaciones de los diferentes antisépticos junto con las imágenes de estos y unas recomendaciones mínimas sobre el uso de los antisépticos.

El póster de la política de antisépticos fue presentado y aprobado por la Comisión de infecciones y la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Posteriormente se distribuyó por las diferentes unidades asistenciales (hospitalización y consultas externas) y se realizó la difusión, formación y las aclaraciones pertinentes entre el personal sanitario.

RESULTADOS: Con la realización y difusión del póster de la política de antisépticos se diminuyó la variabilidad en el uso de antisépticos, a la vez que se realizó una correcta selección del antiséptico según la indicación pudiéndose disminuir las infecciones hospitalarias. Se evitaron los efectos indeseados relacionados con el uso inadecuado de antisépticos, aumentando la seguridad del proceso y mejorando la asistencia al paciente.

CONCLUSIONES: La información visual de la política de antisépticos en formato póster con imágenes tiene una buena aceptación del personal asistencial consiguiendo así disminuir la variabilidad de la práctica clínica entre los diferentes profesionales y el uso inapropiado de procedimientos, orientándola hacia protocolos más eficaces, aumentando la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: antiséptico, indicación, seguridad

1208 | Seguridad

ESTUDIO OBSERVACIONAL: ADHESIÓN AL LAVADO MANOS DE LOS PROFESIONALES EN HOSPITALIZACIÓN DEL C.H. XERAL-CALDE (LUGO)

Pérez Gómez M. (1), Quintas Fernández JC (1), Jato Díaz M (1), Devesa Barreira MJ (1), Núñez Corredoira I (2), Rego Docando MJ (3)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Xeral-Calde (Lugo). (2) Medicina Interna, Hospital Xeral-Calde (Lugo). (3) Dirección de Enfermería, Hospital Xeral-Calde (Lugo).

OBJETIVOS: • Analizar la situación basal relacionada con la higiene de manos en la atención sanitaria.

• Conocer el grado de adhesión al lavado de manos.

MATERIAL: En el formulario de observación se recoge cada oportunidad, basado en las 5 indicaciones recomendadas por la OMS y las acciones para la higiene de las manos observadas. Los profesionales a observar son: enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos y celadores. Se mide el cumplimiento, observando al menos 200 oportunidades en cada Servicio, cada sesión de observación debe durar unos 20 minutos, no observando a más de 2 profesionales sanitarios a la vez. En el área de agudos se realizaron un máximo 4 observaciones por persona y en hospitalización 2.

RESULTADOS: Se realizó una observación directa de las prácticas de higiene de las manos, observándolas, en el punto de atención; se accedió a 563 profesionales, recogiendo el siguiente de número de oportunidades para los siguientes profesionales sanitarios:

• Enfermería 641

• Auxiliares de Enfermería 382

• Médicos 325

• Celadores 214

En el estudio, se recoge la adhesión al lavado de manos de las diferentes categorías profesionales, de acuerdo con los 5 momentos para la higiene de manos y su correspondiente acción.

CONCLUSIONES: El cumplimiento del lavado de manos, es claramente mejorable y nos hace pensar, que la carga de trabajo, el efecto irritante de los productos utilizados, la ausencia de alternativas y la falta de cultura de los profesionales sobre la cobertura de esta medida, son algunos de los factores que lo dificultan.

La promoción de la higiene de manos en el ámbito sanitario, es uno de los objetivos prioritarios de los profesionales sanitarios, que dedican su esfuerzo a la prevención y control de la Infección Nosocomial.

PALABRAS CLAVE: Observación, Oportunidad, Cumplimiento

1222 | Seguridad

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

García-Fraguela B (1), Rimada-Mora D (2), Uriel-Latorre P (3), Delgado-Fernández R (4), Portela-Fernández C (1), Amado-Aller C (1)

(1) Dirección de Enfermería, CHUAC. (2) Informática, CHUAC. (3) Unidad de Investigación, CHUAC. (4) Enfermería, Área Sanitaria de Ferrol.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de la formación en la identificación del riesgo de úlceras por presión (UPP).

Medir el impacto de la formación en el registro de UPP.

Evaluar si la formación ha provocado un cambio en la programación de cuidados.

MATERIAL: Diseño: Cuasiexperimental(pre-post)

Ámbito: Unidades de Medicina Interna (MI) del H. A Coruña.

Sujetos: todos los pacientes ingresados en las unidades de MI durante los años 2006 y 2008.

Mediciones:extracción de datos mediante SQL de la base de datos asistencial generada por Gacela. Escalas de valoración de riesgo de UPP, número, estadío, localización de UPP, tratamientos aplicados y diagnósticos de enfermería asociados.

Intervenciones: curso de formación de 20 horas, teórico - práctico para enfermeras y de 12horas para auxiliares de enfermería.

RESULTADOS: Formación:15 enfermeras y 9 auxiliares de enfermería.

Escalas de valoración (Braden): 2006= 139, 2008= 667

Se observa un aumento significativo en la presencia del diagnóstico Afectación de la movilidad física en el 2008(73,4% vs 26,6%,p=0,042)y un descenso en el diagnóstico de riesgo (25% vs 75%, p= 0,023).

Se observa un aumento en el uso de los diagnósticos, real y de riesgo de Afectación de la integridad de la piel.

Se observa una tendencia hacía una menor gravedad en el estadiaje de las UPP (2006 70,7% estadío 2/3, 2008 67,4% estadío 1/2).

Se observa también una tendencia hacia una mayor utilización de la cura húmeda (2006 44,4%, 2008 55,6%).

En el 2006 las curas se hacen mayoritariamente c/24h (68%); en 2008 es sólo el 23% mientras que tiende e espaciarse la frecuencia de las curas.

CONCLUSIONES: El impacto del programa de formación ha sido moderado en general aunque se observa una clara tendencia a la mejora sobre todo en el manejo de las ecalas de prevención.

En muchas de las variables observadas la mejora no ha obtenido significación estadística, probablemente debido al tamaño muestral no obstante la mejora global tiene una alta relevancia clínica.

PALABRAS CLAVE: Úlceras, Prevención, Formación

1225 | SEGURIDAD

IMPLANTACIÓN SISTEMÁTICA EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVES DEL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO

Bartolomé-Benito E (1), Sánchez-Peruca L (1), Miquel-Gómez A (1), Cruz-Martos E (2), Calvo-Alcántara MJ (2), Larrubia-Muñoz O (2)

(1) Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria , Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. (2) Subdirección de Compras de Fasmacia y Productos Sanitarios, Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmaceúticos. Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS: Identificar y definir un conjunto mínimo y normalizado de objetivos de seguridad en el Contrato Programa de Centro (CPC) de la Comunidad de Madrid, cuya implantación y seguimiento permita garantizar la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en Atención Primaria.

MATERIAL: El elemento clave es el CPC elaborado con el modelo EFQM como referente. métodológicamente, se han seguido las etapas del ciclo de mejora. En la planificación, se ha incluido en el CPC objetivos normalizados de seguridad. El seguimiento de los indicadores se ha realizado con una aplicación informática.

RESULTADOS: Se han definido 12 objetivos de seguridad y 21 indicadores. En el criterio Liderazgo, El 91,3% de los CS tienen definido Responsable de Seguridad del Paciente. En el criterio 3, personas, se han realizado 3,67 SESIONES de calidad y seguridad por CS, En el criterio 4, recursos, el 91,4% de los CS tienen registro de conservación de medicamentos y de temperatura de neveras, El 94% de los Centros realiza control semestral de botiquines de urgencias y el 97,6% tiene sistematizada la gestión de residuos. En el criterio procesos, la cobertura del programa del polimedicado es del 59,22%, en el 93% de las consultas se utiliza solución bioalcohólicas y el 89% de los CS realizan control y mantenimiento de carros de parada. En comunicación, se han notificado 1096 errores de medicación en toda la Comunidad de Madrid, 239 Reacciones Adversas a Medicamentos y 1945 incidentes de seguridad. En el criterio 6, clientes, el 66,22% de los INR están en rango. Se ha obtenido 19,46 DHD osteoporosis en mujeres de 45-65 años y 16,9 DHD neurolépticos en personas mayores. El indicador referente a BEERS es del 11,9%. Se han adoptado una 1,19 medidas de seguridad por CS. En resultados personas, el 14,44% de los profesionales se han formado en seguridad del paciente. Con la aplicación e- SOAP los CS conocen resultados para adoptar mejoras. Se han introducido mejoras en el CPC 2010.

CONCLUSIONES: Con el CPC elaborado con el modelo EFQM como referente, se han implantado y seguido indicadores de seguridad de forma sistematizada en los CS de Comunidad de Madrid. Se han generalizado buenas prácticas que facilitan la seguridad del paciente, y se ha empezado a evaluar el impacto de la atención sanitaria prestada en Atención Primaria con la medición de indicadores que la evidencia científica revela que afectan a la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Centro de Salud, Contrato Programa

1226 | SEGURIDAD

GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL MOMENTO DE LA TRANSFERENCIA - PROGRAMA PREALT

Dalmau - Cartañà E (1), Forés - Palacios M (1), Piñol - Usón C (1), Mas - Escoda R (1), Lluís - Burgueño M (1), Giménez - Rubio C (1)

(1) Unidad de Gestión de Casos ICS Camp de Tarragona, ICS.

OBJETIVOS: El programa PREALT en la zona de Reus – Altebrat nace de la necesidad de garantizar una continuidad asistencial a las personas que necesiten una atención integral de su proceso de salud asegurando la coordinación del proceso con los diferentes equipos de Atención Primaria- EAP.

MATERIAL: La enfermera Gestora de Casos en su función de enlace coordina las altas convencionales y las de las personas de salud compleja para garantizar la continuidad asistencial.

Detección y valoración por parte de la enfermera gestora de las necesidades del paciente en el momento de la prealt y valorar el retorno a domicilio de forma conjunta.

RESULTADOS: ACTIVIDAD AÑO 2009

TOTAL PREALT HOSPITAL - Atención Primaria 2009: 432 CASOS

TOTAL PREALT SOCIOSANITARIOS - Atención Primaria: 400 CASOS

CONCLUSIONES: A lAs personAs en el momento del alta hospitalaria la garantia de continuidad les proporciona tranquilidad y confianza

A los professionales del hospital saber que la atención tiene asegurada la continuidad la reconocen y la valoran positivamente

A los médicos y principalmente a las enfermeras de Atención Primaria saber las necesidades de atención de la persona atendida les permite organizar su tárea y priorizar las actuaciones con connocimiento de las necesidades reales

La calidad de la atención se ve facilitada por la homogeneización de los procesos.

Las gestoras de casos tenemos acceso a la detección de situaciones de riesgo.

PALABRAS CLAVE: seguridad, transferencia, cuidados

1238 | Seguridad

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN MUTUALIA

Txaro Zaballa (1), Eider Romero (1), Gloria Manzano (1), Begoña Henrich (1), Irune Ortiz (1), Olga Minguez (1)

(1) Asistencia Sanitaria Bizkaia, Mutualia.

OBJETIVOS: Esta comunicación hace referencia al servicio de Esterilización de Mutualia Clínica Ercilla (Bilbao) con 22 camas y 2 quirófanos, y cuenta con un servicio de quirófano y de esterilización 4DUEs y dos AUX en turnos de mañana y tarde Los productos definidos como sanitarios destinados a ser utilizados en seres humanos deben ser "seguros". El objetivo: Describir un circuito de esterilización seguro, que reduzca al máximo el riesgo para los pacientes, verificando la eficacia y la calidad de sus procesos basándose en la Norma: UNE-EN-ISO 9001:2008 y enmarcado en el modelo de gestión EFQM.

MATERIAL: Para garantizar un proceso adecuado en el lavado, desinfección y esterilización, así como en el almacenaje, distribución y manipulación del material, se necesita disponer de un ciclo de esterilización de alta calidad.

El ciclo del producto estéril consta de diferentes etapas:

- Transporte del material, al servicio de esterilización.
- Limpieza y desinfección de los materiales.
- Inspección de los dispositivos.
- Empaquetado.
- Diferentes métodos de esterilización.
- Control de la esterilización a través de indicadores:
  De los equipos - prueba Bowie & Dick diaria.
  De la carga – indicador biológico .
  De la exposición – indicador químico externos.
  Del paquete – indicador químico integrador.
  Del registro – la trazabilidad de paquetes y materiales.
- Almacenamiento.
- Utilización.

RESULTADOS: Cualquier defecto en el proceso de limpieza, desinfección y esterilización producirá un efecto adverso no deseado o imprevisto en el paciente.

La esterilidad NO puede ser inspeccionada o medida, por lo que necesitamos un Programa de Control, para garantizar una esterilización segura y efectiva.

En Mutualia hemos elaborado y aprobado en grupos de trabajo dos Guías de trabajo y sus instrucciones ("limpieza de instalaciones" y "limpieza de instrumental y equipamiento"), y tenemos en borrador pendiente de aprobar cinco guías ("Descontaminación de instrumental y equipamientos" "Esterilización de instrumental" "Descontaminación de Priones" "Dispositivos médicos de un solo uso").

A través de la verificación de los indicadores:

- Aseguramos la ausencia de microorganismos.
- Detectamos fallos anticipadamente y verificamos que se corrigen.
- No entregamos material NO estéril.
- Incrementamos la seguridad para el paciente y personal.

CONCLUSIONES: En Mutualia hemos establecido Procedimientos y Guías de Trabajo, explicando las actividades de cada etapa de la esterilización, y registros que permitan validar y documentar la trazabilidad de todos los dispositivos, para lograr una mejora continua de la calidad de cada proceso y profundizar en la seguridad del paciente en la actividad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Estirilización, Seguridad, Calidad

1239 | Seguridad

COMO EVITAR RIESGOS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS FACILMENTE CONFUNDIBLES EN UN ÁREA SANITARIA

Tofiño González, MI (1), De la Hija Díaz, MB (1), Torijano Casalengua, MI (1), Arroyo Pineda, V (1), Sánchez Holgado J (1)

(1) Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, SESCAM.

OBJETIVOS: Establecer barreras estructurales, preventivas de potenciales errores de medicación relacionados con el uso de medicamentos, mediante la sistematización de la gestión de medicamentos fácilmente confundibles.

MATERIAL: Tras la revisión de los medicamentos del catálogo que pueden producir confusión por su similitud de apariencia o fonética, se procedió al cambio de proveedor en los casos en que fue posible y se elaboró un documento para los profesionales con el siguiente contenido:

Listado de medicamentos look alike y sound alike.

Insistir en la importancia de:

Separación física al almacenar los medicamentos similares.

Evitar mezclar distintas dosis de un mismo principio activo en un mismo cajetín.

Rotular adecuadamente los cajetines con los medicamentos y dosis implicados en este listado.

Verificar medicamento y dosis antes de su administración en el caso de los medicamentos implicados.

Informar a los nuevos profesionales incorporados al equipo de las medidas a adoptar.

Notificar al servicio de farmacia la detección de nuevos medicamentos implicados.

RESULTADOS: La difusión del proyecto se ha realizado mediante:

- Nota interior con el documento a todos los profesionales.

- Sesión-taller en los CS:

Asistencia: 54.31%

Valoración (escala 1-5): Interés 4.2, Utilidad 4.2, Calidad del docente 4.4

CONCLUSIONES: Las actividades fueron bien acogidas por el personal sanitario, considerando importantes las medidas instauradas para evitar errores de medicación y aumentar la seguridad del paciente. Si bien, corroboran la utilidad, les supone un cambio en los hábitos de trabajo, cuestión que siempre es difícil de alcanzar.

PALABRAS CLAVE: riesgos, seguridad, medicamentos

1240 | SEGURIDAD

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Grande Arnesto M (1), Llorente Parrado C (1), Alcarazo García-Villaraco JP (2), García Notario A (2), Camacho Bautista J (1), Calahorra Fernández L (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario Ciudad Real. (2) Servicio de Urgencias , Hospital General Universitario Ciudad Real.

OBJETIVOS: La cultura de seguridad en una organización es uno de los rasgos críticos para la consecución de logros en materia de seguridad en la misma. Promover una cultura de seguridad positiva es la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Medirla, realizar feed-back de resultados e implantar propuestas de mejora es el primero de los pasos para el desarrollo de la misma. Por ello nuestro objetivo es:

Analizar la cultura de seguridad del paciente en un servicio de urgencias para identificar puntos fuertes y áreas de mejora sobre las que incidir y desarrollar intervenciones para promoverla y mejorarla

MATERIAL: Estudio descriptivo de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias

Recogida de datos: cuestionario autoadministrado de seguridad del paciente elaborado por la AHRQ y adaptado al SNS español.

Procesamiento y análisis de datos mediante spss

Despliegue de resultados a profesionales

RESULTADOS: Se ha realizado un análisis sobre 91 Cuestionarios.

De los profesionales participantes el 18.7% son médicos, el 56.04% enfermeras/os, el 16 18,7% auxiliares de enfermería y el 7,7% celadores.

El 78,3% de los participantes tienen una experiencia profesional de mas de 5 años.

El 7,7% de los profesionales ha notificado algún incidente.

Se detectan los siguientes puntos fuertes:

- Ayuda y apoyo entre los profesionales.

- Percepción de libertad sobre aspectos que pueden afectar a la seguridad de los pacientes.

- Revisión y verificación de tratamientos y cuidados.

Las áreas de mejora detectadas son:

- Sentimiento de falta de apoyo e implicación de equipos directivos en relación a la seguridad del paciente.

- Percepción de priorización de ritmo de trabajo en detrimento de la seguridad del paciente.

- Sensación de falta de actividades para la mejora de la seguridad del paciente.

- Temor a las consecuencias de los errores cometidos.

- Pérdidas de información en los cambios de turno.

- Insuficiente coordinación e información con otras Unidades y Servicios del hospital.

- Poca implicación de los profesionales en la notificación de incidentes.

- Menor promoción e implicación de auxiliares de enfermería, celadores y/o profesionales de reciente incorporación a Urgencias en las actividades de mejora de la seguridad del paciente

CONCLUSIONES: La medición del clima de seguridad del paciente nos permite identificar las áreas sobre las que incidir para mejorarlo.
Es un punto de partida y una información clave para impulsar las líneas estratégicas del servicio en materia de seguridad, y permite desarrollar planes de acción concretos para las áreas de mejora detectadas

PALABRAS CLAVE: cultura , seguridad , urgencias

1250 | SEGURIDAD

RETRASOS E INTERRUPCIONES EN RADIOTERAPIA. IMPACTO NEGATIVO EN EL ÉXITO TERAPÉUTICO.

Carmona-Vigo, R (1), González-De la Flor, P (2), Jover -Casas, JM (3)

(1) Oncología Radioterápica, Hospital General Juan Ramón Jiménez. (2) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Jaén. (3) Subdirección Médica del Área de Calidad, Complejo Hospitalario de Jaén.

OBJETIVOS: Existe una preocupación creciente acerca del impacto negativo que tanto los retrasos en el inicio del tratamiento radioterápico como las interrupciones del mismo representan en las probabilidades de éxito terapéutico. El gran problema de las listas de espera prolongadas que sufren los Servicios de Oncología Radioterápica en la actualidad, supone una de las principales causas de retraso en el comienzo del tratamiento. Aún cuando se pretenda administrar la dosis absorbida prescrita en el tiempo programado, determinados factores, como las interrupciones por avería o mantenimiento de máquinas o las secundarias a la toxicidad del paciente, influyen negativamente en el éxito oncológico terapéutico. En determinadas patologías, como en el Cáncer de cabeza y cuello, las pausas no programadas y la consecuente prolongación del tiempo global de tratamiento adquieren particular relevancia pues reducen de forma significativa el control local de la enfermedad por día extra de incremento.

El objetivo del presente estudio es evaluar las causas más frecuentes de retrasos e interrupciones no programadas en el tratamiento de pacientes con Cáncer de cabeza y cuello en el Servicio de Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario de Jaén.

MATERIAL: Entre los meses de Enero a Septiembre de 2009 se han evaluado las causas más frecuentes de retrasos e interrupciones en un total de 40 pacientes sometidos a tratamiento radioterápico con intención radical con Cáncer de cabeza y cuello de cualquier localización. Las causas se han agrupado en:

1. No relacionadas con el paciente: lista de espera prolongada, días festivos, causas de carácter técnico (avería o revisión programada).

2. Relacionadas con el paciente: toxicidad/ enfermedad concurrente.

RESULTADOS: El 79,6% de los retrasos e interrupciones corresponden a la lista de espera prolongada, días festivos y causas técnicas. El 16,8% es debido a toxicidad/ enfermedad concurrente del paciente. Sólo el 5,6% de los pacientes ha cumplido adecuadamente el tratamiento radioterápico programado

CONCLUSIONES: El porcentaje de retrasos e interrupciones es elevado, siendo las causas más frecuentes las no relacionadas con el paciente. Resulta imprescindible evitar o minimizar estas pausas así como compensarlas cuando se produzcan para aumentar el éxito terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Radioterapia, Éxito terapéutico, Interrupciones

1267 | Seguridad

EXPERIENCIA DE MEJORA CONTINUA EN LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA RELACIONADA CON LA CIRUGÍA DE COLON.

Cruz Antolin AJ (1), Domenech Martín A (1), García Fortea MC (2)

(1) Control de Infecciones, Parc Sanitari Sant Joan de Deu. (2) Calidad y Acreditación , Parc Sanitari Sant Joan de Deu.

OBJETIVOS: Introducción: La incidencia de la infección de herida quirúrgica relacionada con la cirugía de colon en Cataluña es un indicador que requiere un estrecho seguimiento por parte de los equipos de cirugía y de los responsables de control de infecciones de los Hospitales.

Objetivo: Valoración de la situación y detección y aplicación de acciones de mejora frente a las infecciones de herida quirúrgica relacionada con la cirugía de colon, comparativa de 3 años.

MATERIAL: Partiendo del informe de resultados del 2008 referente a la infección de localización quirúrgica relacionada con la cirugía de colon y la comparativa de datos con el resto de hospitales del programa VINCAT nos planteamos la necesidad de analizar la situación por lo que procedemos a realizar una presentación de los mismos al servicio de cirugía (equipo médico y de enfermería), añadiendo en la presentación una revisión del proceso de atención al paciente donde se señalan los puntos críticos o carencias que científicamente tienen demostrada su eficacia y las posibles acciones de mejora a realizar en el proceso completo de la intervención quirúrgica de colon. Durante la reunión con el servicio se acuerdan la implantación de algunas de las medidas correctoras propuestas y el compromiso por parte del equipo de control de infecciones de realizar el seguimiento de los resultados de las intervenciones aprobadas así como la presentación de los resultados obtenidos y los posteriores cambios ha realizar. Esta metodología se ha repetido durante los 3 años a estudio en varias ocasiones, siendo dispares la aceptación de medidas correctoras por parte de los actores implicados.

RESULTADOS: Como consecuencia de las medidas adoptadas se observa un significativo descenso de 9 puntos porcentuales en la incidencia general de la infección de herida quirúrgica relacionada con la cirugía de colon durante el primer año. Durante el 2º año observamos un ligero ascenso del porcentaje total a pesar de que se consolidaron las medidas del año anterior, atribuible en parte a que no se acepto la instauración de nuevas medidas correctoras.

CONCLUSIONES: El feed-back de información y toma de decisiones conjunta, con los servicios implicados mejora sensiblemente la incidencia general de las infecciones detectadas mediante los programas de vigilancia y mejora la eficacia de las medidas de control de la infección de herida quirúrgica relacionada con la cirugía de colon.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN, MEJORA, COLON

1268 | Seguridad

LOS LENGUAJES ENFERMEROS APLICADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EXPLORACIONES DE RADIODIAGNÓSTICO (TC)

Garrido-Filgueiras MJ (1), García-Fraguela B (1), Outón-Fernández I (1), Arrojo C, (2), Cernadas I, (3), García-Camino MJ, (2)

(1) Dirección de Enfermería, CHUAC. (2) Radiodiagnóstico, CHUAC-SERGAS. (3) Área de Formación, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Relacionar las taxonomías enfermeras con la seguridad del paciente en los estudios de radiodiagnóstico.

Proporcionar un documento que refleje el rol autónomo de enfermería en el TC en radiodiagnóstico para favorecer la aplicación de un checklist de verificación.

MATERIAL: Se diseña un documento que permita servir de Checklist para la verificación de los pacientes antes de someterse a los estudios de TC en Radiodiagnóstico.

El Checklist está orientado a la prevención de los riesgos derivados de la administración del contraste, incluyendo los tratamientos previos que puedan interaccionar (antidiabéticos orales, etc), así como a la función renal del paciente.

Se aplica por personal de enfermería en la sala de TC, a la recepción del paciente.

Una vez implantado, se consideró conveniente estandarizar el lenguaje de verificación aplicando las taxonomías enfermeras.

Un grupo de trabajo constituido por profesionales expertas en lenguajes de enfermería se ocupó de seleccionar los diagnósticos de enfermería, los resultados y las intervenciones más adecuadas.

RESULTADOS: El documento normalizado es muy parecido al inicialmente diseñado.

La nueva Hoja de verificación se orienta a un seguimiento determinado por tiempos (desde el inicio de la pruaba hasta su finalización) para los que se definen las diferentes actividades y diagnósticos enfermeros.

Se procede a un pilotaje sobre 42 pacientes para valorar si cubre todos los aspectos que deben valorarse para la prevención de los riesgos del paciente con TC y contraste intravenoso.

Los resultados están en fase de evaluación y parecen favorables a la aplicación de esta Hoja incluida en la Historia Clínica informatizada del paciente.

CONCLUSIONES: La identificación de actividades de enfermería que se ponen en marcha en diferentes niveles de la organización, especialmente las orientadas a la seguridad del paciente, o a la prevención, pueden o deben ser valoradas para su traducción a las taxonomías enfermeras.

La importancia radica en la repercusión de la estandarización del lenguaje, ya que facilita la comunicación, intercambio de experiencias y la comprensión con otros centros, o con otros profesionales del mismo área de trabajo.

PALABRAS CLAVE: Lenguajes, Seguridad, Enfermería

1293 | SEGURIDAD

DAR A CONOCER LA DISFAGIA

Pardo Diez MJ (1), Bolinaga Moral MI (1), Alfonso Cortés MI (2)

(1) Salud, Hospital Royo Villanova. (2) Salud, Atención Primaria Sector I.

OBJETIVOS: Informar y formar en el manejo y medidas paliativas para el control de la disfagia a fin de conservar y mantener una deglución eficaz y segura, así como una correcta alimentación.

MATERIAL: Elaboración de materiales de difusión para dar a conocer la disfagia, y talleres basados en tres pilares fundamentales: texturas, ejercicios y posturas

- Póster Conocer la Disfagia

- Díptico Recomendaciones en la Disfagia

- Talleres "Conocer la Disfagia" teórico practico:

Teoría y realización de prácticas: maniobras, ejercicios y posturas

Teoría y realización de prácticas: consistencias, texturas y espesantes

RESULTADOS: - Póster Conocer la Disfagia. Colocación de 25, en diferentes niveles asistenciales: Atención Especializada AE y Atención Primaria AP

- Dípticos Recomendaciones en la Disfagia. Distribución de 1000, a personas con sospecha de disfagia y/o a sus cuidadores en ambos niveles asistenciales

- Talleres: 7 en AE (Profesionales Sanitarios) y 3 en AP (1 Profesionales Sanitarios, 1 Centro de Asistencia a Minusválidos Psíquicos (CAMP) y 1 cuidadores formales de residencias y/o familiares)

o Asistencia: AE: 20 DUE (18,34%) y 31 Aux. Enfermería (26,72%). AP: C. Salud: 9 DUE (7.6 2%), Cuidadores de residencias y/o familiares: 25, CAMP: 21

o Valoración mediante encuesta de satisfacción de los asistentes es de 8.54

CONCLUSIONES: 1.La información proporcionada a cuidadores y personal sanitario les ayuda a reconocer las dificultades en la deglución (tos, babeo...) y a adaptar la alimentación, para facilitar un adecuado aporte nutricional y una deglución segura.

2.Es fundamental la prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la disfagia, en ambos niveles asistenciales, con equipos multidisciplinares.

3.Los participantes han valorado la formación recibida de gran utilidad en el desarrollo de su actividad

PALABRAS CLAVE: Disfagia, Formar, Talleres

1294 | SEGURIDAD

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO SOBRE RIESGOS LABORALES CON EL PERSONAL DE LA UNIDAD DEL LABORATORIO DE 24 HORAS.

Marcos González B (1), Lampón Fernández N (1), Rebollido Fernández M (1), Talavero González C (1), Vidal-Rios Vázquez (1), Guinarte Cabada JC (1)

(1) Laboratorio Central, C.H.U. Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: Las Buenas Prácticas de Laboratorio establecen la necesidad de crear un manual de seguridad integral. Éste debe recoger, entre otros aspectos, la política de seguridad del laboratorio, responsabilidades, evaluación de riesgos, medidas de protección, planes de emergencia y programas de formación del personal.

El Real Decreto 374/2001, sobre la Protección de los Trabajadores contra los Riesgos por Agentes Químicos establece que para evaluar los riesgos se deberá incluir la información contenida en las fichas de datos de seguridad y la Ley 31/1995, de Protección de Riesgos Laborales que además dichas informaciones sean facilitadas a los trabajadores en términos que les resulten comprensibles.

Como objetivo de mejora en el área de protección y seguridad se diseña una hoja de registro de los riesgos laborales inherentes al manejo de las sustancias peligrosas (de los reactivos de química analítica para el sistema Dimension RxLMax usados en el Laboratorio de 24 Horas), de las medidas de prevención a adoptar y de verificación que la información ha llegado a todos los interesados.

MATERIAL: La información contenida en las fichas de seguridad (RD 374/2001) se estructura en los siguientes apartados en la hoja de registro:

*Descripción de producto: Nombre comercial, fecha de alta y fecha de baja (si hubiere lugar)

*Evaluación del riesgo: Clasificación (RD 363/95), Identificación de los peligros (frases R), Etiquetado correcto (Si/No)

*Medidas de prevención: Protección genérica (frases S), Protección específica (Menores, Embarazadas, Trabajadores sensibles)

*Distribución de la información: Servicio de Protección y/o Prevención, Servicio de Almacenes, Trabajadores expuestos.

*Número de trabajadores expuestos

*Número de trabajadores totales

La información se ha obtenido a partir de las fichas de seguridad suministradas por el fabricante de los reactivos comerciales (Siemens Healthcare Diagnostics, España).

RESULTADOS: Se presenta la hoja de registro elaborada para la Unidad del Laboratorio de 24 Horas.

CONCLUSIONES: Lo importante no es elaborar la información en sí, si no verificar que la comunicación ha sido efectiva con todos los interesados.

PALABRAS CLAVE: Riesgos Laborales, Seguridad

1307 | Seguridad

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO: EXPERIENCIA EN UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL CHUAC

Florez Rodríguez D (1), Pérez Nuñez A (2), Sánchez Mesias MJ (3), Miguez-García AP (4), Rama Rabuñal M (1), Corral Martínez T (1)

(1) Unidad de Neonatología, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. (2) Unidad de NEONATOLOGÍA, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. (3) Dirección de Enfermería, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. (4) Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

OBJETIVOS: Poner en marcha de un sistema de cuidados centrados en el desarrollo (CCD), definiendo unas líneas de trabajo con las siguientes funciones:

-Analizar la situación actual de la Unidad, referido a factores ambientales y a la implicación de los padres.

- Propuesta de acciones de mejora.

- Establecer calendario para su implantación.

- Evaluación de cada una de las acciones llevadas a cabo.

MATERIAL: -Como punto de partida se hace una revisión bibliográfica del contenido conceptual de los CCD.

-Se constituye un grupo de enfermería dinamizador del cambio.

Se presentan las propuestas de mejora al Responsable Médico de la Unidad.

-Se llega a un consen

RESULTADOS: Se consigue aprobación de la propuesta de cambio por parte del Jefe de Servicio, realizándose una reunión con los integrantes del equipo asistencial multidisciplinar para la presentación del proyecto.

Se designan dos Neonatólogos para la integración de las comisiones de trabajo.

Se constituyeron tres grupos formados por médicos, enfermeras y auxiliares enfermería, cada uno de ellos con objetivos concretos.:

Grupo 1: Grupo ambiente

Encargado de lo relacionado con la estimulación sensorial basado en los cinco sentidos. Añadiendo además control y tratamiento del dolor.

Grupo 2 : Manipulaciones: Métodos de trabajo para reducir manipulaciones.

Grupo 3 : Relaciones con los padres. Método Canguro.

CONCLUSIONES: - Valoración positiva por la consecución de tres pilares básicos para la puesta en marcha de un cambio:

Participación y consenso de los profesionales médicos y enfermeras que integran el servicio.

Partir de un análisis riguroso de la situación inici

PALABRAS CLAVE: Cuidados, Centrados, Desarrollo

1328 | Seguridad

UTILIZACIÓN DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA COMO MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA 2006-2009.

López Barba J. (1), Blanco Galán, MA. (2), Rodríguez Mirón, Y. (3), León Rivera, F (3), Jiménez Gómez, MJ. (3), José Acedo, MI. (3)

(1) USYR. Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos., INGESA. Área Sanitaria del INGESA de Ceuta.. (2) Jefa de Área de Coordinación Médica., INGESA. (3) USYR. Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos, INGESA. Área Sanitaria del INGESA de Ceuta..

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es comprobar el porcentaje de pacientes que han portado la pulsera identificativa (PI) desde su implantación hasta la fecha. Analizar su evolución y evaluar los logros obtenidos en el cumplimiento de la portabilidad de pulseras identificativas en estos años.

MATERIAL: Se han realizado estudios transversales de la portabilidad de PI en los pacientes del hospital de Ceuta por cada año desde la implantación: 2006, 2007, 2008 y 2009. En los cuatro estudios se llevo a cabo una comprobación de la portabilidad de las PI de todos los pacientes ingresados en las plantas hospitalarias (PH). Los estudios se realizaron sin aviso previo y en turno de mañana. Se elaboró una base de datos con datos de portabilidad de pulsera, servicio, cama y en los casos en los que los pacientes no tuvieron la pulsera colocada se recogió información sobre: fecha de ingreso, mecanismo de ingreso y causa principal de no tener la pulsera.

RESULTADOS: Se indican por estudios: número de pacientes, número de pacientes con pulsera, porcentaje de pacientes con pulseras.

Año 2006: 102; 27; 26,47%. Las PH con el porcentaje más bajo de utilización de PI fueron la 6ª planta (20%) y la 3ª planta (21.88%). El mayor porcentaje se produjo en la 2ª planta (36.36%).

Año 2007: 91, 39, 42.86%. Las PH con el porcentaje más bajo de utilización de PI fueron la UCI (20%) y la 2ª planta (33%). El mayor porcentaje se produjo en la 6ª planta (59,09%).

Año 2008: 92, 74, 80.43%. La PH con el porcentaje más bajo de utilización de PI fue la cuarta planta (quirúrgica) con un 67.86%. El mayor porcentaje se produjo en la UCI (100%).

Año 2009: 107, 91, 85.05%. La PH con el porcentaje más bajo de utilización de PI fue de nuevo la cuarta planta (quirúrgica) con un 68.97. El mayor porcentaje se produjo en la UCI (100%).

Las causas más frecuentes de la no portabilidad de la pulsera fueron: sobrecarga de trabajo, interpretación inadecuada del protocolo, pacientes que no disponían de ubicación libre para la colocación de las PI y pacientes que no podían identificarse por no tener nº SS.

CONCLUSIONES: Durante estos cuatro años se ha producido un notable incremento de la portabilidad de las PI entre los pacientes ingresados en el hospital. Es de destacar el importante cambio producido entre 2007 y 2008 motivado por la mayor concienciación y el esfuerzo realizado por el personal del hospital. El incremento de la portabilidad no ha sido tan notorio en la planta quirúrgica lo cual nos ha llevado a realizar un mayor control durante 2010 en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Idenitificación, Pulseras

1332 | SEGURIDAD

¿CÓMO PODEMOS MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS LLAMADAS DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN UN CENTRO COORDINADOR?

Naranjo Sánchez MA (1), Caballero García A (2), Tristan Altube A (2), García Escudero G (1), Bonilla Quintero F (2), Tejedor Sánchez A (3)

(1) Servicio Provincial Málaga_061, Empresa Publica de Emergencias Sanitarias. (2) Servicio Provincial Sevilla_061, Empresa Publica de Emergencias Sanitarias. (3) Unidad de Mejora Continua, Empresa Publica de Emergencias Sanitarias.

OBJETIVOS:
La segunda fase del proceso de atención sanitaria en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) y denominada Fase de la Gestión de la Demanda abarca las actividades que desarrollan los Centros de Coordinación. Está identificado como un subproceso de alto nivel de complejidad debido a que:

Intervienen distintos niveles asistenciales
Es dependiente de una amplia interacción humana
Dispone de una Estandarización deficiente
Se realizan actividades bajo gran presión de tiempo
Todos ello que este proceso concentre el 80% de las quejas de los usuarios y genere insatisfacción profesional, dando lugar a la dificultad para la cobertura del puesto de trabajo.
EPES se propuso realizar un AMFE como método prospectivo y sistemático para identificar y prevenir problemas relacionado con este proceso.
Objetivos
Diagramar proceso gestión de la demanda
Análisis de cada paso del proceso de atención a una llamada de asistencia sanitaria urgente o emergente
Identificación de puntos críticos del proceso atención a las solicitudes de asistencia
Identificación e implementación de acciones de mejora

MATERIAL: Se constituyó un equipo multidisciplinar de 12 personas constituido por:

- Dirección Gerencia
- Área de Proyectos
- Directores Servicios Provinciales
- Médicos Coordinadores
- Expertos en metodología de procesos y AMFE

Tras el análisis de la cartera de servicios en Coordinación, valoración de las entradas de los usuarios (reclamaciones y encuestas de satisfacción), los imputs de los profesionales mediante encuestas de clima laboral y grupos nominales y focales realizados sobre coordinación, y otros indicadores de actividad se determina realizar el análisis centrado en la de gestión de la demanda a emergencias y urgencias. Tuvieron lugar 6 reuniones. Mediante técnica de Brainstorming se detectan los posibles fallos y posterior priorización mediante el cálculo del Índice de Priorización del Riesgo (IPR). Se utiliza diagrama de Ishikawa para evidenciar la/s causa/s.

RESULTADOS: Se han identificado 14 pasos del proceso que requieren mejoras para garantizar la seguridad en la gestión de la demanda. Entre éstas se encuentran rediseño de circuitos, mejoras de recursos, revisión de la capacitación, mejoras en condiciones laborales o liderazgo

CONCLUSIONES: El proceso de gestión de la llamada de asistencia urgente y de emergencias es una fase crítica dentro del proceso asistencial EPES. Entre las mejoras destacar la importancia del perfil y capacitación profesional y mejoras encaminadas a facilitar y agilizar la localización de recursos y comunicaciones con los mismos para optimizar su gestión. Una importante mejora fue la consecución de la posibilidad de acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia del médico coordinador.

PALABRAS CLAVE: amfe, coordinación medica

1351 | SEGURIDAD

EVALUACIÓN DE RIEGOS MICROBIOLÓGICOS ASOCIADOS A INFRAESTRUCTURAS HOSPITALARIAS DE OSAKIDETZA,COMO ORIENTACIÓN A LA MEJORA CONTINUA.

Larrea Arechabaleta .I (1), Santos Pombo. JM (2), Iruretagoyena Sánchez.M (3), Peiró Callizo E (3)

(1) Coordinación de PROGRAMAS de Salud PÚBLICA, Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. (2) Subdirección de COMPRAS, OBRAS y ServicioS ESTRATÉGICOS, Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. (3) Coordinación de PROGRAMAS de Salud PÚBLICA, Osakidetza- Servicio Vasco de Salud.

OBJETIVOS: Establecer un plan de evaluación que permita verificar y validar el cumplimiento de las recomendaciones para la minimización de riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias de Osakidetza y facilitar a las organizaciones una herramienta de autoevaluación para propiciar una correcta monitorización de los procedimientos de gestión y mantenimiento de las instalaciones.

MATERIAL: El plan de evaluación consta del desarrollo de las siguientes fases: 1.- Establecimiento de criterios de evaluación en relación a medidas de aislamiento y de puntos críticos a revisar de forma conjunta con los profesionales de los diferentes servicios implicados. Las actividades concretas de mantenimiento a valorar son: quirófanos, unidades de inmunodeprimidos, habitaciones de aislamiento con presión negativa, instalaciones de agua fría de consumo humano y de agua caliente sanitaria, instalaciones de climatización, de torres de refrigeración , condensadores y equipos análogos, bañeras y piscinas de hidromasaje, medidas de bioseguridad durante las obras.2.-Planificación de un calendario de visitas a los hospitales. 3.- Valoración y análisis del cumplimiento de las recomendaciones en los hospitales de Osakidetza.

RESULTADOS: Elaboración de un informe final que recoja las principales conclusiones y observaciones obtenidas, tras el análisis efectuado en los diecisiete hospitales de Osakidetza. (En desarrollo. Presentación en el Congreso)

Desarrollo de un modelo de autoevaluación, de las actividades de mantenimiento y control más relevantes, que permita a los profesionales de los distintos servicios implicados, utilizarla como herramienta de evaluación orientada a una planificación sistemática de acciones de seguimiento y mejora.

CONCLUSIONES: El plan de evaluación del cumplimiento de las recomendaciones para la minimización de riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias, pretende realizar un seguimiento en colaboración activa y participativa con los profesionales de los diferentes servicios implicados de la red de hospitales de Osakidetza, que permita evaluar no sólo su efectiva implantación, sino también obtener información necesaria para facilitar la revisión de sus componentes en un proceso de mejora continua.

La incorporación de un programa de gestión de riesgos sanitarios promoviendo la participación de los profesionales en actividades de mejora de la seguridad, forma parte de las estrategias activas de intervención, que contribuyen a facilitar la detección y prevención de efectos adversos y mejorar la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Evaluación , riesgos microbiológicos, infraestructuras hospitalarias

1366 | Seguridad

EXPLORANDO LA SEGURIDAD DE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS. ESTUDIO EARCAS

Aibar C (1), Pérez-Pérez P (1), Aranaz JM (2), Agra Y (3)

(1) Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza | Hospital Clínico Lozano Blesa. (2) Salud Pública, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant | Universidad MIguel Hernández de Elche. Alicante. (3) Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social.

OBJETIVOS: Los eventos adversos ligados a la asistencia (EA) representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en cualquier nivel de cuidados, debido fundamentalmente a la creciente complejidad en el manejo de los pacientes y la vulnerabilidad de los mismos.

Conocidas la frecuencia y los factores contribuyentes de los EA en atención hospitalaria y primaria (Estudios ENEAS y APEAS) procede el desarrollo de un estudio dirigido a conocer los mismos en un entorno asistencial de importancia creciente y del que existe información limitada: los centros asistenciales sociosanitarios.

La falta de datos previos, el problema en la conceptualización del término "centro sociosanitario" y en la posible identificación y participación de todos estos, hace inabordable un estudio epidemiológico que cuantifique con precisión la frecuencia y distribución de los EA en este entorno, por lo que se plantea un estudio cualitativo exploratorio que nos ayude a estimar la frecuencia y distribución de los EA, además de ayudar a comprender las causas, analizar los factores que contribuyen a su aparición e identifique soluciones efectivas para lograr una atención más segura y evitarlos.

OBJETIVOS
- Explorar los rasgos de la cultura de la seguridad en los centros sociosanitarios
- Determinar los riesgos más relevantes relacionados con la asistencia sanitaria en este entorno: incidentes y EA más comunes, factores contribuyentes y barreras para la seguridad del paciente.
- Priorizar las actuaciones orientadas a lograr una atención sociosanitaria más segura.
- Facilitar el desarrollo de estrategias efectivas y sostenibles de prevención y mejora de la seguridad del paciente

MATERIAL: metodología:

Estudio cualitativo sobre una muestra de oportunidad de profesionales y centros de media/larga estancia en España a desarrollar en tres fases:

- Cuestionario Delphi de dos rondas para explorar frecuencia y factores contribuyentes de los EA e incidentes más comunes (70-90 expertos)

- Encuesta para estimar frecuencias de EA e incidentes identificados en el Delphi.(900-1200 participantes)

- Grupo nominal para analizar resultados anteriores, detectar barreras y priorizar y elaborar propuestas efectivas y sostenibles (30 expertos).

RESULTADOS: RESULTADOS PREVISTOS:

- Documento consenso con los datos extraídos del Delphi y las encuestas estimativas de frecuencia

- Informe del desarrollo del grupo nominal

- Documento final dirigido a gestores, administradores y profesionales de centros sociosanitarios para la mejora de la seguridad del paciente en este ámbito.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, Eventos adversos

1387 | Seguridad

"LA CALIDAD ASISTENCIAL COMIENZA POR HIGIENE DE MANOS": ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Martín Muñoz O (1), Skodova (1), Yang Lai R (1), Fernández Sierra MA (1), Rosales Rodríguez M (1), García Ruiz P (1)

(1) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada .

OBJETIVOS: El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud anunció su adhesión a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el año 2004. Una de sus principales actividades, bajo el lema "Save lives, clean your hands" (Salva vidas, lávate las manos) se desarrolló en hospitales de 18 países. El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) realizó una campaña para aumentar la adherencia a la higiene de manos (HM). El objetivo fue evaluar el proceso de HM

MATERIAL: Estudio transversal mediante cuestionario dirigido a personal sanitario en los cuatro hospitales pertenecientes al HUVN, realizado entre febrero y diciembre de 2009. Análisis descriptivo y bivariable

RESULTADOS: Se realizaron 978 encuestas, 53,8% en Hospital General (HG), 22,1% en Hospital Rehabilitación-Traumatología, 19,9% en Hospital Materno Infantil (HMI) y 4,2% en Hospital San Juan de Dios (HSJD). El 89% de los encuestados fueron mujeres. El 54,6% tuvo >45 años, 49,6% eran enfermeras, 40% auxiliares/técnicos y 2,8% médicos. Los servicios implicados fueron: servicios médicos-39,4%, Cuidados Críticos y Urgencias-30%, servicios quirúrgicos-15,8% y de consultas/otros-14,9%. El 80,7% de los profesionales percibió la utilidad de HM como "muy grande", 70,4% refirió usar agua y jabón mayoritariamente, 59,4% recibió información sobre HM y reconocen realizar la HM una media de 18,58 (DT13,8) veces por turno. Los profesionales del HMI realizan la HM de media 7,49 veces más que los de HG [IC95% (4,23-10,76)] y 8,32 veces más que los de HSJD [IC95% (1,81-14,82)]. Los profesionales de 30 a 44 años realizan la HM de media 6,05 veces más que los de 20 a 30 años [IC95% (2,03-10,08)] y los de >45 años 7,40 veces más que los de 20 a 30 años [IC95% (3,57-11,23)]

CONCLUSIONES: La mayoría de los profesionales sanitarios refiere realizar la HM con frecuencia, reconoce la elevada importancia de la HM para prevenir infecciones. El fomento de la HM constituye una importante estrategia en la seguridad del paciente y calidad asistencial en el hospital

PALABRAS CLAVE: Higiene de Manos, Seguridad de Paciente, Hospital de tercer nivel

1393 | SEGURIDAD

APLICACIÓN DE MANUALES DE USO RÁPIDO DE APARATOS ELECTROMEDICINA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

Peña Capsir, I (1), Doblado López, O (2)

(1) Urgencias , Hospital Lleuger de Cambrils . (2) Informática , Hospital Lleuger de Cambrils .

OBJETIVOS: Facilitar a cualquier profesional del centro o externo a éste, el uso de los diferentes aparatos de electromedicina que se dispone actualmente en el servicio de urgencias.

Evitar posibles desconfigurar de los diferentes parámetros del software.

MATERIAL: Se fotografiaron todos los aparatos de electromedicina, siguiendo el manual de instrucciones de cada uno de ellos, realizamos mediante Word 2003 una guía visual donde identificamos el uso y función de cada botón.

Se imprimieron y plastificaron colgándose después en la pared justo al lado de sus correspondientes aparatos, así facilitando la visión

RESULTADOS: Hemos realizado 20 manuales de uso rápido, entre ellos 10 esfingomanometros de pared i de mesa, 2 monitores, 2 monitores desfibriladores, 1 electrocardiograma, 3 perfusores de jeringa para infusión de medicamentos, 1 aspirador, que ha servido como herramienta de apoyo para todo el personal del servicio y también para el eventual, el equipo manifiesta que les cuesta un tiempo menor cuando surge cualquier duda

CONCLUSIONES: La instauración de los diferentes manuales de uso rápido facilita el uso de todos los aparatos de electromedicina, y es muy útil como herramienta de apoyo a todos los profesionales optimizando el tiempo, importante en un servicio de urgencias. Tambien evitando la variabilidad de uso de los diferentes profesionales.

PALABRAS CLAVE: MANUAL, RAPIDO, ELECTROMEDICINA

1406 | SEGURIDAD

INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

Ocaña Alves,J (1), Ibiricu Barro, A (2), Peña Capsir,I (3), Doblado López, O (4)

(1) Urgencias , Hospital Lleuger de Cambrils . (2) Área Básica de Salut , Hospital Lleuger de Cambrils . (3) Urgencias, Hospital Lleuger de Cambrils . (4) Informática, Hospital Lleuger de Cambrils .

OBJETIVOS: Dar continuidad asistencial a los pacientes que sean derivados a otro centro hospitalario, puesto que no disponemos de historia clínica compartida.

Conseguir que el 100% de los pacientes ingresados en nuestro servicio de urgencias que precisen ser derivados a otro centro hospitalario, se les haya elaborado y entregado el informe de alta de enfermería, junto con el informe médico y resto de documentación.

MATERIAL: Se realizó mediante soporte informático de OMI-AP un protocolo de enfermería de urgencias, en el cual se registra: la valoración, los cuidados de enfermería realizados, tratamiento farmacológico administrado y técnicas de enfermería realizadas.

Cumplimentación del protocolo de actividades de enfermería de urgencias.

Diseño del informe de alta de enfermería de urgencias.

Análisis del porcentaje de los informes emitidos desde enero del año vigente, de los pacientes que se derivaron a otro centro hospitalario. Para ello se realizan de forma periódica cada dos meses SESIONES clínicas, donde se informa al personal de enfermería de la evolución del cumplimiento del informe de alta de enfermería.

Análisis de la calidad del contenido del informe, una vez se haya alcanzado un óptimo porcentaje de cumplimentación del mismo.

RESULTADOS: El porcentaje de pacientes derivados desde nuestro servicio a otro centro hospitalario con informe de enfermería al alta elaborado es el siguiente:

Enero 53% (n = 8)

Febrero 66.7% (n = 20)

Marzo 68.4% (n = 13)

Abril 90.6% (n = 29)

CONCLUSIONES: Si observamos los resultados de los cuatro meses estudiados, podemos decir que el personal de enfermería esta concienciado de la importancia que tiene la realización del informe de alta de enfermería, se ve reflejado en la evolución positiva porcentual del 53% en el mes de Enero y el 90.6% alcanzado en el mes de Abril. Esto significa que el personal de enfermería del hospital al cual es derivado el paciente recibe una información mas detallada de todas las actividades de enfermería realizadas, favoreciendo así la continuidad y calidad de la atención a éste

PALABRAS CLAVE: INFORME ALTA , ENFERMERÍA, URGENCIAS

1431 | Seguridad

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA INTEGRACIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA EN SU PROCESO ONCOLÓGICO

Valverde Citores A (1), Bolinaga Carriqui A (2), Uranga Garcíarena E (1), Jauregui Celaya F (3), Amondarain Goicoechea MA (4)

(1) Consultas Externas, Hospital Donostia. (2) Adjunto Enfermería, Hospital de Zumarraga. (3) Dirección de Enfermería, Hospital de Zumarraga. (4) Adjunta Enfermería, Hospital de Zumarraga.

OBJETIVOS: De manera general se podría decir que el sistema sanitario se encuentra inmerso en un proceso de cambio que responde a una nueva demanda y/o necesidad de la sociedad y a una gestión eficiente de los recursos.

Nuestros objetivos han de ser:

Mejorar la atención al paciente y aumentar su autonomía en la toma de decisiones.

Transmitir seguridad y confianza.

Disminuir la ansiedad/estrés/miedo.

MATERIAL: Los continuos avances científicos que se producen junto con los factores emocionales tanto del paciente como de su familia hacen que la asistencia al enfermo oncológico cada vez se más compleja. El papel de la enfermera de consulta de oncología es fundamental convirtiéndose en referente para el paciente. Esta relación paciente-enfermera está basada en una comunicación cercana y segura, sin caer en el modelo paternalista, ofreciendo cuidados integrales. Un paciente informado tiene mayor autonomía para tomar decisiones en el ámbito que le compete.

¿Cómo se consigue todo esto?

Es fundamental la presencia de enfermería en la consulta médica.

Una educación sanitaria individualizada.

Estableciendo una comunicación compartida que favorezca una relación más estrecha del equipo.

Asistencia de apoyo telefónica que responde a la demanda del paciente y/o familia.

RESULTADOS: Creación de una relación enfermera-paciente basada en la confianza aumenta la satisfacción de nuestros pacientes y de sus familiares.

La mayor implicación del paciente como sujeto principal del proceso aumenta la seguridad, la continuidad de cuidados y el aprendizaje en el proceso tanto para el paciente y/o familia como para la enfermería.

Estandarización de protocolos de enfermería.

CONCLUSIONES: El trabajo diario de la enfermería en la consulta de oncología tiende, en estos momentos, a integrar al paciente y/o familia en su proceso convirtiendo al paciente en el gestor de su proceso y a la enfermera en la coordinadora entre los diferentes agentes de salud de forma que se garantice la seguridad del paciente y su continuidad de cuidados y favorezca la toma de decisiones del paciente y familia en el proceso oncológico.

PALABRAS CLAVE: Atención Dirigida al Paciente , Participación del Paciente , Enfermería

1446 | Seguridad

BANCO DE PROYECTOS EN SEGURIDAD DE PACIENTES (SP) EN CATALUÑA

Alava-Cano F (1), Lushchenkova O (1), Oliva-Oliva G (1), García-Carbajo A (1), Esquerra -Majó M (1), Davins-Miralles J (1)

(1) Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, Servicio de Promoción de la Seguridad de los Pacientes. Subdirección General de Servicios Sanitarios.

OBJETIVOS: Elaborar una base de datos de proyectos e iniciativas que se están llevando a cabo en Cataluña en Seguridad de Pacientes, en todos los ámbitos asistenciales y con financiación pública y privada

MATERIAL: Se registró mediante formulario informático dentro del portal de Departamento de Salut.

Contenido del formulario:

- Datos del centro
- Datos del proyecto (nombre, objetivos, ámbito, cronograma, financiación y indicadores principales)
- Datos del responsable de la gestión del proyecto

Se remitió escrito a la dirección de todos los centros sanitarios, explicando la finalidad del registro y solicitando su participación. Al mes se hizo un recordatorio por vía correo electrónico y telefónico.

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables del registro.

Los resultados se presentarán en forma gráfica según los proyectos, ámbito sanitario y el territorio.

Inicio recogida de datos: 12 de abril de 2010

Estado actual: en curso. Se finalizará el 30 de junio de 2010

RESULTADOS:

Resultados preliminares: análisis de datos con fecha de 08/06/2010

Total registros de proyectos: 350 (44 centros notificaron no tener actualmente ningún proyecto sobre SP)

Total proyectos diferentes: 50

Total centros con, por lo menos, un proyecto registrado hasta: 97

Entre los principales proyectos declarados y que promueve el Departament de Salut se encuentran:

- Higiene de manos
- Prevención de caídas
- Identificación inequívoca de pacientes
- Bacteriemia zero
- Prevención de errores de medicación
- Gestión de seguridad
- Cirugía segura
- Seguridad en anestesia
- Prevención de infección en cirugía colorectal

Se observaron 40 iniciativas diferentes en SP diseñadas por los propios centros. La mayoría de centros (65/97) realizan más de un proyecto, destacando un centro con 10 y otro con 16 proyectos en SP.

CONCLUSIONES: Destaca una alta respuesta e interés de los centros al registro. El banco de Proyectos es una herramienta complementaria en el diseño de las estrategias en Seguridad de Pacientes, que ayuda a agrupar en el territorio las diferentes experiencias desarrolladas en centros y que sirve como indicador de implicación en mayor o menor grado, en función del número de proyectos en los que participan los mismos, facilitando las acciones a realizar y su priorización.

PALABRAS CLAVE: banco, proyectos, seguridad

1447 | SEGURIDAD

IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA FARMACOLÓGICA DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

Martínez González, Esther (1), Egea Ferrer, Maribel (2), Peña Capsir, I (1), Doblado López, O (3)

(1) Urgencias , Hospital Lleuger Cambrils . (2) Urgencias, Hospital Lleuger Cambrils . (3) Informática , Hospital Lleuger Cambrils .

OBJETIVOS: Elaborar una guía de fácil manejo de fármacos utilizados en nuestro servicio de urgencias, para que sirva de pauta y consulta sobre su correcta administración, dosificación, así como sus principales indicaciones y riesgos.

MATERIAL: Se consultaron diferentes guías de fármacos publicadas en diferentes paginas Web i publicaciones.

Se eligieron 39 fármacos, por su complejidad de uso y alto riesgo, los cuales se disponen en nuestro servicio.

Se unifican criterios con diferentes profesionales expertos del centro y servicio.

Se elaboran fichas de los fármacos con sus diferentes apartados:

- Indicaciones en medicina de urgencias.

- Dosis de administración en adultos.

- Dosis en pediatría.

- Aspectos de seguridad clínica a tener en cuenta en relación al fármaco, solo con los fármacos que disponemos en el servicio.

Se cuelga informatizado en formato pdf en el nuestro programa informatizado de historias clínicas y además se deja una copia impresa en el control de enfermería donde su consulta es muy rápida.

En la actualización de esta guía están implicadas dos enfermeras del servicio de urgencias, que se encargan ya sea porque se introduce un nuevo fármaco en el servicio o porque se retira alguna de poner o quitar estos fármacos

RESULTADOS: Positiva respuesta y aceptación de la guía del personal sanitario del Servicio de Urgencias como material de apoyo y consulta para evitar errores y aclarar dudas, reduciendo riesgos por el uso incorrecto de los fármacos incluidos en la guía.

CONCLUSIONES: Se cumple el objetivo de realizar una guía práctica y útil para la seguridad clínica minimizando posibles riesgos por el uso incorrecto de fármacos.

Se van a implantar dos guías en los diferentes box de críticos, i en los carros de enfermería.

PALABRAS CLAVE: GUIA, Farmacológica, URGENCIAS

1453 | SEGURIDAD

CULTURA DE LA SEGURIDAD EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN BENALMÁDENA 2009

Miguel Santos Rodríguez (1), Martínez Del Campo M. (1), Quintana Miguel (2), Pérez Martín P. (1), Teresa Ruano (1), María Isabel Torres (1)

(1) Urgencias y Cuidados Criticos , Hospital de Alta Resolución BENALMÁDENA (H. Costal del Sol). (2) ADMISION de Urgencias y Cuidados Criticos , Hospital de Alta Resolución BENALMÁDENA (H. Costal del Sol).

OBJETIVOS: El principal objetivo de forma genérica es la implantación de la "Cultura de la Seguridad" en nuestro servicio de urgencias durante el periodo 2008-09. Así como su afianzamiento como cultura

Cualquier acción que se inicie en un servicio de SU con el objetivo de mejorar la seguridad clínica del paciente, debe basarse en los siguientes pilares, o:

. Averiguar la cultura de seguridad clínica presente en la organización; Ello nos permitirá evaluar, a posteriori, el nivel de implantación e implicación.

.Fomentar la difusión de la cultura de la Seguridad Clínica entre la organización y la formación de los profesionales de urgencias; para conseguir cambios son el desarrollo de actividades de sensibilización y formación de los profesionales.

Mejorar la comunicación entre los profesionales; Otro elemento determinante, es la necesidad de establecer sistemas de comunicación claros entre los profesionales sanitarios.

Establecer sistemas de análisis y facilitar herramientas para compartir las experiencias y el conocimiento. Dos herramientas: la notificación voluntaria de EA y, el análisis modal de fallos y efectos (AMF)

MATERIAL: -Se elabora el "MAPA DE PROCESOS" del hospital, los Flujo gramas, Indicadores de calidad, Joint Comisión Internacional y Alianza Mundial para la Seguridad.

-Se crea un Equipo de Trabajo Multidisciplinar

Cronograma de trabajo (responsables de su seguimiento).

-MAPA DE RIESGOS de Urgencias

Se implanta un programa de formación

-Se realiza encuesta a los profesionales sobre seguridad de pacientes .

-Abordaje de áreas de mejora ó estados latentes del centro, mediante metodología AMFE.

-Determinar protocolos de actuación

-La naturaleza de los incidentes o eventos adversos

-Poner en conocimiento de los profesionales.

-Abordaje de eventos centinelas o incidentes con resultado no deseado mediante metodología "Análisis causa Raíz".

-Incorporación a los objetivos de los profesionales elementos relacionados con la seguridad clínica.

RESULTADOS: Resultados
Destacar los resultados obtenidos a través de encuesta a los profesionales sobre seguridad de pacientes; las distintas herramientas que hemos aplicado: registro de efectos adversos, AMFES, análisis causa-raíz, etc.

CONCLUSIONES: Trabajar en la planificación de las actividades con un enfoque prioritario hacia la seguridad del paciente disminuye la ineficiencia y los efectos adversos que se producen en las instituciones sanitarias.

Además aumenta la conciencia de los problemas de seguridad y facilita el compromiso de los profesionales. Pueden reducir los costes.

Los argumentos para potenciar el desarrollo, es aumentar la cultura de seguridad de los centros sanitarios

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD , PACIENTE , ADVERSO

1477 | Seguridad

¿MEJORA LA GESTIÓN POR PROCESOS LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Begoña Garitano Tellería (1), Eva Lamiquiz Linares (1), Iñaki Polo Rodríguez (2), Rufina González Gallego (3), Carmen Zugaza Salazar (4), Juan José Jaras Bartolomé (5)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Txagorritxu. (2) Servicio de Alimentación , Hospital Txagorritxu. (3) Servicio de Transfusiones, Hospital Txagorritxu. (4) Servicio de Laboratorio, Hospital Txagorritxu. (5) Servicio de Esterilización, Hospital Txagorritxu.

OBJETIVOS: Demostrar que, en la práctica, la gestión de procesos es una herramienta eficaz para la gestión y mejora de la seguridad del paciente.

MATERIAL: Para cada proceso incluido en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad se analiza: metodología de trabajo y requisitos de calidad de las actividades del proceso, resultados obtenidos en los indicadores de calidad, interacciones con otros procesos, análisis de incidencias y No Conformidades, análisis de riesgos reales y potenciales y se plantean acciones preventivas y/o correctivas que influyen positivamente en la seguridad del paciente

RESULTADOS: En todos los procesos analizados se han establecido acciones de mejora con impacto directo o indirecto con la seguridad del paciente:

o APROVISIONAMIENTO: 2 acciones
o SERVICIO DE TRANSFUSIONES: 11 acciones
o ESTERILIZACION: 5 acciones
o ESTIMULAción Cardíaca PERMANENTE: 3 acciones
o FARMACIA: 15 acciones
o ALIMENTACION: 11 acciones
o LABORATORIO DE URGENCIAS Y BIOQUÍMICA: 12 acciones
Entre las acciones de mejora implantadas con mayor impacto en la seguridad del paciente se pueden destacar:
- Revisión de protocolos de todos los procesos incluídos en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Detección de "punto crítico" y planteamiento de instauración de medidas de seguridad transfusional en las áreas donde no se realiza grupo en cabecera. (p. ej, URPA): diseño e implantación de un nuevo protocolo. (Servicio de Transfusiones).
- Realización de acciones formativas para mejorar la seguridad y el cumplimiento del protocolo de transfusiones por parte del personal de enfermería; sesión informativa sobre procedimiento de transfusión, con especial énfasis en el procedimiento de enfermería así como en la obtención de la muestra (Servicio de Transfusiones).
- Implantación de un programa informático que asegura la trazabilidad total hasta paciente del material esterilizado (Esterilización).
- Protocolización junto con el servicio de anestesia de la medicación a utilizar en pacientes de cardiología. Reevaluación de pacientes semanal para asegurar citaciones (con anestesia) para evitar demoras no aceptables en el tratamiento. (Estimulación cardíaca permanente)
- Utilización de mecanismos para corresponsabilizar a los pacientes en la prevención de errores (como proporcionar a algunos de ellos información gráfica sobre peculiaridades en los envases) (Farmacia pacientes externos).
- Realización de acciones formativas para el personal con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente (Farmacia pacientes externos)

CONCLUSIONES: Un porcentaje importante de las acciones de mejora derivadas del análisis de la información proporcionada por el sistema de gestión de la calidad están relacionadas de forma directa o indirecta con la mejora de la seguridad del paciente.
El enfoque a cliente permite abordar de forma integrada los resultados en salud, los resultados en seguridad y la satisfacción.
La metodología proporciona herramientas para el análisis estructurado de riesgos.

PALABRAS CLAVE: seguridad , gestión de procesos, ISO

1484 | Seguridad

IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN FARMACIA

Paloma Fernández (1), Elisa Molins (2), Javier Somolinos (3), Elvira Conde (4), Germán Ibáñez (2), Cristina Candenas (2)

(1) Calidad, Hospital Beata. (2) Farmacia, Hospital Beata María Ana. (3) Sistemas de Información, Casa Provincial Hermanas Hospitalarias. (4) Dirección Médica, Hospital Beata María Ana.

OBJETIVOS: - Gestionar los stocks con un mayor control en las recepciones y salidas de mercancías.

- Garantizar la seguridad en las dispensaciones de medicación y por tanto de los pacientes, coincidiendo inequívocamente solicitado con entregado.

- Trazabilidad

MATERIAL: MATERIALES

- PDAs con lector de código de barras.

- Aplicación informática de software específico.

- Materiales para correcta estructuración de Farmacia.

METODOLOGÍA

1. Estudio de la situación inicial.- Gestión de almacén con software estándar: Recepción de pedidos / Salidas a planta / Inventarios.

2. Desarrollo de la aplicación electrónica para permitir el registro de entradas y salidas online.

3. Actualización de todos los productos del almacén, asignando los codigos internos de cada uno de ellos con los códigos EAN.

4. Estructura de Farmacia. Codificación de todas las ubicaciones (cajones, estantesrías...) de todos los productos sanitarios y medicamentos con codigo de barras y optimización de su distribución.

5. Implantación. Consiste en centralizar todas las entradas y salidas del almacén central (Farmacia), con su consiguiente formación y resolución de las incidencias surgidas.

RESULTADOS: Dentro de los resultados cabe destacar:

- Optimización del tiempo. Con la mejora en la distribución de la medicación y productos sanitarios se ha conseguido reducir significativamente el tiempo de recepción de mercancía. Del mismo modo, tanto en las entradas como en las salidas de mercancías, se ha detectado una mejora ya que lo que antes se hacía de forma manual y posteriormente se trasladaba al sistema, ahora se realiza directamente en el sistema.

- Reducción de las incidencias en la recepción de pedidos.

- Garantía en la dispensación de la medicación principalmente en función de lo solicitado. Se han detectado menos errores en la dispensación

CONCLUSIONES: La aplicación de nuevos sistemas informáticos y nuevas tecnologías puede ser muy positivo para reducir posibles errores humanos, que en muchas ocasiones pueden repercutir negativamente en la seguridad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: control stocks, medicamentos, productos sanitarios

1503 | SEGURIDAD

VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL QUIRÓFANO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA.

Soria-Aledo V (1), Valbuena-Moya S (2), Flores-Pastor B (3), Grau-Polán M (4), Lorca-Parra F (4), Carrillo-Alcaraz A (5)

(1) Unidad de Investigacion, Hospital Morales Meseguer. (2) Seguridad del paciente, Servicio Murciano de Salud. (3) Cirugía General, Hospital Morales Meseguer. (4) Investigación, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias. (5) Unidad de Formación Continuada, Hospital Morales Meseguer.

OBJETIVOS: El listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS ha sido implantado de forma oficial en los hospitales de la Región de Murcia desde enero de 2010. El objetivo de este trabajo es conocer la actitud y el grado de confianza que la implantación del check list provoca en los profesionales del quirófano de los hospitales públicos de la Comunidad de Murcia.

MATERIAL: Encuesta realizada a 340 profesionales de quirófano (cirujanos, anestesistas y enfermeros instrumentistas y circulantes) de los 9 hospitales públicos de la Región de Murcia. En dicha encuesta se incluían preguntas sobre la utilidad, la posible pérdida de tiempo o la mejora en seguridad que supone el listado de verificación. Los resultados se correlacionaron con el tipo de profesional, el hospital, la especialidad quirúrgica, el sexo o la edad del profesional.

RESULTADOS: De los 340 entrevistados, 238 (70%) mostraban una actitud positiva ante la cumplimentación del check list, 57 (16.8%) indiferente y 45 (13.2%) negativa. 90 entrevistados (26.5%) piensan que supone una pérdida de tiempo, frente a 243 (71%) que no lo piensan. 236 (69.4%) piensan que mejora la seguridad en el quirófano frente a 103 (30.6%) que no lo creen o tienen dudas al respecto. Cirujanos y anestesistas mostraron una actitud más positiva (78.8% y 75.3%) con respecto a la cumplimentación del check list que las enfermeras (62.4%). Sobre la posible pérdida de tiempo, el 84% de los cirujanos dicen que no supone pérdida de tiempo, frente al 78.8% de anestesistas y el 58.8% de enfermería. El 77.6% de los cirujanos creen que mejora la seguridad, el 72.9% de los anestesistas y el 65.9% de las enfermeras. No encontramos relación entre hospitales o especialidades quirúrgicas. Sí que encontramos relación significativa entre la edad mayor y la percepción de pérdida de tiempo con la cumplimentación del check list.

CONCLUSIONES: La actitud de los profesionales ante el listado del listado de verificación es muy positiva, lo que nos indica que con una buena estrategia de implantación y la colaboración de todos los estamentos se puede conseguir mejorar su implantación exitosa.

PALABRAS CLAVE: seguridad, cirugía segura, listado verificación quirúrgica

1508 | Seguridad

LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

González De la Flor, P. (1), Carmona Vigo, R. (2), Jover Casas, JM. (3)

(1) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (2) Oncología Radioterápica, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (3) Dirección de Calidad. , Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-.

OBJETIVOS: El objetivo de esta comunicación es el análisis de las tasas de infección nosocomial en el Complejo Hospitalario de Jaén en relación a las de otros hospitales de nuestro entorno. Dichas tasas reflejan el esfuerzo de control y prevención realizado.

MATERIAL: Para la comparación y análisis de las tasas de infección nosocomial disponemos de los datos de infección nosocomial del hospital y los referentes a otros hospitales de Andalucía durante 2008.

Se valoraron las tasas de prevalencia global en el hospital, la incidencia global de infección nosocomial en la UCI de adultos y en la UCI neonatal. Además de las tasas de incidencia de infección nosocomial de cirugía de colon y recto programadas y de artroplastias de cadera y rodilla.

RESULTADOS: Durante 2008 la prevalencia de infección nosocomial en el hospital fue de 7,2%. En la UCI General, la incidencia global de IN fue de 10,6%, En la UCI neonatal la incidencia fue del 15,9%. En cirugía de colon-recto programada la incidencia de ILQ fue del 14%. En artroplastias de cadera del 2,6% y de rodilla del 1,6%.

Durante 2008 tuvimos tasas menores de prevalencia global de infecciones; de tasas de infección nosocomial en la UCI General y UCI neonatal. En relación a las tasas de infección nosocomial en cirugía de colon y recto las tasas tambien fueron sensiblemente inferiores. Por el contrario en artroplastias de cadera y rodilla fue ligeramente superior.

CONCLUSIONES: La tasa global de infección del hospital es inferior a la media andaluza para hospitales de nuestro nivel y complejidad. Lo mismo ocurre con la tasa de infección en UCI General y la de infección en la UCI Neonatal. En cirugía de colon-recto la tasa también es inferior. En artroplastias de cadera y rodilla es ligeramente superior. Sin embargo, en este caso debido al pequeño número de casos del numerador la tasa es muy inestable.

Dados los resultados globales, las medidas de mejora van encaminadas a mantener el esfuerzo realizado por todos los agentes para mantener los resultados alcanzados. En relación a las artroplastias se ha reforzado el nivel de vigilancia, la formación, información y sensibilización del personal asistencial. Se han establecido objetivos trimestrales y se monitoriza su cumplimiento. Los primeros resultados son positivos.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN NOSOCOMIAL, SEGURIDAD DEL PACIENTE, CALIDAD ASISTENCIAL

1510 | Seguridad

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

González De la Flor, P. (1), Carmona Vigo, R. (2), Jover Casas, JM. (3)

(1) Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (2) Oncología Radioterápica, Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-. (3) Dirección de Calidad. , Complejo Hospitalario de Jaén -SAS-.

OBJETIVOS: Evaluación del impacto de la implantación de un protocolo asistencial en diferentes servicios hospitalarios y su repercusión sobre la seguridad del paciente.

MATERIAL: En 2009 se elaboró e implementó un protocolo conjunto con la UCI General y la UGC de Medicina Interna, sobre recomendaciones científicas para la realización de aislamientos de pacientes infecciosos. Las reuniones se iniciaron en abril de 2009 y en junio de 2009 se concluyó el Protocolo Conjunto, que recoge las recomendaciones científicas actualizadas. Posteriormente, durante el resto de 2009 y continuando en la actualidad se evalúa su seguimiento.

Se diseño un estudio cuasi experimental pre test post test sin grupo control. No se realizó muestreo porque se siguieron todos los aislamientos indicados. Las variables seleccionadas fueron la adecuación en la indicación de aislamiento y su duración, así como la incidencia de infección nosocomial. Se seleccionaron estas variables porque constituyen buenos indicadores de proceso (indicación y duración del aislamiento) y de resultado (tasas de infección nosocomial).

RESULTADOS: Previamente a la implementación del protocolo se midió la adecuación en la indicación y duración de los aislamientos en UCI y Medicina Interna durante dos meses. En un mes se concluyó la implementación y en otros dos meses se volvió a medir la adecuación. Tras su implementación, en la UCI la adecuación de la indicación aumentó 26 puntos de porcentaje y de la duración 46 puntos. En Medicina Interna, con un nivel previo peor, los incrementos fueron de 55 y 39 puntos de porcentaje. La incidencia de infección nosocomial en la UCI paso de 10,6 en 2008 a 8,9 en 2009. En Medicina Interna durante 2009 las neumonías disminuyeron un 19,9% y las ITU un 16,6% respecto a 2008.

CONCLUSIONES: Los resultados de la implementación del protocolo se pueden calificar de muy positivos. Globalmente, la adecuación fue mayor en la UCI que en Medicina Interna, así como la motivación para mejorar la práctica.

Como áreas de mejora destacar la importancia de planificar y organizar actividades formativas, informativas y de asesoramiento, durante la propia práctica asistencial; aumentar la concienciación de los profesionales sobre la trascendencia y repercusión del tema y establecer un sistema de monitorización periódico, que con la adecuada retroalimentación permita a los profesionales tomar conciencia sobre su práctica clínica y a los responsables del servicio, adoptar las medidas correctoras necesarias.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD DEL PACIENTE, AISLAMIENTOS

PRINCIPIOS BIOETICOS EN LA ASISTENCIA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Francisco Javier Lucas-Imbernón (1), María Asunción Galán Traba (1), Rosa Roldán Ortega (2), Carlos García Fernández (1), Joaquín Paya Berbegal (1), Ramón Perales Pardo (1)

(1) Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (2) Servicio de Urgencias, Hospital de Hellín (Albacete).

OBJETIVOS: Las decisiones morales que se toman en los Servicios de Urgencias Hospitalarios se realizan, muchas veces, en situaciones de incertidumbre y pueden afectar de manera importante a una o varias personas. Beauchamp y Childress formulan cuatro principios generales fundamentales para orientar moralmente las decisiones de los investigadores y de los clínicos en el ámbito de la biomedicina: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Objetivo general: Conocer las implicaciones bioéticas en la asistencia médica urgente. Objetivos específicos: Determinar la existencia de problemas éticos en el proceso asistencial en los Servicios de Urgencias del Área de Salud de Albacete; Elaborar un listado de los problemas éticos más frecuentes en los Servicios de Urgencias del Área de Salud de Albacete; Identificar la metodología de resolución de los conflictos éticos más frecuentes en los servicios de urgencias del Área de Salud de Albacete; Explorar los conocimientos y formación en bioética de los profesionales; Establecer la implicación del personal sanitario, médicos y enfermeros, en la resolución de conflictos éticos ante supuestos casos clínicos.

MATERIAL: Estudio transversal, descriptivo y relacional de los aspectos bioéticos de los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, de la relación asistencial en la Medicina de Urgencias de los Servicios de Urgencia Hospitalarios del Área de Salud de Albacete: Hospital General Universitario de Albacete, Hospital General de Almansa, Hospital General de Villarrobledo y Hospital de Hellín. Material: una encuesta cerrada y anónima que tras la realización de una encuesta piloto tenía 34 items dividida en cuatro apartados: 1º Datos sociolaborales (cinco preguntas); 2º Conflictos presentados (cuatro preguntas); 3º Conocimientos en Bioética (diez preguntas); 4º Participación en la resolución de supuestos ficticios de conflictos éticos en la asistencia médica urgente (quince preguntas). Población diana: Personal sanitario, médico y enfermera, de los Servicios de Urgencia de los Hospitales Públicos del Área de Salud de Albacete. Análisis estadístico: Programa estadístico utilizado SPSS, significación estadística p<0,05.

RESULTADOS: Población diana: 263 profesionales, han devuelto la encuesta contestada 114 (43,34%). El 81,6% (n=93) de los encuestados expresan que no han tenido ningún tipo de formación específica en Bioética. El 70,2% (n=80) de los profesionales se plantean conflictos éticos a diario o con cierta frecuencia; el 75,2% (n=85) lo resolvieron con la ayuda de un compañero; los conflictos éticos más frecuentes son los relacionados con el final de la vida (43,9%) y la confidencialidad y secreto profesional (36,0%). Las respuestas a los supuestos prácticos fue: Supuesto clínico

(nº pregunta)	Opción A	Opción B	Opción C	Opción D	Opción E
11	-	1,0 %	42,3 %	9,0 %	47,7 %
12	0,9 %	71,1 %	10,5 %	-	17,5 %
13	0,9 %	1,8 %	83,3 %	13,2 %	0,9 %
14	24,8 %	9,7 %	53,1 %	5,3 %	7,1 %
15	3,5 %	81,6 %	-	-	14,9 %
16	62,8 %	11,5 % 1	4,2 %	-	11,5 %
17	20,2 %	20,2 %	21,9 %	22,8 %	14,9 %
18	43,9 %	27,2 %	14,0 %	5,3 %	9,6 %
19	6,1 %	11,4 %	78,9 %	-	3,5 %
20	27,2 %	2,6 %	40,4 %	27,2 %	2,6 %
21	71,9 %	1,8 %	23,7 %	1,8 %	0,9 %
22	10,5 %	3,5 %	85,1 %	-	0,9 %
23	18,4 %	29,8 %	42,1 %	-	9,6 %
24	29,8 %	-	49,1 %	18,4 %	2,6 %
25	76,8 %	23,2 %	-	-	-

La categoría profesional determina que los médicos tienen más conflictos éticos en su actividad profesional que los enfermeros (p<0,005), pero no hay diferencia en el tipo de conflictos (p=0,456); La frecuencia de presentación de los conflictos éticos son diferentes según el Servicio de Urgencia del Área de Salud de Albacete (p<0,008), así como el tipo de conflicto que se presenta (p<0,009). La nota media del examen de conocimientos de bioética difiere entre categorías profesionales: médicos (4,98) y enfermeros (4,27) (p<0,006).

CONCLUSIONES: CONCLUSIONES.

- Los profesionales que trabajan en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del Área de Salud de Albacete tienen un gran interés por los aspectos de Bioética.
- La mayoría de los profesionales no tienen formación en Bioética y demandan acciones formativas en este campo.
- La asistencia médica urgente en los Servicios de Urgencias Hospitalarios provoca conflictos éticos con frecuencia.
- La resolución de los conflictos éticos surgidos en la asistencia médica urgente de los profesionales que trabajan en Urgencias se realiza mayoritariamente mediante la consulta a otro compañero.
- Los conflictos éticos más frecuentes que tiene los profesionales de urgencias son los del final de la vida y la confidencialidad y secreto profesional.
- La autonomía del paciente es un principio ético que no causa conflictos en Urgencias hospitalaria pero su interpretación en supuestos prácticos es contradictorio.
- Los profesionales de Urgencias interpretan homogéneamente el principio de justicia distributiva cuando hay una valoración económica directa pero heterogénea si es consecuencia de la aplicación de un tratamiento fútil.
- Algunos profesionales pueden ser maleficentes cuando mal interpretan el principio de autonomía del paciente que pide se le aplique un tratamiento no indicado.
- Cuando entran en juego varios principios, por encima del principio de beneficencia del paciente pedido por la familia está el principio de no maleficencia del médico y el principio de justicia de distribución adecuada de recursos.
- El método de valoración más adecuado de los conflictos éticos es el deliberativo.

PALABRAS CLAVE: bioetica, calidad asistencial, servicios de urgencias hospitalarios

1529 | Seguridad

A PROPÓSITO DE UN CASO: MEJORA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA.

Sambola Figueras G (1), Tello Galindo I (2), Bueno Domínguez MJ (3), Aznar Matilles N (4), Figuera Colomés A (1)

(1) Quirófano, Hospital Sant Joan de Reus. (2) Anestésia, Hospital Sant Joan de Reus. (3) Calidad, Hospital Sant Joan de Reus. (4) Informática, Hospital Sant Joan de Reus.

OBJETIVOS: Analizar un caso centinela en el área quirúrgica y utilizar dicho análisis para la mejora de la implementación del protocolo de cirugía segura.

MATERIAL: A partir de la declaración en nuestro sistema de notificación y en ANESTIC (SENSAR), de un error de lateralidad en la realización de una técnica anestésica en una intervención traumatológica, se realiza el análisis causa raíz (RCA), siguiendo los siguientes pasos: equipo multidisciplinar, recopilación de la información (entrevistas e historia clínica), descripción del suceso, análisis y definición de acciones de mejora.

Desde el 2008, ya existía dicho protocolo en formato papel y con variables resultados.

Aprovechando la participación del centro en los Proyectos de seguridad clínica del Departamento de Salud de Cataluña y la difusión del RCA a los profesionales de la área quirúrgica, se realiza nueva estrategia de implantación del protocolo.

Se diseña para la historia clínica informatizada, un formulario con diferentes ítems del checklist en tres fases de cumplimentación (verificación preoperatoria, antes de la inducción, a la salida de quirófano) añadiendo también un apartado para recoger datos de Anestesia requeridos por los proyectos colaborativos de Anestesia del Departamento.

Validación del protocolo (1ª quincena enero 2010)

Formación individualizada para mejorar su implementación.

Explotación quincenal de indicador para monitorizar su implementación con relación al total de intervenciones.

Difusión de resultados en SESIONES.

Integración en los objetivos del centro y de los profesionales.

RESULTADOS: Enero 2ª quincena: 96%
Febrero: 1ª quincena: 77%- 2ª: 86%
Marzo: 1ª quincena: 76%- 2ª: 75%
Abril: 1ª quincena: 66%- 2ª: 81%
Mayo: 1ª quincena: 85%- 2ª: 83%

CONCLUSIONES: Se objetiva una madurez en la cultura de Seguridad Clínica tanto de la Dirección como de los profesionales asistenciales, con la declaración del evento centinela y su posterior análisis.

La adherencia a este protocolo se ha visto favorecido por diferentes factores: Su informatización e integración el la historia clínica, el lideraje por parte de enfermería de la área quirúrgica y la implicación del servicio de anestesia que no realiza ninguna anestesia si no está cumplimentado el formulario.

Es necesario, seguir monitorizando, difundir los resultados (profesionales implicados, Dirección y Comisión de Seguridad Clínica), analizando también los protocolos no implementados y realizando formación sobre todo personalizada para mejorar el nivel de implementación como se objetiva en los resultados.

PALABRAS CLAVE: protocolo, cirugía, segura

1539 | Seguridad

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

Fustero Fernández MV (1), San Miguel Arbués D (1), Granado González M (1), Sarasa Piedrafita D (1), Oto Negre (1), Casbas Vela D (1)

(1) Centro de Salud Cariñena (Zaragoza, sector III), Servicio Aragonés de salud.

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

MATERIAL: Se diseño un Diagrama de Ishikawa para analizar las posibles causas de problemas en el seguimiento del TAO en un centro rural.

Tras analizar todas las posibles causas se centró la actuación en el apartado de las dificultades encontradas con la utilización del programa OMI, recientemente instalado en todas las localidades del centro.

Se realizó una sesión clínica para presentar el diagrama de causas y regular la notificación de problemas.

Se mantuvo contacto permanente vía teléfono y e-mail con los responsables del funcionamiento de la aplicación informática.

Se diseñaron 5 indicadores para la evaluación.

RESULTADOS: • Nº de profesionales que han recibido formación TAO / manejo del programa OMI ap vs. 6.3 = 10 médicos y 7 enfermeros (100%)

• Nº de dificultades/ problemas del programa detectados = 13

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

• Nº de dificultades del programa comunicadas a los responsables = 13

• % de dificultades/ problemas resueltos del total de los comunicados = 30,7%

• % de determinaciones en rango terapéutico, del total de las realizadas en 2009 en el centro de salud = 79%

CONCLUSIONES: Con esta modesta iniciativa y tras la comunicación inmediata de los problemas encontrados se ha dado solución a los mas importantes, que podrían haber causado daño a los pacientes, como los fallos en la dosificación o la falta de concordancia de esta con la distribución diaria de la misma, se ha abierto una línea directa de comunicación con los responsables y ha aumentado la motivación de los profesionales del equipo para transmitir cualquier incidencia encontrada en este campo en el futuro.

Creemos que la implicación de los profesionales es fundamental para detectar errores e introducir mejoras en las aplicaciones informáticas tras su implantación, lo que sin duda repercute en la seguridad de los pacientes y mejora la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de salud, anticoagulación, seguridad

1545 | SEGURIDAD

EXPERIENCIA EN EL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA.

Ruiuz-Marín M (1), Peña Ros E (1), Vicente-Ruiz M (1), González-Valverde FM (1), Tamayo-Rodríguez ME (1), Albarracín-Marín-Blázquez A (2)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario "Reina Sofía" de Murcia. (2) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitariio "Reina Sofía" de Murcia.

OBJETIVOS: La búsqueda de fórmulas para conseguir un sistema sanitario más seguro y menos peligroso para los pacientes, partiendo de la base de que la seguridad en la asistencia sanitaria está implícita en unos cuidados de buena calidad, es un objetivo prioritario de todos los Sistemas de Salud. La puesta en marcha del "Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica" es un objetivo prioritario de la OMS que se enmarca dentro del ambicioso proyecto "La Cirugía Segura Salva Vidas" presentado en Junio de 2008. Exponemos el resultado de nuestra experiencia y el camino seguido para verificar los distintos ítems del listado, haciendo hincapié en aquellos aspectos que han generado mayor dificultad para su realización y que son susceptibles de mejora.

MATERIAL: Estudio piloto prospectivo y descriptivo mediante análisis de los "checklist" o Listas de Verificación de Seguridad Quirúrgica recogidos de las intervenciones quirúrgicas mayores programadas en nuestros quirófanos de cirugía general durante un mes. Se anotaron todos los problemas surgidos durante esta fase de despliegue, identificando posibles mejoras y acciones correctivas que faciliten su correcta implantación.

RESULTADOS: Desde el 12 de Abril al 14 de Mayo de 2010 se revisaron 224 listados de verificación encontrando que 18 de ellos acumulan 2 o más fallos (8%).

Los problemas detectados fueron: la falta de señalización (lateralidad) del campo quirúrgico 147 (65,6%), sólo enfermería se encarga de cumplimentar el listado 190 (84,8%), no consta una ratificación de la seguridad anestésica 95 (42,4%), y ausencia del CI 4 (1,8%). El grado de cumplimentación del listado fue del 94%.

CONCLUSIONES: 1. La implantación definitiva del "Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica" en todo el área quirúrgica precisa del esfuerzo y compromiso de todo el personal sanitario. Se hace necesario actuar sobre la identificación del campo quirúrgico, que debería venir identificado desde la planta de hospitalización o bien realizase en la sala de preanestesia según las preferencias del servicio quirúrgico. También la falta de comprobación de la seguridad anestésica obliga a actuar sobre la concienciación del equipo de anestesiólogos.

2. Consideramos que la finalidad de esta iniciativa es mejorar la seguridad del paciente en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables y justifica el esfuerzo de cumplimentar el "checklist" . No obstante las auditorías periódicas del sistema ayudarán a mantener el alto grado de adhesión que hemos obtenido.

PALABRAS CLAVE: seguridad quirúrgica, cirugía errónea, verificación

1547 | SEGURIDAD

PLAN DE MEJORA CCC EN BOTIQUINES: COLOCACIÓN, CADUCIDAD Y CONSERVACIÓN

López-Palacios S (1), Alejo-Bru N (1), Diaz-López Y (2), López-Gomez C (2), Saiz -Fernández LC (2), García- Pardo RM (2)

(1) Unidad Funcional de Riesgos, Gerencia Atención Primaria. (2) Unidad Funcional de Ries, Gerencia Atención Primaria.

OBJETIVOS: -Actualizar del Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de botiquines, ampliando la información sobre conservación.

- Definir funciones a desempeñar por los profesionales implicados en el proceso.

-Presentar el PNT en distintos foros del área: Conse

MATERIAL: Se realiza revisión por grupo evaluador de los indicadores más relevantes relacionados con la gestión de riesgoson: Colocación (nº de errores de colocación), caducidad (nº medio de fármacos caducados x centro, conservación(% centros con lote/caducidad no identificable).

RESULTADOS: En 2009 los resultados han sido respectivamente, 5 errores de colocación, 3,29 fármacos caducados por centro (al menos un caducado en el 76% de los CS) y 32% de centros con incidencias en conservación. En total se han detectado y solventado 145 situaciones potenciales de riesgo para la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES: Tras la intervención se identificó la necesidad de realizar una sesión en cada centro sobre los resultados globales obtenidos en el Área. (Planificacada para el primer trimestre de 2010). La reevaluación del proyecto está prevista en junio y diciembre de 2010.

Es necesario seguir realizando acciones que mejoren la seguridad de pacientes realizando intervenciones de este tipo.

PALABRAS CLAVE: botiquines , conservación , seguridad

1548 | Seguridad

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE EL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

Emilio Peña Ros (1), Miguel Ruiz Marín (1), María Vicente Ruiz (1), Miguel González Valverde (1), Marcelino Méndez Martínez (1), Antonio Albarracín Marín-Blázquez (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía.

OBJETIVOS: La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, pues en ella se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Nuestro objetivo es conocer las opiniones sobre la seguridad de los pacientes, los errores sanitarios y la notificación de sucesos adversos en un servicio de cirugía general.

MATERIAL: Evaluamos la cultura de seguridad del paciente entre el personal sanitario del servicio mediante una encuesta de 68 items anónima y voluntaria, versión española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ), realizada en 20 médicos, 15 enfermeras y 10 auxiliares. Cada pegunta puntúa de 1 a 5 (de "muy en desacuerdo" o "nunca" hasta "muy de acuerdo" o "siempre"). La encuesta se dividió en: Ambiente en el lugar de trabajo, Relaciones con los compañeros, Organización y dirección del Servicio y del Hospital, Clima de seguridad, Condiciones de trabajo y Nivel de estrés.

RESULTADOS: El cuestionario fue respondido por 17 médicos (85%), 9 enfermeras (60%) y 8 auxiliares (80%) con una experiencia media de 19,7 años para los médicos; 8,5 años las enfermeras y 15,2 años las auxiliares. Las calificaciones globales medias del grado de seguridad fueron de 5,56 (rango 2-9); 7,5 (rango 3-10) y 8 (rango 3-10) sobre 10 respectivamente. Ninguno de los encuestados ha notificado un incidente o acontecimiento adverso por escrito durante el último año. Las cuestiones relacionadas con el ambiente y las relaciones de trabajo recibieron una puntuación de 3,4. La organización por parte de la dirección recibe 2,1 puntos y las condiciones de trabajo 2,3. El nivel de estrés recibe una puntuación de 4,3.

CONCLUSIONES: El ambiente de trabajo y las relaciones laborales fueron juzgados favorablemente, en especial por enfermeras y auxiliares. El clima de seguridad es percibido como peor por los médicos que por el resto de personal. La organización de la seguridad por la dirección del Centro y el nivel de estrés reciben las opiniones más negativas. Es preciso desarrollar estrategias de comunicación que acerquen al paciente y al profesional de la medicina, conocer y dar a conocer la verdadera dimensión del problema en nuestros hospitales, incorporar indicadores de seguridad a la evaluación de los Servicios Sanitarios y aportar formación desde un ejercicio de cultura de seguridad en el personal sanitario.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Encuesta, Clima

1552 | Seguridad

PRESCRIPCIÓN DE ANALGÉSICOS EN EL INFORME DE ALTA EN CIRUGÍA GENERAL, ¿LO HACEMOS BIEN?

Emilio Peña Ros (1), Miguel Ruiz Marín (1), María Vicente Ruiz (1), Javier Ródenas Moncada (1), Marifé Candel Arenas (1), Antonio Albarracín Marín-Blázquez (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía.

OBJETIVOS: Analizar la prescripción de fármacos analgésicos en el informe de alta de pacientes ingresados en cirugía general, valorar su uso correcto, dosis y posología, vía de administración, duración del tratamiento, y el uso de principios activos o marcas comerciales, así como el uso de abreviaturas o siglas que pudieran inducir a errores en la administración de los mismos.

MATERIAL: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en cirugía general entre Enero y Mayo de 2010. Se ha realizado un muestreo aleatorio simple de los mismos para obtener una muestra de 50 casos. Se ha utilizado la plataforma digital Selene, que registra y almacena todos los informes de alta hospitalaria para acceder a los mismos. Los criterios a utilizar han sido dosis y posología correcta, vía de administración escrita de forma completa, duración del tratamiento, proporción de uso de fármacos genéricos y marcas comerciales y su impacto económico, y errores tipográficos que puedan inducir a errores en la toma de los mismos.

RESULTADOS: Del análisis de los datos obtenidos se observa que un 32% de pacientes no recibió ningún tipo prescripción de analgesia al alta, ni siquiera "de rescate". Un 8% recibieron una dosis equivocada y otro 8% una posología incorrecta. Sólo en 2 de los casos es especificaba la duración, en 6 se prescribía sin especificar duración, y en 26 casos se pautaba "si dolor". Tan solo en un 10% se especificaba la vía de administración. Entre las Prescripciones encontramos un 9% de fármacos genéricos y un 91% de marcas comerciales, lo cual supuso una diferencia media algo mayor de 1€ por prescripción. En un 35% de los informes se encontraron abreviaturas para dosis (mg.mgr.gr.) o forma de presentación del fármaco (cap.caps.comp. com., etc).

CONCLUSIONES: La analgesia postoperatoria es un elemento clave en la evolución, recuperación y reincorporación laboral de los pacientes, su correcta prescripción en cuanto a dosis, posología y vía de administración es importante para la seguridad del paciente, y la prescripción coste/efectiva teniendo presentes los fármacos genéricos es clave en la gestión eficiente de los recursos. De nuestros datos obtenemos que las Prescripciones en cuanto a fármacos analgésicos en el informe de alta son generalmente incompletas, existiendo una oportunidad de mejora importante panto en duración como en vía de administración. De igual modo la prescripción de fármacos genéricos es escasa, y su impacto económico potencial muy importante, siendo un área de mejora a tener en cuenta.

PALABRAS CLAVE: Informe, Alta, Fármacos

1555 | SEGURIDAD

DESCENTRALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE INCIDENTES: EXPERIENCIA DE 5 AMFE REALIZADOS POR LOS CENTROS DE SALUD.

Garzón G (1), Alemany A (2), Ubach B (2), Calvo MJ (2), Escriva De Romani B (2), Meseguer Cm (3)

(1) U Calidad, SERMAS. Área 1 AP. (2) Gerencia, SERMAS. Área 1 AP. (3) UF Gestión Riesgos, SERMAS. Área 1 AP.

OBJETIVOS: Disminuir el numero de incidentes en los procesos donde mas notificaciones se concentran, particularizado al Centro que realiza el análisis

MATERIAL: Se realizaron varias acciones previas en dos Centros de Salud:

1. Formación básica a 1-2 profesionales de cada Centro

2. Campañas semanales de notificación en los Centros

3. Nombramiento de un responsable de Seguridad del Paciente en cada Centro

4. Sensibilización y formación a los Responsables

5. Sensibilización y establecimiento de un sistema de notificación de incidentes en los centros por parte del responsable

En cada centro, en una sesión de 2 horas se realizaron los siguientes pasos:

1. Revision de las notificaciones realizadas por el centro en el ultimo año

2. Identificación por consenso de los procesos en los que se concentraban mas notificaciones:

a. Vacunas (en ambos centros)

b. Selección del medicamento en la historia electronica (en ambos centros)

c. Información al paciente sobre la prescripción

3. Los profesionales de cada centro se dividieron en sendos grupos y cada grupo realizço una versión simplificada del AMFE de elaboración propia.

RESULTADOS: Resultados provisionales (los definitivos estarçan antes del congreso)

Se identificaron los posibles modos de fallo y las posibles causas para cada uno y se priorizaron.

Esta pendiente una reunion proxima para definir prácticas seguras para las acciones priorizadas

CONCLUSIONES: Pendientes

PALABRAS CLAVE: AMFE, Seguridad, Medicamentos

1560 | SEGURIDAD

RESPUESTA A INCIDENTES DECLARADOS: MEJORA DE VENDAJES EN URGENCIAS

Alcaraz-Martínez J (1), Garrote-Moreno L (1), Martínez-Rocamora MD (1), Moreno-Reina S (1), Guzmán-Boronat L (1), Mayoral-Sánchez MT (1)

(1) Urgencias, Hospital Morales Meseguer. Área 6.

OBJETIVOS: Mejorar la seguridad de los pacientes a los que se realiza vendajes en urgencias

MATERIAL: Después de la puesta en marcha de un sistema de declaración de eventos adversos en nuestro servicio de urgencias se estudiaron las causas de los incidentes estudiados. Uno de los que se repetía era los problemas en los vendajes en urgencias que motivaban reconsultas. Como actividad de mejora se realizó un taller de vendajes para médicos y enfermeras y posteriormente a los médicos que asistieron al taller se les invitó a comprobar los vendajes antes del alta y anotar si estaban correctos o tenían algún problema.

RESULTADOS: Se han revisado 40 casos de pacientes a los que se aplicaron vendajes. El 25% fueron vendajes blandos y el 75% férulas. Del total de vendajes realizados, 10 se consideraron aceptables, 28 perfectos, pero 2 (5%) requirieron de cambio o corrección.

CONCLUSIONES: Se han encontrado pocos problemas en los vendajes realizados, pero la revisión tras la realización supone un nuevo filtro para mejorar la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: servicio de urgencias, vendajes, seguridad

1564 | Seguridad

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA NORMALIZADO Y SEGURO DE VERIFICACIÓN DE CARROS DE PARADA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Polo Parada A (1), Gómez De Merodio Sarri R (1), Alcalá Jiménez R (2), Escobar Ortega C (3), Medina Durán A (4), Escribano Escribano M (5)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (2) Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (3) Supervisión General de Enfermería, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (4) Formación de Enfermería, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús". (5) Supervisión de Área Calidad y Formación, Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús".

OBJETIVOS: Garantizar el correcto mantenimiento de los carros de parada en todo el hospital

MATERIAL: Se determinó situación de partida mediante auditoria interna con check list de verificación del contenido, situación del material, estado de conservación y limpieza de los mismos.

Se detectaron áreas de mejora para las cuales se estructuraron grupos de trabajo con objetivos de unificación de criterios en: cuidados intensivos, farmacia, calidad y supervisión general de tardes.

Se generaron los siguientes procedimientos de trabajo consensuados: algoritmo de reanimación cardiopulmonar y contenido de los carros; así como el checklist de verificación para supervisores.

Por último, se diseño el procedimiento de control de calidad de los procedimientos anteriores mediante el cual se estableció la obligatoriedad de remitir mensualmente a la Unidad de Calidad del Centro las copias conformadas de los checklists; se comenzó a medir el 1 de febrero de 2009.

RESULTADOS: 1.Registros recibidos en la unidad de calidad: 41,88%

2.No firmados por la supervisora: 65%

3.Contienen productos caducados: 51.25%

4.Ausencia de productos: 68.75%

5.Carros precintados: 86.25%

CONCLUSIONES: La implicación de la Unidad de Calidad del Centro en el control de calidad de procesos críticos fomenta la asunción de responsabilidades y el trabajo en equipo.

La metodología empleada puede considerarse una buena práctica generalizable porque aumenta la seguridad de paciente mediante la disminución de la varibilidad de preparación de material y el aumento de barreras anti-error.

Mejora la metodología de trabajo y fomenta la toma de conciencia en la prevención de sucesos centinela

PALABRAS CLAVE: PARADA, VERIFICACIÓN, SEGURIDAD

1567 | Seguridad

SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: PUNTO CRÍTICO EN LA EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA

González-Rodríguez R, (1), Ramírez-Cereceda C, (1), Candia B, (2)

(1) Servicio de Transfusión, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Diseñar una herramienta útil para la administración segura y eficaz de componentes sanguíneos (CS).

Implementación de un procedimiento normalizado de: recolección e identificación de muestra, receptor y CS fuera del Servicio de Transfusión (ST), sujeto a supervisión, verificable por el ST.

MATERIAL: La extracción y correcta identificación de la muestra pretransfusional y componentes sanguíneos asignados al receptor son cruciales para la seguridad transfusional. La administración inadvertida de hematíes ABO incompatibles por errores en identificación de muestra o receptor, causa la mayoría de reacciones hemolíticas (mortalidad 14%). La identificación de CS es responsabilidad del personal del Servicio de Transfusión que los entrega y del servicio que los recibe.

Aunque existen sistemas electrónicos basados en tecnología código de barras para control del circuito transfusional (inicio-fin), la mayoría de hospitales identifican a los receptores con pulsera.

Nuestra Pulsera de Receptor (PR) contiene código numérico de barras, que identifica receptor, muestra y CS, permitiendo su lectura y registro automáticos, a la recepción en ST de solicitud y muestra. Pero la liberación del CS asignado y comprobación de la documentación previa a su infusión son pasos críticos con componente administrativo significativo, que exige análisis de incidentes, revisión de práctica clínica y procedimiento, y su difusión y supervisión para garantizar cumplimiento.

Revisamos procedimiento, según estándares AABB (American Associaton of Blood Banks), insistiendo en la verificación de la documentación de la transfusión, inspección unidad y cumplimentación de registros. Expusimos en imágenes (fotografía) con texto, mediante presentación y pósters destinados a supervisoras área clínica, enfermería y médicos.

RESULTADOS: Se detectaron puntos estratégicos: método de identificación positiva del receptor (dos datos independientes, nombre, fecha de nacimiento); rotulado tubo de extracción de muestra a la cabecera del receptor tras identificarlo adecuadamente y asignarle pulsera; previamente a la infusión, conferir el código de seguridad transfusional de pulsera y rótulo del CS; interpretación de la etiqueta de pruebas cruzadas presente en formulario de administración sanguínea y CS; cumplimentación y devolución al ST del formulario.

CONCLUSIONES: Los pasos de inicio de la transfusión y previos a su administración, son vitales para evitar errores. El personal que extrae la muestra debe identificar de manera positiva al receptor; el que administra la transfusión, último eslabón de la cadena, controlar toda la documentación pertinente antes de iniciarla. Cada centro debe desarrollar e implementar política y procedimiento adecuados, lo cual resulta eficaz (de Enero a Abril de 2010 notificados dos incidentes, prematuro extraer conclusiones) aún cuando el proceso no esté totalmente informatizado.

PALABRAS CLAVE: transfusión, muestra, identificación

1570 | SEGURIDAD

IMPLICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Rumbo-Prieto JM (1), Arantón-Areosa L (2), Tizón-Bouza E (3), Fernández-Segade J (2), Calvo-Pérez AI (2)

(1) Servicio de Radiodiagnóstico, Área Santaria de Ferrol - C.H. Arquitecto Marcide. (2) Servicio de Integración Asistencial, Servizo Galego de Saúde. (3) Servicio de Urgencias, Área Santaria de Ferrol - C.H. Arquitecto Marcide.

OBJETIVOS: Conocer la repercusión que las úlceras por presión tienen en España, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria y analizar el grado de implementación de las recomendaciones de buenas prácticas para la reducción o control de las mismas.

MATERIAL: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión bibliográfica en CUIDEN, BIREME y SCIELO de artículos sobre UPP asociadas a efectos adversos (EA) y sobre 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: Se seleccionaron 3 estudios multicéntricos de nivel nacional sobre EA en hospitales y Atención Primaria (AP), 2 documentos de buenas prácticas sobre seguridad del paciente, y un estudio nacional sobre la implementación de indicadores de calidad. El análisis mostró que las UPP fueron la 1ª causa de EA relacionado con los cuidados, ocupando los puestos 6ª y 7ª de todos los EA en el ámbito de AP y hospitalario, respectivamente. La tasa de incidencia en hospitales fue del 0,3% y la de prevalencia en AP del 0,47%. La evitabilidad representó ser del 56% en hospitales y del 71% en AP. El grado de implementación de los indicadores de calidad recomendados supuso un 68% para la existencia de protocolos, el 28,8% para la valoración del riesgo en 48h y un 51,7% para los registros de cambios posturales.

CONCLUSIONES: Este estudio pone de manifiesto que la repercusión en España de las UPP como EA es mínima, aún así, lograríamos reducir hasta el 60% de los casos con el uso de las buenas prácticas recomendadas. También, hemos podido comprobar que la implantación de estrategias de mejora con eficacia probada, es del todo insuficiente, sobretodo en lo relacionado con la valoración del riesgo de padecer UPP. Por tanto, es necesario un mayor conocimiento y sensibilización de todos los profesionales para permitir abordar con efectividad y eficiencia la prevención de UPP y mejorar la seguridad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: úlcera por presión, efecto adverso, seguridad

1590 | SEGURIDAD

ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA AL CAMBIO: CLAVE DEL ÉXITO EN LOS PROGRAMAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Obón-Azuara B (1), Gutiérrez-Cía I (1), Giménez-Julvez T (2), Pérez-Pérez P (2), López -Ibort N (2)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, H. Clínico Universitario. Zaragoza. (2) Servicio de Medicina Preventiva, H. Clínico Universitario. Zaragoza.

OBJETIVOS: El fracaso en la implementación de programas de seguridad del paciente viene motivado en la mayoría de las ocasiones por un desconocimiento del medio en el que se desarrollan.

Existen estrategias que permiten adelantarse a los fracasos estudiando de forma individualizada las resistencias que un proyecto concreto puede suscitar en un determinado ámbito.

Presentamos un primer intento para conocer los factores que pueden contribuir a la resistencia al cambio ante la puesta en marcha de un programa de seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Detección de "las resistencias al cambio" durante el desarrollo de un Programa de Seguridad en Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

MATERIAL: Estudio cualitativo de los factores que provocan "la resistencia al cambio" mediante brainstorming y entrevista semiestructurada a 2 Médicos, 2 Enfermeras del SMI, 1 Enfermera del Departamento de Calidad. Se contó con la aportación de 2 Revisores Externos expertos en Seguridad del Paciente.

Los principales factores fueron clasificados en diferentes categorías puntuadas del 1 al 5 según su gravedad y posibilidad de prevención.

RESULTADOS: El problema más importante para los profesionales del SMI fue los factores históricos. Los problemas considerados de solución más sencilla por todos los entrevistados fueron los de "falta de información".

Todos los entrevistados concedieron escasa importancia al apartado de "amenazas al pago", y coincidieron en la baja probabilidad de prevención respecto a la ausencia de flexibilidad de la organización.

Los profesionales del SMI se mostraron más pesimistas en general, sin embargo mostraron mayor confianza en la capacidad de aprender nuevas habilidades y menor temor a experimentar nuevas destrezas. Probablemente, los factores históricos juegan un papel fundamental en esta actitud. Por otra parte, los Revisores Externos con mayor experiencia en programas de seguridad, mostraron mayor confianza en la probabilidad de prevención.

La principal limitación de este tipo de análisis es su falta de validez externa pues cada SMI tiene su propia idiosincrasia, lo que hace imprescindible personalizar cada Programa con su propio análisis de resistencias ya desde el inicio, para facilitar su éxito. En nuestro caso, el análisis reveló que la "falta de información" era un problema relevante a la par que de fácil abordaje, por lo que se decidió la creación de una red de información como paso previo a la implementación del Programa de Seguridad.

CONCLUSIONES: La implementación de un Programa de Seguridad del Paciente Crítico supone un cambio cultura. Priorizar un análisis de resistencias puede ayudar a planear estrategias a priori para evitar el fracaso del programa.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Resistencias, Medicina Intensiva

1591 | Seguridad

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Gutiérrez-Cía I (1), Obón-Azuara B (1), Giménez -Julve T (2), Pérez-Pérez P (2), López -Bort N (3)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario. (2) Servicio Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario. (3) Unidad de Calidad, Hospital Clínico Universitario.

OBJETIVOS: Análisis de los principales problemas de Seguridad en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de tercer nivel y su priorización como paso previo a la elaboración de estrategias de prevención.

MATERIAL: Se ha utilizado la técnica del grupo nominal para la detección de problemas. Para su priorización se emplearon las técnicas de parrilla de priorización y comparación por pares.

En la técnica del grupo nominal participaron 12 personas.

Para la parrilla se establecieron 5 criterios isoponderados (numero de pacientes afectados, riesgo para el paciente, independencia externa de las soluciones, coste y posibilidad de monitorización), puntuando de 1 a 5 cada criterio, obteniéndose finalmente el sumatorio de los cinco criterios y priorizando en orden descendente.

Se ha trabajado en 2 grupos de 6 personas con las 2 técnicas de priorización con el objetivo de minimizar la subjetividad de los participantes.

En todos los grupos de trabajo se incluyeron médicos, enfermeras y auxiliares del SMI, así como expertos en metodología de mejora de la calidad.

RESULTADOS: Cada componente del grupo de detección de problemas aportó cinco problemas que finalmente se agruparon en un total de 11 categorías:

Chequeo del paciente: se consideró un problema que el equipo no revisara una vez por turno los parámetros ventilatorios, drenajes, bombas de perfusión, nutrición…

Falta de revisión correcto funcionamiento aparataje: se consideró que no se realizaba con la frecuencia requerida

Falta coordinación con otros servicios.

Personal nuevo

Estructura física de la UCI

Registros enfermería inadecuadamente cumplimentados

Problemas de comunicación con el paciente y su familia y entre profesionales y falta de habilidades sociales

Protocolos anticuados e insuficientes

Problemas de seguridad del medicamento (prescripción, preparación, administración, monitorización…)

Falta coordinación entre táreas y turnos

Correcta identificación paciente

Ambas técnicas (parrilla de priorización y comparación por pares) en ambos grupos priorizaron los mismos 2 problemas: el chequeo del paciente al inicio de cada turno y la identificación paciente.

CONCLUSIONES: El empleo de técnicas específicas facilita la priorización de los problemas, considerando aspectos que habitualmente no se tienen en cuenta como la independencia externa de la solución a los mismos, o la dificultad de su monitorización. Además, potencia la comunicación entre los profesionales, la capacidad del trabajo en equipo, así como la calidad de la asistencia prestada.

PALABRAS CLAVE: Seguridad, Priorización, Mejora

1606 | Seguridad

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO

López-Palacios S (1), Bayon -Cabeza M (1), García -Pardo RM (1), Gómez -Pesquera C (1), Uribe- Llopis MP (2), Caso-Pita C (2)

(1) Dirección de Enfermería, Gerencia Atención Primaria Área 7 . (2) Servicio de Prevención, Hospital Clínico San Carlos.

OBJETIVOS: Mejorar la realización de los controles de esporas con el fin de garantizar la seguridad en el proceso de esterilización del instrumental sanitario. Ajustar su realización a los criterios establecidos en el Procedimiento de Limpieza, Desinfección y Esterilización. Meta: que todos los equipos del área realicen 1 control semanal.

MATERIAL: En el primer trimestre de 2010 se decide realizar las siguientes intervenciones:

-Comprobación de los registros existentes para cuantificar y verificar los controles de esporas en los Centros de Salud (CS) del Área. Se solicita a los CS que envíen los registros del 2009.

-Confirmación con el departamento de suministros del consumo de controles de esporas por los CS.

-Revisión del Procedimiento existente con el Servicio de Prevención del Área.

-Presentación a Responsables y Auxiliares de Enfermería de los resultados de los controles.

En mayo de 2010 se elaboran propuestas de mejora para ponerlas en marcha hasta diciembre.

RESULTADOS: De algunos resultados del proyecto de mejora no disponemos a fecha de hoy de datos, en breve dispondremos de los mismos.

En el mes de mayo el 100% de los equipos realizaban los controles de esporas, éstos se realizaron semanalmente. El procedimiento se revisó y aprobó incluyendo un apartado específico para salud Bucodental. El consumo de control de esporas aumenta en los equipos del área.Media mensual de consumo de enero-mayo 2009 es 5; en 2010 la media mensual es 7,4.

CONCLUSIONES: La intervención realizada después de 2 meses de inicio del Proyecto consiguió efectos deseados.

La puesta en marcha del proyecto ha conseguido sensibilizar a las personas implicadas de la importancia de la realización de los controles con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes ante el riesgo de infección asociado a la práctica sanitaria.

Tenemos que seguir en la línea de reforzar estas intervenciones en los CS que demuestran que con la aplicación de la mejor evidencia disponible sobre prácticas seguras y la comunicación y diálogo con los profesionales sobre el riesgo de los pacientes conciencian a estos sobre la existencia de los problemas de seguridad.

PALABRAS CLAVE: esterilizacion, esporas, seguridad

1633 | SEGURIDAD

IMPACTO EN LA SEGURIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD. PROGRAMA DE ALISTAMIENTO PROGRESIVO PARA LA ACREDITACIÓN

Alaluf Mg (1), Tojo MR (1), Otero RA (1)

(1) Acreditación, ITAES.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto y resultados del Programa como herramienta de mejora en la atención, en aspectos de seguridad, satisfacción del usuario, capacitación del personal y procesos de calidad de atención.

MATERIAL: Se utilizaron, como indicadores de resultado, los avances en el cumplimiento de los estándares (según versión 2003 del Manual de Acreditación), comunes a todas las instituciones de igual complejidad y asignándole un puntaje de 2 para cumplimiento total, 1 para parcial y 0 para no aplica y -1 incumplimiento. Se compararon los resultados de los estándares seleccionados en el primer informe de avance con los obtenidos al finalizar la etapa 1 y la etapa 2.

Se seleccionaron estándares en relación a :

- Seguridad: Gestión de Medicamentos, Medicina Transfusional, Control de infecciones, Limpieza, Gestión de Residuos, Esterilización, Seguridad Laboral Seguridad General y Electricidad.

- Capacitación: Enfermería, Continuidad de la Atención, RR.HH. (Adm.) y Biblioteca

- Satisfacción del paciente: Alimentación, Confort de Internación y Autoevaluación

- Calidad de atención: UTI, Neonatología, Urgencias, Derivaciones, HC.

RESULTADOS: a) El análisis, concluida la 1ª etapa (18 visitas), evidencia que:

1) El 70% de los estándares vinculados a los aspectos evaluados se cumplen parcial o totalmente;

2) Los incumplimientos (30%) se encuentran concentrados en instituciones del interior que requieren aportes de recursos (estructurales y humanos) para modificar la situación y que han realizado mejoras importantes en procesos relacionados con seguridad y capacitación;

b) El resultado en las instituciones de la 2ª etapa (30 visitas) evidencia que los estándares evaluados se encuentran avanzados para cumplirse totalmente, esperando alcanzar la Acreditación a fines 2010 o primer trimestre de 2011 (mejoras estructurales en ejecución).

CONCLUSIONES: El PAP ha demostrado

a) Ser una importante estrategia para la mejora de calidad de atención y cambio cultural de la organización de salud;

b) Que instituciones que solo cumplen parcialmente el PAP pueden implementar mejoras efectivas, aunque no alcancen la acreditación en el mediano plazo;

c) Constituir una guía orientadora de la asignación de recursos en procesos críticos y en la profundización de acciones de capacitación;

d) Fomentar la comunicación entre servicios proveedores y la institución, facilitando la aplicación de acciones correctivas.

e) Que el personal y los pacientes valoran los cambios implementados.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, CAPACITACIÓN, GESTIÓN

1640 | SEGURIDAD

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO Y CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN AP.

Salgado Gil MR (1), Falantes Herdugo D. (1)

(1) Centro de salud Bellavista Sevilla, Servicio Andaluz de Salud(Distrito Atención Primaria Sevilla).

OBJETIVOS: Analizar la utilización de recursos sanitarios, costes, Ram e interacciones derivados del tratamiento en AP.

MATERIAL: Se realizó un estudio descriptivo, usando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las cuantitativas. Se ha evaluado edad, sexo, coste tratamiento, Ram, riesgo cardiovascular, interacciones medicamentosas, pacientes con IT o IP. El análisis de datos se llevo a cabo mediante el programa estadístico SPSS, versión 13.0 , usando como base de datos sanitarios Diraya.

Los costes se expresaron en Euros/ paciente/ año y los recursos no sanitarios incluyeron IT e IP.

Se analizaron todos los pacientes diagnosticados de fibromialgia, según criterios CIE-9 de ambos sexos, mayores de 18 años que acudieron a consulta al menos 1 vez desde mayo 2009 a mayo 2010.

RESULTADOS: Se estudiaron 112 pacientes de los cuales el 94.6 % son mujeres. El 10.45 % se encuentra de baja laboral. Un 5.4% presentaron reacciones adversas a medicamentos. Ninguno presentó interacciones medicamentosas. Un 15.2% presentan riesgo cardiovascular.

Se encuentran en invalidez permanente un 13.4 %. Media de coste del 0.5494 euros al día y una desviación típica del 0.69139.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio ha resultado una prevalencia menor de IT, el 10.45% de pacientes, frente a el 43.24% de un estudio del hospital Joan XXIII de Tarragona, y el 55.4% de un estudio de A Coruña.

El coste en medicamento del estudio de Badalona fue del 230 euros al año, frente al gasto de nuestro estudio 201 euros al año, lógicamente la edad en estos pacientes, se asoció con costes mayores.

Un aspecto muy importante en el planteamiento terapéutico de los pacientes con FM sería informarles desde un principio de las diferentes posibilidades terapéuticas de la patología que padecen. La información debería ser directa, objetiva y acorde con el conocimiento científico que se posee sobre la misma. De este modo la persona podría adaptarse y tendría una expectativa adecuada de la patología crónica que padece. Se hace necesario realizar un análisis individualizado de cada paciente, valorando todo el cuadro sintomatológico que presenta mediante un abordaje multidisciplinario.

Como mejora se propone la implantación de cursos de entrenamiento en el manejo de fibromialgia (ejercicios de tipo aeróbico, información del trastorno y terapia cognitivo conductual...etc.)

PALABRAS CLAVE: fibromialgia, reaccion adverso , absentismo

1647 | Seguridad

MEJORA CONTINUA EN LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Abraira-García MI (1)

(1) Medicina Preventiva, Hospital Comarcal de Valdeorras.

OBJETIVOS: La Organización Mundial da Salud (OMS) considera la higiene de manos como la piedra angular para evitar la diseminación de agentes patógenos en el medio hospitalario. En 2009 se inicia en el hospital comarcal de Valdeorras (HCV) un proyecto de mejora de higiene de manos desde 3 frentes: Compromiso de la dirección del centro; Programa de promoción y concienciación de profesionales; y Disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas. Objetivo: Mejora continúa del conocimiento y práctica (indicaciones y técnica) de la higiene de manos durante el año 2010.

MATERIAL: Cursos de formación presenciales acreditados por la Comisión de Formación Continuada das Profesións Sanitarias da Comunidade Autónoma de Galicia, más apoyo visual con carteles y folletos y aumento de la disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en el punto de cuidado.

Para evaluar el grado de conocimiento sobre higiene de manos se realiza una encuesta postcurso (modelo adaptado de la OMS) a todos los asistentes al mismo, con 18 preguntas, algunas con respuesta múltiple.

Para evaluar la disponibilidad de la solución hidroalcóholica en el punto de cuidado se realizó una inspección visual por parte del servicio de medicina preventiva de todas las áreas de hospitalización y urgencias.

Para mejorar la atención a la cartelería informativa se utilizaron dos modelos de póster sobre los cinco momentos, intercambiando el modelo utilizado el año anterior.

RESULTADOS: Se proyectaron 6 cursos de formación presenciales, con 25 alumnos por sesión. La encuesta sobre conocimientos realizada a los 25 alumnos del primer curso proyectado muestra que el 59% respondieron correctamente a todas las preguntas. Se constató la disponibilidad de solución hidroalcohólica en 30 habitaciones (de un total de 48). Además se detectó un uso desmesurado de carteles, referentes a muy diversos temas, lo que disminuye la efectividad de los mismos. Se han actualizado un total de 15 carteles sobre los 5 momentos. De forma paralela, y sin intervención directa dentro del proyecto de mejora, la dirección del centro ordenó la retirada de la cartelería superflua en las plantas de hospitalización.

CONCLUSIONES: Los resultados de la encuesta muestran áreas de mejora en la exposición de los temas para próximas ediciones. La auditoria visual sobre disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en puntos de uso refuerza la idea de la necesidad de la revisión periódica de estos, ya que permite detectar deficiencias. La colocación de nuevos carteles, diferentes a los del año anterior, mejoró sustancialmente su visibilidad.

PALABRAS CLAVE: mejor continua, higiene

596 | Sistemas de Gestión

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR DEL CONOCIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC).

Cachadiña F (1), Buixadera Y (2), Guasch J (3), Pérez-Capellades RM (4), Pinilla N (5), Rodríguez-Perpinyà P (6)

(1) Calidad, Clíniques de Catalunya. (2) Calidad, Clínica de Ponent (Clíniques de Catalunya). (3) Calidad, Clínica Terres de l' Ebre (Clíniques de Catalunya). (4) Calidad, Hospital comarcal del Pallars (Clíniques de Catalunya). (5) Calidad, Hospital Universitari Sagrat Cor (Clíniques de Catalunya). (6) Calidad, Clínica Quirúrgica Onyar (Clíniques de Catalunya).

OBJETIVOS: Mejorar el conocimiento del sistema de gestión de la calidad y Mejorar las aptitudes de los agentes de calidad. Mejorar la cohesión de los agentes de calidad

MATERIAL: *Aspectos organizativos: Clíniques de Catalunya (CC) es un grupo asistencial formado por 6 centros de agudos. La organización cuenta con un Núcleo Central de Calidad (NCQ) compuesto por los coordinadores de los núcleos promotores de calidad (NPQ) de los centros y presidido por el director de calidad corporativo. El NCQ despliega las políticas de calidad en la organización.

Los NPQ despliegan los objetivos de cada centro y elaboran el plan de calidad. El sistema de gestión por procesos hace que sean los propietarios de proceso los responsables de formular y seguir los objetivos de su proceso.

*Situación actual:

Los profesionales vinculados a los grupos de mejora de la calidad de Clíniques de Catalunya manifiestan
- -Necesidad de formación especializada.
- -Falta de comunicación en aspectos asistenciales
- -Pobre cultura de la calidad de la organización

*Estrategia del departamento de calidad:.

-Plan de comunicación interna: tiene como finalidad difundir a los profesionales de la organización aspectos relacionados con la actividad asistencial o el departamento de calidad. Canales de comunicación: intranet, e-mail y SESIONES presenciales.
-Plan de formación para los profesionales miembros de agentes de calidad. Contenidos: conceptos básicos de mejora de la calidad, SGQ de CC y técnicas de detección de problemas, priorización, análisis causal y propuestas de mejora.
-Jornada de calidad corporativa.
-Elaboración de una encuesta sobre el conocimiento del SGQ de la organización
-Elaboración de indicadores.

*Despliegue

-Encuesta a todos los miembros de grupos de calidad
-Publicación y difusión del plan de comunicación
-Formación a todos los profesionales miembros de grupos de calidad
-Celebración de la primera jornada de calidad
-Repetición de la encuesta

RESULTADOS: -Publicación del plan de comunicación en la Intranet

-Elaboración de la encuesta de conocimeinto del SGC
-nº SESIONES de difusión del plan de calidad corporativo: 13 (comité corporativo, comités directivos, NPQ y propietarios de proceso)
-nº personas v

CONCLUSIONES: La comunicación, la formación y la cohesión de los equipos son instrumentos fundamentales para el buen funcionamiento del SGC

PALABRAS CLAVE: gestión de la calidad, comunicación, formación

LA MEDICIÓN EN CALIDAD EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD: INDICADORES CORPORATIVOS.

Lasheras Goicoechea C (1)

(1) Subdirección Xeral de Compras e Servizos, Servizo Galego de Saúde.

OBJETIVOS: El capítulo 8 de la Norma UNE-EN ESO 9001:2008 establece la necesidad de planificar y realizar el seguimiento, medición y análisis de datos necesarios para demostrar la conformidad de los procesos y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

En el apartado 8.2.3 la citada norma indica que la organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados y, de no alcanzarse estos resultados, deben llevarse a cabo acciones correctivas y preventivas, según sea conveniente, para asegurarse la conformidad de los requisitos del producto/servicio y la eficacia del sistema de gestión. Todos estos procesos precisan monitorización mediante indicadores basados en las necesidades detectadas tanto en el análisis del entorno como en la formulación de objetivos de calidad.

Con el objetivo de diseñar, validar e implantar un conjunto de indicadores corporativos, se trabaja en el Servicio Gallego de Salud mediante un grupo técnico integrado por expertos de gestión de los propios centros y coordinados desde la Subdirección General de Compras y Servicios.

MATERIAL: DISEÑO DE INDICADORES Y CUADROS DE MANDO

Para este objetivo resulta necesario un diseño riguroso de indicadores cuyos datos resultantes no den lugar a interpretaciones diferentes entre distintos centros, siguiendo criterios comunes en:

1. selección y denominación del indicador;

2. forma y periodicidad de cálculo;

3. fuente de información.

4. forma de representación;

5. definición de responsabilidades;

6. definición de umbrales; criterios de aceptación; grado de cumplimiento

Como fuente de información se dispone del sistema informático corporativo, con bases de datos propias de cada centro con autonomía de gestión e información común, transversal, proporcionada por el Catálogo Central de Productos y Proveedores .

RESULTADOS: Los indicadores disponibles permiten el evaluar de forma comparable el sistema de gestión de la calidad de cada centro y sus objetivos, la satisfacción del cliente, el producto/servicio prestado y los resultados.

CONCLUSIONES: En el marco del proyecto Aprovlso 9mil, en el Servicio Gallego de Salud se trabaja en la definición y explotación de nuevos indicadores corporativos, válidos y fiables, que contribuyen al seguimiento de procesos y resultados de cada centro, al tiempo que resultan comparables entre sí potenciando una masa crítica que impulsa la mejora continua del alcance de los sistemas certificados con la ISO 9001:2008

PALABRAS CLAVE: indicadores corporativos, medición, ISO 9001:2008

AUTOEVALUACIÓN EN SERVICIOS CENTRALES DE ENFERMERÍA; RETO Y COMPROMISO

Illana Rodríguez, N (1), García Jiménez, C (2), García Paya, F (1), Hellin Monasterio, J (3)

(1) Servicios Centrales, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (2) Subdirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS: El contrato de gestión establece los objetivos de calidad, gestión, formación e investigación y de gestión económica del sistema sanitario. La Gerencia del SMS traslada a sus centros las líneas estratégicas de la política sanitaria regional que se suscriben por el director gerente del SMS y por los centros que lo componen. Conseguir unos Servicios Centrales de Enfermería enfocados hacia la Calidad Total. Llevar a cabo la identificación, cuantificación y evaluación de la aportación de la Enfermería de Servicios Centrales al producto final del Hospital.

MATERIAL: La Dirección de Enfermería del HUVA asumió en el año 2009 el reto de realizar un proceso de autoevaluación de los Servicios Centrales de acuerdo al Modelo de Excelencia EFQM a pesar de no existir requerimiento por parte del Servicio Murciano de Salud. Se asignaron a la Gestión de Recursos 16 puntos y a la Gestión de la Calidad 15 puntos.

1. Indicadores de gestión de recursos
1.1 Gestión de información:
Utilización de Arrinet. Número de días utilizados/365 x 100. Reuniones informativas sobre contrato de gestión. Nº de actas/nº total reuniones x 100.
1.2. Gestión del conocimiento:
SESIONES formativas en la unidad. Nº de resúmenes de SESIONES / nº total de SESIONES. SESIONES formativas en el hospital. Nº de SESIONES impartidas en el ámbito hospitalario.
1.3 Gestión de recursos humanos:
Implantación y utilización del M3. Planilla mensual de movimientos antes del 4 de cada mes. Valoración del personal de nueva incorporacion. Cumplimentación de hoja de valoración por competencias
1.4 Gestión de recursos materiales:
Consumo pactado. Cantidades consumidas / cantidades pactadas x 100.
2. Indicadores de gestión de la calidad
2.1 Gestión de fármacos:
Estado del botiquín de planta. Mantenimiento de la valoración entre buena y muy buena en el informe emitido por el servicio de farmacia
2.2 Gestión de prácticas seguras:
Evaluación del mantenimiento del carro de parada. Mantenimiento carro de parada según protocolo. Implantación de selene en unidad de hospitalización.
2.3 Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad:
Nº de ciclos de evaluación y mejora realizados y documentados.

RESULTADOS: En el año 2009 los indicadores medidos en los Servicios Centrales de del HUVA mostraron un impacto positivo de la gestión de la calidad y del compromiso del equipo directivo del área de Enfermería. Las 6 Unidades evaluadas (Hospital de Día, Hematología/ Banco de sangre, Medicina Nuclear, Policlínico/Pruebas especiales, Radiodiagnóstico y Oncología Radioterápica) obtuvieron unos porcentajes de cumplimiento de los indicadores que oscilaron entre el 53% y el 91%. A lo largo del año 2010, y tras haber identificado gracias a los resultados obtenidos diferentes áreas de mejora, se están implementando medidas correctoras.

CONCLUSIONES: El camino para analizar la efectividad del el trabajo enfermero, desde la perspectiva del modelo EFQM de Calidad, nos permite interpretar las oportunidades de mejora y el momento de llevarlas a cabo con el fin de continuar con el desarrollo de nuestra profesión.

PALABRAS CLAVE: CONTRATO Gestión, SERVICIOS CENTRALES, INDICADORES

668 | Sistemas de Gestión

EL PRECIO DE UN DENTISTA

Montero-Balosa, E (1), García-Palma, A (2), Parrales-Carneiro, M (3), Millán-Bravo, F (4), Nieto-Reinoso, A (5)

(1) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Sistema de Información, Servicio Andaluz de Salud. (2) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Odontología., Servicio Andaluz de Salud. (3) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Sistema de Información., Servicio Andaluz de Salud. (4) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Dirección de Salud., Servicio Andaluz de Salud. (5) Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla Norte. Dirección Gerencia., Servicio Andaluz de Salud.

OBJETIVOS: En este estudio hemos analizado la actividad de los Odontólogos del Distrito Sanitario Sevilla Norte, durante un período de 3 años, desde el punto de vista de su trabajo con la población beneficiaría del Talón de Asistencia Dental Andaluz (TADA). Esta actividad en el caso de ser realizada por un dentista habilitado recibiría a cambio 36€ niño/año, por la Consejería de Salud. Por último, en dicho período,tan solo hubo la apertura de una nueva clínica pública, mientras que el número de consultas privadas permaneció constante.

MATERIAL: Nos hemos basado en los registros de actividad proporcionados por cada dentista de forma mensual al Distrito Sevilla Norte.

RESULTADOS: 1.En el período 2007-2009, la demanda de consulta por TADA se ha ido incrementando de 3587 a 5472, lo que supone un aumento del

2.Existe un grado de aceptación alto a ser atendido en consulta pública en nuestro Distrito, ya que se atendió en total en el último año al 17% de la población total, susceptible de TADA .

3.Transfiriendo el valor de cada TADA a dinero, la Consejería ahorró con el trabajo de sus dentistas públicos en el Distrito Sevilla Norte en 2009 196.992€.

CONCLUSIONES: a.La población demanda cada vez más asistencia por los servicios de Atención Primaria.

b.Los dentistas públicos mediante el desarrollo de sus funciones consiguen ahorrar una cantidad importante de dinero, a la Consejería de Salud.

c.Potenciar las consultas públicas está justificado tanto desde un punto de vista asistencial como económico.

d.La actividad de un dentista público, no solo no es gravosa para el sistema, sino que es barata.

PALABRAS CLAVE: TADA, Odontólogo, Precio

674 | Sistemas de Gestión

LA ENTRADA DE LA CULTURA ISO EN UN HOSPITAL Y SU EFECTO CONTAGIO

Nogueira-Fariña J (1), Abalo-Martínez S (2), Estevez-Rial E (1), Gomez-Amoedo S (1), Losada-Fernández JA (1), Torres-García C (1)

(1) Complexo Hospitalario de Pontevedra, SERGAS. (2) Complexo Hospitalario de Pontevedra, SERGAS.

OBJETIVOS: Con este trabajo pretendemos demostrar que la implantación de una norma ISO en el área de Recursos Económicos de nuestro Complexo propició que otros Servicios y Unidades se mostraran interesados en su implantación. Muchos de ellos están ya certificados.

MATERIAL: Este estudio se elaboró teniendo en cuenta los datos contenidos en la documentación del Sistema de Gestión Integrado del CHOP.

RESULTADOS: - Año 2005: Aprobación de un plan de implantación de ISO 9001 en el Servicio de Suministros conforme al proyecto corporativo Aproviso 9mil y elaboración de la documentación del Sistema de Calidad.

- Año 2006: Implantación del Sistema en los Servicios de Suministros y Gestión Económica.

- Año 2007: Auditoria interna y certificación por parte de AENOR de los servicios de suministros y gestión económica.

- Año 2008: Inicio de la implantación con recursos propios en áreas asistenciales. Certificación de las unidades de Archivo de Historias Clínicas, Documentación y Codificación.

- Año 2009: Certificación del Servicio de Microbiología y la Central de Esterilización. Elaboración del Manual Integrado de Gestión ISO 9001- ISO 14001. Implantación ISO 14001.

- Año 2010: Auditoría de certificación ISO 14001. Trabajos para la implantación en 3 nuevos servicios asistenciales

CONCLUSIONES: A partir de un proyecto corporativo destinado a los Servicios de Suministros del Servicio Gallego de Salud, las normas ISO se extendieron por el Complejo Hospitalario consiguiendo la certificación de 7 Servicios y Unidades. Actualmente se encuentra implantada la Norma ISO 14001 y pendiente de auditoría de certificación (junio 2010). Asimismo se trabaja en la implantación de la ISO 9001:2008 en 3 nuevos Servicios y Unidades.

PALABRAS CLAVE: iso, hospital, contagio

OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA CARGA DE TRABAJO ASISTENCIAL EN UNA UCI

Rodríguez Arce MC (1), Benítez Ruiz L (1), Navarro Pantojo G (1), Sierra Camerino R (1), Bendicho López MJ (1), Pedraza López S (1)

(1) UCI, SAS.

OBJETIVOS: Conocer la opinión del personal de enfermería sobre la carga de trabajo y el apoyo entre el equipo de trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos.

MATERIAL: Diseño: Encuesta transversal (traducción de la HSPSC de la AHRQ). Ámbito: UCI polivalente. Sujetos: Personal de enfermería. Periodo de estudio: abril y mayo 2009.

RESULTADOS: Cumplimentaron la encuesta 50 profesionales (62% eran Enfermeras y 38% eran Técnicos sanitarios) Todos opinaban que el grado de seguridad de la unidad era aceptable (6/10). Principales respuestas a las preguntas de: 1) ¿El personal se apoya mutuamente?: Sólo el 50% del personal opinaba que si. 2) ¿Hay suficiente personal para afrontar las cargas de trabajo?: Contestaron que no el 68% de los entrevistados. 3) ¿Cuando tenemos mucho trabajo colaboramos todos en equipo para poder terminarlos? y 4) ¿A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque las jornadas de trabajo son agotadoras?:El 66% del personal de enfermería contestó que sí en ambas. 5) ¿A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal?: Muchos (>70%) opinaban que estaban de acuerdo. 6) ¿Cuándo alguien está sobrecargado suele encontrar ayuda en sus compañeros de trabajo?: El 68% de los profesionales pensaban que sí.

CONCLUSIONES: Más de la mitad del personal de enfermería de nuestra UCI piensa que tienen excesiva carga de trabajo, y que a veces no se puede proporcionar mejor atención al paciente por lo agotadoras que son las jornadas, siendo el 70% los que opinan que hay demasiadas sustituciónes, y en la misma proporción, se encuentran apoyados por sus compañeros para poder terminar la sobrecargada jornada laboral.

PALABRAS CLAVE: Cargas de trabajo, UCI

EXPERIENCIAS PRÁCTICAS EN EL USO DE VIDEOCONFERENCIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA GESTIÓN

López-Álvarez XM (1), Otero-Díaz M (1), Barreiro Díaz MV (2), Iglesias-Vázquez JA (3)

(1) Servicio de Tecnoloxía e Sistemas da Información, F.P.U.S de Galicia - 061. (2) Dirección asistencial, F.P.U.S de Galicia - 061. (3) Dirección, F.P.U.S de Galicia - 061.

OBJETIVOS: Evaluar las primeras experiencias de videoconferencia en el servicio de urgencias 061 de Galicia.

MATERIAL: La FPUS Galicia-061 tiene 11 sedes repartidas en 7 ciudades de la comunidad.

En este servicio se realizan reuniones periódicas entre los jefes de base, la Dirección y diferentes comisiones (formación, calidad, investigación y docencia y otras), integradas por personal de las diferentes sedes.

Se considera que utilizando tecnología actual y asequible (Microsoft Office Communication Server) se obtienen mejoras importantes en la gestión y económicas (la inversión se recupera en menos de un año).

Se ha utilizado el software OCS R2 (Office Communication Server). En los PC de los usuarios se han utilizado Webcams y auriculares con micrófono. Se cuenta con dos tipos de licencia OCS: estándar, para videoconferencia normal y Enterprise para multiconferencia.

Asimismo se cuenta con un equipo Polycom CX500. Es una cámara web sofisticada, que permite participar en una conferencia a las personas sentadas alrededor de una mesa.

Para el cálculo económico se ha utilizado Excel.

RESULTADOS: Con una inversión muy pequeña y en un tiempo mínimo se ha desplegado una infraestructura en todas las sedes.

Este trabajo es posible gracias a elementos previos: la red de comunicaciones de la Consellería de Sanidad que conecta todos los centros; la existencia de una plataforma de software y servidores para desplegar el proyecto de comunicación unificada; el equipo de personas que se dedica a gestionar dicho proyecto.

Utilizando tecnología asequible y ubicua se obtienen ahorros en coste evidentes, y se mejora notablemente la comunicación, tanto horizontal (equipos de trabajo, comunicación social) como vertical (comunicación entre Dirección y profesionales).

CONCLUSIONES: En un ámbito puramente económico, considerando simplemente el ahorro en dietas, todo el proyecto se paga con sólo 6 SESIONES de videoconferencia múltiple en vez de reuniones presenciales equivalentes.

Otros beneficios:

-Se evitan riesgos de siniestralidad en accidentes de tráfico.
-SESIONES de formación guiadas en las que un moderador presenta información audiovisual (videos y presentaciones).
-Dichas SESIONES se pueden grabar, generando documentación reutilizable para formación.
-Mejoras en gestión. Reuniones más frecuentes. Obtener "cara a cara" entre Dirección y el equipo. Hacer Dirección más accesible.
-Mejoras en interacción social. La tecnología permite uso dual (personal / profesional) sin coste extra.
-Mejoras en calidad de vida: Se evitan desplazamientos, que a veces ocupan más tiempo que las propias reuniones.

PALABRAS CLAVE: Videoconferencia, OCS, Teletrabajo

711 | Sistemas de Gestión

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL: TRAYECTORIA Y EVOLUCIÓN DE UNA DÉCADA

Martínez-Espiñeira J (1), Fernández-López AM (1), Pesado-Cartelle JA (1), Millor-Sanesteban B (1), Acevedo-Prado A (2)

(1) Unidad de calidad, Área Sanitaria de Ferrol. (2) Dirección, Área Sanitaria de Ferrol.

OBJETIVOS: Generales.-

1.- Revisar la evolución en el Sistema de Gestión de Calidad del ASF en la última década, atendiendo a los sucesivos cambios en la norma ISO y en la organización, desde su implantación en el Complejo Hospitalario hasta la conversión en el Área Sanitaria de Ferrol, unificando los dos niveles asistenciales.

Específicos.-

1.- Estudiar el histórico de la implantación del Sistema de Calidad (Plan de Calidad 1997).

2.- Implantación de la Norma ISO 9001 / 9002 / 9003

3.- Adaptación de la Norma ISO al CHAMPS. ¿Cómo se hizo?

4.- Manual de Calidad, Procedimientos Generales del Sistema de Calidad (1988-1999): Primeros pasos

5.- Adaptación a los cambios de la ISO 9001:2000

6.- Orientación hacia la Mejora Continua y Satisfacción del Cliente

7.- Conversión en Área Sanitaria. ¿Cómo se transforma el Sistema de Calidad?

8.- Revisiones del SGC en la última década

9.- Auditorías Internas y Externas

MATERIAL: Estudio observacional, longitudinal, descriptivo, documental y retrospectivo.

-Revisión de toda la documentación existente en los trece últimos años.

-Revisión de auditorias internas y externas

-Revisión de actas de las reuniones con servicios certificados.

-Revisión de conclusiones del Consejo de Calidad de los últimos diez años.

-Revisión de la evolución de la Norma ISO y su aplicación al ámbito del ASF.

-Evaluación de los Planes de Formación en Calidad implantados en el ASF y encuestas de satisfacción.

RESULTADOS: -En el momento actual el ASF tiene certificados cuatro servicios con la Norma ISO 9001:2008

-La motivación e implicación de estos servicios certificados al trabajar con un Sistema de Gestión de Calidad es muy alta, así como la de los servicios clientes

CONCLUSIONES: -Debemos continuar trabajando en la adecuación y formación de los diferentes servicios del ASF, ya que se ha demostrado la eficacia de este sistema.

-Debemos encaminarnos hacia la Universalización del Sistema de Gestión de Calidad en el ASF.:

-Inclus

PALABRAS CLAVE: Trayectoria, Certificaciones, Mejora

715 | Sistemas de Gestión

UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA N.S.I. EN LA VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Martín González J (1), Mariñas Placer MD (1), Martínez Espiñeira J (2), Fernández López A.M. (2), Calderón De Arriba A. (3)

(1) Servicio Subministros, Área Sanitaria de Ferrol. (2) Unidad de Calidad, Área Sanitaria de Ferrol. (3) Dirección de Recursos Económicos y Servicios Generales, Área Sanitaria de Ferrol.

OBJETIVOS: 1.- Realizar una medición fiable y estadísticamente relevante de la satisfacción de clientes del Sº Subministros del Área Sanitaria de Ferrol

2.- Comparar los resultados de la encuesta convencional previa con media en % de resultados con los obtenidos utilizando la técnica N.S.I.

MATERIAL: - Encuesta estructurada de 14 ítems, comparando nivel de importancia y satisfacción reportada en una escala de 1 (poco importante/ poco satisfactorio) a 10 (muy importante/ muy satisfactorio), más una pregunta abierta de quejas y/o sugerencias. Se adjunta

RESULTADOS: - Los resultados obtenidos a través de la valoración media y de la valoración por la técnica NSI concluyen el nivel de satisfacción de los usuarios, siendo dicho nivel ALTO salvo en la cuestión 4 (Nivel malo)

- Los resultados obtenidos a través de la gráfica de dispersión demuestran que la correlación entre las dos variables (importancia – satisfacción) SI es representativa para tomar medidas de medición y/o control.

CONCLUSIONES: La Técnica N.S.I. utilizada conjuntamente con la gráfica de dispersión se muestran como una herramienta fiable y útil con gran reporte informativo para el Servicio de Subministros.

El Servicio de Subministros establecerá indicadores para mantener ese nivel de satisfacción Alto.

El Servicio de Subministros publicó el informe de la encuesta de satisfacción en la Intranet del ASF, para que todo el personal pudiera ser conocedor de los resultados finales.

PALABRAS CLAVE: Evaluación, Satisfacción, Mejoras

PROYECTO DE BIBLIOTECA DIGITAL EN LA FEGAS

Gómez-Ruiz R (1), Pérez-Rodríguez U (2), Galego-Feal P (3), López-Vaamonde M (2), Grela -Piñeiro RA (2), Villaverde-Gomez MA (2)

(1) Responsable de la Unidad de Desarrollo e Innovación de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (2) LA Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Servicio Gallego de Salud. (3) Director de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, SERGAS.

OBJETIVOS: Implementación de un SIGB que permita al los alumnos de la FEGAS acceder a la documentación de los cursos que realizan de una manera rápida y dinámica a través de Internet.

Reducir a cero el importante gasto en papel, organizar el extenso archivo así como la nueva documentación que se genera en la FEGAS para almacenarla de una manera estandarizada y totalmente recuperable por los profesionales sanitarios para su mayor aprovechamiento y difusión.

MATERIAL: Para la implementación de una Biblioteca Digital primero se analizó el material de la Escuela y se estudió el programa que mejor se ajustase a sus requerimientos, siempre con las necesidades de los usuarios como guía principal.

Tras la implantación del programa, y el desarrollo de un sistema de login integrado en el directorio activo del SERGAS, se procede al trabajo de catalogación y puesta a disposición de los usuarios de la documentación de las actividades de la FEGAS, permitiendo su búsqueda mediante diversos criterios, como título, autor, materia o código de curso.

RESULTADOS: Desde su implantación, más de 3.000 usuarios de media entran cada mes en la Biblioteca para descargar la documentación de los cursos que realizan, otro tipo de usuarios son profesionales sanitarios que buscan información relevante del campo al que pertenecen. Actualmente, más de 6.000 documentos están a disposición de los usuarios, todos en formato estandarizado.

El ahorro económico de la Escuela ha sido directo, pasando a un gasto 0 en papel; en el pasado, imprimir la documentación de cada curso suponía un elevado coste, además, el formato digital aporta otras ventajas de indización, ahorro de espacio y mayores posibilidades de acceso y difusión.

CONCLUSIONES: La FEGAS tiene una enorme cantidad de información de incalculable valor para los profesionales sanitarios, que hasta que se implantó la Biblioteca Digital apenas era aprovechado, tan sólo por una minoría que accedía a los cursos, y tampoco lo hacían de una manera eficaz.

Esta herramienta permite también un apoyo al docente y a los alumnos, que disponen de un canal de comunicación de documentos de cualquier tipo (vídeos, PDFs, archivos sonoros…), al que pueden acceder en cualquier momento y desde cualquier lugar.

La digitalización y puesta a disposición de los usuarios de la información aporta un valor añadido a la Escuela, conteniendo de una manera estandarizada y accesible la esencia de la institución, el material formativo.

PALABRAS CLAVE: SIGB, BIBLIOTECA, DIGITALIZACIÓN

CALIDAD EN LA RELACIÓN INTERPERSONAL ENFERMERA-PACIENTE

Pena Meilán MC (1), Novo Teijeiro MC (2), Quiroga Mariño MJ (3), Ramiro Fernández JM (4)

(1) Docencia, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (2) EUE, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (3) Calidad, Complexo Hospitalario Xeral-Calde. (4) Informática, Complexo Hospitalario Xeral-Calde.

OBJETIVOS: Disminuir el sufrimiento físico y emocional de los niños superando las barreras de la comunicación.

Mejorar el conocimiento de la práctica para que los niños puedan ser tratados como sujetos y a los padres se les pueda facilitar su papel de padres.

MATERIAL: Revisión de recursos bibliográficos sobre la atención a los padres en las unidades Pediátricas y el estrés que produce la hospitalización en los niños.

RESULTADOS:

Para fomentar una relación positiva con los pacientes infantiles es necesario establecer una relación de empatía con el niño y la familia; utilizar la intuición y la sensibilidad y adoptar posiciones en la información y resolución de dudas, desmitificando falsas creencias respecto a la enfermedad.

CONCLUSIONES: Es fundamental establecer una relación positiva ayudando al niño y a su familia a identificar lo que más le preocupa de su proceso; reforzando los progresos conseguidos por el paciente infantil; evitando actitudes negativas que generen sentimientos de culpabilidad; facilitando y utilizando actitudes de escucha activa y animando al niño a realizar actividades que resulten agradables y de su interés.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD, INFORMACIÓN, RELACIÓN

836 | Sistemas de Gestión

LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ¿CÓMO HACERLA LLEGAR A LOS PROFESIONALES?

Touriño Miguez,E (1), Rodríguez Lozano,Mª I (2), Rodríguez Martínez, A (3)

(1) Dirección Enfermería, Hospital San Rafael-A Coruña. (2) Nefrología, Hospital San Rafael-A Coruña. (3) Dirección Asistencial, Hospital San Rafael-A Coruña.

OBJETIVOS:

-Promover y liderar el programa de calidad acorde con los objetivos estratégicos del centro.

-Impulsar el desarrollo de responsabilidades inherentes a cargos directivos , mandos intermedios.

-Impulsar la participación de las personas en la política de calidad del centro.

-Impulsar la promoción y desarrollo de los profesionales

MATERIAL: -Funcionamiento de un equipo de trabajo como eje central de la

Gestión de calidad.

-Implantación y seguimiento de normas, procedimientos, protocolos y documentos clínicos e informatización de los mismos.

-Participación de los profesionales a través de

RESULTADOS: -Papel de la alta dirección ejerciendo liderazgo y fomentando una cultura organizativa participativa dentro de la empresa a través de los grupos de trabajo y los canales de comunicación.

-Desarrollo de la gestión por procesos dentro del ámbito hospitala

CONCLUSIONES:

La información clara, directa y continúa a los profesionales ha facilita su participación e implicación en la política de Calidad del Centro.

PALABRAS CLAVE: Liderazgo

863 | Sistemas de Gestión

CERTIFICACIÓN ISO EN CENTROS DE SALUD (CEDESISO)

Lago-Deibe Fl (1), Charle-Crespo MA (2), Novoa-González J (3), Delfín-Vázquez M (4), López-Vilar L (5), Domínguez-Sardiña M (6)

(1) XAP Vigo, SERGAS. (2) CS Porriño, SERGAS. (3) CS Nicolás Peña, SERGAS. (4) CS Doblada, SERGAS. (5) CS Teis, SERGAS. (6) CS Sárdoma, SERGAS.

OBJETIVOS: Describir el proceso llevado a cabo para la elaboración de un sistema de gestión de calidad certificable en 5 centros de salud del área de Vigo.

MATERIAL: Se constituyó un grupo multidisciplinar constituido por un médico, un enfermero y un no sanitario de cada uno de los 5 centros de salud (Teis, Sárdoma, Nicolás Peña, Porriño y Doblada), el responsable de calidad de la Gerencia y un consultor externo contratado. Se planificaron reuniones de una mañana completa cada dos semanas durante un año, con intervención de los estamentos profesionales en función del contenido de cada reunión.

Se describieron todas las actividades a realizar en los 5 centros para elaborar el MAPA de procesos. Posteriormente se fue trabajando el desarrollo documental de los diversos procesos e instrucciones cuya versión se aprobaba al inicio de cada reunión. Al final se convocó a los Jefes de Servicio, Unidad y Coordinadores de Servicio para elaborar el mapa de indicadores y el cuadro de mandos.

RESULTADOS: Se describieron y documentaron 16 procesos y 23 instrucciones que incluyen todas las actividades desarrolladas en los centros, tanto administrativas como asistenciales y de apoyo, con exclusión de docencia, pregrado y postgrado, e investigación. Para el seguimiento de los procesos se elaboraron 46 indicadores, de los cuales 33 constituyen el cuadro de mandos. El desarrollo del proceso se incluyó dentro del protocolo de actividad para estos 5 centros. Al cabo de año y medio se procedió a una auditoría interna que demostró, de manera global para los centros y la XAP de Vigo, 68 no conformidades y 17 observaciones. Al cabo de 5 meses estaban cerradas todas menos 6-9 (según los centros).

CONCLUSIONES: Pendiente de realizar la auditoría externa certificadora, el proyecto ha permitido estandarizar y ordenar la mayoría de las actividades a realizar en los centros de salud mejorando la cultura de gestión de calidad en los mismos.

PALABRAS CLAVE: Certificación ISO, Gestión de calidad, Atención Primaria

INNOVACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD GLOBAL DE COMARCA EKIALDE, SEGÚN NORMA ISO 9001-2008

Silvestre-Busto C (1), González-Lombide E (1), Retes-Saratxaga A (2), Esparza-García E (1), Bustinduy-Bascarán A (1)

(1) Comarca Ekialde, Osakidetza. (2) Hospital Donostia, Osakidetza.

OBJETIVOS: -Mejorar los resultados implantando acciones que supongan una mejora para el ciudadano y para la gestión de la Comarca.

-Desplegar el proceso operativo "Servicio al Cliente" desde Comarca a todas las UAP de forma homogénea, sencilla y adaptada a la opera

MATERIAL: Diseño del proyecto y estudio de coherencia con el sistema pre-existente.

Formación a los JUAP y al equipo de trabajo.

Definición del sistema: misión, alcance, responsabilidades, mapa del proceso, actividades e interacciones, documentación crítica, mediciones y registros.

Implantación del sistema: Formación en los centros sobre el nuevo enfoque y sus ventajas.

Evaluación del Sistema: Creación y formación del equipo multidisciplinar de auditores internos (JUAP y Dirección). Auditorías internas. Auditoría externa y certificación.

RESULTADOS: - Certificación de Alcance Total de todas las UAP, bajo la norma ISO 9001:2008.

- Desarrollo de un sistema de gestión de las UAP coherente e integrado con Comarca, orientado a resultados y coordinación.

- Generación de una importante fuente de aprendiz

CONCLUSIONES: Innovar supone romper con lo anterior, desaprender y favorecer los cambios drásticos.

Nuestra iniciativa, ha supuesto romper con el sistema ISO 9001 desarrollado hasta la fecha, desaprender los hábitos adquiridos que no aportaban valor y favorecer el cambio de enfoque hacia un sistema más eficiente, coherente, sencillo y satisfactorio para toda la Comarca.

PALABRAS CLAVE: innovación , sistema de gestión de calidad global , norma iso 9001-2008

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SERVICIO "MERIENDA-CATERING"

Pérez-Izaguirre I (1), Garabal-Vázquez A. (1), Ferreira-Barragans F (2), Pérez-Vázquez V. (3)

(1) Servicio Alimentación, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (2) servicio Alimentación, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (3) Enfermería, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza.

OBJETIVOS: Diseñar un sistema para el servicio de merienda que cumpla los siguientes requisitos:

- Que deje de ser una toma rígida y con horario establecido pasando a poder realizarse en el momento que el paciente lo desee.

- Que no suponga una merma en la calidad valorada por el paciente y que sea más atractiva.

- Que facilite el trabajo en la cocina y su distribución, haciendo que sea concordante a la importancia de la toma. En lo posible que libere tiempo y recursos aprovechables para otras táreas.

- Que no suponga un incremento de coste directo inasumible

MATERIAL: - Obtención de datos de nuestros pacientes a través de encuesta sobre hábitos de ingesta de merienda.

- Diseño del contenido y formato de las meriendas-catering para diferentes dietas. Análisis de costes.

- Implementación del sistema y evaluación

RESULTADOS: La valoración de los pacientes en las encuestas de satisfacción fue favorable en más del 80%. Se redujo la carga de trabajo del turno de tarde en más del 30% con un importante ahorro económico constatándose, además, otros ahorros de costes indirectos.

CONCLUSIONES: El sistema de merienda-catering es bien aceptado por los pacientes, aportando claras ventajas tanto económicas como organizativas.

PALABRAS CLAVE: calidad, satisfacción, ahorro

961 | Sistemas de Gestión

CERTIFICACIÓN DE FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA SEGÚN UNE-CWA 15896 GESTIÓN DE COMPRAS DE VALOR AÑADIDO

Muñoz-Machín I (1), Peñalva-Segura PJ (2), Bermejo-Guerra M (1), Antoñanzas-Moreno P (1), Jiménez-Lacarra V (1), Benito-García P (3)

(1) Unidad Logistica, Fundación Hospital Calahorra. (2) Dirección ECONOMICO FINANCIERA y ServicioS Genreales, Fundación Hospital Calahorra. (3) Unidad Calidad, Fundación Hospital Calahorra.

OBJETIVOS: La Norma UNE-CWA 15896 Gestión de compras de valor añadido es una transposición de la normativa de compras europea publicada en su versión española en abril del 2010. Constituye el primer estándar supranacional en el ámbito de las compras y tiene un objetivo claro: mejorar la gestión de estas áreas para optimizar recursos, impulsar la competitividad y la eficiencia, reducir costes y, por ende, impulsar los beneficios de la organización que la aplique.

La normativa europea de compras explica cómo organizar un departamento de compras para obtener su mejor rendimiento, alineado con los objetivos globales de la organización. Recoge, también, cómo articular las relaciones con los proveedores desde un punto de vista estratégico y táctico, de forma que se establezca un vínculo que permita que ambas partes apuesten, de forma conjunta, por el desarrollo de sus organizaciones. Por último, explica cómo orientar las acciones del departamento hacia una mejora continua, sin dejar de lado cuestiones medioambientales, éticas o de sostenibilidad.

MATERIAL: Fundación Hospital Calahorra ha utilizado dicho estándar para adecuar sus procedimientos y procesos de compras a las exigencias de las normativas europeas de compras.

RESULTADOS: En mayo de 2010 DNV certifica a Fundación Hospital Calahorra según la norma UNE-CWA 15896 Gestión de compras de valor añadido. A lo largo del póster se exponen las adaptaciones que han sido requeridas en los procesos logísticos del hospital.

CONCLUSIONES: Esta normativa contribuye a la excelencia en la gestión de las organizaciones sanitarias ya que les dota de unos criterios comunes para calibrar su nivel en la gestión de compras, definir un proceso de mejora continua y comparar los diferentes procesos que se aplican en las organizaciones con una referencia a nivel europeo.

PALABRAS CLAVE: Compras, Valor, Norma

962 | Sistemas de Gestión

MÁSTER EN LEAN PARA ORGANIZACIONES SANITARIAS. PILOTAJE DE FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA.

Muñoz-Machín I (1), Ruíz U (2), Simón J (3), Benito-García P (4), Peñalva-Segura PJ (5), González-Rodríguez JI (6)

(1) Unidad Logistica, Fundación Hospital Calahorra. (2) Instituto Evaluación Sanitaria Universidad Complutense Madrid, Instituto Evaluación Sanitaria Universidad Complutense Madrid. (3) Director Instituto, Instituto Evaluación Sanitaria Universidad Complutense Madrid. (4) Unidad Calidad, Fundación Hospital Calahorra. (5) Dirección ECONOMICO FINANCIERA y ServicioS Genreales, Fundación Hospital Calahorra. (6) Unidad Recursos Humanos, Fundación Hospital Calahorra.

OBJETIVOS: Dado que la Fundación Hospital Calahorra (FHC) lleva trabajando con el enfoque de Gestión Lean desde hace varios años y es pionera en España, el Instituto de Evaluación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid le ha invitado a participar como Socio en un proyecto europeo para la creación de un Máster en Lean para Organizaciones Sanitarias. En este proyecto participa Irlanda, Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Grecia y España.

El Objetivo de este proyecto europeo EFLTHO (European Framework for Lean Training in Healthcare Organisations - Marco Europeo para la Formación en Gestión Lean de Organizaciones Sanitarias) es diseñar un Programa Máster en Gestión "Lean" en el Sistema Sanitario, dirigido a los profesionales que trabajan tanto en los servicios clínicos como en los administrativos.

MATERIAL: LEAN como concepto, se refiere a conseguir que las organizaciones sean más productivas y más eficientes, en otras palabras, ser capaces de hacer más utilizando menos recursos. La metodología LEAN implica la eliminación sistematice de todas aquellas actividades que no añadan valor (es decir, el MUDA -todo aquello que no beneficia ni al usuario ni a la institución, como es trabajo duplicado, exceso de existencias almacenadas, esperas, demasiadas acciones, etc.-) a los procesos críticos.

Aunque la aplicación de la metodología "Lean" al sector sanitario es relativamente reciente, cuenta con el aval de organizaciones tales como el National Health Service (NHS) de Reino Unido y el Hospital pionero a nivel mundial, el Virginia Mason Medical Center de EE.UU.

RESULTADOS: 42 profesionales de FHC han participado en este Proyecto Europeo para la creación de un Máster en Lean para organizaciones sanitarias. FHC ha pilotado dos unidades relacionadas con los sistemas de información sanitarios y los enfoque opcionales para mejorar la Calidad de los Sistemas de Salud.

A lo largo del póster se exponen como ha sido este pilotaje y las aportaciones realizadas.

CONCLUSIONES: Una vez completado el desarrollo del Máster, éste será traducido a los idiomas de los países participantes para su utilización por los socios del Proyecto, Universidades y Organizaciones Sanitarias, que serán las referencias a nivel tanto Nacional como Europeo para la implantación/asentamiento de una Gestión Lean normalizada en los Sistemas Sanitarios Europeos.

Para más información sobre el proyecto EFLTHO, consultar el enlace http://webgererator.com/efltho/index.php.

PALABRAS CLAVE: Master, Lean, Europa

977 | Sistemas de Gestión

SISTEMA DOCUMENTAL SEGÚN NORMA ISO 9001:2008 DEL ÁREA DE FARMACOTECNIA DE UN SERVICIO DE FARMACIA

Gómez-Tijero N (1), Idoipe A (1), Abad R (1), Vela MI (2), Agustín MJ (1), Carcelén J (1)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: Establecer el sistema documental del área de farmacotecnia adecuándolo a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 necesario para la certificación de este área y como punto de referencia para la extensión del sistema al resto de las actividades del servicio de farmacia (SF).

MATERIAL: La elaboración de la documentación es una etapa clave en la implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) por lo que se procedió a elaborar en el propio SF, sin la ayuda de ninguna consultora externa, la documentación necesaria que sirviera de base para el SGC, según los criterios de la norma. Se elaboró un mapa de procesos del área de farmacotecnia del SF y se determinaron los documentos necesarios para garantizar que estos procesos se lleven a cabo bajo condiciones controladas; los documentos debían plasmar la forma de trabajar del SF así como la información que permite conocer el desarrollo de todos los procesos. Se analizó la documentación existente para conocer la situación con respecto a la exigida en la norma y establecer los documentos necesarios no disponibles hasta ese momento.

Se impartieron talleres de formación al personal sobre la importancia de la implantación de un SGC y el papel de la documentación en el logro de esta.

RESULTADOS: La norma exige como mínimo: un manual de calidad, procedimientos documentados generales y operativos, formatos, registros y un plan de calidad. La documentación se clasificó siguiendo el criterio jerárquico de la pirámide contemplado en las normas ISO que ubica en el nivel más alto el Manual de Calidad, en el segundo nivel los procedimientos y en el tercero las instrucciones, registros, especificaciones y otros documentos. Tras el análisis de la documentación existente, se observó que se disponía de un número considerable de procedimientos operativos, concretamente los que exige el RD 175/2001 sobre las normas de correcta elaboración y control de calidad en farmacotecnia, por lo que se procedió a elaborar la documentación restante. Todo el personal tomó conciencia de la importancia de la cumplimentación de los registros y contribuyó a la misma.

El grupo de mejora elaboró un manual de acogida al SF por considerarse prioritario debido a la elevada rotación del personal.

CONCLUSIONES: Tras el estudio exhaustivo y análisis de los requisitos contemplados en la norma ISO 9001:2008, se elaboró la documentación del área de farmacotecnia, que servirá para la certificación de esta área. El sistema documental ha involucrado a todo el personal en el la mejora continua y facilita la compleja tárea de implantación de las normas ISO.

PALABRAS CLAVE: ISO9001:2008, Farmacia, Acreditación

1018 | Sistemas de Gestión

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA DE MEDICAMENTOS (SADME) EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO

Amarante-Fente C (1), Otero- Ordoñez J (2), Castro-Martiño L (3), Morlán-Vieites R (4), Rey-Castro (5), Álvarez-Vilariño D (6)

(1) Servicio de Farmacia, SERGAS. (2) Servicio de Medicina Interna, SERGAS. (3) Servicio de Neumologia, sergas. (4) Supervisión tarde-noche enfermería, Sergas. (5) Suministros, Sergas. (6) Quirofano, Sergas.

OBJETIVOS: -Describir el proceso de implantación

-Evaluar las ventajas que aporta al equipo asistencial y al paciente.

MATERIAL: El bloque quirúrgico se inauguró en Octubre de 2008, cuenta con 8 quirófanos distribuidos en dos plantas y una unidad de cirugía mayor ambulatoria.

Para su puesta en marcha y en colaboración con el Servicio de Farmacia (SF), se estudia la disponibilidad del soporte técnico/informático: elección del número, tipo y capacidad de los armarios; se definen stocks máximos y mínimos, frecuencia de reposición, distribución de cargas de trabajo y planificación del circuito.

Para la evaluación del sistema se realiza una encuesta de satisfacción a los usuarios.

RESULTADOS: Se eligió el MedStation 3500 (Pyxis); consta de 3 armarios situados en la zona general y 8 armarios de menor capacidad dentro de cada uno de los quirófanos, que se reponen diariamente (excepto festivos) en horario de tarde, por una auxiliar del SF. Un farmacéutico revisa las incidencias generadas con el fin de garantizar la dispensación en los pacientes programados.

El SDAME está conectado con el sistema informático del servicio de admisión, lo que permite asignar a cada paciente la medicación que se retira. El tiempo empleado en la implantación del sistema (incluyendo aspectos técnicos, logísticos y de formación del personal) fue de 30 días, previos a la puesta en funcionamiento de los quirófanos.

Como principales ventajas destacamos: reducción de tiempos de distribución, optimización de pedidos, trazabilidad y control de caducidades y ajuste del inventario a la demanda real.

La encuesta de satisfacción a usuarios, con una participación del (70%), tiempo trabajado superior a los 30 días (91%) valoran que: la formación recibida se ajusta a las necesidades (77%) y la utilización del sistema como fácil (84%); para el 42 % el sistema supone más ventajas que inconvenientes frente al sistema convencional. Ventajas más significativas: orden (61%), accesibilidad (10%) y prevención de errores (10%); como inconveniente, el mayor tiempo en la retirada de medicamentos (87%).

CONCLUSIONES: 1.-El SDAME demuestra ser una beneficiosa herramienta de gestión clínica, proporcionando información sobre la utilización de medicamentos.

2.- Las ventajas que nos aporta compensan los recursos invertidos.

3.- Se precisa implementar medidas que incrementen el porcentaje de aceptación y validez del sistema en el personal facultativo y DUE.

PALABRAS CLAVE: seguridad, ahorro, ventajas

1045 | Sistemas de Gestión

REPERCUSIÓN DE LA RECOGIDA Y TRASLADO DE MUESTRAS SOBRE LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL CULTIVO DE ORINA

Villanueva R (1), Candia B (2)

(1) Servicio Microbiología, CHUAC-SERGAS. (2) Unidad de Calidad, CHUAC-SERGAS.

OBJETIVOS: Este estudio pretende identificar el rendimiento de los cultivos de orina, enfocado a la utilidad del resultado para el diagnóstico y/o tratamiento del paciente.

MATERIAL: El estudio microbiológico de muestras de orina representa un 30% del volumen de trabajo del Servicio de Microbiología.
Se contemplan los estudios solicitados desde todos los centros de Atención Primaria de un Área sanitaria. Se recogen los factores que intervienen en el traslado de muestras: desde la recogida de la muestra por el paciente, hasta la rececpión en el Servicio de Microbiología.
Con un diagrama de flujo se identifican los puntos críticos que pueden afectar al rendimiento diagnóstico de la muestra. Uno de los factores más importantes tiene que ver con la conservación de la muestra y con el tiempo que transcurre desde su obtención hasta su procesado. Las muestras se recepcionan en el Laboratorio del Área; se extraen de las neveras y son trasladadas a la recepción de Microbiología, para validación y registro, iniciando el procesado.
Se analizan las muestras de enero 2003 a diciembre 2008. Se identifica la procedencia de las muestras por centro, año de solicitud y, resultado del estudio microbiológico.
Se determina: frecuencia de orinas contaminadas, global y or Centro y año.
Se crea una base de datos "ad hoc", Se analizan los datos en el paquete estadístico SPSS v.16, cuantificando: nº orinas recibidas por año y Centro, porcentaje de orinas contaminadas. Tendencia.

RESULTADOS: El tiempo mínimo estimado de traslado desde el centro de Atención Primaria hasta el Laboratorio de Área es de 2.50 h.
Las muestras son transportadas en neveras portátiles, junto con otro tipo de muestras dirigidas a los distintos laboratorios del hospital.
El análisis de contaminación de orinas, refleja una contaminación elevada en todos los Centros, con límites que oscilan entre el 30% y 39.6 %. No se observan diferencias de porcentaje de contaminación de orina entre diferentes rutas. Desde 2003 a 2008, la evolución de los porcentajes de contaminación de orina va en ascenso. En cada uno de los centros, el porcentaje de contaminación de orinas tiende a aumentar.

CONCLUSIONES: El porcentaje de contaminación de orinas, es elevado en la mayoría de los centros, por lo que la utilidad del cultivo es baja. La frecuencia media de contaminación de orinas por centro oscila del 30-40%. Esto supone la incapacidad de utilizar el estudio para el diagnóstico del paciente.
La contaminación de las orinas tiene una tendencia a aumentar, por año, en la gran mayoría de los centros.Es un problema generalizado, afecta a todos los centros. Consideramos que es reflejo de una incorrecta actuación desde la obtención de la muestra hasta su procesado.
El IMPACTO sobre el paciente y sobre el médico solicitante, consiste en que dificulta el diagnóstico de una posible Infección urinaria; especialmente puede inducir a pautar un tratamiento antibiótico no necesario.
Sobre la organización, está provocando un consumo importante e inadecuado de recursos. Representa un volumen elevado sobre el trabajo del Servicio de Microbiología. Supone un coste en el traslado de muestras, externo e interno, y coste del procesado de la muestra, para un resultado que no permite una toma de decisión clínica, ni una ventaja para el paciente; más bien un riesgo de sobre-tratamiento. Habría que plantearse si es posible cambiar con una actuación global, así como una encuesta de la utilidad de los estudios contaminados, a los solicitantes. Sin un cambio, la ineficiencia es clara.

PALABRAS CLAVE: ORINA, CULTIVOS, CALIDAD

1058 | Sistemas de Gestión

INTEGRACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL EN BIZKAIA

López-Ortiz M (1), Matthies-Baraibar MC (1), Izarzugaza-Iturrizar E (1), Villalabeitia-Jiménez I (1)

(1) Innovación y sistemas, Red de Salud Mental de Bizkaia.

OBJETIVOS: El 22 de marzo se publica en el BOPV el acuerdo adoptado el 17 de febrero por el Consejo de Dirección de Osakidetza por el que se crea la nueva organización de servicios Red de Salud Mental de Bizkaia que supone la integración de los hospitales de Bermeo, Zaldibar, Zamudio y Salud Mental Extrahospitalaria. La integración de la asistencia especializada de salud mental tiene por objetivos: Clarificar la cartera de servicios y ofrecer mayor equidad a la ciudadanía, establecer planes de tratamiento a largo plazo, desarrollar servicios comunitarios que acerquen la asistencia al entorno del paciente y ofrecer la asistencia necesaria para minimizar el impacto de la enfermedad mental y mejorar la calidad de vida de pacientes y allegados.

MATERIAL: La integración de la asistencia en salud mental se desarrollará a través de: Implantación de un nuevo modelo organizativo basado en tres Procesos Asistenciales (Trastorno Mental Grave, Trastorno Mental Común y Atención Infanto-Juvenil). Coordinación con instituciones para establecer alianzas para el desarrollo del espacio socio-sanitario. Implantación de equipos autogestionados que conectan todos los dispositivos de la Red para la gestión de planes de tratamiento individualizados a largo plazo.

RESULTADOS: Aún no se disponen de resultados ya que el proyecto de integración acaba de iniciarse. A medio plazo se esperan mejoras en la salud mental de la población atendida, mayor calidad y seguridad de la atención, mayor eficiencia en el uso de los recursos y mayor satisfacción de profesionales y pacientes.

CONCLUSIONES: La integración de organizaciones implica evidentes ventajas para los usuarios: El paciente recibirá una asistencia uniforme con independencia de su sector de población. Será posible incluir nuevos programas acordes con las necesidades actuales (Nuevos programas de hospitalización y de soporte comunitario, atención domiciliaria, etc.) Los profesionales de la Red independientemente del dispositivo donde presten la asistencia compartirán un mismo Plan Individualizado de Tratamiento para tratar al paciente con lo que se podrán desarrollar objetivos a largo plazo con los pacientes, especialmente con los más graves. El paciente percibirá una mayor cercanía al desarrollar más servicios en la Comunidad. Al ser un único interlocutor va a ser más sencillo para la Red desarrollar las relaciones y alianzas con asociaciones de pacientes, familiares, y para dar respuesta a las necesidades de pacientes y familiares/cuidadores.

PALABRAS CLAVE: Gestión en salud, Salud mental

IMPLEMENTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA RADIOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO

Iniesta-Martínez D (1), Aguirán-Romero Lm (2), Caravaca-Alcaraz B (3), Roldán-Martínez C (1), Salmerón-Aroca JC (4), Moreno-Ros I (1)

(1) Servicio de Radiología., Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Área IX Vega Alta del Segura. (2) Dirección Médica Asistencial. Gerencia Àrea IX. Vega Alta del Segura, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (3) Dirección de Enfermería. Gerencia Àrea IX. Vega Alta del Segura, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. (4) Supervisor de Consultas Externas y Rehabilitación., Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

OBJETIVOS: En julio de 2009 se inicia en el HVLG la solicitud de pruebas radiológicas mediante el gestor de peticiones en la Estación Clínica Selene en el área de consultas externas dentro del proceso transversal de nuestra organización para la informatización de la historia clínica de los usuarios. En abril de 2010 se realiza una acción de mejora para adaptar la citación de radiología convencional a las necesidades de las consultas externas.

La solicitud de pruebas radiológicas a través del gestor de peticiones de la Estación Clínica Selene pretende una mejora de la accesibilidad de citaciones a los usuarios y una reducción de los costes al eliminar la impresión de películas radiológicas. Los cambios en el procedimiento de solicitud de pruebas suponen un reto organizativo y deben adaptarse a los Servicios implicados (para mejorar la usabilidad de los profesionales). Esta comunicación presenta los pasos dados en nuestro Hospital para incrementar la usabilidad de la herramienta con el consiguiente beneficio en la gestión de citas para los usuarios.

MATERIAL: Tras la puesta en marcha del gestor de peticiones para las pruebas en el Servicio de Radiología en Consultas Externas (julio 2009-febrero 2010) se generaron problemas por: tiempo necesario para efectuar la citación, duplicidades de cita por impresión de la solicitud o peticiones duplicadas, insuficiente adhesión a la petición electrónica, desconocimiento de los profesionales del gestor de peticiones, peticiones erróneas o incompletas. Ante estas disfunciones se realizó una acción de mejora mediante la citación automática, que disminuía los tiempos de citación y por tanto, teóricamente, mejoraría la usabilidad. La puesta en marcha de la citación automática generaba un incremento de la actividad burocrática con pérdida de adhesión a la petición electrónica, también se mantenían las peticiones duplicadas y problemas derivados de la fecha de citación automática que provocaba un deterioro del clima laboral entre los profesionales implicados en el proceso. Los problemas de la citación automática detectados fueron: incremento de táreas Administrativas por reprogramación de gran número de citas, imposibilidad de reprogramar citas pasadas, sobrecarga de agendas al introducir como visitas imprevistas urgentes aquella radiología con fecha pasada o no realizada en el momento de la consulta. Acciones de mejora: Durante el periodo febrero-mayo 2010 se desplegaron acciones de mejora para la utilización del gestor de peticiones encuadrado en la historia clínica informatizada. Captación de personal que no utiliza la historia clínica informatizada. Cambios en los circuitos de citación de la radiología convencional, consistente en la citación de radiología convencional en la propia consulta haciéndola coincidir en la medida de lo posible con la fecha de revisión de la consulta. Formación en citación al personal de consulta, a los facultativos en realización de las peticiones electrónicas y al personal de nueva incorporación de radiología sobre el gestor de peticiones.

RESULTADOS: Se presentan los datos estadísticos de la implantación del gestor de peticiones de Radiología convencional en consultas externas. En la primera etapa de la implantación se observan los siguientes resultados:Media de peticiones mensuales:285; Número de errores derivados del gestor de peticiones relacionados con pruebas ya realizadas: 73 anulaciones; Citación desde circuito erróneo: 98 petiones; peticiones duplicadas: 42. Estudios realizados procedentes del gestor de peticiones de media: 14%. Tras las acciones de mejora podemos observar: Aumento del número de peticiones electrónicas, disminución de errores de citación, nula impresión de películas radiológicas para consultas externas y mejora de la asistencia centralizando las citas de los pacientes en la misma consulta.Media de peticiones mensuales: 919.Número de errores derivados del gestor de peticiones en relación a citación desde circuito erróneo: 26 anulaciones, peticiones duplicadas: 23.Estudios realizados procedentes del gestor de peticiones de media: 38%.

CONCLUSIONES: Tras las acciones de mejora en la implantación del gestor de peticiones de pruebas radiológicas en consultas externas se ha observado un aumento del número de peticiones electrónicas, disminución de errores de citación, nula impresión de películas radiológicas para consultas externas. Nuestra experiencia con la implantación del gestor de peticiones de la estación clínica Selene está en la línea de mejorar la accesibilidad de los usuarios. Ha sido beneficiosa la gestión de las citas en la consulta solicitante, ya que disminuye el número de errores al no intervenir personal administrativo de otros servicios distintos al solicitante. Este beneficio organizativo se suma al beneficio económico y medioambiental por reducción de la impresión de películas, aspectos importantes en la toma de decisiones de las organizaciones sanitarias.

PALABRAS CLAVE: Petición , electrónica, gestión

1130 | Sistemas de Gestión

SISTEMAS INFORMÁTICOS PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA

Miguel Caínzos Fernández (1)

(1) Cirugía, Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS: El objetivo de la presente comunicación es poner de relieve la importancia de las infecciones postoperatorias en términos de reducción de la calidad del acto operatorio al incrementar la morbi-mortalidad postoperatoria, incrementar las listas de espera quirúrgica al dificultar la gestión adecuada de las camas de Cirugía, y finalmente, por el importante incremento de los costos que conllevan estas infecciones.

Por todo ello, el control de las infecciones postoperatorias es cada vez más necesario, y para ello, es conveniente que los Servicios Quirúrgicos dispongan de herramientas informáticas eficaces que les permitan obtener una información adecuada sobre las mismas, y consecuentemente, poder pone los medios para su prevención y control.

MATERIAL: Se presentan ocho programas informáticos que abarcan las siguientes especialidades quirúrgicas: Cirugía General y del Aparato Digestivo, Traumatología y Ortopedia, Neurocirugía, Urología, Cirugía Cardíaca, Cirugía Vascular, Cirugía Torácica y Cirugía Pediátrica.

Cada uno de estos programas ha sido desarrollado por un grupo de cirujanos expertos dentro de cada especialidad quirúrgica coordinados cada uno de los grupos, por un experto en el campo de la infección postoperatoria.

RESULTADOS: Cada programa permite obtener la siguiente información:

1. Descripción de la Patologia (I): Diagnóstico, tipo de cirugía, tipo de operación y días de preoperatorio.

2. Descripción de la Patología (II): Duración de la cirugía, orden de la intervención, tipo de anestesia, cirujano, código de la OMS, diagnóstico con el código de la OMS y procedimiento.

3. Valores analíticos.

4.Factores de riesgo: Obesidad, cirrosis, neoplasia, desnutrición, diabetes, sonda urinaria, infección distante, prótesis valvular, tratamiento con corticoides e inmunosupresores, edad superior a los 65 años y anergia.

5. Complicaciones postoperatorias: Infección, infección de la herida operatoria superficial y profunda, infección intraabdominal, infección respiratoria, infección del catéter, bacteriemia y shock séptico.

6. Evolución: Drenaje de la herida, uso de antibióticos, tratamiento de la infección intraabdominal, reintervención y éxitus.

7. Identificación de gérmenes: Hasta tres gérmenes por cada tipo de infección.

8 "Sepsis Scores": Apache II, Manheim Peritonitis Index, SIS. PIA-II, POSSUM, PNI y NNIS.

CONCLUSIONES: Se presentan ocho programas informáticos correspondientes a las especialidades quirúrgicas más importantes, que permiten obtener la información adecuada tanto para conocer la tasa de las diferentes infecciones postoperatorias como sus principales características y los factores de riesgo que facilitan su desarrollo.

La utilización de estos programas informáticos permite realizar una correcta prevención de las infecciones postoperatorias y el control de las mismas.

PALABRAS CLAVE: Infección quirúrgica, Control, Prevención

1135 | Sistemas de Gestión

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES INTERNOS

Fidalgo-Hermida B (1), Tafalla-Bordonada C (1), Molina-Alen E (1), Granados-Ulecia C (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario de Mostoles. (2) Gerencia, Hospital Universitario de Mostoles.

OBJETIVOS: Introduccion:

Desde hace cuatro años el Hospital Universitario de Mostoles, comenzó con la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001, teniendo 51 servicios/unidades con certificado de conformidad. Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción, tanto de clientes externos (pacientes y/o usuarios), como a clientes internos (otros servicios/unidades del Hospital). Habitualmente obteníamos un índice de respuesta aproximadamente del 20% en las encuestas a clientes internos, por lo que se pensó en medir la satisfacción de los usuarios a través de la evaluación que cada servicio realizaba de sus proveedores internos.

Objetivos:

1. Obtener una medición y valoración de la satisfacción del cliente interno a través de la evaluación de proveedores de los servicios/unidades.

2. Obtención de un Ranking de proveedores internos.

MATERIAL: Se diseño una base de datos en Excel en la que se cruzan las valoraciones que realizaban los servicios/unidades de sus proveedores internos, que son los diferentes servicios/unidades del Hospital Universitario de Mostoles.

Se envió a todos los servicios un formato genérico de evaluación de proveedores en el que se incluían todos los servicios/unidades para su valoración, en función de tres criterios: Puntualidad en la entrega, concordancia de lo entregado con lo solicitado y calidad general del servicio, y con una escala de puntuación del 1 al 10. Realizando sólo la valoración de aquellos que son sus proveedores internos, obteniendo la media aritmética de las puntuaciones.

Recopilación y registro en la base de datos y posterior análisis estadístico de los resultados.

Diseño del Ranking de proveedores internos del Hospital.

RESULTADOS: Obtención de la puntuación global de cada servicio/unidad, con la cuantificación del número de servicios que le han evaluado.

Comparativa de los resultados con los años anteriores.

Realización de un Ranking de proveedores internos.

Detección de puntos fuertes y áreas de mejora.

CONCLUSIONES: La elaboración de la base de datos de la evaluación de proveedores internos y el ranking de los mismos, ha supuesto una nueva herramienta para la medición de la satisfacción del cliente, obteniendo una perspectiva de los diferentes colectivos profesionales del Hospital (Facultativo, Enfermería y Administrativos/Gestión).

La implementación de esta herramienta de estudio de satisfacción de los usuarios internos ha sido valorada muy positivamente tanto por la Dirección del Centro como por el equipo auditor externo dado que ha permitido identificar oportunidades de mejora.

PALABRAS CLAVE: satisfacción, evaluacion, proveedores

IMPULSO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Belkebir S (1), Vela Marquina MI (2), Clemente Roldán E (3), Coca Moreno J (4), García Mata JR (5)

(1) Unidad de Calidad Asistencial - Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón. (2) Unidad de Calidad Asistencial , Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Unidad de Calidad Asistencial - Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón. (4) Unidad de Calidad Asistencial, Área de Atención Primaria Sector II. (5) Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVOS: Impulsar,desde la Unidad de Calidad Asistencial(UCA),la implantación de sistema de gestión de calidad ISO en el Sector Zaragoza II mediante una metodología de apoyo constante en las distintas fases del proceso a los servicios implicados

MATERIAL: 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 tárea de introducción del sistema ISO al resto del equipo. Se contemplan las siguientes fases:1) Formación y familiarización con norma ISO,2) Definición de principales procesos y elaboración de procedimientos y documentación,3) Implantación y registros,4) Auditoria interna,5) Revisión por la Dirección, 6) Auditoría externa. La UCA actúa de catalizador de los proyectos con actividades de formación, apoyo métodológico y coordinación. Un miembro del equipo directivo armoniza,mediante reuniones semanales,la marcha de los proyectos de certificación, sirviendo de escuela de aprendizaje y estímulo mutuo. La UCA presta un apoyo y liderazgo con los proyectos institucionales comunes

RESULTADOS: De forma conjunta con el Salud y desde el 2006, se pusieron en marcha la certificación de las centrales de esterilización (ISO9001) y la acreditación (ISO 15189) de los alcances parciales de los servicios de hematología, bioquímica y microbiología que fueron concedidas en el 2009. En el 2010 se han certificado el Equipo de Atención Primaria San Pablo y el Servicio de Electromedicina, este último es el primer servicio en España en obtener además la certificación según la norma ISO-13486. A nivel de Sector, en el 2009, se obtuvo la certificación del Hospital de Día del HUMS y están en diferentes fases del proceso los siguientes: Comisión Docencia, Admisión y Farmacia. Se espera que en los próximos meses se inicie la misma dinámica con otros servicios: Medicina Nuclear, Oncología Radioterápica y Física

CONCLUSIONES: La implantación de sistemas de calidad basados en la norma ISO ha supuesto un revulsivo en la mejora de la calidad de diversos servicios del Sector. Es imprescindible en este proceso contar con personas y estructuras – en nuestro caso la UCA- que den soporte próximo, estímulo y coordinación a los proyectos

PALABRAS CLAVE: sistema de gestión, Calidad, norma ISO

AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.

Codesido-Mirás R (1), Cartelle-Pérez TJ (1), Iglesias-Vázquez JA (2), Barreiro-Díaz MV (3), Penas-Penas M (4), Martín-Rodríguez MD (5)

(1) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Dirección, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Dirección Asistencial, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (4) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (5) Servizo de Desenvolvemento de Sistemas de Calidade, Subdirección Xeral de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial.

OBJETIVOS: Analizar de forma sistemática la gestión del 061 de Galicia identificando puntos fuertes y áreas de mejora en relación a los nueve criterios del Modelo.

MATERIAL: Para la Autoevaluación se ha utilizado la Herramienta PERFIL, del Club Excelencia en Gestión (CEG), según la metodología del Esquema de Reconocimiento establecido por dicha Organización, y coordinado por una consultora externa Licenciataria de dicha herramienta.

Resumen de las fases llevadas a cabo: 1) Se constituyó un equipo evaluador formado por 17 personas de 061 que recibieron formación en el Modelo EFQM mediante una "Jornada de formación inicial para Evaluadores del Modelo EFQM. Manejo de la Herramienta Perfil". 2) Cada evaluador realizó la Autoevaluación utilizando la Herramienta PERFIL, basada en un cuestionario de 120 preguntas, otorgando puntuaciones a cada una de ellas. 3) Las autoevaluaciones individuales fueron sometidas a consenso de todo el equipo evaluador, revisando los puntos fuertes y áreas de mejora identificadas. 4) Reunión de presentación del informe final de la Autoevaluación y priorización de las acciones de mejora propuestas. 5) Elección de 5 acciones de mejora y asignación de propietarios para llevarlas a cabo en un plazo máximo de 9 meses.

RESULTADOS: El resultado obtenido en la Autoevaluación fue de 273 puntos.

Tal y como establece el Esquema de Reconocimiento de CEG, el 061 puede optar al Sello "Compromiso con la Excelencia" por haber superado los 200 puntos en el proceso de Autoevaluación.

Las acciones de mejora priorizadas fueron las siguientes: 1) revisión y actualización de la carta de servicios del 061; 2) Establecer e implantar las mejoras necesarias para optimizar la gestión de la intranet; 3) Diseño de un plan de comunicación interna; 4) Establecer un proceso completo que permita la actualización, revisión y comunicación a todos los grupos de interés de la Misión, Visión y Valores, evaluando la eficacia del mismo.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos nos permiten detectar con garantías, puntos fuertes y áreas de mejora, en relación a los nueve criterios del Modelo.

Se han implantado 4 acciones de mejora en el plazo establecido por lo que tras la visita de Validación del CEG, el 061 obtuvo el Sello "Compromiso con la Excelencia"

Mediante este proceso de reconocimiento, el 061 identifica su nivel de gestión y entra en una dinámica de la mejora continua a través de las acciones de mejora.

PALABRAS CLAVE: Autoevaluación, EFQM, Excelencia

1272 | Sistemas de Gestión

PORTAL DEL TRABAJADOR: HERRAMIENTA DE GESTIÓN ACTIVA.

Fernández Candelario I (1), Oscar Barbancho (1), Cecilia Ferrarese (1), Noemí Palacios (1)

(1) Dirección Desarrollo de Personas, Hospital Plató.

OBJETIVOS: Implantar y poner en marcha la herramienta del portal del trebajador, en el desarrollo de los procesos de gestión de administración de personal a traves de la automatización, (disminución error), reducción burocratización, ahorro consumo de papel, etc., a partir del acceso y de la participación activa del empleado en la propia gestión, mejorando la comunicación, consiguiendo mayor trasparencia y rapidez y facilitando la accesibilidad a la documentación legal del trabajador desde cualquier ordenador con acceso a internet.

MATERIAL: En este caso destaca la implantación de un nuevo aplicativo informático que se ha desarrollado en parte para adaptarlo a las necesidades de nuestra institución.

RESULTADOS: El proceso de desarrollo del módulo correspondiente al Portal del Trabajador para adecuarlo a nuestras necesidades, se inició el mes de septiembre y ha culminado con la implantación del mismo en el mes de abril del presente año y su utilización aplica a la totalidad de los profesionales del Hospital.

La implantación de este aplicativo ha supuesto:

El acceso de los trabajadores ha toda su información laboral desde cualquier ordenador con acceso a Internet.

La posibilidad de consultar y modificar directamente o solicitar la modificación de sus datos personales y laborales.

Automatizar a través de workflows gran parte de las acciones que se generan a partir de la solicitud de los trabajadores.

Simplificar los procedimientos de la Dirección de Desarrollo de Personas afectados por las opciones del portal.

(Se aportaran datos numéricos de utilización de la herramienta).

CONCLUSIONES: Destacar la importancia de la totalidad del proyecto realizado, inciado en la detección de la necesidad, trabajando en el desarrollo de la herramienta base, pasando por su implantación, divulgación y seguimiento posterior.

En todas estas fases hemos obtenido un doble objetivo, la consecución del mismo y la aplicación de mejoras en la propia herramienta y en los circuitos paralelos a la misma qeu ha tenido que ser adaptados a una nueva realidad.

PALABRAS CLAVE: Portal trabajador, Gestión, Accesibilidad

1283 | Sistemas de Gestión

FORO CONSULTOR, NUEVA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

García-Cubero MC (1), Seivilla-Machuca I (2), Conejos-Miquel MD (2), Alonso-Safont T (3), Rodríguez-Morales D (4), Cañada-Dorado A (5)

(1) Gerencia AP Área 4 (subdirector médico), SERMAS. (2) C.S. Alpes, SERMAS. (3) Gerencia Área 4 de AP (sistemas de información), SERMAS. (4) Gerente, MENSOR. (5) Gerencia Área 4 de Madrid (responsable de calidad), SERMAS.

OBJETIVOS: Establecer una vía de comunicación novedosa, rápida y eficaz entre los médicos de familia del Área 4 de Madrid y ginecólogos del Hospital Ramón y Cajal, para resolver dudas puntuales en pacientes, interpretar pruebas diagnósticas o modificar tratamientos sin necesidad de la presencia del paciente.

MATERIAL: En noviembre 2009 se crea una plataforma informática en la intranet del Servicio Madrileño de la Salud, desde la cual los médicos de familia del Área introduciendo una clave personal, pueden realizar consultas a los ginecólogos.Se pilotó desde la Gerencia, para comprobar que la plataforma funcionaba adecuadamente; posteriormente se implantó en los 20 centros del Área. El proyecto se contó a los equipos directivos de los centros y se fue a todos los centros a mostrar la forma de acceso. El foro está integrado en la historia clínica electrónica y su acceso es rápido y sencillo. Cuando un médico realiza una consulta, los ginecólogos contestan en un plazo no superior a 72h; todos los médicos del Área pueden consultar las preguntas formuladas. Se realizó una encuesta a los médicos de un centro de salud, para conocer su opinión sobre el foro.

RESULTADOS: Desde su implantación han realizado 59 consultas, las respuestas se han producido en 24-48h. La media de preguntas ha sido de 8-9/mes. Se han podido resolver las consultas en casi el 100% de los casos. El 54% de las consultas no han requerido la emisión de un parte de interconsulta. La cifra de interconsultas evitadas probablemente ha sido mayor teniendo en cuenta que las respuestas han podido servir a más médicos .En cuanto a los resultados de la encuesta: el 91% opina que es una herramienta resolutiva y rápida, que evita interconsultas y aumenta la implicación entre niveles, el 82%: permite compartir y homogeneizar el conocimiento, el 73%: nos conocen mejor, el 64% :crea vínculos con el hospital y el 100%: que se debería ampliar a otras especialidades. Inconvenientes: el 36% no tenía clave o la había olvidado, el 35% se olvidaba de entrar en el foro y el 9% opina que muestra nuestras debilidades.

CONCLUSIONES: El foro ha resultado ser una herramienta útil y práctica, sencilla y bastante novedosa, que resuelve dudas en escaso tiempo, evita interconsultas, mejora la coordinación y la satisfacción de los médicos de familia, a la vez que sirve para compartir conocimiento. En éste año está previsto ampliar el foro a más especialidades.

PALABRAS CLAVE: nuevas tecnologías, comunicación , niveles asistenciales

1315 | Sistemas de Gestión

VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LOS CLIENTES INTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Toro Chico P (1), Pérez Encinas M (1), Lorenzo Martínez (2)

(1) Farmacia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

OBJETIVOS: Evaluar la calidad percibida de los clientes internos (facultativos, enfermería) con los servicios prestados por el Servicio de Farmacia, como herramienta objetiva de evaluación de satisfacción para la certificación de la norma ISO 9001:2008.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal iniciado con el diseño una encuesta de satisfacción anónima por el Servicio de Farmacia validada por el Departamento de Calidad del hospital, con 9 preguntas cerradas y 5 opciones de respuesta "nada, poco, indiferente, bastante o muy satisfactorio", valorando opinión global, organización del servicio y atención del personal de Farmacia.

Se incluyeron dos preguntas finales abiertas para "observaciones/comentarios" y "recomendaciones para ayudarnos a mejorar".

La encuesta se difunde en febrero 2010 por el líder por correo electrónico describiendo la cumplimentación y entrega por correo electrónico, interno o sistema neumático. Se estimó como población 879 clientes, prefijando una tasa de respuesta mínima del 10%.

Los resultados se tabularon en Access® y analizaron con SPSS v15.0®.

RESULTADOS: Tasa de respuesta global: 11,3%. Encuestas recibidas: 99 (76 enfermería).

Sobre opinión global del servicio: media 2,91 (IC95% 2,53-3,29 "bastante satisfactorio"). Satisfacción global: "poco" (52,5%), "muy" (17,2%), "bastante satisfactoria" (17,2%) o "indiferente" (12,1%), estando los facultativos "muy" (60,9%) o "bastante satisfechos" (39,1%), y enfermería "poco satisfecha" (68,5%). Calidad del servicio: "poco satisfactoria" (50,5%) y "bastante satisfactoria" (23,2%). Cartera de servicios prestados: "indiferente" (35,4%), "bastante" (25,3%) o "poco satisfactoria" (25,3%).

Sobre organización del servicio: media 3,25 (IC95% 1,84-4,65 "indiferente"). Horario de llegada de la medicación: "nada satisfactorio" (45,5%). Horario de atención: (37,4%) "poco satisfactorio".

Sobre la opinión del personal de farmacia: media 1,99 (IC95% 1,77-2,20 "muy satisfactoria"). Disponibilidad del personal para consultar y resolver dudas: "bastante satisfactorio" (41,4%). Trato y grado de atención en los servicios prestados "bastante satisfactorio" (36,4%). Satisfacción con explicaciones y capacidad para resolver problemas por el farmacéutico: "bastante satisfactorio" (45,5%).

Se registraron 74 observaciones/comentarios: "errores en medicación de unidosis" (30%), "llegada de medicación de unidosis fuera de horario" (25,5%), "falta medicación de unidosis" (12,2%). Y 91 recomendaciones: "dispensación de carros de unidosis antes de 16h" (18,7%), "mejorar la comunicación" (13,2%) y "mayor cobertura farmacéutica" (12,1%).

CONCLUSIONES: El grado de satisfacción con el Servicio de Farmacia es percibido como "poco satisfactorio" debido a una mayor respuesta de enfermería, al contrario de lo que opinan los facultativos. Esta herramienta ha permitido conseguir información actual de la calidad percibida e identificar oportunidades de mejora y futuras medidas de intervención en el servicio.

PALABRAS CLAVE: calidad, satisfacción, farmacia

1389 | Sistemas de Gestión

PEQUEÑAS APLICACIONES INFORMÁTICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

Doblado López, O (1), Peña Capsir. I (2), Claret Jorba, A (2), Nogues Domingo, A (2), Gomez Laso. E (2), Egea Ferrer, M (2)

(1) Informática , Hospital Lleuger de Cambrils . (2) Urgencias , Hospital Lleuger de Cambrils .

OBJETIVOS: Diseñar Bases de datos para el registro informatizado de los datos recogidos en papel en los diferentes procesos de urgencias relacionadas con Seguridad Clínica

Crear para estas bases de datos Pequeña Aplicaciones de fácil compresión y manejo para los usuarios que deben implementarlas

Automatizar la elaboración de indicadores y evaluarlos periódicamente

MATERIAL: En 2003 con la preparación del centro para la obtención del certificado de Calidad Joint Comission, el servicio de urgencias se plantea la mejora del registro de los controles del box de críticos que hasta entonces se guardaban en papel lo que convertía en una tárea complicada la construcción de los indicadores que se evaluaban. Se crea un grupo de trabajo junto con el técnico informático del centro para decidir los datos que debe contener la base de datos y realizar el diseño de un entorno de usuario de fácil utilización para la implementación de éstos. Después de su creación y implantación en menos de un año se abandona completamente el registro en papel y se evalúan los primeros indicadores, empieza así la creación de otras aplicaciones informáticas para otros procesos relacionados con la Seguridad Clínica

RESULTADOS: Actualmente el servicio de urgencias cuenta con 6 aplicaciones informáticas de creación propia:

-2003: Box críticos, 19 indicadores monitorizados: Total de controles diarios del box de críticos realizados, Diferentes errores encontrados al realizar el control, Controles de caducidades y quincenales realizados

-2004: Control Temperatura de las neveras, 2 indicadores: Lecturas de temperatura realizados y Numero de veces que la temperatura aparece fuera de los rangos normales

-2008: Aparatos de Electromedicina, 2 indicadores: Revisiones funcionales y eléctricas realizadas

-2008: Control Laboratorio, 5 indicadores: Controles para el coulter realizados, Registro del cambio de tónner y control de calidad para gasometría

-2009: Control caducidades, 4 indicadores: Controles de caducidades realizados en carros de enfermería, boxes y almacén

-2010: Control Stock de mórficos, 6 indicadores: Total de entradas y salidas de los 3 mórficos

CONCLUSIONES: El desarrollo de aplicaciones informáticas de diseño propio hace que el registro de la información sea fácil y rápido y se adapte totalmente a las necesidades del Servicio, además son programas abiertos que pueden ser adaptados si éstas cambiaran

La creación e implantación de estos programas informáticos permiten actualmente la monitorización periódica de indicadores que ayudan a detectar precozmente errores en los procesos facilitando la mejora continua de la Seguridad Clínica en el Servicio de urgencias

PALABRAS CLAVE: INFORMATIZACIÓN, SEGURIDAD CLÍNICA, Enfermería

1391 | Sistemas de Gestión

REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL 061 DE GALICIA.

Penas-Penas M (1), Codesido-Mirás R (2), Munín-Sánchez MA (3), Iglesias-Vázquez JA (4), Contreras-Martinón F (5), Pampín-Gómez (6)

(1) Dirección de Gestión y Servicios Generales, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (2) Área de Calidad, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (3) Secretaría de Dirección, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (4) Dirección, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (5) Dirección de Coordinación, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. (6) Dirección Asistencial, Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

OBJETIVOS: Actualización, revisión y comunicación de la Misión, Visión y Valores, del 061 de Galicia, a todos los grupos de interés.

MATERIAL: Se llevó a cabo un análisis de la situación mediante una jornada de planificación estratégica a la que asistieron 17 participantes pertenecientes a las distintas áreas del 061 y al equipo directivo. Se formaron tres grupos de trabajo. Cada grupo hizo una propuesta de identificación de grupos de interés, definición de la Misión y Visión, así como las propuestas de los Valores que definen al 061. Posteriormente, se consensuaron las nuevas definiciones.

Para llevar a cabo la acción de mejora se constituyó un grupo de trabajo que diseñó un cuestionario para medir el grado de conocimiento del personal sobre la Misión, Visión y Valores del 061 y la posibilidad de aportar mejoras.

El cuestionario se envió por correo electrónico y fue recogido en papel. Los resultados se introdujeron en excell y el análisis estadístico se realizó en SPSS

Se analizaron los canales de comunicación para cada grupo de interés identificado. Se agruparon los grupos por canal de comunicación obteniendo una matriz de comunicación; donde se especifica la información, canal de comunicación, periodicidad y responsable.

RESULTADOS: Del resultado de la encuesta destacamos: grado de acuerdo con la definición de la Misión (media 8.2 y desviación típica 1.71), de la Visión (media 8.46 y desviación típica de 1.35) y de los Valores (media superior a 8.4). Siendo 1 muy en desacuerdo, 10 muy de acuerdo.

En las preguntas abiertas se propone la inclusión del término extrahospitalario en la Misión y a la pregunta: ordene los Valores considerando la importancia que tienen para usted: el 19.4% de los encuestados consideran que la competencia profesional es el más importante.

El canal de comunicación para el personal del 061 es la página Web y la Intranet. Para los demás grupos de interés es la página Web.

CONCLUSIONES: La mayoría de los encuestados están bastante de acuerdo con las definiciones de Misión y Visión. Se introduce el término extrahospitalario en la definición de Misión y se reordenan los Valores. Se comunica a través de la página Web y de la Intranet a los distintos grupos de interés. Se incluyen las definiciones aprobadas en las presentaciones de cursos, en la memoria anual y en el manual de acogida.

PALABRAS CLAVE: misión, revisión, visión

1405 | Sistemas de Gestión

TRATO RECIBIDO Y CLARIDAD DE LOS INFORMES EN LABORATORIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES.

Vázquez-Rueda M (1), Berros-Reinoso M (1), Suárez-García FM (2), Franco-Vidal A (3), Martínez-Arguelles B (1)

(1) Unidad de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias. (2) Servicio de Evaluación Sanitaria, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Pdo de Asturias. (3) Dirección Médica Área V, Gerencia Atención Primaria Área V.

OBJETIVOS: Conocer la satisfacción de los clientes de los laboratorios del Hospital Universitario Central de Asturias en las dimensiones de trato recibido y claridad de los informes.

MATERIAL: Método: Diseño: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias mediante encuesta anual. Periodo: 2006-2009. Se evaluaron 12 laboratorios: Metabolismo Óseo, Transfusión, Microbiología, Inmunología, Hematología, Bioquímica Urgente, Bioquímica Programada, Citogenética, Fecundación in Vitro (FIV), Genética Molecular, Banco de Tumores, Laboratorio del Instituto Nacional de Silicosis (INS). Se evaluaron dos dimensiones: trato recibido y claridad de los informes por ser las únicas comunes en la encuesta anual realizada a los laboratorios. Los clientes valoraron cada una de las dimensiones -mediante una puntuación de 0 a 10 donde cero es la peor salisfacción posible y diez la mejor. El Coordinador de Proceso o la persona por él designada, identificó a los diferentes clientes con los que se ha trabajado a lo largo del año. Una vez identificados los clientes, se definieron el tipo de muestreo con el fin de obtener una muestra representativa de clientes a los que realizar la evaluación de su satisfacción. El Coordinador de Calidad envió la encuesta de evaluación de la satisfacción del cliente. Los datos se evaluaron en el Área de Calidad del Hospital Universitario Central de Asturias.

RESULTADOS: La tasa de respuesta fue del 34%, con un máximo del 44% en 2006 y un mínimo del 29% en 2008. Por laboratorios la mayor tasa de respuesta se obtuvo en FIV (100%) seguido de metabolismo oseo (50%). La menor tasa de respuesta fue la de los laboratorios de transfusión (18%) y bioquimica urgente (18%). En la dimensión "Trato Recibido" la puntuación media fue de 8,8 puntos con un rango entre laboratorios de 8,4 del INS y 9,5 de metabolismo oseo y banco de tumores. En la dimensión "claridad del informe" la puntuación media fue de 8,4 puntos con un rango entre laboratorios de 8,1 en inmunología y 9,2 en FIV y banco de tumores. La tendencia temporal en estos cuatro años es hacia una menor puntuación en "claridad del informe" y cierta estabilización en "trato recibido".

CONCLUSIONES: Manteniendo las mismas encuestas en el tiempo la tasa de respuesta ha disminuido con lo que disminuye la información aportado. Es necesario modificar el sistema de evaluación de la opinión del cliente abriéndose a posibles cambios e innovaciones que recojan una información de mayor calidad. La puntuación media es alta en general con una tendencia hacia su disminución aunque esta pueda ser debida por cierto efecto "techo" al inicio de la implantación de la encuesta.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción usuario, laboratorio, encuestas satisfacción

LA PRIMERA ASIGNACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO: CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS

Salmerón Menárguez,A. (1), Alcaraz Escribano,M.L. (1), García Grande, M.M. (1), Fuentes Larrosa, F.J. (1)

(1) Recursos Humanos, H. Virgen Arrixaca , Murcia.

OBJETIVOS: Conocer el grado de satisfacción de los enfermeros asignados al Hospital Infantil durante las sustituciones del período estival.

Cotejar los datos obtenidos con las valoraciones que las distintas áreas del mencionado hospital, realizan de todo el personal eventual que les es asignado.

Iniciar un ciclo de mejora si procede, en la recepción y asignación del personal contratado para futuros períodos vacacionales.

MATERIAL: Se elabora una encuesta donde entre otras, se valora la experiencia previa en el trabajo con niños, la posibilidad de decidir si trabajar en hospitalización infantil o adultos, así como qué les motivó en la elección.

La encuesta se envía por correo electrónico a cada uno de los 57 profesionales asignados a dicho hospital, para los meses de julio, agosto y septiembre, indicándose que deberán devolverla al finalizar el mes de agosto.

RESULTADOS: Se expresan mediante gráficos, tras realizar el estudio estadístico.

CONCLUSIONES: Se elaborarán a través de la información recabada en las encuestas así como de los datos aportados por las valoraciones de los supervisores que tuvieron a su cargo a los designados profesionales.

Los dos grandes capítulos que determinan la elección de la Unidad o Área por parte de los profesionales, como son el patrón del turno que les sea asignado así como la actividad que vaya a desarrollar.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERO, SATISFACCIÓN, Sustitución

EVOLUCIÓN COSTES DE ACTIVIDAD ÁREA 1 AP. VS MEDIA MADRID 2007 / 2009.

Almazán Del Pozo, M (1), Domingo Gil, G (1), Velasco Tarrero, S (1), Galindo Fariña, M.A. (1), Zorita Herreros, M. (1)

(1) Gestión Económica, SERMAS.- Área 1 A.P..

OBJETIVOS: La contabilidad analítica en Atención Primaria, a través de la herramienta GECLIF tiene por objeto

Integrar de la información clínico-asistencial.

Disponer de datos para la toma de decisiones.

Mejorar la gestión.

Mejorar el sistema de financiación.

Relacionar costes y actividad.

MATERIAL: En 2005 el Área 1 incorporó GECLIF como método/ herramienta para el cálculo de costes. En 2006, quedó implantado definitivamente en todas las áreas de Atención Primaria de Madrid, permitiendo la comparativa entre áreas y la integración de la información clínico-financiera.

La metodología para la obtención de costes es un sistema de cálculo de coste completo o "Full Costing". La distribución de los costes a los centros de costes se realiza en dos fases de reparto;primario, todos los costes se afectan a los centros de costes directamente o mediante un criterio de reparto, y secundario, se imputan costes de manera que el coste total este recogido en los centros de coste principales y en el coste de producción final.

Entre 2005 y 2009 se obteuvieron datos de coste por actividad de todas la líneas de producción.

Dado la magnitud de datos, hemos decidido centrarnos en los tres últimos años y en las consultas que mayor peso tienen dentro de la A.P. (m.f., pp y enf).

RESULTADOS: El resultado de integrar actividad asistencial, datos poblacionales y datos económicos (Cap. I, II y IV),permite obtener coste medio por actividad, por centro de coste, y por paciente atendido.

Los datos derivados de las principales líneas de producción fueron.-

M.F.- 15 % > media Madrid en coste Visita (45,22€- 2007, y sin diferencias significativas en 2008 respecto resto Áreas 45,37€.Ligeramente >(67,95 € Área 1- 66,52 € resto Áreas.- 2008) en coste visita domicilio.

P.P.- Ligeramente < media Madrid en coste Visita (17,75€.- 2007), y 18,09€- 2008 frente a 23,02€ Media Madrid . Significativamente < (aprox. -15 %) en coste visita domicilio.

Enfermería.-Menor coste área frente media de Madrid en coste Visita 14,67€.- 2007, 15,30€- 2008 frente a 18,25€ Media Madrid , y significativamente menor (aprox. -15 %) en coste visita domicilio.

Del ejercicio 2009, se dispone de datos del Área 1. A la espera de datos medios de Madrid

CONCLUSIONES: La información generada resulta de interés. La posibilidad de establecer comparativas impulsa a analizar los datos. La existencia de indicadores clínico-económicos es básica. Es conveniente avanzar en esta línea e ir puliendo los puntos débiles detectados desde el conocimiento de la herramienta.

PALABRAS CLAVE: analítica, costes, evolución

1452 | Sistemas de Gestión

IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA

Ojeda-Cruz AM (1), Hernández-Santana A (2), García-Del Rosario C (2), Santana-Quintana S (1), Torres-Aragón C (2), Cobián-Martínez JI (2)

(1) Servicio de Electromedicina, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. (2) Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

OBJETIVOS: El Servicio de Electromedicina es un servicio de apoyo a la actividad asistencial, perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI). La seguridad y óptima funcionalidad del equipamiento electromédico debe garantizarse desde su adquisición hasta la puesta en servicio, su baja y desecho como residuo especial y peligroso. El Servicio de Electromedicina decidió certificarse, en el año 2006, consolidando la renovación del certificado en SGC ISO 9000:2008, en el año 2008. La puesta en marcha del SGC ha sido realizada por todo el personal de Electromedicina en colaboración con la Unidad de Gestión de la Calidad del CHUIMI.

Objetivos:

- Realizar la correcta gestión y mantenimiento del equipamiento, con el fin de que se utilicen a un nivel óptimo, asegurando el funcionamiento continuo y eficiente de los mismos.

- Establecer un programa de inspección y mantenimiento preventivo de los equipos, en base a un análisis de riesgos que tiene que ver con el impacto funcional y asistencial de cada uno de ellos.

- Realizar la puesta en servicio de cada equipo. Esto incluye la instalación, validación, formación y certificación, de todo el personal usuario.

MATERIAL: - Definición de la Misión, Visión, Funciones y Clientes del Servicio de Electromedicina.

- Estudio y diseño de los procesos clave, con sus organigramas, que describen las distintas áreas de trabajo , así como los indicadores de medida necesarios para la

RESULTADOS: El desarrollo tecnológico y estructural del Servicio consigue una prestación basada en criterios de calidad, seguridad, eficacia y eficiencia. Unificación de procesos, propuestas de mejora, mantenimiento y control de calibraciones, evaluación de proveedores y clientes, a través de encuestas de satisfacción, planificación de mantenimientos según análisis de riesgo, son algunos de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES: La obtención de una certificación de calidad no sólo ha sido beneficiosa para la gestión de la actividad, sino que, repercute en todo el CHUIMI y en la asistencia al paciente.

PALABRAS CLAVE: Electromedicina, Calidad

1518 | Sistemas de Gestión

CONTROL INFORMÁTICO DE CADUCIDADES DE ALMACENES PERIFÉRICOS

Iglesias-Noya S (1), Pimentel A (2), Pérez-Vázquez V (3)

(1) logistica, Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (2) logistica, Hospital POVISA -Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (3) Enfermería, hospital Ntra Sra de la Esperanza.

OBJETIVOS: Conseguir control eficiente del control de caducidades de los productos depositados en almacenes periféricos.

Disminuir el riesgo de errores asociados a productos caducados

Reducir el tiempo de enfermería empleado en el control de las caducidades sin merma de su eficacia.

Reducir las pérdidas económicas por caducidad

MATERIAL: Informatización de los almacenes periféricos (producto,existencia,ubicación,caducidad)

Medición tiempos de enfermería empleados en el control tradicional de caducidades (revisión uno por uno de cada producto/medicamento existente en el almacen periférico)

Elaboración del protocolo de actuación.

Difusión e implantación.

Listado mensual y trimestral de productos a caducar ultimo dia del periodo marcado.

Control de caducidades en almacenes perifericos según listado .

Evaluación anual resultados

RESULTADOS: En 2008 se redujo el número de productos caducados en almacenes periféricos en un 25,50% en Hospitalización y en un 36,90% en Bloque Quirúrgico en relación a 2007, y en 2009 en un 34,52% y un 56,78% frente a 2008.

El tiempo medio de enfermería empleado en el control pasó de 20-30 minutos a 5 minutos.

CONCLUSIONES: El control informático de los almacenes perifericos (planta, quirófano, carros de paro) permite garantizar que los productos/medicamentos depositados en ellos se encuentran dentro del periodo de caducidad, reduciendo el tiempo empleado por el personal en su control (disminuyendo el riesgo de errores) y las perdidas por caducidad al permitir que los productos próximos a caducar se usen unidades con mayor consumo de los mismos o a canjearlos por otros de periodo mas largo en el proveedor.

PALABRAS CLAVE: control, ahorro, eficiencia

TRAZABILIDAD DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS

Balado-Dacruz MC (1), Pastor-Zapata A. (1), Rodríguez- Nespereira B (2), Pato-Blanco C (2), Rodríguez Carnero MP (1)

(1) Bloque quirúrgico, Complexo Hospitalario Ourense. (2) Compras y suministros, Complexo Hospitalario Ourense.

OBJETIVOS: Trazabilidad: "Es la capacidad para reconstruir el historial de la utilización o la localización de un artículo o producto mediante una identificación registrada".

Los costes derivados de la falta de control, tanto en términos de salud (infecciones,errores médicos) como económicos (indemnizaciones, costes de las complicaciones), llevan a la implantación de políticas que apoyan un incremento en la gestión de riesgos sanitarios.

Objetivos:

Seguridad en el consumo

- Protección de la vida y la salud de las personas.
- Asegurar la calidad de los productos.
- Rápida localización en caso de alertas sanitarias.

Tratamiento logístico de los productos sanitarios

- Facilitar la gestión y el control de procesos
- Depurar responsabilidades ante las incidencias

Actuar dentro del marco legal reglamentario (RD 159172009)

MATERIAL: Desde el año 2000 disponemos de un programa informático que realiza la gestión de compra, recepción, devolución, gestión de almacén general, gestión de almacenes periféricos y transacción electrónica de documentos.

El módulo informático dispone de un lector óptico que recoge la información contenida en el código de barras (GS1-128).

El intercambio electrónico de datos lo realizamos a través de EDI.

A principios del presente año, hemos realizado una prueba de concepto con Radiofrecuencia (RFID) para la gestión de implantes en traumatología, extensible a la gestión de cualquier producto sanitario.

RESULTADOS: Todos los implantes que están sujetos a emisión obligatoria de tarjeta de implante (RD 414/96), derogado por el RD 1591/2009 y que han sido implantados en nuestro Hospital, están registrados en el módulo informático de gestión de implantes y además a los pacientes se les ha entregado una tarjeta de implante que figura también en su historia clínica y además el servicio de compras ha enviado un ejemplar a la casa comercial para que lo haga llegar al Registro Nacional de Implantes.

La trazabilidad de éstos productos está totalmente garantizada. Así mismo figuran registrados todos los productos sanitarios que gestionamos como depósito.

CONCLUSIONES: La correcta gestión de la trazabilidad:
.- Mejora la seguridad del paciente porque contribuye a asegurar que en el lugar correcto y en el momento previsto el producto esperado está en condiciones adecuadas.
.- Facilita la retirada del producto en caso de que se incumpla alguna de la condiciones anteriores.
.- La información sobre el producto es compartida por los agentes de la cadena de suministro.
.- La gestión de la información se realiza por medios automatizados (evita errores).
.- Permite un seguimiento inmediato en caso de alertas sanitarias.

PALABRAS CLAVE: Seguimiento de la trazabilidad, Gestión automatizada, Seguridad del paciente

CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS A TRAVÉS DE LA PRECISIÓN EN LOS MOTIVOS QUE LAS GENERAN. ¿CÓMO ESTAMOS?

Barragan-Pérez A (1), Muñoz-Ureña A (2), Canovas-Ingles A (3), De Miguel-Gomez A (1), Santiago-García C (1), López-Lacoma JC (1)

(1) Gerencia del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (2) Unidad Docente de MFyC del Área de Salud II, Servicio Murciano de Salud. (3) C.S. de Cartagena-Oeste, Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS: Conocer la precisión de los motivos de interconsultas generados desde Atención Primaria.

MATERIAL: Estudio descriptivo. Ámbito: Atención Primaria del Área de Salud II de la Región de Murcia (374.000 TIS). Periodo: año 2009. Fuentes: Historia Clínica electrónica en OMI-AP (el 99,5% de la población la dispone). Se evaluaron todas las interconsultas (IC) a Atención Especializada-Hospitalaria y los motivos que las generaron codificados con CIAP-2 (Clasificación Internacional de Atención Primaria v. 2005). En OMI-AP están cargados los 17 capítulos pero solo el componente 1 (dígitos 1 al 29 para cada capítulo, que se refieren a signos y síntomas) y el componente 7 (dígitos 70 al 99, que se refieren a enfermedades). El capítulo A se refiere completo a Problemas Generales e Inespecíficos y el capítulo Z a Problemas Sociales y solo tiene cargado el componente 1, por lo que se ha excluido del estudio. Se ha considerado "motivo preciso" a los codificados con componente 7 de los capítulos B (sangre), D (digestivo), F (ojo), H (Oído), K (circulatorio), L (locomotor), N (nervioso), P (psicológicos), R (respiratorio), S (piel), T (endocrino), U (urinario), W (embarazo), X (genital femenino), Y (genital masculino). Análisis por distribución de frecuencias.

RESULTADOS: Nº de IC: 163.062. Códigos CIAP2-2 incluidos: 657. Tasa IC / 1000 TIS: 436. Distribución de IC por componentes CIAP-2: Componente 1: 45,7%; Componente 7: 54,3%.

CONCLUSIONES: La precisión de los motivos de interconsulta según la codificación CIAP es escasa. Casi la mitad del total son por problemas generales e inespecíficos, signos y síntomas.

Se ha iniciado un ciclo de mejora cuya intervención básica es la información para la adecuada utilización de la codificación CIAP-2 a todos los profesionales del Área.

PALABRAS CLAVE: INTERCONSULTAS, CIAP-2, CODIFICACION

1636 | Sistemas de Gestión

SERVICIOS DE TI: UN ENFOQUE A LA CALIDAD ASISTENCIAL

Prado-Casal J (1)

(1) Jefe de Servizo de Soporte e Implantación - Centro de Servizos Tecnolóxicos, Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información, SXSTI.

OBJETIVOS: Las tecnologías de la Información y Comunicación, TIC, representan uno de los pilares en el desarrollo de los Procesos Asistenciales. En esta línea, la SXSTI ha apostado por el diseño y desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad orientado a la mejora continua en los procesos TIC que afectan a los profesionales sanitarios.
Los objetivos de este proyecto han sido:
• Asegurar un nivel de calidad en el servicio y mejora continua sobre estos procesos:
– La Gestión de Incidencias de los usuarios de la infraestructura de TI de la Consellería de Sanidade.
– El diseño y desarrollo de sistemas de información corporativos.
• Enfocar los procesos TIC al profesional sanitario: conocer el grado de satisfacción con los servicios y reorganizar flujos de trabajo para su mejora.
• Establecer un Cuadro de Mando Integral para conocer el estado y evolución de los procesos.
• Coordinar y rediseñar flujos de trabajo entre Unidades de TI de la Consellería de Sanidade y centros de Atención Especializada del Sergas para mejorar el desarrollo de los Procesos Asistenciales y la atención al profesional sanitario.
• Documentar los procesos y difundir procedimientos operativos a los profesionales de TI.
• Definir y evolucionar herramientas de soporte de los procesos.
• Definir y proveer a los profesionales sanitarios de una infraestructura TI, tanto hardware como software, robusta, práctica y ágil.
• Establecer un mapa de procesos TIC y las líneas estratégicas en el rediseño y evolución de estos procesos.

MATERIAL: La metodología utilizada en este proyecto tiene como base los requisitos de gestión de los procesos definidos en tres familias de estándares internacionales:
- UNE-EN-ISO 9001. Norma Internacional para desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la mejora continua de los procesos de una organización.
- UNE-EN-ISO 20000. Norma Internacional para la Gestión de Servicios TI. Define requisitos para que un proveedor TIC preste servicios de calidad a sus clientes/usuarios, basados en buenas prácticas para la gestión de procesos según ITIL.
- UNE-EN-ISO 27000. Norma Internacional para desarrollar un Sistema de Gestión de seguridad de la Información. Define requisitos para controlar riesgos asociados a la seguridad de la información manejada.

La gestión de los procesos de TI se apoya en herramientas como:
- Sistemas de Información para el soporte a los procesos TIC.
- Centralitas de llamadas para la atención telefónica.
- Herramientas de monitorización de infraestructura de TI.

RESULTADOS: Como resultado del proyecto de optimización de procesos de TI, se han conseguido los siguientes hitos:
- Certificación del Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001. El alcance del Sistema se ha ampliado desde el año 2006 y actualmente están certificados los siguientes procesos y centros
. La Gestión de Incidencias de los usuarios de la infraestructura de TI de la Consellería de Sanidade en los siguientes centros: SXSTI, Área Sanitaria de Ferrol, C.H.U. de Vigo, C.H.U. de Santiago, C.H. Xeral-Calde, Hospital de Verín y Hospital Virxe da Xunqueira.
. El diseño y desarrollo de sistemas de información corporativos, que se desarrolla en la SXSTI.
- Controlar y mejorar la atención telefónica y los tiempos de gestión de incidencias y peticiones de servicio de profesionales.
- Evolución del mapa de procesos y sus requisitos de gestión con enfoque a la norma ISO 20.000, con un nivel de madurez notable en la mitad de procesos.
- Diseño y desarrollo de un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información según ISO 27000.

CONCLUSIONES: La evolución de los procesos de TI y la experiencia en los Sistemas de Gestión de Calidad de la SXSTI y Unidades de TI de Centros ha posibilitado entre otros factores:
- Mejor control y simplificación de flujos de trabajo entre centros.
- Mejorar el conocimiento global de la organización y su transferencia a nuevos profesionales de TI.
- Optimizar el gasto TIC en las herramientas de Soporte de procesos.
El conocimiento de los Procesos Asistenciales y por tanto las necesidades de los profesionales sanitarios, participando e impulsando proyectos en colaboración con otros departamentos / áreas dentro de la Sanidad Gallega es una información clave en la gestión del servicio de TI, siendo un motor para organizar y mejorar nuestros procesos.

PALABRAS CLAVE: Gestión de Calidad, Organización, Soporte de procesos

1155 | Ciudadano

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE UNA UNIDAD BÁSICA DE FISIOTERAPIA

Morales -Jiménez F. (1), Sevilla- Hernández E. (2), Royo -Morales G. (3), Rodríguez-Álvarez J. (4)

(1) Unidad de Fisioterapia, Centro de Salud Ranero. (2) Servicio de RHB, Hospital J.Mª Morales Meseguer. (3) Enfermría, Clínica San Carlos. (4) Admisión, Centro de Salud Ranero.

OBJETIVOS: Describir las características de la demanda actual de la UBF del Centro de Salud del Ranero.

MATERIAL: Estudio descriptivo transversal de las hojas de consulta remitidas a la UBF de nuestro centro de salud por parte de los facultativos de los Centros de Ranero, Espinardo, Guadalupe y Sª Mª de Gracia, durante los meses de Abril y Mayo de 2010 recopilando distintas variables: epidemiológicas (sexo, edad); clínicas (motivo de consulta) y de gestión (tiempo de espera, centro de salud de referencia, facultativo prescriptor).

RESULTADOS: Fueron revisadas un total de 54 propuestas entre las que se contabilizaron 20 (35,2%) hombres y 35 (64,8%) mujeres, con una edad media de 54,42 +/-16,3 (27,88) años. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: algias vertebrales (50.9%), síndromes subacromiales (27.3%) y algias de origen degenerativo no vertebrales (18%). La espera para atención fisioterápica fue de 60 días (ya que la primera propuesta inicio ttº el 1 de junio). La mayor parte de la demanda (40%) procedía del Centro de Salud Ranero y la distribución de consultas por facultativo (tres especialistas en medicina de familia): 60%, 28% y 12%.

CONCLUSIONES: El Centro de Salud Ranero en el que se ubica la UBF es el principal generador de demanda de terapia física en nuestra zona. Los principales motivos de consulta en la UBF son las algias vertebrales y de hombro. La media de edad por sexos no es estadísticamente significativa. Al no haber iniciado todas las propuestas el Ttº queda pendiente el dato.

PALABRAS CLAVE: Fisioterapia, demanda, Centro de Salud

657 | Liderazgo/Gestión Clínica

VALORACIÓN INCENTIVOS ECONÓMICOS ANUALES. DILEMAS DE GESTIÓN EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Bidegain-González E (1), Mariscal-Rodríguez FJ (2), Nieto-Reinoso (2), Galiana-Auchel JM (1), Varo-Baena R (3)

(1) Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. (2) Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla Norte, Servicio Andaluz de Salud. (3) Distrito Sanitario Sevilla Sur , Servicio Andaluz de Salud.

OBJETIVOS: Se plantean las estrategias llevadas a cabo para la Evaluación del Desempeño Profesional (EDP) a través de herramientas que permitan que la toma de decisiones, en el ejercicio responsable del director de la Unidad de Gestión Clínica de Guillena (Sevilla), esté avalada de criterios objetivables.

MATERIAL: El liderazgo en las Unidades de gestión clínica supone, entre otros, la creación de herramientas que permitan responder a la complejidad y dilemas organizativos

La toma de decisiones, ha de estar soportadas objetivamente ya que tiene repercusión directa en los resultados.

Los incentivos económicos del ejercicio anual expresan claramente el grado de consecución de los objetivos definidos por la organización sanitaria y que son valorados para el conjunto de la UGC. No obstante un porcentaje importante de ellos, los correspondientes a la actividad individual (EDP), son valorados mediante método indirecto por la organización, donde los factores participantes no puedan determinarse cuantitativamente. Dejándose un vació en la objetivación de la actividad del profesional. Hecho que contrasta con su filosofía de trasladar a los profesionales un mayor grado de corresponsabilidad con los objetivos anuales.

Durante 2009 hemos trabajado en una Evaluación del desempeño profesional (EDP) fundamentada en unos objetivos claramente cuantificables y acordes con los expresados en el Acuerdo de Gestión firmado entre la Gerencia y los miembros de la UGC.

Para su puesta en marcha y que los trabajadores estuvieran comprometidos ha sido prioritario la comunicación interna mediante contactos a través de canales formales e informales, dada la gran dispersión geográfica de la UGC.

RESULTADOS: La herramienta de evaluación diseñada al comienzo del año, basada en métodos directos de medición, ha supuesto el reconocimiento general de la valoración individual de los incentivos, en el cierre del año. Observándose los siguientes resultados:

- Transparencia en la evaluación
- Conformación de equipos de trabajos productivos, satisfechos, y con una actitud de compromiso hacia el cumplimiento de los objetivos.
- Mayor cohesión y motivación del equipo.
- Respeto a la diversidad.
- Mejora en la Comunicación interna.
- Autorregulación y Automotivación
- Consolidación de capacidades internas

CONCLUSIONES: El 100% de los incentivos económicos del ejercicio anual, Complemento de Productividad, son conocidos por todos los miembros de la UGC, tanto en su concepto como en su forma de valoración. El éxito del liderazgo conseguido con la herramienta que aquí se presenta tiene su expresión en la obtención de profesionales involucrados activamente. Garantía incondicional de calidad y eficiencia en las prestaciones del servicio.

PALABRAS CLAVE: herramienta de gestión, incentivos profesionales, Evaluación desempeño profesional

1305 | Liderazgo/Gestión Clínica

PLAN DE MEJORA DE LA SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO.

Abad-Navarro AI (1), González-Pérez P (2), Garrido-Montañés O (3), Sánchez-Ortega JI (2), Escribano-Jiménez M (2), Martín-Bragado V (2)

(1) Supervisor Unidad Traumatología y ORL, Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia). (2) FEA Anestesiología, reanimación y dolor., Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia). (3) Supervisor Unidad Reanimación, Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia).

OBJETIVOS: - Conocer la sensibilización de anestesiólogos, cirujanos y enfermeros sobre el tratamiento del dolor agudo postoperatorio.

- Mejorar la formación del abordaje integral del tratamiento del dolor agudo postoperatorio del personal implicado.

MATERIAL: 1) Encuestas anónimas sobre el interés del personal médico y de enfermería de reanimación, anestesiología y plantas quirúrgicas de nuestro hospital, en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio.

2) Elaboración de un plan de formación para dicho personal que abode:

- metodología de evalución del dolor postopertorio.
- Técnicas empleadas.
- Indicaciones más habituales.
- Farmacología de los analgésicos y coadyuvantes.
- Efectos secundarios posibles y su manejo.

3) Encuentas de satisfacción y sobre la necesidad de mantener un programa regular de formación.

RESULTADOS: 1) De un total de 79 encuestados entre personal de enfermería, cirujanos y anestesiólogos:

- Considera importante el dolor posteratorio: 100%.
- Considera importatnes saber cuánto dolor tienen: 100%.
- Valora el dolor: 100%.
- Cómo valora el dolor: Le pregunta si tiene dolor: 78.5%.
  Es el paciente el que lo dice: 26.6%.
  Usa una escala de dolor: 21.5%.
  Usa más de una escala de dolor: 7.6%.
- Cree que conocer el dolor ayudaría a mejorar su tratamiento: 100%.
- Cree que puede mejorar su formación en dolor: 100%.

2) Se están realizando seminarios para médicos y seminarios para enfermería de 30-45 min.

3) Pendiente de realización.

CONCLUSIONES: La deficiencia en la formación de los profesionales sanitarios en el tema del dolor postoperatorio y, la insuficiente sensibilidad de dichos profesionales sobre este tema, contribuyen a que todavía se trate de forma insuficiente.

Pero, hemos comprobado que el personal implicado en el control del dolor, está motivado por el tema, está dispuesto a mejorar y reclama formación.

PALABRAS CLAVE: manejo de dolor, formación, educación

1521 | Seguridad

PROGRAMA CALIDAD HNSE

Grasa-Pérez R (1), Pérez-Vázquez V (1), Araguas-Álvarez T (2)

(1) Enfermería, Hospital Ntra Sra de la Esperanza. (2) Gerencia, hospital Ntra Sra de la Esperanza.

OBJETIVOS: Garantizar la seguridad de los pacientes frente a riesgos derivados de la actividad asistencial. Registrar el numero de eventos producidos para articular medidas de mejora

MATERIAL: Revisión bibliografica. Elaboración de protocolos de actuacion Difusion e implantacion. Evaluación mensual en Comisión Calidad. Emision trimestral de informe de situación con recomendaciones por la Comisión Calidad Exposicion anual de resultados a los profesionales

RESULTADOS: Anualmente entre 2005 y 2009 (incluidos)los resultados obtenidos en numero de eventos por cada 1000 estancias fue de :
Flebitis: 33,72- 22,82- 16,13- 15,16- 35,14
Extravasaciones: 45,69 - 64,56- 61,67- 49,08- 65,23
CAÍDAS: 1,71- 1,12- 2,87- 1,99- 0,63
Pacientes con Upp hospitalarias: 4,15- 3,40- 2,51- 2,39-1,89
Pacientes con contencion mecanica: 3,66- 3,64- 2,51- 4,39- 6,65

CONCLUSIONES: La implantación de protocolos de trabajo permite conseguir resultados positivos en el control de la seguridad del paciente y obtener datos para la adopción de medidas de mejora.
Sin embargo, a pesar del seguimiento de los protocolos y de la implicación de los profesionales hay variables que influyen de manera aleatoria en la consecución de resultados (niveles de dependencia, rotación del personal....)

PALABRAS CLAVE: seguridad, confort, protocolos

colaboradores

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

SERVIZO GALEGO de SAÚDE

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Organización Colegial de Enfermería
COLEGIO OFICIAL DE A CORUÑA

AENOR

Almirall
Soluciones pensando en ti

irago
exclusivas y distribuciones

Bayer

NOVARTIS

JANSSEN-CILAG

AMGEN

Boehringer Ingelheim

Espolimp

sanofi aventis
La Salud es lo esencial

Roche

MSD

Bristol-Myers Squibb

Trabajando juntos en Diabetes

AstraZeneca

PLATAFORMA SinDOLOR
FUINSA

índice de autores



XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

índice de autores

A

A. Antoñanzas Lombarte....571
A. Río-Lligorit....497
A. Villanova Lanuza....571
A. Acevedo-Prado....497
A. Benítez....608
A. Pazos....608
Abad Cebolla JC....569
Abad JM....359, 460
Abad MJ....460
Abad R....745
Abad-Díez JM....319, 357
Abad-García R....440
Abadía-Corvinos I....377
Abad-Navarro Al....757
Abad-Vila MA....647, 648
Abalo-Lojo J....350
Abalo-Martínez S....738
Abdelkader M....431
Abeledo C....450
Abellà Porta, M....490
Abellà Porta, Montserrat....560
Abellán C....307
Abellaneda- Abellaneda A....673
Abenza JD....473
Abraira- García L....426
Abraira MI....329
Abraira-García MI....689, 736
Acevedo-Prado A....350, 416, 740
Acevedo-Ramos C....477
Achaerandio-López MA....472
Acosta Feria, M....449
Agea-Jiménez MB....453
Aginaga Badiola JR....423, 626
Agra Y....720
Aguado-Blazquez H....292, 575
Aguado-Rodríguez E....273
Aguayo-Albasini JI....586, 312, 584, 592, 641
Aguayo-Gedilla FJ....679, 683
Aguiar-Couto MR....561
Aguilar-Bailó ME....273
Aguilar-Martín C....570
Aguilera B....326
Aguilera Luque JM....654, 655
Aguilera Peña M....698
Aguilera-Bermúdez J....291
Aguilera-Terrado R....336
Aguillo García A....453
Aguirán-Romero Lm....747
Aguirrezabal- G. Cortazar B....472
Aguirrezabalaga J....604
Aguirre-Zubillaga IM....665
Agusti Ferre B....635
Agustín MJ....745
Aibar C....694, 720
Ainhoa Apesteguia Busto....675
Aizpuru F....604
Alaluf Mg....735
Alarcon-Sabater P....661, 427
Alava-Cano F....722
Albarracín-Marín-Blázquez A....603, 729
Alcaide-Frías AM....283
Alcaine Cameo A....443
Alcalá Jiménez R....732
Alcalá-Jiménez R....380
Alcalde G....345
Alcalde-Bezhold G....343, 472
Alcántara-Bumbiedro S....639
Alcaraz Escribano,M.L....753
Alcaraz M....639
Alcaraz-Martínez J....313, 331, 476, 731, 706
Alcarazo García-Villaraco JP....715
Alcaraz-Pérez T....573
Alcaraz-Quiñonero M....634
Alcarraz Vernet, MC....446
Alcázar-García MR....687
Alcázar-Verde MJ....685
Alcolea MI....346, 473
Alconchel-Rivero J....646
Alcorta-Michelena I....319
Alegre-Bultó C....348, 415
Alegria Ayerdi B....652
Alejandre Lázaro G....459, 462, 495
Alejandro Utor Fernández....511
Alejo-Bru N....729
Alemany A....510, 731
Aleza-Esteras S....381
Alfageme-Gutiérrez M....369, 436
Alfaro Rubio A....261
Alfaro-Cadena L....455
Alfaya B....121
Alfaya-Bernárdez B....456
Alfonso Cortés MI....717
Alfonso Del Río Ligorit....570
Alfonso-Cortés MI....291
Alfonso-Díez I....280
Alicia Tello....486, 487
Aller Fernández C....616
Allue-Ciutat M....628
Almaida MB....374
Almazan Del Pozo, M....497, 753
Almazán- Ortega R....566
Almodovar Carretón MJ....419
Almuedo-Paz A....602
Alonso B....445
Alonso Carrasco T....457
Alonso Castro,MJ....685
Alonso García, MJ....684
Alonso Ojembarrena A....514
Alonso Portela , I....677
Alonso Redondo E....514
Alonso Rodríguez A....473
Alonso, T....624
Alonso-Blanco F....573
Alonso-De Castro....425
Alonso-Delapeña C....644, 644
Alonso-Durán M....372
Alonso-Fernández B....276
Alonso-Frias, N....489
Alonso-García CP....271
Alonso-Hernández, M....274
Alonso-Martín M....442
Alonso-Martín MSM....507
Alonso-Moreno D....288
Alonso-Ovies....279
Alonso-Punter JC....365
Alonso-Redondo E....369
Alonso-Safont T....750
Alonso-Salazar MT....333
Aloy-Duch A....257, 257, 284, 149, 295, 262
Altaba-Tena S....270
Altarribas E....489
Alutiz-Peña Luis....351
Álvarez - Quintáns, M....709
Álvarez Casal E....593
Álvarez- Cueto B....614
Álvarez M....445
Álvarez- Martín MJ....266
Álvarez Ordoñez J....586, 684
Álvarez Quintáns, M....688
Álvarez Rodríguez J....470
Álvarez Rodríguez M....504
Álvarez-Alcon M....373
Álvarez-Álvarez L....649
Álvarez-Carrera C....598
Alvárez-Dacal A....689
Álvarez-Domínguez G....451
Álvarez-García P....302
Álvarez-García T....424
Álvarez-Gil RM....329

índice de autores

Álvarez-Luy M 336
Álvarez-Madi A. 593
Álvarez-Morezuelas MN 343, 472, 345
Álvarez-Muñoz MB 614
Álvarez-Rodríguez M 490
Álvarez-Vázquez 323
Álvarez-Vilariño D 745
Álvarez-Zamora AI 666
Alvaro-Parra JA 483
Alves - Pérez M 445
Alves-Pérez MT 566, 579
Amado Aller, C 616
Amado-Aller C 480, 712
Amaia Muñoz 630
Amarante-Fente C 745
Amenedo-Losada MB 681, 692
Amengual-Piego M 339
Amigo-Fernández J 468
Amondarain Goicoechea MA 653, 722
Amorin-Calzada MJ 374
Ana Belén Jiménez Muñoz 693
Ana Belén Salguero Merino 454
Ana Clara Zoni 693
Ana García Alcaraz 511
Ana Mª González Rodríguez 636
Ana Rodríguez García-Bejar 698
Ana Tocino 511
Andrade Mateos A 562
Andrade-Mateos AM 315
Andrés Luis V 711
Andrés-Soler MJ 377
Andreu Baiget Ortega 487
Andreu Biget Ortega 486
Andreu Crespo A 669
Andreu-Gómez AB 561
Ángel Manuel Royo Sarto 462
Angles-Segura T 594, 362, 270
Angulo Pain E. 682
Angulo-Orue, JI 657, 512, 657
Angulo-Paín E 281
Angulo-Preciado,JI 512, 657, 657
Anna Oller Castells 264
Ansorena-Pool L 332
Antolin-Mugarza A 355
Antoni Peris Grao 484
Antonio Acevedo Prado 570
Antonio Albarracín Marín-Blázquez 603, 730, 730
Antoñanzas-Lombarte T 289
Antoñanzas-Moreno P 744
Aparici- Bolufer Jv 694
Aparicio-Telleria MD 286
Araceli Muñoz Roldán 487, 486
Araguas-Álvarez T 758
Arahuetes-Benito F 595
Ara-Launa D 377
Arana-De-la-Torre A 413
Aranaz Andrés JM 314
Aranaz JM 720
Arancón Oñate, B 625
Aranda-Gallardo M 283
Aranda-Lorca J.J 634
Arantón-Areosa L 356, 361, 375, 733
Aranzabal Conde, MA 426
Arasa Alegre FR 669
Arceiz Campos C 452
Arellano-Morata C 612
Ares MT 680
Ares-Aldariz AM 323
Arguedas-Cervera J 270
Arias Barrientos S 569
Arias-Arias D 436
Arias-Delgado J 383
Arias-Espada MM 441, 687
Arias-Estero 615
Arias-González M 614, 645
Arispe-Ruiz De Gauna J 664
Ariza García V 624
Ariza MA 326
Armalé-Casado MJ 450
Armario-García P 318
Armenteros-Lechuga M 457, 458, 338, 302
Armero Barranco M 567
Arnaiz-Rubio F 593
Arnal-Selfa R 488
Arnau-Alfonso JJ 439
Arocena Cedrón MG 668
Arocena-Cedrón G 669
Arocena-Cedrón Mg 413
Arráez-Monllor M 367
Arraiza Fernández I 709
Arranz Izquierdo, A 426
Arrese-Igor-Etxeburua A 319
Arribas F 460
Arribas-Monzón F 357
arrido-Elustondo S 359
Arrojo C, ... 716
Arrospide-Elgarresta A 297, 690
Arroyo Pineda, V 714
Arroyo-Morollón J 320, 359, 512
Arroyo-Pineda V 340
Arroyo-Yanes, C 559
Arrozpide-García I. 649
Arrubarena Ormaechea, M. 479
Arteche-Ferrero I 303
Artigas-Lage M 300
Artigas-Lage, M 433
Arufe-Manteiga MI 308, 585
Asensio Montoro A 624
Asensio-Pérez MR 309
Aspa Gombau, Pilar 470
Astier P 694
Astier-Peña MP 264, 169
Asunción Cañada Dorado 477
Asunción Rubio Barranco 511
Atalaya-Povedano J 428, 599
Ataz-López P 307
Atrian-Casanova S 330
Atrio-Padrón ME 282
Aubà Llambrich J 606
Augusto Fernández M. 705
Avellaneda Millán, A. 501
Avilés Amat ,Js 697
Ayestarán-Ruiz-Bazán JR 294
Azkacibar -Larrañaga Mg 658
Aznar Matilles N 728
Aznar-Rico MV 466
Aztiria Mendiola A 436
Azuara-García MJ 327

B

Babarro-Cid H 354
Bacigalupe-Artacho,L 657
Badía-Perich E 455
Baena-Gallardo C 315
Baeza-Ransanz T 678
Baguena-García A 672, 261
Bahamonde Sánchez, M 627, 638
Baiget Ortega A 419
Bailac-Costa J 628
Bailen García MA 562
Bailén-García MA 315
Bal- Alvaredo MJ 626
Balado-Dacruz MC 281, 755
Balanà Fort LI 601
Balañà Fort LI 496
Balauder Carrera, A 490
Balauder Carrera,Anna 560
Ballarín-Bardají M 419, 359
Ballesteros E 632
Ballesteros M 432, 563

Ballesteros, M....498
Ballesteros-Cavero JA....621
Ballesteros-Muñoz MF....332
Ballesteros-Pérez AM....618
Ballester-Vieitez A....670
Balugo Huertas SM....470
Balugo-Huertas S....279
Balzategi-Garai E....482
Banco-Tura, LI....676
Baneres J....380, 381
Baños Roldán U....481
Baquero-Sabajanes B....670
Bara, B....268
Barahona M....448
Bara-Machín G....352, 567
Barandiarán-Ozaeta F....274
Barandica-Bilbao A....303
Barba MJ....310, 334
Barba-Miramontes MJ....276
Barbancho-Ordóñez O....457, 611
Barberá Martín A....617
Barcai-De Vicente C....511, 654
Barciela-Garrido MJ....598
Barneda-Darias N....294
Baroja Mazo A....443
Barrado Fernández, L....611
Barrado -Narvión MJ....567
Barrado-Narvión MJ....352
Barragan-Pérez A....492, 755, 330
Barragan-Pérez AJ....451, 460
Barral Santos P....593
Barranco-Castillo E....291
Barrasa-Villar JI....360
Barreda Velázquez C....706
Barreiro Díaz MV....655, 739, 618, 749
Barrera M-Merás A....633
Barrientos-Trigo S....442
Barrios-García R....329
Barros Dios JM....622, 671
Barroso Gutiérrez C....481
Bartolomé-Benito E....364, 437, 491, 713, 363
Bartolomé-Casado MS....364
Basanta MD....431
Basora A....297
Bastón C....334
Basurco-Celaya MR....704
Batista López AI....485
Bautista-Morente MJ....284
Bayo Lozano E....607
Bayón-Cabeza M....734, 512, 320
Bayort-Gómez R....699
Baz-Carranza R....303
Beamud-Lagos M....560, 99
Beatriz Guerrero Díaz....454
Beberide-Nodal M....336
Becerra-Sueiro MV....370, 708
Begoña Castro Mato....455, 638
Begoña Garitano Tellería....724
Begoña Henrich....714
Beguer -Larrumbe N....570
Belkebir S....347, 569, 749
Bello-González E....499
Bello-Rodríguez H....691
Bello-Sánchez C....280
Beltrán-Bañón M....679
Beltrán-De-Heredia B....345
Beltrán-Garrido JM....430, 430
Beltrán-Monreal M....480
Beltrán-Peribáñez J....357
Benavent-Areu J....432, 296, 362
Benavent-Navarro A....295
Ben-Cheikh W....360
Bendicho López MJ....739
Bengoetxea J....282
Benitez Ruiz L....666
Benítez Ruiz L....739
Benítez-Estévez A....644, 644
Benitez-Negro E....583, 584
Benito- Magan JJ....507
Benito-García P....744, 744
Bergasa-Lobera D....373, 442
Bergua-Martínez C....597
Bermejo- Pablos O....422
Bermejo-Gallardo A....465
Bermejo-Guerra M....744
Bermejo-López J....634
Bermejo-Thomas J....360
Bermúdez García C....272
Bermúdez Sanjurjo, JR....687
Bermúdez-Mosquera MC....276
Bernabeu-Díaz M....373
Bernárdez-Couto AI....578
Bernárdez-Otero M....482
Bernardo F....121
Bernardo-Castro F....456
Bernardo-Ormazabal MJ....283
Berride-Soto L....324
Berros-Reinoso M....752
Bertran MJ....324
Bescos-Pérez C....450
Besora Cunillera A....496, 601
Beteta-Fernández D....429, 444, 506, 567
Bibiano Guillen C....506
Bidegain-González E....757
Bilbao I....278, 279, 348, 499
Bilbao -Sáez De Parayuelo I....604
Bilbao-Markaida MB....440, 632
Bilbao-Sáez De Paracueyo I....566
Biurrun A....477
Blamco-Piñéro N....309
Blanca RMª....279
Blanco Fraga....604
Blanco Galán, MA....718
Blanco Rmª....475
Blanco Rodríguez M....508
Blanco, M....268
Blanco-Carbia A....696
Blanco-González F.D....317
Blanco-González M....667
Blanco-Jiménez J....644
Blanco-Ramos T....287
Blanco-Rodríguez M....363, 455
Blanco-Sio S....695
Blanco-Verdugo G....703
Blanco-Vicente A....105
Blarduni -Cardón E....658
Blázquez Blázquez,A.B....611
Blázquez Gómez R....574
Bocanegra-Pérez A....382, 472
Boldú Ortega,Marinel·LA....560
Bolibar - Ribas I....474
Bolinaga Carriqui A....653, 722
Bolinaga Moral MI....717
Bolumar Castellvi, Anna Isabel....470
Bolumar-Castellvi A....343
Bona- García E....259
Bonafont Pujol X....669
Bone-Alcaine B....478
Bonet-Pla A....343
Bonilla Ba....477
Bonilla Quintero F....719
Bonilla-Escobar B.A....342
Boqué-Cavallé M....348, 415, 418
Borja-Rabadán J.A....634
Borrás-Formoso C....575
Botia-Martinaz R....673
Bou G....310
Bóveda-Fontán....370
Brandt-Sanz MI....614, 645
Braña-Noya R....573

Bravo I 473
Bravo -Ricoy JA....690
Brenes FJ....646
Briansó-Florencio M....379
Briegas-Arenas A....651, 651
Briones E 333
Brosa-Llinares F....292, 575
Brotons-Martínez E 616
Brull Royo, Montserrat....470
Brull-Royo M 343
Brun-Soteras C 169
Buendía Lucas R....495, 459, 461
Bueno C 333
Bueno Cavanillas....311
Bueno- Moreno M....614
Bueno-Domínguez MJ....728, 379
Bueno-Zamora H 360
Buezo-Serrano MJ 564, 295
Buixadera Y 736
Buiza-Camacho, B 495, 496
Bulnes-Fernández MJ 626
Buño A....269
Burgoa Cobreros,I....631
Burgos-Hernández M 707
Burguera Larrea A....469
Burgues Burillo L....457, 608
Burke Torreira P. 576
Busca Ostolaza P....626
Busca Ostolaza, P....697
Bustamante Rodríguez E....582
Bustamante-Rodríguez B....334
Bustamante-Vega R 303
Bustinduy-Bascarán A....514, 743
Bustos Lozano G....677
Busto-Toyos A 703
Buyo Rodríguez A....623

C

C. Chaverri Alaman. 571
Caamaño Arcos M....654
Caamaño Martínez M 654, 655
Cabadas R 121, 341
Cabadas-Avión R....324, 424, 456
Caballero García A....719
Caballero-Guerrero B 464
Caballero-Nahum M....371
Caballero-Rodríguez J....371
Cabezas C....341, 365, 617
Cabrera-Del Castillo MA....505
Cáceres-Valverde AM 485
Cachadiña F....736
Calafell R....269
Calaforra; S. 501
Calahorra-Fernández L....457, 458, 715, 271, 302
Calatayud Alonso A....269
Calaza-Coira L 649
Caldas-Blanco R 360
Calderón De Arriba A. 740
Calleja Santisteban C....668
Calleja Sedano P 664
Calle-Urra Je....157, 290, 494, 612, 613
Calvo JA, ...599
Calvo Mayordomo,MJ....497
Calvo MJ 731
Calvo Pérez A. 576
Calvo-Alcántara MJ 713
Calvo-Bohajar M 338
Calvo-Castro C....581
Calvo-García M. 656
Calvo-La-Parra R....113
Calvo-Méndez E 685
Calvo-Méndez EM....596
Calvo-Pérez A 361, 513
Calvo-Pérez AI 733, 356
Calvo-Rico R....505
Calzada -Barrena J. 658
Camacho Bautista J 715
Camacho Pizarro A. 607
Camacho-López P 505
Camarero Alenda MJ....577
Cambronero-Casas F 474, 502
Camino Aldariz E. 640
Camino-Fernández, E....504, 662
Camiña-Gallego I....689
Campayo-Ortega C 636
Campillo-Soto A 312
Campillo-Soto A. 641
Campos Sampedro, P....623
Campos-Andreu, A. 501
Campos-Arca S....561
Campos-Pardo I 670
Campos-Suárez MJ....685
Canca-Sánchez JC....283
Candal-Gómez J 631
Candela-Fuster C....559, 259
Candia B 310, 334, 354, 368, 420, 508
Candia B, ...746, 425, 620, 732
Candia E, ...620
Candia JI, ...620
Candia M, ...620
Candia-Bouso B....700
Cano Pan G....577
Cano- Sánchez MT 259
Canovas-Ingles A 492, 755, 330, 418
Canovas-Serrano A 271
Canseco-Suárez X 695
Cantero-Caballero M....316
Cantón Álvarez MB 643
Cantón-Álvarez MB 357
Cantos-García M 646
Cañada Dorado A....493
Cañada Nogues J....662
Cañada-Dorado A....488, 750
Cañellas Martínez G....269, 674
Cañete San Pastor P....261
Caño-Aguilar A....291
Cañuelo-Merino T....656
Cao-Avellaneda E....618
Capilla L....475
Caragol Urgellés, L....684, 586
Caramés-Bouzán J 141
Caravaca-Alcaraz B....615, 747
Carazo Gil,S....631
Carballo JI 417, 597
Carballo-Álvarez Lf....505
Carballo-Llovo A....366
Carbayo-García J.J....342
Carcelén J 745
Cárdenas-Valladolid J 488
Cardona Torres A....636
Cardona-Rodríguez A 642
Cardona-Torres A 454
Careche Recacoechea I....626
Carlos García Fernández 727
Carlos Sánchez Rodríguez....603
Carmen Alerany Pardo 698
Carmen Jiménez Rubio 641
Carmen Martín Madrazo....477
Carmen Zugaza Salazar....724
Carmen-Rodríguez-Martín MC....285
Carmona-Vigo, R 509, 726, 726, 598, 715
Carnero-Santas MA 672, 673
Carnicero-Bujarrabal M....371
Caro B....703
Caro-Cebador B 318
Carola Orrego Villagran....264
Carraco-Gimeno JM....374
Carrajo L 341
Carral-García MV 281
Carrandi-Camiña B 669

Carrasco-Férnadez V 366
Carrasco-González L 592
Carrasco-Peralta JA 287, 301, 301, 434
Carrascosa-Salmoral MP 349
Carreira-Carballal E 276
Carrera Hernani J 626
Carreras P 460
Carreras-Viñas M 141, 423, 580, 675
Carriba- Rodríguez J 669
Carrillo A 374, 475
Carrillo-Alcaraz A 586, 312, 313, 347, 725
Carrillo-Ortega J 505
Carrión-García F 588, 635, 367, 453
Cartelle-Pérez TJ 482, 749
Casado-Arroyo R 350, 350
Casado-López M 358, 458, 491
Casado-Mora MI 609
Casals Caus P 263
Casan-Clara P 417
Casañ López C 574
Casañas García De Cortázar I 652
Casares-Cervilla R 284
Casariego E 431, 450, 680
Casariego-Barro L 587
Casas D 361, 703
Casas Losada MI 600
Casas-Delgado M 320, 601
Casas-García MI 383
Casbas Vela D 728
Caseros-Roig P 270
Cases-Baldó MJ 592
Caso-Pita C 734
Castán Y 359
Castán-Ruiz Y 319
Castañeda-Palma MA 309
Castaño Lasaosa JI 357
Castaño-Pérez R 324
Castaños-Paisan C 583, 584
Castejón- Pina MJ 467
Castell-Alcalá MV 422
Castellano Ortega M 698
Castellanos-Castellanos FJ 266
Castellano-Zurera MM 287, 301, 301
Castellano-Zurera, MM 434
Castelo-Iglesias J 585
Castelo-Zas S 376, 378
Castiella-Herrero, J 448, 449, 625
Castilla-Álvarez C 353
Castillo Iglesias S 655
Castillo-Corrales P 583, 584
Castillo-Fernández V 306
Castillo-Gómez C 439
Castillo-Rosales M 646
Castro Orjales M.J. 680
Castro Segade,J 700, 612
Castro Serrano MJ 263
Castro-Beiras A 39
Castro-Feijóo TM 696
Castro-Fernández I 310
Castro-González AJ 650
Castromán-Souto MJ 308, 585
Castro-Martiño L 745
Castro-Millara J 466
Castro-Pérez M 482
Catalá-Navarro P 280
Catalán-Rueda E 492, 678
Cava Valenciano F 600
Cava-Iniesta J 444
Cavallé MC 344
Cayuela-Verdu FJ 572, 435
Cazallo-Hervás MJ 442
Ceballos-Pozo M 485
Cebreros-Márquez FJ 436
Cebrián-García M 293
Cecilia Ferrarese 750
Cediel C 311
Celia Posadilla Luengos 468
Centeno-Centeno J 587
Centeno-Cortés A 604
Cerda-Calafat I 292
Cerda-Calafat,I 575
Cerdá-Díaz R 636, 454
Cereijo Gárea C 577
Cereijo Silva Eg 594
Cereijo-Gárea C 602
Cernadas I 368, 425, 599, 716
Cernadas-Blanco MJ 609
Cerqueiro JM 450
Cerro Valcárcel, A. 611
Cervantes-Urán E 679
Cervantes-Vidal J 573
Cervell-Ferrón JM 618
Ces Calvo ME 695, 701
Cesteros R 574
Chacón-Blanco C 266
Chacón-Manzano MC 472
Chamorro-Fernández C. 649
Chanovas-Borras M 342
Chaparro-Jiménez A 442
Charle-Crespo MA 742
Chavernas S 431
Chaverri-Alaman C 628
Chaves-Benito A 592
Chayán Zas MI 654, 655
Checa MI 376
Checa-Amaro MI 306
Chico-Carballas J 350, 350
Chicote-Carquero S 296
Chueca-Ajuria A 304, 375, 689
Cibrian Barbolla P 593
Cienfuegos F, ... 620
Ciercoles-Sierra MJ 500, 335
Cimadevila-Álvarez B 375, 513
Cima-Ferreño MP 579
Ciorba E 336
Ciria MJ 513
Cisneros-Izquierdo 374
Civit-Chervet C 563, 632
Claret Jorba, A 751
Clavería-Fontán A 328
Clavero-Ballester N 105
Clemente Roldán E 749
Clemente-Roldán E 355
Cobacho-De Alba JJ 609
Cobas-Pacín P 272
Cobián-Martínez J 435
Cobián-Martínez JI 754
Cobo-Izquierdo A 605
Coca Moreno J 749
Coca-Boronat E 382
Codesido-Miras R 618, 649
Codesido-Mirás R 482, 650, 650, 651, 651, 749
Cofiño-Castañeda L 463, 105
Colina Alonso A 413, 668
Coll Clavero J 645
Collado Cuco A 563, 446, 610, 289, 297
Colmenarejo-Serrano C 317
Colomés Figuera LI 496, 601
Colominas-Balada G 317
Colomina-Soler, MJ 274
Combalia-Aleu G 383
Comellas JF. 438
Cómes-Górriz N 349, 483
Comino-Rivas, Mª A 363
Comisión De Docencia 581
Comisión De Documentación Clínica 483
Comisión De Mortalidad 344
Concepción Celaya Lecea 462
Concha Torre, A 463
Conde Reina E 652

Conejo Caridad, R....273
Conejo-Olmedilla MA....505
Conejos-Miquel MD....750
Contessotto Spadetto C....272, 578
Contreras-Martinón F....752
Corbalán-Abril MD....464
Corbalán-Dólera C....382
Corbella Virós X....581
Cordero Rodríguez Rp....621
Coria Abel, G....677
Corral Martínez T....718
Corral-Lozano E....343
Correcher Aventin O....606
Cortegoso-Caramés S....630
Cortegoso-Moreira L....581
Cortés Navalón C....674
Cortés-Cañones, J....565
Cortés-Durán M....367
Cortes-Parra C....358
Cortez Quiroga G....698
Coscujuela Mañá A....581
Cosio-Mendez C....378
Costa-Mouriño MC....424
Costa-Vilar N....304
Couto López,E....685
Cozar JM....646
Crespo Palau JM....563
Crespo Palau, JM....610
Crespo-Carrión MJ....338
Crespo-Diz C....622
Crespo-Palau C....300
Crespo-Palau JM....289
Cribeiro-González M....499
Cristina Candenas....724
Cristina González Steinbauer....693
Cristina Piñol Uson....641
Cristina Villanueva Sanz....477
Cruz Antolin AJ....716
Cruz-Martínez M....291
Cruz-Martos E....713
Cruz-Palacios R....578
Cruz-Salgado O....287, 301, 301, 434
Cruz-Torres R....663
Cubi Guillen, M Teresa....663
Cucarella-Galiana M....305
Cucullo-López JM....500, 335
Cueto-Baelo M....690, 691, 426, 697
Cuevas-Baticón B....570, 642
Cullet-Campeny, E....481
Currás Mateo MD....569

D

D.Lanza-Escobedo....497
Da Silva Costa,B....685
Dacosta-Delgado I....693
Dalmao-Llorca R....570
Dalmau - Cartañà E....713
Dalmau Cartanyà, E....490
Dalmau Cartña,Esther....560
Dalmau-Cartaña E....290
Darriba Fraga MJ....648
David Lanza Escobedo....570
David Manzanedo....263
Davila-Casal E....696
Davins-Miralles J....304, 362, 722
Davins-Miralles P....432
Daza Asumendi P....453
De A Hija Díaz MB....620
De Allende Achalandabaso, A....664
De Amuriza N....427
De Amuriza-Chicharro N....671
De Burgos-Pol R....301
De Burgos-Pol, R....434
De Castro-Acuña Iglesias N....321
De la Cal López M....491
De- LA -Concepción -Da -Silva....426
De la Cruz-Acosta G....414
De la Fuente A....277
De la Fuente-Ginés, M....559, 259
De la Fuente-Palma....259
De la Hija Díaz, MB....714
De la Iglesia-Cano E....637
De la Peña Cristiá MM....446, 568, 590, 590, 591, 591
De la Traba Peinado M....272
De Leon-Belmar....430
De Leon-Belmar J....430
De Leon-Robert A....656
De Luis -Álvarez S....566
De Miguel-Bouzas JC....425
De Miguel-Gomez A....492, 755
De Miguel-Gómez A....460
De Ramón-Campiña I....287
De-Aramburu-Pataut F....274
De-Ardanaz-Jorreto S....292
De-Burgos-Pol R....287, 301
De-Castro-García S....382
De-Frutos-Delgado C....377
De-Haro-Martín LI....296
Del Álamo Hernando I....481
Del Amo, Custodia....440
Del Campo- Pérez V....690, 691
Del Corral-Gómez,Sagrario....638
Del Nozal Nalda M....481, 483
Del Río Medel L....574
De-la-Concepción-da-Silva P....690, 697, 691
De-la-Fuente A....278
De-la-Hija-Diaz M.B....340, 340
De-la-Torre-Barbero MJ....377
Delfín-Vázquez M....742
Delgado Martín....370
Delgado-Fernández R....712
Delgado-Martín JI....328, 366, 598
Del-Nozal-Nalda M....344
Del-Oso-Morán J....300, 433
Del-Pino-Jiménez MD....352
Del-Rio-Moro O....285
De-Miguel-Ascaso C....360
De-Miguel-Bouzas JC....325
Déniz-Rodríguez MJ....488
Deocal-Reina S....619, 653
De-Troya-Martín M....369
Devesa Barreira MJ....712
Devesa Barreira, MJ....466
Diana Serrano Peris....571
Diaz AI....376
Díaz AI....311
Diaz Alonso, Y....463
Díaz Caballero R....496
Díaz Díaz V....514
Diaz Gandia, MC....664
Díaz Gomez L....514
Díaz Lamas A....680
Díaz López JI....628
Díaz Penelas I....680
Díaz- Pérez JM....259
Díaz Trapiella A....443
Díaz -Velázquez B....567
Díaz-Agero-Pérez C....328
DiaZ-Beloso R....306
Diaz-Belosos R.M....581
Díaz-Cuasante AI....365
Díaz-Delcastillo A....644
Diaz-López Y....729, 419
Díaz-Pérez JM....428
Díaz-Sabán S....442
Diego Júdez Legaristi....605
Díez Caballero R....601
Diez-Diego A....679
Diez-Martín MJ....692
Díez-Romeo A....352
Dionisia Labrador....265

Dios Del Valle R 443, 569
Doblado López, O 461, 721, 723, 751, 721
Doblado-López O 300, 280
Dodero-Solano FJ 483
Domench L 277, 278, 277
Domenech Martín A 716
Domingo Gil, G 753
Domínguez Alonso, MT 474
Domínguez Duque,E 629
Domínguez I 368
Domínguez Lomeña MJ 262, 674
Domínguez -López C 691
Domínguez López, Mª De la O 470
Domínguez N 431
Domínguez S, ... 425
Domínguez-Arias B 693, 707, 368
Domínguez-Fernández M 664
Domínguez-García M 355
Domínguez-González MN 634
Domínguez-González N 375, 361, 513
Domínguez-Guillén I, ... 599
Domínguez-Hevella F 383
Domínguez-López Mª De la O 343
Domínguez-Sardiña M 366, 742
Doncel-Molinero D 288
Dorleta Cardeñoso 675
Dorronsoro Goikoetxea I 626
Dr. Gomila - Vila 503
Dra. Jardí I Lliberia 503
Duarte V 308
Duarte V. 583
Dulanto-Banda RA 620, 507, 619, 619, 653
Duque-Teomiro C 414, 589
Durán Torralba C 698
Durán-Bengoetxea J 274
Durán-Diaz-Del-Real M 303
Durban-Reguera F 307

E

E De Salamanca Holzinguer, I 687
Echevarria Bayas, MP 504
Echeverria Muguruza MA 709
Eduardo 559
Eduardo Briones 265
Egea Ferrer, M 751
Egea Ferrer, Maribel 723
Egido-Lizán MP 317
Egido-Lizán, MP 613
Eguileor-Gurtubai M 683
Eibe-Mandiá MV 594, 308, 585
Eider Romero 714
Eiriz Barbeito D 616
Eiros-Bouza JM 595
Elena Entrena 630
Elisa Molins 724
Elosegui-Mendizabal M 478
Elvira Conde 724
Elviro-Bodoy T 330
Emilio Peña Ros 603, 730, 730
Encarnación Ros Martínez 454
Enric Mateo Viladomat 484, 487
Enrique Alonso Redondo 511
Enriquez- De- Salamanca I 426
Enríquez N 359, 460
Enríquez-Martín N 319
Enríquez-Salamanca I 341
Errasti Olartekoetxea G 668
Escobar Ortega C 732
Escobar-Ubreva A 495, 574, 330
Escobar-Ubreva, A 496
Escribano Escribano M 732
Escribano-Catalán MT 289
Escribano-Jiménez M 757
Escriche- Ros R 672
Escriche-Ros R 261
Escrig Ibañez MJ 269
Escriva De Romani B 731
Escudero Batalla, Fernando 484
Escudero Hernández, MM 504
Escudero- Sánchez C 467
Escudero-Batalla F 379
Escudero-Sánchez MC 572
Escudero-Sánchez N 561
Esnaola Yanci, C 509
Esparza-García E 743
Esparza-Liberal C 440
Espejo Vidal T 563
Espejo-Vidal T 297
Esperón-Güimil JA 424
Espi F 639
Espinosa Gúzman J 607
Esposito T 574
Esquerra -Majó M 722
Esquisabel-Martínez R 514
Esquius M 563
Esquius-Rodríguez M 289, 297
Esquivis-Jaramillo MC 351
Estadella-Servalls MJ 330
Esteban Jaen Bayarte 468
Esteban MA 422
Esteban T 449
Esteban Tudela M 461, 462
Esteban-Gómez Mº J 275
Esteban-Lloret Cn 476, 656
Esteban-Tudela M 492
Esteban-Zarraoa M.J. 503
Estepa Muñoz, Montserrat 484
Estepa-Muñoz M 379
Esteve V 308
Esteve V. 583
Estevez-Álvarez A 707
Estevez-Fernàndez N 290
Estevez-Rial E 738
Esther Dalmau Cartaña 641
Esther Gutiérrez 459
Estopiña-Vitutia S 343
Estrada J 307
Estrada Mosquera Ic 616
Eva Lamiquiz Linares 724
Eva María Tobajas Señor 463
Extramiana-Cameno,J 512
Ezpeleta-Sáenz E 327

F

F Hermida-Cadahía E 644, 452
Faba Montesó, Joan 663
Fabá- Prats I 570
Fabregat-Sancho JF 349, 483
Fabrellas-Padrés N 296
Faccio-López S 325
Faccio-López S 327
Facio-Villanueva A 361, 375, 513
Fajardo-De-la-Fuente, M 309
Fajardo-González R 661
Falagan Mota, M 433
Falantes Herdugo D 735
Farfán Sedano F J 275
Fariñas Garrido, MC 627
Fariñas-Álvarez C 332
Fariñas-Lorenzo B 697
Farpón-Gil A 417
Faus-Felipe V 329
Fdez.-Brea, J 625
Feijóo-González MªD 282
Fernández A 448
Fernández Campos M 473
Fernández Candelario I 750
Fernández Castelló Al 506
Fernández De Armas Lisset 681
Fernández De Castro I, ... 620

índice de autores

Fernández Doallo MR....628
Fernández Fernadez, Manuel V.....565
Fernández- García M....286
Fernández López A.M.....740
Fernández López, A. 633
Fernández Martín-Ondarza , A....474
Fernández Moreno A....560
Fernández Naveiro JM....695, 701
Fernández- Neira ME 694
Fernández Páez F....461, 462
Fernández Rodríguez P....652
Fernández Sanz 457
Fernández Sanz J 458
Fernández Segade J....576
Fernández Sierra MA 311, 471, 476, 720
Fernández Soneira, MJ....687
Fernández- Tamargo E....258
Fernández Vázquez , Emilia....677
Fernández Vázquez MM....508
Fernández, MJ....479
Fernández-Aldao MA 693
Fernández-Álvarez MC....696
Fernández-Avilés-Díaz F 360
Fernández-Bermejo, MC....495, 496
Fernández-Cadenas, F....479
Fernández-Camiñas JA 323
Fernández-Candelario I 611
Fernández-Conde J....678
Fernández-Conde JA....441, 492, 687
Fernández-Corchero J 153
Fernández-Cotado MJ....696
Fernández-Crespo S 653
Fernández-Fernández MA 370
Fernández-Fernández MS....647, 648
Fernández-Fernández MV....564
Fernández-Ferreiro A....671
Fernández-Fraga C....577, 643
Fernández-García A....693
Fernández-García C 276
Fernández-García M....351
Fernández-García MA 707
Fernández-Gil MA 465
Fernández-Girón M....367
Fernández-González AI....370, 708
Fernández-González M....699
Fernández-Gutiérrez M A....378
Fernández-Lamelo, F....498, 504
Fernández-López AM....740
Fernández-López, A. 498, 504
Fernández-Pérez S....596
Fernández-Pro A....646
Férnandez-Redondo C 506
Fernández-Rodríguez M 561
Fernández-Román C 584, 583
Fernández-Sánchez E 369
Fernández-Segade J....356, 733
Fernández-Segade J....361
Fernández-Valverde B 621, 113
Fernández-Varela I 303
Fernández-Villar A....595
Ferrándiz-Sellés MD....270, 430, 430
Ferrarese-Salaverry C....611
Ferrari JM....427
Ferrari MC 296
Ferrari Piquero JM 671
Ferré Blanch, José Luis 663
Ferreira Recio, M....631
Ferreira Recio,M....629
Ferreira Rodríguez, MP. 433
Ferreira-Barragans F....743
Ferreiro Cadahia MI 701
Ferreiro-García E 561
Ferreiro-Nieto L....650
Ferrer Arnedo C. 637
Ferrer-Arnedo C 87
Ferrer-Bas MP 506
Ferrer-Bas P....444, 567
Ferrero-Ávarez-Rementería, J....496, 495
Ferrer-Ozores U 141, 688, 685
Ferrús-Estopà L....346, 361, 703
Fidalgo-Hermida B....748, 183, 686
Figuera Colomés A....728
Figuerola-Batista M 296
Filgueira-Capelo 630
Filgueiras....499
Fiuza-Barreiro MB 580, 423, 675
Fliriache-García.Caro-García P....342
Flores Goy, MI 684
Flores- Pastor B....586
Flores- Sánchez G....507
Flores-Antón B....335
Flores-Cordón J. 599
Flores-Pastor B....725, 641
Flores-Pastor BM....584
Florez Rodríguez D....718
Flórez-García MT....639
Fluriache García-Caro P....507, 620
Fluriache-García MP....619
Folgueira-Aguiar E....688
Fonseca F....345
Fonseca-Miranda Y....494
Fontanillo Fontanillo M....581
Forés - Palacios M....713
Forés-Moreno G 365
Forés-Palacios M....290
Formoso D 302
Formoso- Lavandeira D 626
Fornes-Vivas RM....647, 372
Fornieles-Pérez H 307
Fraga Coira MA....577
Fraga JA....354
Fraga P....445
Francisca Pavón Rodríguez....484
Francisco Javier Lucas-Imbernón....727
Franco-Aradas R....578
Franco-Vidal A....752
Freile-García S....378
Freire JM....37
Freire Mcarmen....325
Freire-Campo JM 487
Freire-Vázquez C....425
Frenk-Mora J....31
Frias Moya-Ángeler MS....261
Fuente-Blanco MC....349, 483
Fuentes Larrosa, F.J. 753
Fuentes-Sánchez M....268
Fuertes-Palacio MA....360
Fulquet M....308
Furundarena Salsamendi JR....626
Fusté-Ballús C 149, 284
Fustero Fernández MV 728
Fuster-Pardo A....435

G

Gabari-Machín M....297, 690
Gabilondo-Larrañaga E....664
Galán-Montañes M.J....340
Galego Novo M.C....684
Galego Vázquez , E....677
Galego Vizoso T....513
Galego-Feal P....321, 321, 456, 629, 741
Galiana Llasat, M Jesús 663
Galiana-Auchel JM....757
Galindo Fariña, M.A. 753
Galindo-Martín M 266
Galiot-Torres A....349, 485, 602
Gallardo González, Gemma....608
Gallardo Martínez D....314
Gallart, A....268
Gallego- Sianes, MD....259

Gallego-Camiña I.....304, 353, 375
Gallego-González-Aller FJ.....322, 683
Gallego-Rodríguez F.....614
Gallego-Sánchez J.....362
Gàlvez-Hernando G.....364, 503
Gaminde Inda, I.....260
Gámiz Domínguez F.....663
Garabal-Vázquez A.....743
Garate-Viloin A.....509, 652
Garay-Almolda P.....289
Garbajosa-Cabello A.....330
Garcés San José C.....582
Garcés Sanjosé C.....502
Garcés-San-José C.....334
García - Capelo Pérez JP.....371
García - Payá F.....559
García -Alegre R.....566
García Álvarez Ac.....493
García Aschauer JM.....644
García B.....368
García Caro Y.....662, 710
García Cepeda B.....622, 671
García- Cepeda B.....596
García Escudero G.....719
García Espert C.....674
García Estraviz, C.....618
García Fernández C.....314, 607
García FJ.....354
García Fortea MC.....716, 710
García Gálvez MM.....470
García -García MJ.....690
García- García MI.....586
García- González C.....507
García Grande, M.M.....753
García JA.....374, 475
García Jiménez C.....559, 737, 451, 667
García Martín M.....311
García Mata JR.....318, 569, 749
García Megido ,MI.....631
García Megido,MI.....629
García Menéndez MI.....600
García MJ.....445
García Notario A.....715
García Nuñez, E.....627
García Otero M.J.....695
García Otero MJ.....701
García -Pardo RM.....729, 734
García Paya, F.....451, 737
García Payá, F.....667
García Pertíñez MP.....284
García Prieto E.....447
García Ramos R.....429
García- Ruiz C.....266
García Ruiz P.....720
García- Vicente A.M.....659
García-Aísa JC.....489
García-Alcarazo JP.....299
García-Allut J.L.....350
García-Álvarez G.....333
García-Aschauer JM.....644
García-Balda X.....294
García-Camino MJ,.....716
García-Campello M.....302
García-Canet MI.....675
García-Caravaca JC.....331
García-Carbajo A.....722
García-Caro S.....575, 646
García-Castillo Pérez-Madrid C.....502
García-Cepeda B.....141, 456, 688, 708, 685
García-Cubero MC.....750
García-Cuenca AI.....502
García-Del Rosario C.....435, 488, 754
García-De-la-Infanta RF.....281
García-Duro M.....692
García-Encabo M.....319
García-Escribano E.....661
García-Fernández JA.....105
García-Fernández Y.....354
García-Flores A.....294
García-Flores S.....340
García-Fraguela B.....480, 499, 712, 716
García-Fraguela B,.....599
García-Franco MM.....710
García-García MJ.....327
García-García MI.....584, 592, 641
García-García S.....514
García-Gil M.....275
García-Gómez C.....510
García-Gómez MA.....658
García-Gómez P.....451
García-Jiménez C.....429, 444, 572
García-Jiménez I.....347
García-Juárez MR.....153, 606, 609
García-Latorre F.....169
García-Mantas A.....312, 474
García-Mata JR.....347
García-Menendez C.....365
García-Navarro FJ.....455
García-Orea Álvarez M.....666
García-Palacios R.....609
García-Palma, A.....738
García-Pardo, RM.....512
García-Pelayo JA.....316
García-Pérez M.....337, 416
García-Peso A.....279
García-Puertas,C.....657
García-Quintáns A.....456
García-Rivela LM.....275, 686
García-Rodríguez J.....332
García-Rodríguez JC.....331
García-Rodríguez P.....378
García-Rubio Fo.....271
García-Ruise S.....622, 671
García-Sánchez FJ.....306
García-Sixto MM.....634
García-Soriano JM.....281
García-Zabarte Casal MA.....701
Garitano-Tellería B.....303
Garmendia-Tolosa T.....288
Garnacho Gayarre Nuria.....626
Garrido Martínez JA.....469
Garrido MJ.....341, 420
Garrido Rocamora I.....508
Garrido Valverde, I.....507
Garrido-Filgueiras MJ.....716
Garrido-González L.....595
Garrido-Martínez JA.....337
Garrido-Montañés O.....673, 757
Garrido-Peña F.....442
Garrido-Ruiz-De-Los-Paños F.....363
Garrido-Sanjuan JA.....416
Garrido-Valverde I.....619
Garrote-Moreno L.....610, 731
Garrote-Moreno LC.....706
Garzón G.....510, 731
Gascón Ferret J.....419
Gastalver C.....427
Gastalver-Martín C.....671
Gavala-Arjona Cristina.....268
Gavín Bouso H.....577
Gaztelu-Iturri-Ortuoste A.....303
Gens-Barberá M.....336, 432
Gens-Barberà M.....286, 304, 351, 362, 362, 468
Geremías L.....365, 617
Germán Ibáñez.....724
Gestal Otero JJ.....622, 671, 695, 701, 701
Gil Redrado A.....452
Gilabert-Murcia J.....679
Gilabert-Perramon A.....292
Gil-García E.....442

índice de autores

Gil-Orellana MJ....575
Giménez - Rubio C....713
Giménez Gómez P....705
Giménez -Julve T....734
Giménez-Abadía MA....706
Giménez-Julvez T....733
Gimeno P....655
Gimeno; E....501
Giraldo P....513
Gitiérrez-Bayard Lucía....369
Glaria-Navarro T....297
Gloria Manzano....714
Goenai-Iglesias I....659
Goiriena Seijo, M.D....568
Gomar-García F....646
Gomez Canosa S....680
Gomez- Carracedo AM....507
Gómez De Merodio Sarri R....732
Gomez Fernández C....666
Gómez García A....464
Gómez Gómez Mª A....464
Gomez González E....674
Gómez Ibañez, Y....500
Gomez Laso. E....751
Gómez Montero, Gerardo....484
Gómez -Pesquera C....734
Gómez R....639
Gómez Rosado JC....483
Gomez-Amoedo S....738
Gómez-Arroyo M....302
Gómez-Barrena V....377
Gómez-Bermúdez, J....262
Gomez-Cantarino S....414, 588, 589
Gomez-Chagoyen B....658
Gómez-De-Cádiz-Villarreal A....333
Gómez-De-Merodio-Sarri R....380, 305, 381
Gómez-Escorza J....315
Gómez-Felipe E....455
Gómez-García MJ....356, 437
Gomez-Gomez MT....505
Gómez-López M....592
Gómez-Maran L....424
Gómez-Martínez J....427, 661
Gomez-Marzo E....317
Gómez-Montero G....379
Gómez-Payo S....285
Gómez-Pesquera C....320
Gómez-Pesquera, C....512
Gómez-Pizarroso....328
Gomez-Rábago M L....360
Gómez-Ruiz MJ....441
Gómez-Ruiz R....265, 321, 321, 629, 741
Gómez-Sánchez R....444
Gómez-Santillana M....704, 705
Gómez-Tijero N....745
Gómez-Vilas MA....682
Gomila-Vila X....364
Gomis Muñoz, P....677
Gomis-Cebrián R....157, 290, 494, 612, 613
Gondalbeu- Petit A....594
Gonseth J....477
González- Arza E....660
González B....376
González Cáceres A....662
González Cainzos,S....699
González Calvo E....514
González Calvo E....682
González -De la Cuesta D....567
González De la Flor, P....509, 726, 726
González- Díaz J....258
González Fernández I....505
González García MA....707
González Garrido, MJ....479
González González L....662, 710
González Hernández MJ....506
González- Herranz V....258
González Iglesias I....705
González López J....429
González M....361, 703, 167
González MC....431
González MD....473
González Olveira J....654
González Prieto, P....623
González -Reguero A....566
González Rodríguez MC....579
González Sánchez JA....652
González Serna A....272
González Vázquez,C....710
González Veiga, B....633
González, Araceli....440
González-Álvarez B....289
González-Álvarez I....337, 71, 416
González-Bravo A....594
González-Calvo E....369
González-Caro MD....428, 599
González-Contreras M....349
Gónzalez-Contreras M....483
González-De la Flor, P....715
González-De-Jesus C....666
González-De-la-Cuesta D....352
González-Formoso C....328, 695, 59, 366, 423
González-G. Nuria....625
González-Gallegos M....341, 365, 617
González-García M....351
González-Gay, JM....448, 449, 625
González-Gómez N....327
Gonzàlez-Gonzalo S....290
González-Gutiérrez-Solana R....444, 480, 589
González-Lázaro RM....579
González-Lombide E....743, 63
González-López E....383
González-López J....452
González-Martínez A....610
González-Martínez JF....676
González-Moure F....562
González-Muñoz A....293
González-Notivol R....289
González-Novoa MC....697
González-Nuñez B....354
González-Outon Velázquez J....471
González-Pérez P....757
González-Reguero A....604
González-Rodríguez A....423
González-Rodríguez JI....744
González-Rodríguez LA....647, 648
González-Rodríguez MR....700
González-Rodríguez R,....732
González-Sánchez A....640
González-Santana MD....435
González-Soria J....413
González-Soria J....373
González-Valverde FM....603, 729
González-Vázquez A....327
Gorgues Espasa, M....490
Gorgues Espasa,María....560
Gost J....277, 278
Gotor-Lazaro, MA....318
Goyeneche Arandia, G....664
Gozalo T....365, 617
Gracia-Ros J....679
Granado González M....728
Granados-Ulecia C....183, 298, 748, 686
Grande Arnesto M....458, 715
Graña Garrido MI....446, 568, 590, 590, 591, 591
Graña-Álvarez J....696
Graña-Blanco M....693
Graña-García E....306
Grasa-Pérez R....758
Gras-Baeza MA....322, 683
Grases R....345

Grau J....324
Grau-Polán M....312, 347, 725
Grela -Piñeiro RA....741
Grela-Piñeiro R....265, 321, 629
Grimal-Aliacar F....377
Grima-Moliner Jl....351
Groba-Pérez F....433, 324, 331, 424
Gros-Bañeres B....502, 582, 334
Gross-Zapata A....660
Guajardo Remacha J....436, 469
Guajardo-Sinusia I....500, 335
Guasch J....736
Gude- Sampedro F....596
Güell-Ubillos,J.A....481
Guerra C....431
Guerra-González S....153
Guerrero Gómez C....574
Guerrero Peral,AB....629
Guerrero-Díaz B....418, 573
Guerrero-García, MJ....309
Guijarro-Bernal R....661
Guilabert M....417, 597
Guillán Lajos T....640
Guillaumes S....448
Guillen- Paredes P....586
Guillén-Paredes MP....584, 592
Guillen-Paredes P....641
Guillot-Morales M....345
Guinarte Cabada JC....717
Guirado-Sánchez F....356, 437
Guirao Sastre JM....708
Guirao-Guerrero A....292
Guiu Barragán E....464
Gurruchaga-Arriola MI....319
Gutiérrez Bayard L....682
Gutiérrez De Teran-Moreno G....632
Gutiérrez Veiga R....429
Gutiérrez, Raquel....440
Gutiérrez-Bayard L....281
Gutiérrez-Cía I....733, 734
Gutiérrez-Fernández R....285
Gutiérrez-Linares V....268
Gutiérrez-Romero J....315
Guzmán-Boronat L....731
Guzman-De-Damas JM....372
Guzmàn-Sebastià R....304

H

Habas-Pérez, JC....309
Helena Vallverdú Cartié....264
Hellin Monasterio, J....559, 451, 737
Hellín-Monasterio J....667, 429, 506, 572
Henar-Esteras....374
Henríquez-Salamana I....327
Herández-Campa S....285
Herce-Muñoz, A....434
Hernán MA....439
Hernández A....456
Hernández Borges AA....485
Hernández Cr....475
Hernández- García E....578
Hernández- Pacual M....491
Hernández Pascual M....458
Hernández T....510
Hernández-Blázquez A....380
Hernández-Cascales N....610
Hernández-Martín I....597
Hernández-Muñoz MP....687
Hernández-Pascual M....358
Hernández-Sansalvador M....510
Hernández-Santana A....435, 488, 754
Hernández-Vidal N....362
Hernández-Vidal N....286
Hernando-Alonso MI....273
Hernánez-Hernández JM....413
Hernanz Ruiz, M....568
Herranz-González V....428
Herrer Castejón A....502, 582
Herrera Cardenal, E....501
Herrera-Romero T....267, 438, 447
Herreras Clemente MA....261
Herrera-Viedma E....371
Herrer-Castejón A....334
Herrero Delgado M....493
Herrero Hernández S....706
Herrero-Herrero S....306
Herreros De Tejada A....671, 677
Herreros De Tejeda A....427
Herreros López P....579
Herreros-López P....305, 380, 381
Hevia-Pardo MC....577
Hidalgo I....346
Hidalgo-Ramírez R....299
Hidalgo-Ramos S....442
Higuera-Mateo J....649
Hijós-Larraz LA....377
Hilarion P....381
Horcajadas García, A....471
Hospital-Guardiola I....336
Huerta A....646
Huertas Pastor E....668
Hurtado Colmenero N....419

I

I Vallverdú....344
Ibáñez García J....623
Ibañez, E....501
Ibañez-Castellar L....628
Ibañez-Pérez J....337
Ibarburen-G.Arenas R....703
Ibarguren-Olalde K....288
Ibarra Y....167
Ibiricu-Barro A....461, 721, 280, 300, 326
Iborra-Oquendo MA....281
Idoipe A....745
Iglesia-Ara S....672
Iglesia-Reina S....294
Iglesias Avión P....473
Iglesias C....658
Iglesias Conde M....598
Iglesias Fraile, L....463
Iglesias Ojea A....569
Iglesias Vázquez JA....654, 655, 618
Iglesias-Cabaleiro C....324, 331
Iglesias-Casas GC....465, 696
Iglesias-Castañón A....645
Iglesias-Castañón A....614
Iglesias-Noya S....754
Iglesias-Vázquez JA....321
Iglesias-Vázquez JA....650, 739, 749, 752
Ignacio Dolsac Espinosa....463
Illana - Rodríguez N....559, 451, 667, 737
Illarramendi Irure A....453
Ilzarbe-Simorte D....355
Inchaurza Hernández E....453
Inchaurza-Hernández E....274
Infantes Rodríguez, JA....497
Ingunza-Basterra N....355
Iniesta- Martínez D....615
Iniesta Sánchez J....708
Iniesta-Alcaraz J....429
Iniesta-Alcázar J....506
Iniesta-Martínez D....747
Iniesta-Sánchez J....382, 421, 464, 480, 676
Insua Castiñeiras,M....710
Iñaki Polo Rodríguez....724
Ione Miren Agirre....675
Iruin-Sanz A....286
Irune Ortiz....714
Iruretagoyena Sánchez.M....719

índice de autores

Isabel Pais Pazos....455, 638
Isasa-Cuartero L....351
Isaura Rodríguez Penín....636
Isla-Climente P....440
Iturbe Hernández T....623
I-Urrutia J....167
Iván Montenegro Rodríguez....668
Izarzugaza Iturrizar I....479
Izarzugaza-Iturrizar E....568, 746
Izaskun Elorduy Vadillo....675
Izquierdo - Nazar MI....564
Izquierdo Izquierdo P....439
Izquierdo N....307
Izquierdo-Alcolea B....338
Izquierdo-Fernández R....272
Izquierdo-García E....671
Izquierdo-Gutiérrez C....383

J

J. M. Ibañez....630
Jamart Sánchez L....706
Jardí-I-Lliberia J....364
Jareño-Talero J....345
Jato Díaz M....712
Jato Díaz M....466
Jauregui Celaya F....653, 709, 722
Jauregui I....278, 348, 475, 499
Javier Moro Lara....468
Javier Pico....459, 642
Javier Ródenas Moncada....730
Javier Somolinos....724
Javierre-Loris I....334
Javierre-Loris MA....502, 582
Javierre-Loris MA....334
J-Ballestero E....167
JC.Guinarte....608
Jerónimo Jiménez-Romero....265
Jiménez Álvarez MT....562
Jiménez Gómez, MJ....718
Jiménez Marques Cm....563
Jiménez MJ....427
Jiménez Pérez I....562
Jiménez-Álvarez T....315
Jiménez-Barragán MT....580
Jiménez-Carramiñana J....364, 437
Jiménez-Cordero JP....316
Jiménez-Domínguez C....358, 437, 458
JiménezJaén P....322
Jiménez-Lacarra V....744
Jiménez-Muñoz AB....322
Jiménez-Ojeda CM....702
Jiménez-Oliveros I....699
Jiménez-San-Juan R....318
Joaquim Bañeres....263
Joaquim Bañeres Amella....264
Joaquín Paya Berbegal....727
Jokin Amilibia....630
Jordi Espuñes....263
Jordi Gascón Ferret....484, 486, 487
Jordi Sobrequés....263
José Acedo, MI....718
José Luis Colome Blanch....663
Joven Lozano, M....446
Jover -Casas, JM....715, 726, 726, 509
Jover-Moreno A....457, 660
Juan Carlos Abanades Herranz....477
Juan José Jaras Bartolomé....724
Juandó - Prats C....474
Juez-Juez A....287
Julián-Carrión J....485
Julián-Viñals R....422
Juncal-Menéndez FJ....630
Jurado Balbuena JJ....617
Jurado-Balbuena JJ....339

K

Karlos Naberán Toña....462
Kessel-Sardiñas H....422
Koo Gómez M....263

L

L González....344
Lacida-Baro M....609
Lacruz Gimeno P....269, 674, 261
Ladero M....381
Lagaron-Sanjurjo C....582
Lago Andrés MV....307
Lago Deibe....370
Lago- Quinteiro JR....596
Lago- Vázquez MI....596
Lago-Deibe FI....328, 587, 595, 598, 742
Lago-Martínez V....424
Lagos-Pantoja E....458, 271, 338, 502
Lago-Vázquez ML....415, 585, 682
Lajuticia-Aisa, J....449, 448
Lale-Candal MM....429, 622, 141
Lamas García, B....685
Lamelas A....466
Lamiquiz-Linares E....303
Lampón Fernández N....717
Landa-Jauregui J....423
Landaluce-Lauzurica JI....469, 283, 297
Lanzas-Neira P....699
Lanzeta-Vicente I....283, 297, 690
Lapeña Lapeña M....569
Lapresta-Moros C....347
Larrañaga-Aramburu JM....423
Larrea Arechabaleta .I....719
Larrea-Zarate, I....304
Larriba L....354, 420
Larrinaga- Llaguno N....604, 566, 604
Larrubia-Muñoz O....713
Larrucea-Rica M....679, 683
Lasa Garmendia K....709
Lasa-Garmendia M....319
Lasheras Goicoechea C....737
Latorre JI....658
Latorre M....278, 279, 348, 475, 499
Latorre-Marco I....372
Lavilla-Gómez V....488
Lax A....489
Lázaro-Campos P....266
Leal D....637
Leal López M....491
Leal-Gómez E....561
Leal-Llopis J....313, 338, 358, 489
Lekuona-Sanz L....286
Lema-Rama M....631
Leon Martín A....457
León Rivera, F....718
León-Cabezas MI....428
León-Martín A....302
León-Muñoz VJ....258, 421
León-Vergara MR....574
Lerma-Gaude V....510
Liceras-Pascual O....354
Lijo-Fernández A....511
Lijó-Fernández MA....654
Lillo-Tejeda MP....621
Lillo-Tejeda P....113
Limia - Sotelo L....564
Limia-Sotelo L....295
Limón Ramirez R....314
Lires Rodríguez C....565
Lires-Rodríguez C....564
Llamas N....374, 475
Llamas-Sánchez F....599
Llamazares-Herranz E....488
Lledó-Rodríguez R....295
Lledó-Rodríguez R....149

Lledó-Vicente P 665
Lleti-Estupiña S 642
Llorente-Parrado C 457, 458, 715, 302, 338
Lluís - Burgueño M 713
Lobo Polidano E 710
Lopera J 431
Lopetegui-Eraso P 303
López - Álvarez S 445
López A 374, 475
López Abad T. 640
López Álvarez, X. 623
López Barba J. 718
López -Bort N. 734
López De Munain -Ormazabal MC 658
López Díaz J 459, 461, 495
López Domeque N 486
López Eimil, MP 684
López Fernández A. 640
López García ,D 697
López -Ibort N 567, 733
López Jiménez Z. 576
López Lacoma JC 623
López M 645
López MJ 431
López Ortiz, M 479
López Peláez E 604
López Pena A. 576
López Silva MC 446, 568, 590, 590, 591, 591
López-Alonso SR 153, 606
López-Álvarez S 681, 327
López-Álvarez XM 739
Lòpez-Ben I 511
López-Ben MI 654
López-Calahorra P 292
López-Cañizares, MM 507
López-Casanova P 616
López-Castro J. 465
López-Cortacans G 270
López-De la Osa JA 355
López-Fuster MA 454, 636
López-García JA 271, 366
López-Gómez C 729, 359
López-Gómez Ca 320, 512
López-González FJ 417
López-Guerrero FA 356, 437
López-Gutiérrez M.J 342
López-Henz JM 472
López-Ibáñez M 506
López-Ibort N 352
López-Jorquera R 605
López-Lacoma JC 755, 451, 460
López-López M 258
López-Lozano R. 610
López-Manzano JI 647, 648
López-Mártinez J. 271
López-Martínez PI 505
López-Menéndez C. 656
López-Mihura JM 354
López-Moreno J 616
López-Muñiz B 614
López-Navarro MJ 366
López-Ortiz M 746
López-Otero MJ 276, 465, 465
López-Ozores Y 414
López-Palacios S 734
López-Palacios S 512
López-Palacios S 320, 359, 729
López-Pardo ME 634
López-Pardo Y Pardo E 456
López-Pedreño FM. 676
López-Pérez L. 383
López-Picazo 326
López-Picazo JJ 639
López-Prieto C 413
López-Puente C. 513
López-Ramos P 499
López-Rebollo MJ 685
López-Rojas G. 283
López-Romero A 363, 437, 491
López-Romero J. 337
López-Salgueiro; R 501
López-San-Román Mª A 363
López-Santiago A 613
López-Serrano B 367
López-Triguero A 596, 643
López-Vaamonde M 265, 321, 741
López-Vilar L. 742
Lòpèz-Viñas LI 304
Lopo Bustelo,C 699, 700
Lorca Sánchez I 435
Lorca-Parra F 312, 347, 725
Lorca-Sánchez I 572
Lorena Cea Pereira 636
Lorente Arias J 469
Lorente-Fernández MF 416, 337
Lorente-García PJ 270, 430, 430
Lorente-Ten E 270, 286, 351
Lorenzo Alonso, R. 586, 684
Lorenzo Martínez 751
Lorenzo Martínez S 486
Lorenzo-García V 329
Lorenzo-Martínez S 365, 639
Lorenzo-Prieto C 442
Lorenzo-San Martín A 370
Lorenzo-Torrent R 488
Loriente Arias J 436
Losada- Fernández JA 630
Losada-Fernández JA 738
Lospitao Gómez S. 470
Lou-Alcaine MI 374
Louzao-García C 645
Loza Villasis S 508
Loza-Munarriz Mª L 363
Lozano Alcalde O. 272
Lozano Guerra E 262
Lozano Romera E. 606
Lozano-Alguacil E 267, 438, 447
Lozano-Del Hoyo MI 450
Lozano-Marín J 661
Lucas Jardi, Mónica 470
Lucas- Salmerón Mg 615
Lucas Saorin S. 435
Lucas-Fernández MI 295
Lucas-IMbernón FJ. 314
Lucia Duo 630
Lucía Fuster Sanjurjo 636
Lueiro F. 334
Luengo Alarcia MJ 470
Luengo T. 311, 376
Lueza-Lampurlanes C 645, 628
Luis Toxo Ramallo 668
Luisa Castro 642
Lumbreras-López F 589
Luna-Díaz S. 656
Luque-Sánchez EM. 322
Luquin-Martínez R 418, 573, 618
Lushchenkova O 722
L-Utrera 167

M

M Calvo Malvar 452
Mª Carmen Martínez Varela 675
Mª.Jose Nuñez 642
Macanas A 346
Machiñena-Ursuegi L 503
Macias-Castellote, I. 481
Maderuelo Fernández JA 264
Maestre-Martínez MT 303, 689
Maestre-Martínez MT 353
Magán-Tapia P 99

índice de autores

Magdalena Diaz, M.L....586, 684
Magrané-Francesch E....336
Magrazo-Ruiz,E....676
Magre-Aguilar J....415, 418
Mahmoud-Abussada J....488
Maiques Galán A....269
Maiz-Gabino, V....471
Maldonado- López LA....683
Maldonado-López LA....322
Malpartida-Obon, M....274
Mamta Advani....484
Manrique-García A....285
Manzano A....345
Manzano-Ramirez A....343
Manzano-Ramírez A....41
Manzano-Robles JM....298
Marcelino Méndez Martínez....730
March Cid, Carmelo....663
Marcos González B....717
Marcos MP....694
Marcos-Herrero M....288
Marcuño A....365, 617
Marcuño-Cendón A....625
Mareca R....694
María Ángeles Fernández Rodríguez....455, 638
María Asunción Cisneros Izquierdo....605
María Asunción Galán Traba....727
María Áurea Paz Baña....455, 638
María Belén Pina Gadea....462
María Isabel Torres....723
María J. Delgado Rodríguez....454
María Jesús Wandosell Picatoste....455, 638
María José López Rebollo....668
María Pilar Abril Zaera....468
María Pilar Astier Peña....462, 463, 468
María Pilar Oliván Otal....462
María Teresa Ortega Maján....605
María Teresa Tolosana Lasheras....463
María Vicente Ruiz....603, 730, 730
Marifé Candel Arenas....730
Marimón Virgili E....419
Mariné Blanco M....506
Marín-Gámez N....307, 422
Marín-Guerrero Ac....477
Marin-Sánchez F....432, 362
Marín-Tamayo JM....503
Mariñas Placer MD....740
Mariño-Fernández MB....417
Mariona Secanell....263
Mariona Secanell Espluga....264
Mariscal-Aspuru C....293
Mariscal-Rodríguez FJ....757
Márquez-Borrego MJ....606
Márquez-Martín P....621, 113
Márquez-Nieto A....113, 621
Marrodan-Pérez B....664
Marta-Moreno, J....318
Martes-López C....450
Martí-Ibañez A....257
Martín - Hernández MT....564
Martín Castro MC....263
Martín De la Cruz M....640
Martín González J....740
Martín L....307
Martín M....277, 278
Martín Madrazo C....493
Martín Maldonado, J.L....611, 497
Martín MD....694
Martín Miguel MV....370
Martín Montero .G....697
Martín Muñoz O....720
Martín Navarro F....469
Martín Pozo, J.F....633
Martín Rios MD....600
Martín Rodríguez, MD....623
Martín Rudilla F....663
Martín, M....277
Martín-Bragado V....757
Martín-Carrillo P....637
Martín-Cebrián J....284
Martín-Contreras T....153, 606
Martin-Escalante C....329
Martín-Escalante MD....329
Martín-Esteban Iy....440
Martínez - Chueca M....594
Martínez A....448
Martínez- Abellán C....634
Martínez Albarrán Al....633
Martínez Argüelles, B....586
Martínez Argüelles,B....684
Martínez Bermúdez,L....699
Martínez -Caballero MI....615
Martínez Cantarero C....606
Martínez Casal I....622
Martínez Cerezal C....506
Martínez Del Campo M....723
Martínez Espiñeira J....740
Martínez Francés A....623
Martínez- García EM....467
Martínez -García JA....358
Martínez- Gimenez A....467
Martínez González, Esther....723
Martínez -Guirao JM....573
Martínez Hidalgo M....435
Martínez- López MA....694
Martínez M....311
Martínez Mareque I....695, 701, 701, 671
Martínez MJ....449
Martínez Moar AM....604
Martínez Otón, JA....588
Martínez Otón. JA....635
Martínez- Rodríguez A....593
Martínez Rodríguez M.J....680
Martínez Rodríguez,L....631
Martínez Romero Gj....674
Martínez Toledo B....648
Martínez-Aragonés R....567
Martínez-Arguelles B....467, 752
Martínez-Bahamonde, F....622
Martínez-Bueno B....703
Martínez-Cano F....267, 438, 447
Martínez-Cantero J....661
Martínez-Carrasco At....440
Martínez-Carrasco RM....561
Martínez-Casal I....671
Martínez-Escandell R....613
Martínez-Espiñeira J....740
Martínez-Faure Je....315, 316
Martínez-Ferri MJ....478
Martínez-García L....422
Martínez-García RM....313
Martínez-Gil E....464
Martínez-Gimenez A....572
Martínez-Ibañez, V....274
Martínez-Iglesias C....428
Martínez-Iglesias MC....707
Martínez-López MA....310
Martínez-Marco MA....352
Martínez-Marin R....358
Martínez-Márquez A....630
Martínez-Martínez E....276
Martínez-Matienzo I....679
Martínez-Matienzo I....683
Martínez-Menjón C....450
Martínez-Moreira ME....511, 654
Martínez-Muñoz JA....580
Martínez-Navarro F....292
Martínez-Ortega....479
Martínez-Ortega C....467, 703
Martínez-Ortega MC....105

Martínez-Ortega, MC 463
Martínez-Osuna G 666
Martínez-Otón JA 367
Martínez-Patiño MD 422
Martínez-Pérez MJ 478
Martínez-Pillado M 345
Martínez-Portela JM 566
Martínez-Ques AA 276, 354, 368
Martínez-Rendo M 321
Martínez-Rocamora MD 731
Martínez-Romero MD 513
Martínez-Saorin ME 467, 572
Martínez-Tamargo M 367
Martínez-Varela F 513
Martín-García Sm 349, 602
Martín-Gutiérrez ME 441, 492, 678
Martin-Hernández MT 295
Martín-Méndez L 422
Martín-Miguel MV 695, 328, 366, 598
Martin-Quiles M 300
Martin-Ramos MI 665
Martin-Rodríguez MD 426, 675, 691, 423
Martín-Rodríguez MD 265, 329, 580, 651, 651, 749
Martin-Rodríguez:; MD 672
Martin-Rodríguez; MD 673
Martin-Sánchez E 295
Martin-Sánchez E 284
Martín-Ventas-Sánchez S 381
Martin-Vicente AI 642
Martin-Vilchez G 444
Marzo J 359
Marzuelo-Fuste P 149
Marzuelo-Fuste, P 262
Mas - Escoda R 713
Mas Garriga X 490
Mas-Castillo A 157
Más-Castillo A 290, 494, 612, 613
Más-Cebrián E 419
Masie-Mebuy A 503
Mas-Lombarte, Pilar 257
Mas-Rubio D 678
Massaguer Díaz-Regañón I 606
Massagues-Vidal M 468
Massuet Bosch LI 624
Matallana-Jiménez M 366
Mateo-Bernal T 352
Mateo-Perea G 267, 438, 447
Mateos-Arroyo JA 380
Mateo-Sidron Pérez MD 562
Mateo-Sidrón Pérez MD 315
Mateos-Romero M 183, 298
Mateu-Olivé N 257
Matthies Baraibar, M.C 479
Matthies-Baraibar MC 746
Matute-Valls B 318
Mauleon Echeverria, M.D 426
Mayoral-Sánchez MT 731
Mediavilla-Sesmero MV 357, 643
Medina Durán A 732
Medina Reina AM 470
Medina-Sánchez I 514
Medina-Valverde MJ 377
Mejón-Berges, R 274
Melcón De Dios A. 481
Melgar- Borrego AB 422
Melgosa-Latorre F 482
Mena -Checa MP 573
Mena-Pinilla G 383
Méndez Barbeito,V 699
Méndez-Diéguez C 299
Méndez-Leivas HJ 686
Mendiburu Belzunegui, L. 479
Mendizábal-Larrañaga M 690
Mendoza-Borràs J 418
Mendoza-Ruiz C 679, 683
Menéndez- Fraga MD 258, 259
Menendez-Fraga MD 428
Mengibar-García Y 362
Mengual-Ballester M 584
Menor-Rodríguez MJ 675
Menor-Rodríguez MJ 423, 580
Meñika-Azkuenaga ME 375
Mera-Sánchez T 575
Mérida De la Torre FJ 469
Mérida-De-la-Torre FJ 337
Meseguer Cm 731
Mesias-Sar B 708
Mestres C 655
Mier Suárez, B 463
Mier-Suárez B 105
Miguel A. Salinero Fort 477
Miguel Caínzos Fernández 748
Miguel González Valverde 603, 730
Miguel- Perello J 586
Miguel Ruiz Marín 603, 730, 730
Miguel Santos Rodríguez 723
Miguelez Blanco,M 685
Miguel-Perelló J 584
Míguez E 341
Miguez-García AP 718
Millan Cachinero, C 687
Millan- Chacinero C 426
Millán- Ortuondo E 478
Millán-Bravo, F 738
Millán-Santos I 372
Millor-Sanesteban B 740
Mingo-Blanco M 653
Mingorance-Aguado MA 153
Miñana-Muñoz A 169
Miñano-Oyarzabal A 597
Miquel Vila Senante 264
Miquel-Gómez A 491, 363, 364, 437, 713
Mira JJ 417, 597
Mira-Cerver R 337
Mirada Masip, M 260
Miralles Frutos C 680
Miro-Juan AI 416
Misiego-Peral A 357
MJ Bueno 344
M-Novillo M 307
Mohedano-Mira MA 578
Moix-Salgueiro P 272
Molero JM 646
Molero -Pérez B 658
Molero-Hernández, L 262
Molina Del Caño,M 631
Molina-Alén E 183, 748, 686
Molina-Jiménez A 149
Molina-Rojas J 418
Moliner-De la Puente JR 587
Moliner-Prada C 359
Molino-Trinidad C 656
Molins Castiella E 652
Mompó-Avilés C 318
Mompó-i-Avilés C 79
Moncloba Pérez B 668
Moner Corominas LI 624
Monforte-Cirac, MI 613
Monge PM 282
Monge-Jodra V 328
Monsó A 655
Montana M 381
Montero Cabeza AM 490, 504
Montero Domínguez JM 471
Montero Mªa 637
Montero-Balosa, E 738
Montero-Del Amo B 356
Montero-Sánchez M 707
Montes-Gutiérrez ME 648, 647
Montserrat Rodríguez Pena 641

Montserrat Toran M....635
Mora-Banderas AM....283, 329
Morado-Quiñoá P....323
Mora-Fernández-Pacheco, EM....299
Moraga Ropero I....469
Moraga-Ropero I....337
Morales E....311
Morales- Franco Belen....467
Morales -Jiménez F....756
Morales Suárez E....563, 610
Morales-Fernández ME....369, 436
Morales-Giménez F....706
Morales-Guerrero D....707
Morales-Ortega L....687
Morales-Prieto, JM....309
Morales-Suárez E....289
Mora-Lourido C....435, 488
Moral-Santamarina E....561
Morán P....637
Moran Sánchez, S....588, 635
Moran-Arias H....257
Morancho J....269
Morán-Sánchez S....367
Mora-Rufete A....616
Morcillo-Rodríguez P....673
Moreiras Salguero....662
Moreno Ariño E....464
Moreno Barbas JA....600
Moreno Campoy Ee....469
Moreno-Díaz, JF....672, 673
Moreno García F....459, 462, 495
Moreno J....422
Moreno M....374
Moreno P....381, 489
Moreno- Ramos Mª Cristina....432
Moreno-Alarcón M....364
Moreno-Alegre, A....498, 504, 662
Moreno-Budría A....319
Moreno-Campoy Ee....337
Moreno-Chocano Gutiérrez, C....474
Moreno-Chocano-López-Astilleros MT....299
Moreno-Jiménez MA....439
Moreno-Reina S....476, 656, 731
Moreno-Rodríguez JM....371
Moreno-Ros I....747
Moreno-Sánchez E....595
Moreno-Torres B....592
Moret-Ferron LI....298
Morillo Martín A....469
Morillo-Martín A....337
Morlán-Vieites R....745
Moros-Molina MP....377
Mosquera E....450
Mosquera-Cobian T....631
Mosquera-Guaitoto M....287
Mosquera-Verea M....580, 629
Moure-Fernández L....368 , 707
Mouriz E....680
Moya Teixidó F....624
Moyúa-Alberdi K....283
Mtz-Escauriaza-Alonso JM....565
Muiño-Bové I....286, 351
Muíños-Pérez MD....640
Mulas, D....268
Mulet-Cabanes A....468
Munera Canfrán E....600
Munín-Sánchez MA....752
Munive Álvarez E....514
Munive E....369, 682
Muñoz De la Nava Chacón MN....506
Muñoz Ledesma MC....600
Muñoz MJ....307
Muñoz Roldán A....419
Muñoz-Albarracín RM....280
Muñoz-Balsa M....99
Muñoz-Castro FJ....587, 602
Muñoz-Fernández J....664
Muñoz-García MM....485
Muñoz-González JJ....333
Muñoz-Lobo MJ....293
Muñoz-Machín I....744, 744
Muñoz-Mella MA....425
Muñoz-Menor AJ....580
Muñoz-Miguel,C....512, 657, 657
Muñoz-Muñoz M.J....482
Muñoz-Pérez F....268
Muñoz-Pérez G....421, 464
Muñoz-Sánchez M....561
Muñoz-Ureña A....330, 492, 755
Muñoz-Ureña AM....451
Murgoitio-Lazcano, Mªa....657
Murguzur-Igarzabal D....503
Murillo-Font,C....575
Musitu Pérez, V....625
Musitu-Pérez, V....448

N

Naranjo Sánchez MA....719, 382, 472
Nardi-Vilardaga, J....274
Natalia Hurtado Colmenero....486, 487
Navarro - Arranz P....474
Navarro Cirugeda M....500
Navarro IM....417, 597
Navarro Juanes A....647
Navarro Pantojo G....739
Navarro-Arranz P....339
Navarro-Cirugeda M....335
Navarro-Egea AP....444, 505, 572
Navarro-García I....367
Navarro-García MI....453
Navarro-Juanes A....372
Naveira Sánchez B....593
Naves Gómez C....705
Naya Leira, MC....627
Naya Manchado, J....449
Naya-Manchado, J....625
Neiro Rey MC....585
Neiro-Rey MC....308
Nevado-Arribas P....707
Nicolas....583
Nicolas I....655
Nicolas, I....624
Nicolás-Alcon I....293, 298
Nicolas-Galvez J....331
Nicolas-Vigueras MD....460
Nieto-Martínez P....157
Nieto-Martínez P....290
Nieto-Ponce De León MD....575, 646
Nieto-Reinoso....757
Nieto-Reinoso, A....738
Noèlia Estevez Fernández....641
Noemí Palacios....750
Nofuentes-Pérez S....161
Nogué-Font A....294
Nogueira-Fariña J....738
Noguera C....376
Nogueras-Ruiz S....301
Nogues Domingo, A....751
Noval- Suaréz AI....259
Novillo-Ayala C....588
Novo Teijeiro MC....741
Novoa-González J....742
Novoa-Vega B....602
Novo-López....589
Noya-Castro MC....355
Noya-Castro, Mcc....318
Núnez E....445
Núñez Corredoira I....466, 712
Núñez Magdalena MA....628
Núñez-Castelo Baeza M....373, 413

Núñez-García D 287, 301
Núñez-Masid E 281
Núñez-Masid, E. 565
Núñez-Orjales JI 578
Nuñez-Sánchez JI 428

O

Obón-Azuara B 733, 734
Obradors-Soriano J 678
Ocaña Alves,J 721
Ocaña López S 600
Ocaña-Alves J 280
Ocete-Manero M 289, 297
Ochandorena-Juanena MS 99
Ochoa-Bedoya I 478
Ojeda-Cruz AM 754
Ojeda-Pérez F 284
Olasagasti-Herrero J. 423
Olatz Irazustabarrena 630
Olavarría-Beivide E. 332
Oleaga-Goia FJ. 665
Oleaga-Goya FJ 282
Olga Minguez 714
Oliva-Oliva G 722
Olivera Cañadas G. 264, 617, 706, 339
Omeñaca-Teres M 317
Ontoria Lerma AI 579
Oñate-Calvo C 352
Orbegozo Alberdi J. 441
Ordoñez Blanco SI 600
Ordovás Bainés JP 269
Oria-Fernández A. 287
Oriol Quesada Macías. 486
Ormazabal-Irazusta C 478
Orozco-Cozar MJ 606
Orrego C 380, 381
Ortega-Durantez AM 423
Ortega-Raposo T 261
Ortega-Solís N. 428
Ortigosa-De la Hoz M. 355
Ortiz Lorente MC 567
Ortiz Otero, MM 500
Ortiz Suárez S 443
Ortiz-González O 476
Ortiz-Otero MM 275, 335
Ortiz-Valdepeñas J 299
Ortuño-Albaladejo S. 679
Oscar Barbancho 750
Osuna-Corredera, M. 309
Otamendi Lasa A. 469
Otero Díaz, M 618
Otero- Fernández D 596
Otero- Ordoñez J 745
Otero RA. 735
Otero-Díaz M. 739
Otero-López Lm 650
Otero-Redondo MC 592
Otero-Santiago MF. 644, 644
Otero-Verea J 361
Oto Negre. 728
Outes-Velay MB 308, 585
Outón-Fernández I 716
Oya-Girona E 270
Ozores-Álvarez L. 682

P

P Tomás 344
P.Vidal-Ríos. 608
Pacheco Jiménez, FJ. 507
Pacho-Martín B 669
Pachón-María E. 665
Padilla-Vinuesa C 291
Padullés-García C. 295
Páez P, ... 599
Pagán-Moreno P. 561
Pais-Rodríguez O 589
Palacián-Ruiz MP 317, 613
Palacio J. 694
Palacio Lapuente F 260, 702
Palacio-Lapuente J. 702
Palacios Belmonte N. 611
Palacios-Llamazares L. 362
Palau-Vendrell A 351
Palazon Saura P. 502, 582
Palencia R. 646
Palicio Martínez MA 443
Pallarés M A. 302
Pallarés-Sisamón F. 352
Pallás Alonso C R 677
Palleja - Mir R 594
Paloma Fernández 724
Palomar-Muñoz A. 659
Palomo Lara JC. 483
Palop-Del Río A 287
Palou Vall, I 490
Pàmies Hidalgo, M. 610
Pampín-Gómez 752
Pantoja 299
Parada H, ... 599
Pardo Diez MJ. 717
Pardo Lemos I. 473, 493, 576
Pardo-Diez MJ. 291
Pardo-Fernández MJ 285
Pardo-Gracia C 257
Pardo-Lemos I. 640
Pardo-Sobrino López , FJ. 677
Paredes-Sidrach De Cardona A. 338, 358
Pareja-Martínez A 284
Parrado Rivera, F 494
Parra-Hidalgo P 157, 290, 371, 494, 612, 613
Parrales-Carneiro, M. 738
Parra-Perea J. 377
Parreño-Caparrós E 706
Pascual-Martínez N. 291
Pastor - Milán JR 503
Pastor Benavent MC 565
Pastor Rodríguez-Moñino A 99
Pastor-Benavent MC 564
Pastoriza-Costas EM 649
Pastor-Milán JR 364
Pastor-Rodríguez JD. 292
Pastor-Zapata A 281
Pastor-Zapata A. 755
Pato-Blanco C. 755
Pau-Llobera N. 345
Pavón-Depaz M 639
Payá-Martínez B. 703
Paz Expósito J 607
Paz Graña A.I. 640
Paz León Uj. 621
Paz Rodríguez Pérez 693
Pazos-Jardón MC 424
Pazos-Orosa MC. 323
Paz-Pailhez A. 665
Péculo-Carrasco JA. 315, 316, 471
Pedraza López S 739
Pedreño Barcelo AI. 435
Pedreño JJ 639
Peinó-Andión, J. 498
Peiró Callizo E. 719
Pelaez-Flores A. 502
Pellicer-Alonso M. 610
Pemán-Muñoz T 261, 672
Pena - MT. 594
Pena Meilán MC 628, 741
Pena-Meilán MC 323, 592
Penas-Penas M 623, 649, 650, 650, 749, 752
Penela Puga P. 628
Penelas-Cortés Y. 341
Penin-Castiñeiras,A. 638

índice de autores

Peña Capsir, I.....461, 721, 723, 721, 751
Peña Ros E.....729
Peña-Capsir I.....280, 300
Peñalba - Novo M.....474
Peñalba-Novo M.....312
Peñalva-Segura PJ.....294, 744, 744
Peñalver-Cedrán V.....429
Peñaranda-Mateo, MJ.....489
Peña-Ros E.....603
Pere Cabré Fabré.....698
Perea-Rielo Z.....482
Pereda-Más A.....292
Pereda-Vicandi A.....472
Pereira C.....445
Pereira-Vázquez M.....276, 465, 465
Pereiro-Bamgueses A.....414
Pereyra L.....658
Pérez Castillo J.....464
Pérez De Arilucea P.....443
Pérez Encinas M.....486, 751
Pérez Fernández F.....652
Pérez Gómez M.....466, 712
Pérez González, FJ.....623
Pérez Gurruchaga, M.....426
Pérez J.....432
Pérez JJ.....445
Pérez Martín P.....723
Pérez Nuñez A.....718
Pérez R.....270
Pérez Rodríguez CF.....493, 576
Pérez- Rodríguez MT.....694
Pérez V.....417
Pérez Vicente S.....476
Pérez Villanueva N.....705
Pérez, A.....501
Pérez-Abril, C.....489
Pérez-Alonso M.....705, 704
Pérez-Antolín P.....595
Pérez-Barreiro I.....482
Pérez-Canal C.....371
Pérez-Capellades RM.....736
Pérez-Castro JC.....629
Pérez-Castro P.....370
Pérez-Cecilia C.....702
Pérez-Company P.....300, 433
Pérez-Contreras MI.....295
Pérez-Costa R.....656
Pérez-Del-Villar, JM.....309
Pérez-Dinamarca AdP.....282
Pérez-Fernández AJ.....284
Pérez-Fernández MR.....566, 579
Pérez-Gacrcía M.....699
Pérez-García MA.....294
Pérez-García MC.....338, 358, 313, 293
Pérez-García Pa.....505
Pérez-Gimenez G.....257
Pérez-González C.....587
Pérez-Heredia M.....343
Pérez-Irazusta I.....319
Pérez-Izaguirre I.....743
Pérez-Jover V.....597
Pérez-López M.....366
Pérez-Manteca P.....274
Pérez-Medrano MT.....605
Pérez-Moya I.....676
Pérez-Pérez P.....720, 733, 734
Pérez-Rivas FJ.....99
Pérez-Rivas J.....333
Pérez-Rodríguez MT.....310
Pérez-Rodríguez U.....265, 741
Pérez-Sáez MA.....283
Pérez-Soler C.....271
Pérez-Taboada MJ.....323
Pérez-Trueba E.....288
Pérez-Vázquez V.....692, 754, 758
Pérez-Vázquez V.....691, 743
Pérez-Veloso, M.....565
Periañez Vega MT.....602
Periañez-Vega MT.....587
Pesado-Cartelle JA.....740
Picas-Vidal JM.....339
Picos Rodríguez J.....443
Pilar Moreno Paredes.....511
Pilar-Ferrer B.....429
Pimentel A.....754
Pimentel-Alonso A.....325, 331
Pimentel-Bardal Mªp.....695
Pina-Salinas F.....572
Pinilla N.....736
Pinilla-Sánchez JM.....595
Pino-Domínguez L.....491, 332
Pintos A.....121
Piña Baeza , MP.....474
Piñana-López A.....330
Piñeiro-Lago B.....562
Piñol - Usón C.....713
Piñol-Gamez O.....373
Piñol-Moreso J Ll.....330
Piqué, Joan Lluís.....440
Pita-Fernández S.....499
Pita-López MJ.....328
Pizarro MA.....376
Pla-Mestre R.....316, 322
Pla-Poveda C.....295
Plaza Nohales C.....617
Poblete-García V.M.....659
Polo Herrador, María Jesus.....484
Polo Infante, B.....273
Polo Parada A.....732
Polo, D.....624
Polo-Parada A.....305, 380
Pombo B.....431
Pomés, T.....498
Pons-Casanovas I.....293
Porcar, C.....498
Portela-Fernández C.....712
Porto-Porto B.....707
Portuondo- Jiménez J.....566
Portuondo -Jiménez J.....604
Potel-Torres E.....585
Pou M.....308
Pou M.....583
Pousada González M.....453
Prada Peña M.....607
Pradas-Ayala JA.....699
Pradillo Perea P.....508
Prado-Casal J.....756
Prado-Domínguez J.....272
Prados Moreno JC.....591
Prados Moreno JC.....590
Prados Moreno JC.....590, 591
Prados Moreno JC.....568
Prat A.....324
Prat-Marin A.....383
Prats-Teixell P.....418
Preciado Barahona, MJ.....426
Prieto-Llamas, Rosario.....559
Prieto-Perdigón D.....326
Pueo-Crespo E.....597
Puerta-Córdoba A.....315
Puerto -Pérez MA.....683
Pueyo-Salavera C.....261, 672
Puga-Mira MJ.....589
Puga-Sánchez, E.....559
Puga-Sánchez,E.....259
Puig-Fortuny D.....268
Pujana-Zaldegi MI.....472
Pujante C.....346, 473
Pujol D.....655
Pujol, D.....624

Pujol-Borrás D 293, 298
Pujol-Colomer J 457, 660
Pujol-Martín, G 262
Pulgarín -Sobrino Sb 696

Q

Querol JC 431
Querol-Meseguer S 430, 430
Quesada Macías O 419
Quesada -Martínez MD 683
Quesada Pérez MT 428
Quilez Castillo F 669
Quilez Salvador L 513
Quintana Miguel 723
Quintáns-Lago M 650
Quintas Fernández C. 466
Quintas Fernández JC 712
Quintela Porro, MV. 433
Quintela-Porro V 425
Quintela-Valle 325
Quintero- Pérez Y 683
Quintero-Pérez Y 322
Quiroga Mariño MJ 741

R

R. Casado-Arroyo 497
Rabadà- Arnau T 336
Rabanal-Retolaza S 304, 375
Rabanaque MJ 460
Rafael Luquin Martínez 454
Raigal-Jurado S 331
Rama Rabuñal M 718
Ramil-Franco 589
Ramil-Hermida L 416
Ramírez Almagro C 574
Ramirez De Arellano M. 583
Ramirez-Cereceda C 700
Ramírez-Cereceda C, ... 732
Ramirez-De-Arellano M 308
Ramirez-Espín 573
Ramirez-Espín F 418
Ramirez-López B 369
Ramírez-López E 309
Ramiro Fernández JM 741
Ramón F 269
Ramón Perales Pardo 727
Ramón-Esparza T 157
Ramón-Esparza T 290, 494, 612
Ramos A 449
Ramos Maneiro MC 695
Ramos Montes J 662, 710
Ramos Sánchez T 565
Ramos-Hernández MP 347
Ramos-Maneiro MC 370
Ramos-Martos MJ 702
Ramos-Ramos MJ 650
Ramos-Sánchez T 564
Rancaño- Rodríguez I 258
Rancaño-Rodríguez I 428
Rebollido Fernández M 717
Rebollo Rodrigo H 491
Rebollo Rodríguez,V 629
Rebollo-Gómez P 279
Recalde Glaria, M 446
Recasens- Esteruelas M 626
Recha Sancho, R 260, 711
Regalado-Iturri A 360
Regidor Fuente, I 664
Regidor-Fuentes I 660
Rego Docando MJ 466, 712
Rego-Docando MJ 323, 323
Regodón-García S 636
Regueiro-Moreira EM 585
Reguera García A 272
Regules-Azuara MP 320
Reina-Perelló V 309
Reino-Maceiras M.V. 420
Reino-Pérez MJ 444
Reixach-Costa M 345
Represas Represas C 595
Requeijo Gil MC 701, 701
Retamero Blázquez J 508
Retes-Saratxaga A 743
Revillo-Pinilla MJ 317, 613
Rey M 121, 341
Rey-Aneiros J 416
Rey-Barbosa T 327
Rey-Castro 745
Reyes-Alcázar V 320
Reyes-Alcázar V. 601
Reyes-Malia T 609
Reyes-Reyes Cm 656
Rey-Liste MT 634
Rey-Martínez M 424, 456
Rey-Pérez T 373, 413
Rey-Veiras R 585
R-Herrero K 167
Rial Otero J 565
Rial-Boubeta A 328
Rial-Fariña AI 424
Rial-Otero J 564
Riba Co X 635
Ribá-García M 650
Ribé Miró,A 490
Ribé Miró,Anna 560
Ribera-Coves M 416
Rico-Blazquez M 363
Rico-Blázquez M 358, 458
Rico-Martínez MC 436
Rico-Otero E 688
Ricós C 269
Rimada D, ... 425
Rimada-Mora D 480, 712
Río Orgeira, JA 273
Rionda Álvarez MM 473, 493, 576
Ríos Neira M 604
Ríos-Ángeles A 472
Rios-Ángeles, A 471
Ríos-Germán P 678
Ríos-Risquez MI 267, 438, 447, 673
Ríos-Vallés L 300
Riquelme-Tenza P 505
Risco-Otaolaurruchi C 450
Risquez T 637
Rius Rafecas MA 496, 601
Rivas Ares,L 700
Rivas Ares,P 612
Rivas Flores, FJ 500
Rivas-Ruiz F 288
Riveira-Seijas E 323
Rivera P 680
Rivera Sanz F 443, 452
Rivera-Vaquero MC 465
Rivero C 350
Rivero MJ 335
Rivero Torrejon A 562
Robledo A 439
Robledo-González A 605
Robles D 381
Robles-Carrión J 665
Robles-Ortiz A 366
Robustillo-Rodela A 328
Roca Amatria E 669
Roca Bergantiños Mo 628
Roca Fernández-Castanys E 471
Roca Ledo,S 612, 700
Roca-Bergantiños Mo 692
Roche E 448
Rodrigez A 361
Rodrigo R 510

Rodrigo-Rincón I....277, 277, 278
Rodríguez Arce MC....739
Rodríguez Barrado G....486
Rodríguez Cano T....457
Rodríguez Carnero MP....755
Rodríguez Fernández, MC....433
Rodríguez González Del Blanco Ps....701
Rodríguez Iglesias,E....699
Rodríguez Jato T....429
Rodríguez L....617
Rodríguez López MJ....493, 576
Rodríguez Lorenzo D....473, 493, 576
Rodríguez Lozano,Mª I....742
Rodríguez M....445
Rodríguez M....121
Rodríguez Martínez, A....742
Rodríguez Martínez, M. Ángeles....484
Rodríguez Merchán MJ....453
Rodríguez Mirón, Y....718
Rodríguez- Nespereira B....755
Rodríguez -Ozores R....582
Rodríguez Paños, MT....627
Rodríguez -Rodríguez M....456
Rodríguez- Ruiz HJ....315
Rodríguez S....279, 475
Rodríguez Sánchez C....620
Rodríguez Sánchez, Nieves....627
Rodríguez- Sánchez,N....638
Rodríguez- Villa AB....614
Rodríguez-Abellón MJ....631
Rodríguez-Aguado Oo....316
Rodríguez-Alejandre JM....349
Rodríguez-Álvarez D....595
Rodríguez-Álvarez J....756
Rodríguez-Álvarez R....581
Rodríguez-Benavente A....301
RodrígueZ-Borrego MA....377
Rodríguez-Calveiro R....366
Rodríguez-Cano T....302
Rodríguez-Castaño M....670, 686
Rodríguez-Cundín P....332
Rodríguez-Díaz G....276
Rodríguez-Diez M....378
Rodríguez-Durán Lf....329
Rodríguez-Fernández MJ....466
Rodríguez-García C,....508
Rodríguez-García LC....333
Rodríguez-García, E....565
Rodríguez-Gijón L....322
Rodríguez-Guerrero MR....441, 687
Rodríguez-Lehalper JM....704
Rodríguez-Lorenzo D....640
Rodríguez-Lorenzo MJ....697
Rodríguez-Lucas-Montoya A....113
Rodríguez-Marín J....417, 597
Rodríguez-Martínez MM....379
Rodríguez-Martínez MP....492
Rodríguez-Martínez MP....427, 661
Rodríguez-Martínez P....330
Rodríguez-Molina MA....615
Rodríguez-Mondéjar JJ....480
Rodríguez-Mondéjar JJ....421
Rodríguez-Morales D....750
Rodríguez-Nuñez A....321
Rodríguez-Pena M....290
Rodríguez-Pérez B....275, 675
Rodríguez-Pérez J....424
Rodríguez-Pérez Paz....322
Rodríguez-Perpinyà P....736
Rodríguez-Rieiro C....316
Rodríguez-Rodríguez L....299
Rodríguez-Rodríguez MC....579
Rodríguez-Rojas MJ....414, 588
Rodríguez-Ruiz HJ....471
Rodríguez-Sánchez N....444
Rodríguez-Sánchez N....707
Rodríguez-Soberado MP....357
Rodríguez-Steinbauer C....322
Rodríguez-Vázquez, M. H....565
Rodríiuez-Brea R....375
Roig-Angosto E....330, 492
Roig-Panisello A....642
Rojas-De-Mora-Figueroa A....349
Rojas-García....284
Rojo-Salaberri M....514
Roldán-Martínez C....747
Roldán-Valcárcel MD....637
Roman Vila, MA....433
Roman, Abel....633
Román-Fuentes, M....434
Román-Román SM....331
Romeo-Martín,M....512
Romero Aroca JM....621
Romero De Castilla Y Gil R....698
Romero JA....282
Romero Marco D....645
Romero-Cano M....580
Romero-Rebollo E....575
Romo De Prado E....447
Ron-Martínez N....649
Roqueta-Egea F....342
Rosa Mas Escoda....641
Rosa Plá Mestre....693
Rosa Roldán Ortega....727
Rosa-Córcoles, A....676
Rosales Rodríguez M....720
Rosario Morales López....454
Ros-García Vm....382, 676
Ros-Martínez E....418, 573
Rossell-Coll, R....676
Rotllan M....346
Royo -Morales G....756
Ruano-Mayolas J....293
Rua-Santerbas B....327
Rubén Casado Arroyo....570
Rubial-Bernárdez, F....498, 504, 662
Rubio-Álvarez M....318
Rubio-Casado M....285
Rubio-Gómez I....492, 678
Rueda Ruiz AM....666
Rueda-Rúa R....626
Rufina González Gallego....724
Ruiuz-Marín M....729
Ruiz Alonso, S....363
Ruiz Alonso-S....358
Ruiz Consegal A....669
Ruiz De Ocenda- Sanz E....343
Ruiz JC....326
Ruiz Martínez, A....667
Ruiz Pato J....579
Ruiz R....308, 432, 563, 632
Ruiz R....583
Ruíz U....744
Ruiz-Acosta AM....315
Ruiz-Alonso, S....458
Ruiz-Cano P....149
Ruiz-Cortinas R....332
Ruiz-González F....271
Ruiz-Guerra, R....259
Ruiz-Marín M....603
Ruiz-Mayor M....480
Ruíz-Pato J....305, 381
Ruiz-Rodríguez A....603
Ruiz-Sainz E....373
Rumbo-Prieto JM....356, 733
Rus Mansilla C....698

S

Saa D....658
Sabaté Pes A....263

Sabater Recolons, MM 504
Sabater-Raga R 257, 257, 284
Sabater-Raga, R 262
Sabater-Raga, Rosa Mª 676
Sabater-Recolons MM 490
Sabido Mauri, Rosa M 470
Sabido-MauriR M 343
Sabín-Jerez ME 619
Saborido Rodríguez MJ 593
Sabuco-Tebar E 438, 447
Sabuco-Tebar EA 673
Sabuco-Tebar Emiliana 267
Sáenz Fernández 465
Sáenz-Fernández C 276, 465
Sáez Baixauli D 430
Sáez Soto Ar 708
Sáez-Baixauli D 430
Sáez-De-Vicuña L 282
Sáez-Peñalver JP 292
Sáez-Soto Ar 382, 421, 464, 480, 676
Sahuquillo Bartolome,S 629
Sainz De Vicuña-Bravo L 665
Sainz Del Molino A 353
Saiz C 445
Saiz -Fernández LC 729
Saíz-Fernández LC 419
Saladie Vernet, MT 446, 610
Salas A 332, 563, 632
Salas Á 269, 432
Salas Buzón, MC 682
Salas, A 498
Salas-Buzón MC 369
Salazar- De la Guerra R 507
Salazar Soler A 581
Salazar-Guerra R 371, 442
Salceda-Lavandeira FJ 697
Salgado Gil MR 735
Salguero-Cabalgante R 349
Salguero-Pérez, C 481
Salido-Bendaña B 580
Salinas Ramos J 449
Sallés-Creus M 383
Salmerón Menárguez,A. 753
Salmerón-Aroca JC 747
Salvador-Verges A 293, 298
Salvat-López, M.I. 481
Sambola Figueras G 728
San Gregorio-Matesanz A 371
San Juan-Alcalde S 583, 584
San Miguel Arbués D 728
San Sebastián JA 475, 499
Sancha-Rubio MV 436
Sánchez C 449
Sánchez Crespo E 579
Sánchez De Mora, D 431
Sánchez Fernández N 579
Sánchez Gil A 708
Sánchez Gili M 486
Sánchez Holgado J 714
Sánchez Holgado J 620
Sánchez L 365
Sánchez Ladrón De Guevara, S 588
Sánchez Martínez A 708
Sánchez Mesias MJ 616, 718
Sánchez- Oro I 313
Sánchez- Perruca L 437
Sánchez Ramiro MA 459, 461, 462, 495
Sánchez Rodríguez FM 451
Sánchez Suárez JI 458
Sánchez-Almagro CP 316
Sánchez-Almagro, CP 471
Sánchez-Álvarez Cm 444
Sánchez-Ballester MA 572
Sánchez-Castro, JJa 609
Sánchez-Escribano M 311
Sánchez-Fernández 482
Sánchez-Fernández M 297, 503
Sánchez-Fernández M.C 420
Sánchez-Fernández,M 657
Sánchez-Fuentes J 482
Sánchez-González Rp 502
Sánchez-Holgado J 342
Sánchez-Holgado J 340
Sánchez-Inglés M 573
Sánchez-Linares A 312
Sánchez-Ortega JI 757
Sánchez-Padilla A 280
Sánchez-Palacios M 488
Sánchez-Pérez J 367
Sánchez-Pérez L 653
Sánchez-Perruca L 358
Sánchez-Peruca L 364, 491, 713
Sánchez-Rentero S 414, 588, 589
Sánchez-Rodríguez F 418
Sánchez-Ruiz JF 326
Sánchez-Rus 468
Sánchez-Sánchez J 271
Sánchez-Sánchez, Fc 489
Sánchez-Santos L 321
Sánchez-Suárez JI 363
Sánchez-Valiño MJ 578
Sánchez-Vicario F 293
Sánchez-Zapata M 460
Sanchidrian-Deblas C 316
Sande -Mejide M 690
Sande-Meijide M 299, 327
Sandoval-Del Olmo 454
Sanjuán Portugal, F 625
Sanjuán-Portugal F 449
Sanjuán-Portugal, F 448
Sanmartín-Fernández M 272
Sanromán-Varela MJ 414
San-Sebastian JA 348
San-Sebastián JA 278, 279
Santamaría-Olabarrieta M 283
Santana-Quintana S 754
Santiago García C 623
Santiago JI 513
Santiago-García C 755
Santiago-García C 460, 618
Santiñà M 324
Santiuste De Pablos MA 708
Santos Álvarez,P 611
Santos Pombo. JM 719
Santos-Guzmán J 666
Santos-Míguez MC 441, 492, 678
Sanz Baselga A 569
Sarasa Piedrafita D 728
Sarmiento P 302
Sarret Vilà, S 504
Sarret-Vilà S 490
Sarrión Bravo, Juán Antonio 484
Sarrión-Bravo J 379
Sarriugarte-Mochales I 482
Saura-Pizarro MD 561, 578, 679
Savorido E 350
Sayagues-Moreira L 350, 350
Schmidt-Fernández G 618
Segado-Jiménez MI 383
Seguí-Llorens JA 416
Segura -Marti A 570
Segura-Chacón Mf 454
Segura-Iglesias MC 566
Seijas-Rodríguez PM 511
Seijas-Rodríguez PM 654
Seivilla-Machuca I 750
Sendino-Cañizares P 413
Seoane Bello M 594
Seoane Ferreiro,L 710
Seoane-Mato D 681

índice de autores

Sepúlveda-Sánchez J....329
Sepúlveda-Sánchez JM....283
Seriña-Ramirez C....316
Serra Guillem I....261
Serradilla P....510
Serra-Farriol D....336
Serrano Balazote, P....500
Serrano Ladrón De Guevara. S....635
Serrano-Balazote P....275
Serrano-Fernández P....702
Serrano-Ladron-De-Guevara S....367
Serrano-Molina L....339
Serrano-Muñoz, MV....285
Serrano-Peris D....169, 289
Serrano-Ramos M....353
Serrano-Sánchez S....425, 619
Serrano-Santos E....634
Sevilla- Hernández E....756
Sevilla-Hernández E....610
Sevilla-Hernández EA....706
Sevilla-Navarro J....305
Sevilla-Torrijos G.A....373
Sierra Camerino R....666, 739
Sierra, M....268
Sierra-Prefasi F J....476
Sierra-Prefasi FJ....331
Siguín-Gómez R....419
Silva López D....593
Silveira-Cancela D....465
Silvestre Busto, C....260
Silvestre Busto,MªC....264
Silvestre García, E....446, 610
Silvestre-Busto C....743
Silvia Vidal....265
Simón J....744
Simon Pérez RM....624
Skodova....720
Skodova M....311, 471, 476
Smits Cuberes A....486
Sobreviela-Celma N....261, 672
Sobrino-González J L....338
Solá-Miravete E....642
Sola-Moreno MD....510
Solana Peña, RM....474
Solano Villarrubia, C....497
Solano-Bernad V....613
Solano-Monserrate, J....489
Soler-Catalán FJ....345
Soler-Gallego P....572
Solís-Muñoz M....372
Solozabal-Orbegozo K....353, 355, 689
Sols Lladó P....457
Solsona Fernández S....500
Solsona-Fernández S....335
Somavilla-Pérez MJ....632
Sonia Soto Díaz....477
Soria-Aledo V....312, 347, 453, 725
Soria-Aledo V.....641
Soriano-Castrejón A.M....659
Sorribas-Álvarez MJ....696
Sota-Busselo M....413
Soto Díaz S....493
Soto Trastoy....700
Soto Trastoy,S....612
Soto-Loza Giu....363
Souto-Martínez D....589
Suárez-Bermúdez C....415
Suárez-Carrasco J....353
Suárez-Costa G....691
Suárez-García FM....467, 752
Suárez-Gil I....696
Suárez-Rodríguez, A....622
Suárez-Soto R....299, 681
Subira Gomez R....635
Subirà R....448
Subirà-Gómez R....293
Sukkarieh-Noria L....588
Sukkarieh-Noria S....589
Sumariva-López MJ....309
Sunol R....380
Suñol-Sala R....49
Suris-Barandon E....693
Susana García Luengo Álvarez....638
Susana García-Luengo Álvarez....455
Susana Vilalta García....484
Sust, F....498
Sutil-Sarmiento A....378

T

Taboada-Gómez J....297, 376, 378, 690
Tafalla-Bordonada C....183, 298, 748, 686
Tajes-Vázquez M....578
Talave-López J....382, 421
Talavera-Rubio M.P....659
Talavero González C....717
Tamayo-Canillas MI....417
Tamayo-Rodríguez ME....603, 729
Tapia, M....268
Teijo-Gómez MC....582
Tejedor Sánchez A....719
Tejedor-Sánchez A....382
Tejero García R....262, 674
Tejero-González JM....285
Tello Galindo I....728
Tello-Galindo I....379
Tello-Martín MR....374
Tena García, B....627
Tenias-Burillo JM....580
Teresa Gea Velázquez De Castro MT....314
Teresa Ruano....723
Terol-Claramonte M....316
Terol-García E....51
Terón-Martínez MJ....382, 480
Terón-Martínez MJ.....421
Terradellas-Antoñanzas L....660
Terrón F....450
Terrón-Cuadrado M....275
Terrones-Sánchez F....373
Teruel-Maicas A....352
Test3....659
Tijero MT....439
Til, Lluis....498
Tirapu B....277, 278
Tirvió-Gran C....304
Tiscar-González V....584
Tíscar-González Verónica....583
Tizón-Bouza E....356, 733
Tofiño González, MI....714
Tofiño-González I....619
Tofiño-González M.I....340
Tofiño-González M.I....340
Tojo MR....735
Toledo Gomez, D....497
Toledo Gómez,D....611
Tolosa-Muñoz C....257
Tolosana-Lasheras T....169
Tomàs Cedó RM....496, 601
Tomás Vecina S....464
Tomas-Blasco P....478
Tomás-Rivero MP....271
Tomàs-Rubinat E....563, 632
Tomas-Vecina S....342
Tordera-Ramos M....621
Toribio-Mata M....580
Toribio-Montero JC....369
Torijano Casalengua L....620
Torijano Casalengua M.L....711
Torijano Casalengua MªI....264
Torijano Casalengua, MI....714
Torijano-Casalengua M.L....340, 342

Torijano-Casalengua MI....702
Torijano-Casaslengua M.L....340
Torné C....438
Toro Chico P....751
Toro-Sánchez L....304, 375, 689
Toro-Sánchez L....353, 355
Torras-Boatella MG....296
Torre Polo AI....579
Torrecillas-Gómez MM....656
Torregrosa MA....346, 473
Torreiro-Pampin M.L....420
Torrero-García P....360
Torres Clemente E....645
Torres González G....485
Torres-Aragón C....754
Torres-Clemente E....628
Torres-García C....738
Torres-Olivera A....320, 349, 485
Torres-Olivera A....601
Torres-Pérez MT....630
Torres-Rampa ME....511, 654
Torres-Romo L....367
Toscano-Novella E....324
Touriño MI....466
Touriño Miguez,E....742
Touris Lores M....429
Trashorras-González P....696
Trelles Martín A....569
Treviño-Castellano M....370
Treviño-Monjas,S....481
Trias Puig-Sureda I....635
Trilla A....324
Trilla-García A....383
Tristan Altube A....719
Troncoso-Recio S....587
Tudela-Machuca C....414, 588, 589
Turiño-Gallego JM....301
Turon-Alcaine JM....478
Tutor-Ovejero M....273
Txaro Zaballa....675, 714

U

Ubach B....510, 731
Úcar E....439
Uceda Ávila, M....426
Ulibarrena MA....282
Ulibarrena-Sainz MA....665
Unanue-Munduate JM....319
Unanue-Munduate T....288, 514
Unanue-Rogriguez S....423
Uranga Garcíarena E....653, 722
Urbina-Vélez De Mendizabal Y....478
Urcelay -Lopéz MI....669
Uriarte Brizuela, P....664
Uribe- Llopis MP....734
Uribe-Espinosa JI....327
Uriel-Latorre B....299
Uriel-Latorre P....444, 480, 712
Uris J....647
Urralburu-Tainta JJ....357
Uxía Ferrer Ozores....668

V

Val Carrascón MI....262, 674
Valbuena-Moya S....347, 725
Valdeón-García MA....328
Valdés-Llorca C....273
Valenciano-González A....376, 378
Valenzuela - Izquierdo E....503
Valenzuela-Izquierdo E....364
Valero-Marugán A....273
Vales Moledo,L....699
Valiente Borrego F....435
Valiente-Borrego F....572
Vallejo García E....415
Vallejo-García E....348, 418
Vallejo-García, M....448, 449
Valle-Martín B....639
Vallés Gállego V....645
Vallojera - Alvacar A....564
Valls - Guallar C....474
Valls-Guallar C....339
Valverde Citores A....436, 653, 709, 722
Valverde Citores R....436
Valverde Citores RM....469, 709
Valverde-Gambero E....587
Vaquerizo-García D....596
Várea-Lahuerta K....704
Varela-Correa J....276
Varela-González B....354
Varela-Soto....683
Varela-Soto B....679
Varez Pastrana M....635
Vargas Manzano F....606
Vargas Pabón M....443
Varo-Baena R....757
Vásquez Annly L....560
Vázquez Cacheiro J....565
Vázquez Cardidad,E....612
Vázquez Caridad....700
Vázquez Caridad,E....710
Vázquez Fernández MP....576
Vázquez López C....262
Vázquez Medrano A....452
Vázquez O....341
Vázquez Rueda, M....586
Vázquez Sánchez, C....273
Vázquez- Valdés F....258, 259
Vázquez, L....479
Vázquez-Cacheiro J....564
Vázquez-Campo M....282, 368
Vázquez-García RM....704
Vázquez-Golpe R....416
Vázquez-López L....375
Vázquez-López MI....694
Vázquez-López MI....310
Vázquez-Pérez A....368
Vázquez-Rueda M....467, 752
Vázquez-Sáez RM....257
Vázquez-Sánchez O....480
Vázquez-Santiago S....442
Vázquez-Valdés F....428
Vázquez-Vázquez M....574
Vázquez-Vizoso FI....329
Vega-Carrasco MJ....455
Vega-Quiroga S....595
Vegas Miguel A....447
Vega-Vázquez FJ....665
Veiga-Fra R....477
Vela Marquina MI....318, 749
Vela MI....745
Vela-Marquina MI....347, 355
Velasco González AM....705
Velasco Rodríguez MJ....476
Velasco Tarrero, S....753
Velasco-Gatón B....595
Velayos-Amo C....279
Velázquez G....333
Velázquez S....439
Velhas Pereira....273
Velicia Peñas, MC....273
Velicia-Peñas C....587
Velilla Osés S....452
Velo-Facal MS....585
Vera-Espartero JM....271
Veramendi Eguilaz B....452
Vera-Rodríguez....663
Vera-Ruiz FM....338
Verde-Remeseiro L....416
Verdura-Anglada T....348

Vergara-González AJ....287
Vergara-Ugariza JM....347
Vial Escolano R....500
Vial-Escolano R....335
Vicente-Ruiz M....729
Vicent-Nicolau F....336
Viciana, Miquel Àngel....440
Victor Manuel Solano Bernad....468
Vidal Algarra MC....459, 461, 462, 495
Vidal- Esteve E....270
Vidal- Mila Àngel....432
Vidal Miralles MR....594
Vidal S....333
Vidal Varela, Consolación....677
Vidal-Carmona E....413
Vidal-Esteve E....286, 351, 362, 468
Vidal-López JI....647, 648
Vidal-Mila A....362
Vidal-Rios Vázquez....717
Vidal-Tegedor B....270
Vieitez Rodríguez C....493, 576
Vila-Iglesias I....323
Vilanova-Cardenal F....339
Vilanova-Fraga, F....498, 504, 662
Vilaplana-García AM....481, 483, 344
Vilariño C....680
Vilariño-Méndez Cr....672, 673
Vila-Solé R....379
Vilela-González AB....415
Vilella A....324
Viles-Betrán D....597
Villaescusa M....639
Villafranca-Escosa A....351
Villa-Gazulla, MT....318
Villalabeitia Jiménez, I....479, 746
Villalba-Ballesteros E....268
Villalgordo, P....277
Villalonga Vadell R....263, 581
Villamayor-Blanco L....325, 425
Villanego Beltrán I....369
Villanueva R....310, 746
Villanueva-Garrido L....587, 602
Villar - Espantoso MP....564
Villar Coloma E....493
Villar M....445
Villar Rodríguez C....594
Villar-Arnal MT....325
Villar-Eceiza Mk....274
Villar-Espantoso MP....295
Villar-Sánchez MI....279
Villate-Navarro JI....669
Villa-Valle R....304, 353, 355, 689
Villa-Valle, R....375
Villaverde-Arca I....424
Villaverde-Datorre R....644
Villaverde-Gomez A....265
Villaverde-Gómez A....321
Villaverde-Gomez MA....741
Villaverde-Gómez MA....629
Villoch-Salgueiro B....272
Villoria-Arroyo A....413
Vinuesa-Sebastian M....298
Vinuesa-Sebastián M....183
Viñado Oteo B....502
Visedo-López, JA....298
Vivancos V....346
Vivar-Díaz I....472
Vizcaya-López P....454, 636

W

Worner-Diz F....597

Y

Yagüe-Larriba MD....317, 613
Yang Lai R....471, 720
Yáñez-López, Asunción....662
Yarritu-Fernández,C....512, 657
Ybarra-Martín V....306

Z

Zabalza, P....277
Zamora-Casas I....490
Zamora-Lorente J....573
Zarca -Díaz De la Espina. M. A....656
Zavala Aizpurua E....441, 659
Zazo-Jiménez JA....299
Zegarra-Salas P....487
Zoni-Ac....322
Zorita Herreros, M....753
Zuazo- Zamalloa E....658
Zubizarreta-Urcelay,P....657
Zumalacarregui JA....279, 475

XXVIII CONGRESO SECA
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I CONGRESO SOGALCA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

"El Ciudadano y la Seguridad: ejes de la Calidad".

19 / 22 de Octubre de 2010 Santiago de Compostela

ORGANIZADO POR:

SECA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

SGQA
Sociedade Galega de Calidade Asistencial

PATROCINADO POR:

MSD

9 788469 368220