

26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Auditorio-Palacio de Congresos 21-24 octubre



ZARAGOZA 2008



LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

**Sa
ca** Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

CA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL



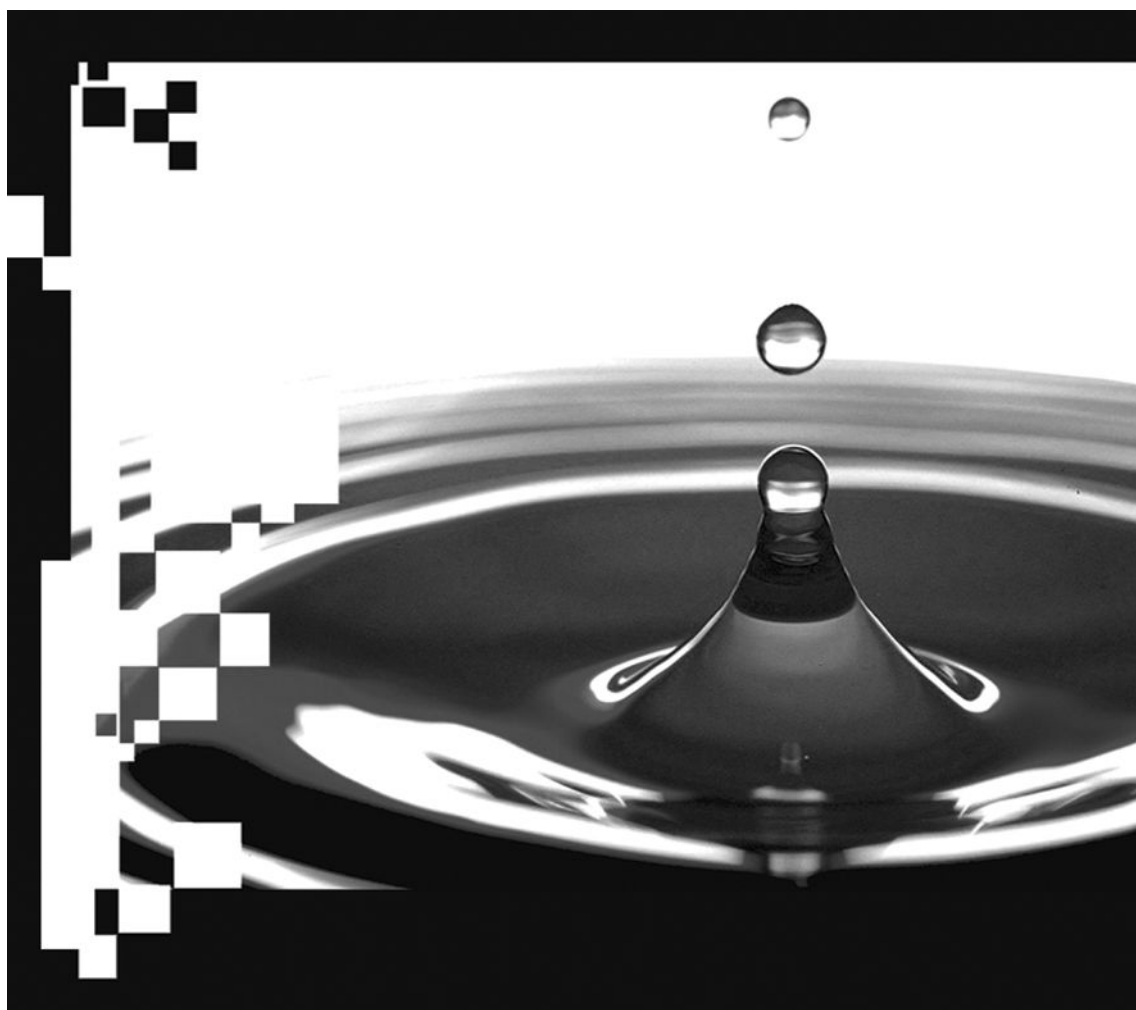
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE LA AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



GOBIERNO DE ARAGON

Libro de Ponencias y Comunicaciones



26º Congreso de la **Sociedad Española** de **Calidad Asistencial**

4º Congreso de la **Sociedad Aragonesa** de **Calidad Asistencial**

Zaragoza, 21 - 24 Octubre 2008

Autores:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

Título:

Libro de Ponencias y Comunicaciones del 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial.

Editado por:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

ISBN: 978-84-691-6409-9

Depósito Legal: Z-3761-08

SUMARIO

Presentación	5
Comités	7
Comité de Honor	9
Comité Organizador	10
Comité Científico	11
Programa	13
Programa Científico	15
Índice de Ponencias de Mesas Redondas	19
Índice de Comunicaciones Orales	23
Índice de Comunicaciones Posters	51
Ponencias	77
- Conferencia Inaugural	79
- Mesa Redonda 1	80
- Mesa Redonda 2	84
- Mesa Redonda 3	85
- Mesa Redonda 4	95
- Simposiums	105
- Las Mejores Comunicaciones del Congreso	106
- Conferencia de Clausura	115
Comunicaciones orales	119
Comunicaciones Posters	309
Índice de Autores	495

Por segunda vez, acoge Zaragoza entre el 21 y 24 de Octubre la organización de la reunión plenaria de la Sociedad Española de Calidad Asistencial coincidiendo esta vez con el 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad a quien le corresponde el honor de organizar este evento.

El Congreso tiene como meta principal el intercambio de experiencias que hayan supuesto mejoras en la organización o en la calidad de los servicios que se prestan a los ciudadanos en cualquiera de los centros públicos o privados de la red del Sistema Nacional de Salud, para estimular así la innovación, el progreso continuo y la extensión de esas mejoras por todo el territorio nacional. La formación en calidad, la responsabilidad social corporativa, la seguridad clínica, las mejores experiencias en calidad marcan, entre otras, las coordenadas de su contenido científico.

El Congreso de la SECA representa uno de los foros de mayor repercusión y liderazgo en la orientación de los Servicios de Salud hacia la mejora de la calidad en nuestro ámbito y probablemente el más importante en lengua española.

El protagonismo y el esfuerzo de los profesionales del Sistema de Salud en los temas de calidad ha experimentado un significado crecimiento en los últimos años, tanto a nivel autonómico como del Estado. El 26º Congreso nacional y el 4º de la Sociedad Aragonesa son una muestra de este crecimiento en comunicaciones presentadas y asistentes al mismo. Los beneficios esperados de este impulso son, en definitiva, nuestros ciudadanos.

La ciudad de Zaragoza presenta en esas fechas una imagen renovada tras el reciente paso de la Exposición Internacional "Agua y Desarrollo Sostenible" - que nos inspira la imagen del Congreso-, haciendo mas acogedora, si cabe, la estancia de todos los participantes.

Nos gustaría que el Congreso además de punto de encuentro entre todos los que desde su lugar de trabajo participan y se esfuerzan día a día en la mejora de la calidad, sirviera para generar alianzas enriquecedoras de futuro.

Aprovechamos la ocasión para mostrar nuestro agradecimiento a aquellas organizaciones e instituciones que hacen posible este encuentro y muy especialmente a la sensibilidad del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como a los moderadores de mesas, a integrantes de los comités científico y organizador, y todas aquellas personas que han contribuido con su esfuerzo a llevar a buen puerto este evento.

Deseamos que el intercambio de experiencias sea tan fructífero como la estancia en nuestra tierra.

Jesús Mª Aranz Andrés

Presidente del Comité Científico

Juan Ramón García Mata

Presidente del Comité Organizador



COMITÉS



Comité de Honor

Presidente:

Excmo Sr D Marcelino Iglesias Ricou
Presidente del Gobierno Aragón

Miembros:

Excmo Sr D Bernat Soria Escoms
Ministro Sanidad y Consumo

Excmo Sr D Juan Alberto Belloch Julve
Alcalde de Zaragoza

Excmo Sra Dª Luisa María Noeno Ceamanos
Consejera Salud y Consumo del Gobierno de Aragón

Ilmo Sr D Juan Carlos Bastarós García
Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud

Ilmo Sr D Pablo Rivero Corte
Director General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Excmo Sr D. Manuel López Pérez
Rector Magnífico de la Universidad de Zaragoza

Ilmo Sr D Enrique De la Figuera Von Wichmann
Presidente Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza

Ilmo Sr D Juan José Porcar Porcar
Presidente Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza

Ilma Sra Dª María Rosa Borraz Pallarés
Directora del Instituto Aragonés de la Mujer

Comité Organizador

Presidente:

Juan Ramón García Mata
 Coordinador de Calidad
 Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Maria Victoria Fustero Fernández
 Médico de Atención Primaria
 Centro Salud Cariñena. Zaragoza.

Vice-Presidente:

José Ignacio Barrasa Villar
 Coordinador de Calidad
 Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Juan Carlos García Aisa
 Coordinador de Calidad
 Servicio Aragonés de la Salud.

Amparo García Castelar
 Gerente del Sector de Calatayud.
 Servicio Aragonés de la Salud.

Tesorera:

Natalia Enríquez Martín
 Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial
 Dirección General de Planificación y Aseguramiento
 Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

Rafael Gomis Cebrian
 Jefe de Servicio de Calidad Asistencial
 Consejería de Sanidad. Región de Murcia

Emilio Ignacio García
 Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud
 Universidad de Cádiz

Defensora del Congresista:

María Luisa Vela Marquina
 Unidad de Calidad.
 Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Antonio Misiego Peral
 Servicio Aragonés de la Salud.

Vocales:

Laura Aguirre Alberdi
 Directora económico-financiera
 Hospital de Zumárraga

Juan Paricio Muñoz
 Asesor de Enfermería.
 Servicio Aragonés de la Salud.

Natalia Rivera Rey d'Harcourt
 Gerente del 061.
 Servicio Aragonés de la Salud.

Elena Altarribas Bolsa
 Coordinadora Calidad Enfermería
 Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Vicente Salillas Larrosa
 Gerente del Sector de Huesca.
 Servicio Aragonés de la Salud.

José María Arnal Alonso
 Gerente del Sector Zaragoza I.
 Servicio Aragonés de la Salud.

Ana Mª Sesé Chavarri
 Gerente del Sector Zaragoza II.
 Servicio Aragonés de la Salud.

José Manuel Arroyo Cobo
 Médico Servicio Sanitario
 Centro Penitenciario de Zuera. Zaragoza.

Miguel E. Zazo Romojaro
 Gerente del Sector Barbastro.
 Servicio Aragonés de la Salud

Ángel Aznar Carbonel
 Gerente del Sector de Alcañiz.
 Servicio Aragonés de la Salud.

Victor Calleja Gómez
 Gerente Sector Zaragoza III
 Servicio Aragonés de la Salud.

José Pablo Castellote García
 Gerente del Sector de Teruel.
 Servicio Aragonés de la Salud.

José Miguel Celorrio Pascual
 Servicio Medicina Preventiva
 Hospital Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.

Asunción Cisneros Izquierdo
 Servicio Aragonés de la Salud.

Comité Científico

Presidente:

Jesús Aranaz Andrés
Departamento de Salud Pública
Universidad Miguel Hernández. Alicante

Andreu Martín Sánchez
CAP Vinyets (Sant Boi de Llobregat)
Institut Català de la Salut

Vicepresidente:

Pilar Astier Peña
Centro de Salud San Pablo. Zaragoza
Servicio Aragonés de la Salud

José Manuel Martín Vázquez
Hospital de Alta Resolución de Benalmádena
Empresa Pública Hospital Costa del Sol

José Joaquín Mira Solves
Delegado del Rector
Universidad Miguel Hernández. Alicante

Vocales:

José María Abad Díez
Jefe Servicio de Evaluación y Calidad
Departamento de Salud y Consumo.
Gobierno de Aragón

Maria Dolors Montserrat Capella
Coordinadora de Calidad
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Fernando Palacio Lapuente
Centro de Salud de Ondarreta. Osakidetza.

Carlos Aibar Remón
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad de Zaragoza

Pedro Parra Hidalgo
Subdirección Calidad Asistencial
Consejería de Sanidad de la Región de Murcia
Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Genís Carrasco Gómez
Director de Calidad
SCIAS. Hospital de Barcelona

Manel Santiñá Vila
Coordinador General. Sede Maternidad
Hospital Clinic. Barcelona.

Maria Pilar Comet Cortés
Unidad Mixta de Investigación
Universidad de Zaragoza

Julian Vitaller Burillo
Inspección Médica. Alicante

Juan Fernández Martín
Jefe de Servicio de Investigación
Área de Investigación, Docencia y Formación
Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM)

Marbella García Urbaneja
Subdirectora de Calidad
Osakidetza

Vicente Herranz González
Director Gerente. Hospital Monte Naranco
Servicio de Salud del Principado de Asturias

Antonio Jiménez Bravo de Laguna
Unidad de Medicina Intensiva
Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil. Las Palmas
Servicio Canario de la Salud

Lidia López Coronas
Coordinadora de Calidad
Clínica Plató. Barcelona

Susana Lorenzo Martínez
Responsable de la Unidad de Calidad
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Rafael Lledó Rodríguez
Director General
Fundación Hospital Asil. Granollers

A high-speed photograph of a water droplet hitting a surface, creating a crown-shaped splash. The droplet is frozen in time, showing its spherical shape just before impact. The splash below it is a symmetrical, crown-like structure with a central peak and two side lobes. The background is a light, neutral color.

PROGRAMA

MARTES 21 DE OCTUBRE

15:30 - 19:30 Talleres Precongreso.

1. La calidad en cuidados de salud: Herramientas de ayuda para mejorar la práctica enfermera.
2. Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
3. Mujeres invisibles. ¿Perspectiva de género en formación e investigación?
4. E-salud: nuevas posibilidades y retos en calidad asistencial.
5. Los profesionales no sanitarios y la calidad de los servicios de salud.
6. Análisis individual y "a posteriori" de los sucesos e incidentes centinela: el Análisis Causa Raíz.
7. Utilización de ISO 9001 en los servicios de salud.
8. ¿Quién decidirá por mí?. Ética y calidad de la atención al final de la vida: las Voluntades Anticipadas.
9. Estudios de la calidad utilizando datos administrativos.
10. Gestionando la Calidad en los laboratorios clínicos con ISO 15189.
11. La Investigación Cualitativa y la mejora de la calidad en los Servicios de Salud.

20:00 Cocktail de Bienvenida en el Ayuntamiento.

MIÉRCOLES 22 DE OCTUBRE

08:30 – 09:00 Entrega de documentación y recogida de credenciales.

09:00 – 09:30 Acto de Inauguración.

09:30 - 10:30 Conferencia Inaugural.
"Hacia las cimas del mundo".
Carlos Pauner Gotor.
Montañero.

10:30 - 11:00 Simposium satélite Fundación MAPFRE:
"Gestión Sanitaria orientada hacia la calidad y la seguridad de los pacientes".

Ponentes:
Jesús Rodríguez Marín. Rector de la Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Fundación MAPFRE.

Jesús Aranaz Andrés. Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

11:00 - 13:00 Mesas de Comunicaciones Orales y defensa de Póster.

13:00 - 14:30 Mesa de Conferencias: "Calidad de la formación y formación en calidad".
Sesión patrocinada por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS).

Moderador:
Jose Joaquín Mira Solves.
Delegado del Rector, Coordinador de Calidad. Universidad Miguel Hernández, Elche. Alicante.

Ponentes:

Formación en calidad asistencial.

Susana Lorenzo Martínez.

Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Formación en calidad en las nuevas titulaciones universitarias.

Francisco Arnalich Fernández.

Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Hospital La Paz. Presidente de la Comisión de Ciencias de la Salud. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).

Autoevaluación formativa: Proyecto Portfolio de la SEMFYC.

Fernando Salcedo Aguilar, José María Mengual Gil.

Responsable de Transferencia del Conocimiento. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Gobierno de Aragón.

Formación organizada en competencias utilizadas en el sistema de salud: Proyecto Focuss.

José Mengual Gil.

Director de Transferencia del Conocimiento. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Gobierno de Aragón.

14:30 – 16:30 Comida

15:45 – 16:30 Café-Sobremesa:

Calidad y servicios clínicos.

Moderador:

Genís Carrasco Gómez

Director de Calidad, SCIAS Hospital de Barcelona,

Calidad y enfermería.

Sesión patrocinada por Laboratorios SALVAT.

Moderadores:

Emilio Ignacio García.

Profesor de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Elena Altarribas Bolsa Coordinadora de Calidad de Enfermería. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

16:30- 18:00 Mesa de Conferencias: Seguridad en fármacos: del diseño a la utilización.

Sesión patrocinada por NOVARTIS.

Moderador:

Carlos Aibar Remón.

Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza. Coordinador de la Unidad de Seguridad de Pacientes del Servicio Aragonés de la Salud.

Ponentes:
Estrategias de seguridad en el diseño de nuevos fármacos.
 Alberto Duque Oliart.
 Responsable de IMS (Integrated Medical Safety) en España. Deputy del EU QP (Qualified person for pharmacovigilance en la Unión Europea).

El papel de los Comités de Ética e Investigación Clínica en la seguridad del medicamento.
 Ricardo Chueca Rodríguez.
 Catedrático de Derecho Constitucional, Universidad de La Rioja.

Experiencias de utilización segura del medicamento.
 Carmen Lacasa García.
 Jefe del Servicio de Farmacia. SCIAS Hospital de Barcelona- Fundación Avedis Donabedian

Los estudios de utilización del medicamento y el uso seguro del mismo.
 María José Rabanaque Hernández.
 Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza.

18:00- 19:30 Mesas de Comunicaciones Orales y defensa de Póster

19:30 Asamblea de socios de SECA

20:15 Auditorio: Concierto: Coro Amici Musical del Auditorio de Zaragoza con el grupo Baluarte Aragonés.

JUEVES 23 DE OCTUBRE

08:30 – 09:30 Desayuno con Expertos:
“Servicios de Salud y Sociedad”.

Moderador:
 Juan Fernández Martín.
 Jefe de Servicio de Investigación. Área de Investigación, Docencia y Formación. Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

Ponentes:
 Eduardo González Lombide
 Director Gerente
 Gerencia de Atención Primaria de la Comarca de Gipuzkoa Ekialde

Alvaro Santos Gómez
 Director Gerente
 Gerencia Unica de Puertollano (Ciudad Real).

09:00 – 10:30 Mesas de Comunicaciones Orales y defensa de Póster.

10:30 – 11:00 Simposium Satélite: AENOR
"Experiencias en la implantación del sistema de calidad".

Moderadora:
 Paloma Leis García.
 Gerente del Área de Sanidad de AENOR.

Ponente:
 Pedro Bernad Pérez.
 Servicio de Medicina Intensiva. Clínica MAZ. Zaragoza.

11:00-13:00 Mesas de Comunicaciones Orales y defensa de Póster.

13:00– 14:30 Mesa de Conferencias: “Responsabilidad social corporativa”.
 Sesión patrocinada por DNV

Moderador:
 Juan Fernández Martín.
 Jefe de Servicio de Investigación. Servicio de Salud de Castilla La Mancha. (SESCAM).

Ponentes:
Aspectos básicos de la Responsabilidad Social Corporativa.
 José María Gómez Gras.
 Catedrático de Organización de Empresas y Vicerrector de Asuntos Económicos, Empleo y Relación con la Empresa. Universidad Miguel Hernández, Elche. Alicante

El Hospital Virgen de las Nieves: una experiencia en sostenibilidad.
 Martín G. Blanco García.
 Director de Servicios Generales. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Calidad y excelencia como herramienta del desarrollo sostenible en la Gerencia del Área de Puertollano en el marco de la Responsabilidad Social Corporativa.
 Álvaro Santos Gómez.
 Director Gerente del Área de Puertollano. Ciudad Real.

Dimensiones a considerar en la definición de estrategias de Responsabilidad Social en el sector sanitario.
 Jorge de Miguel Calleja.
 Responsable de Área de Sanidad. DNV.

14:30 – 16:30 Comida.

15:45 – 16:30 Café-Sobremesa.
Calidad y líneas de futuro del Ministerio de Sanidad y Consumo.
 Moderador: Jesús María Casal Gómez.
 Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

16:30- 18:00 Mesa de Conferencias: “Experiencias de Éxito en la Gestión de Calidad”.
 Sesión patrocinada por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

Ponentes:
**Proyecto de Humanización y mejora de los
cuidados en una Unidad Neonatal.**
Gerardo Busto Lozano.
Médico Adjunto. Servicio de Neonatología.
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Cuidados del paciente con cáncer.
Trasplante autólogo de progenitores
hematopoyéticos en régimen domiciliario
en pacientes con hemopatías malignas.**
Francesc Fernández Avilés.
Unidad de Hospitalización a domicilio del
Instituto Clínico de Enfermedades
Hematológicas y Oncológicas. Hospital Clinic
de Barcelona.

**La mejora de la accesibilidad con el modelo
de hospitales de alta resolución de
Andalucía. Consejería de Salud. Junta de
Andalucía.**
Celia Gómez González.
Directora General de Planificación y
Financiación, Consejería de Salud de la Junta
de Andalucía.

Ekialde: nuestro reto es el futuro.
Eduardo González Lombide.
Director Gerente Atención Primaria de la
Comarca Gipuzkoa Ekialde de Osakidetza.
Gerencia de Atención Primaria de la Comarca
de Gipuzkoa Ekialde.

**18:00- 20:00 Mesas de Comunicaciones Orales y
defensa de Póster.**

22:00 Cena de Congreso.

VIERNES 24 DE OCTUBRE

**10:30- 12:00 Mesa de Conferencias: “Las mejores
experiencias presentadas al congreso”.**

Moderador:
Jesús Aranaz Andrés.
Presidente del Comité Científico del XXVI
Congreso.

**Mejora de la accesibilidad mediante la visita
telefónica en un centro de salud.**
Miguel Caldentey Tous.
Centro de Salud Coll d'en Rebassa. Palma de
Mallorca. Instituto Balear de la Salud.

**Auditoria clínica de la artroplastía total de
cadera.**
Manuel Lafuente Salinas.
Servicio de Traumatología. Hospital Dos de
Maig. Barcelona.

**Cantando a dos voces: voz de las
asociaciones de pacientes y voz de los
directivos para la mejora de la seguridad
clínica y de la calidad.**

Mercedes Carreras Viñas.
Complejo Hospitalario Universitario. Santiago
de Compostela. Servicio Gallego de Salud.

**Seguridad de pacientes. Estrategia
corporativa en Osakidetza.**
David Cantero González.
Subdirección de Calidad de Osakidetza.
Organización Central de Osakidetza. Vitoria-
Gasteiz.

12:00-12:30 Café

12:30 – 13:30 Conferencia de Clausura.
“Nuevos retos para la mejora continua”
Mikel Ugalde Albistegui.
Director de EUSKALIT, Fundación Vasca para
la Excelencia.

13:30 Acto de Clausura y entrega de Premios:

Premio a la mejor comunicación oral y póster.
Patrocinado por Boehringer Ingelheim.

Premio a la mejor experiencia presentada en
el Congreso.
Patrocinado por Bayer.

ÍNDICE PONENCIAS



Conferencia Inaugural

LA AVENTURA DE LA SUPERVIVENCIA.

Carlos Pauner Gotor.....79

Mesa Redonda 1

P1

PRESENTACIÓN

José Joaquín Mira 80

P2

CALIDAD DE LA FORMACIÓN Y FORMACIÓN EN CALIDAD. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS SOBRE FORMACIÓN EN CALIDAD.

Susana Lorenzo 80

P3

EVALUACIÓN PARA EL APRENDIZAJE: UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE CALIDAD EDUCATIVA EN EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Francisco Arnalich Fernández.....81

P4

“EL PORTFOLIO COMO HERRAMIENTA DE EVALUACION FORMATIVA”

Fernando Salcedo Aguilar 81

P5

FORMACIÓN ORGANIZADA EN COMPETENCIAS UTILIZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD

José María Mengual Gil, Vega Alonso Martínez, Roberto Gallego Caballero, Esteban de Manuel Keenoy 83

Mesa Redonda 2

P6

ESTRATEGIAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL DISEÑO DE NUEVOS FÁRMACOS

Alberto Duque Oliart.....85

P7

EL PAPEL DE LOS COMITÉS DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

Ricardo Chueca Rodríguez 85

P8

EXPERIENCIAS EN LA UTILIZACIÓN SEGURA DE LOS MEDICAMENTOS

Carmen Lacasa Díaz.....86

P9

LOS ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO Y EL USO SEGURO DEL MISMO

María José Rabanaque Hernández.....86

Mesa Redonda 3

P10

“ASPECTOS BÁSICOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA”

José María Gómez Gras 86

P11

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES UNA APUESTA POR LA TRANSPARENCIA

Martín G. Blanco García.....89

P12

CALIDAD Y EXCELENCIA COMO HERRAMIENTAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO EN EL MARCO DE LA RSC

.....91

P13

DIMENSIONES A CONSIDERAR EN LA DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS DE RESPOSANBILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN EL SECTOR SANITARIO

Jorge de Miguel, Angela Silvestre 94

Mesa Redonda 4

PRESENTACIÓN

“EXPERIENCIAS DE ÉXITO EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD”

Pedro Parra Hidalgo 97

P14

PROYECTO DE HUMANIZACIÓN Y MEJORA DE LOS CUIDADOS EN UNA UNIDAD NEONATAL

Gerardo Bustos Lozano.....97

P15

CUIDADOS DEL PACIENTE CON CÁNCER. TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORESHEMATOPOYÉTICOS EN RÉGIMEN DOMICILIARIO EN PACIENTES CON HEMOPATÍAS MALIGNAS

Dr. Francesc Fernández Aviles 100

P16

LOS HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN EN ANDALUCÍA COMO INSTRUMENTO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Celia Gómez González.....103

P17

EKIALDE: NUESTRO RETO ES EL FUTURO

Eduardo González Lombide 104

SIMPOSIUMS

“EXPERIENCIAS EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ASISTENCIAL” en un Servicio de Medicina Intensiva.

Pedro Bernad Pérez, Ana Álvarez Hernández 107

LAS MEJORES COMUNICACIONES DEL CONGRESO

PRESENTACIÓN

“EXPERIENCIAS DE ÉXITO EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD”

Jesús Mª Aranaz Andrés 108

M53.1

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD MEDIANTE LA VISITA TELEFÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD

Miguel Caldentey, Gaspar Tamborero, María Teresa Millán, Catalina Crespo, Beatriz Magro, Elisa Miró.....108

53.2

AUDITORIA CLINICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Lafuente M., Henere E., Poal-Manresa A., Madrid P., Videla S., Valdés-Casas JC.....109

M53.3

CANTANDO A DOS VOCES: VOZ DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES Y VOZ DE LOS DIRECTIVOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA Y DE LA CALIDAD

M. Carreras Viñas, J. Caramés Bouzán, B. García Cepeda, M. Lale Candal, F. Rubial Bernardez.....110

M53.4

SEGURIDAD DE PACIENTES, ESTRATÉGIA CORPORATIVA EN OSAKIDETZA

Cantero González D, Alvarez Morezuellas MN, Madariaga Estensoro L, González Llinares R, Garcia Urbaneja M 113

Conferencia de Clausura

NUEVOS RETOS PARA LA MEJORA CONTINUA

Mikel Ugalde 116

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES



M1: Experiencias de formación en calidad asistencial
Sala Mozart.

M1.01
DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR DESTINADO A PRIMEROS RESPONDEDORES SANITARIOS EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL.
A. Escribá Bárcena, M. J. Luengo Alarcia, S. Sánchez Alonso, Á. Alonso Ovies, C. Vaquerizo Alonso,
J. Álvarez Rodríguez 121

M1.02
EL IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL DE LA ORGANIZACIÓN
E. Olaetxea Urizar, F. Serna Rodríguez, M. Ortiz Ruiz De Loizaga, C. Beitia Fernandez 121

M1.03
ENCUESTAS DE CALIDAD DE UN VIDEO-SIMULACRO DE UNA CATÁSTROFE EXTERNA
E. Alonso Formento, C. Thomson Llisterri, A. Torres Celda, F. Galve Royo, L. Gómez Gómez, A. Martínez Oviedo. 121

M1.04
ESTABLECER UNA LINEA DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA
M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, S. Cibrián Sánchez, J. M. Méndez Guillaumet, M. Servera Gornals, S. Martín Delgado 122

M1.05
ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2 DE MADRID EN 2007
E. Bartolomé Benito, F. Escudero Batalla, M. Á. Rodríguez Martínez, B. Carra Meana, Y. Martínez Cervantes,
M. J. García-Amado García..... 122

M1.06
FORMACIÓN BASADA EN UN ENFOQUE INTEGRAL.- EXPERIENCIA PILOTO PARA EL COLECTIVO DE CELADORES
F. Serna Rodríguez, C. Beitia Fernández, M. Ortiz Ruiz De Loizaga, E. Olaetxea Urizar..... 122

M1.07
FORMACIÓN CONTINUADA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. EXPERIENCIA CON UN MODELO DINÁMICO AJUSTADO A LAS NECESIDADES DEL ALUMNADO CON APOYO DE GRABACIONES EN VIDEO
A. Escribá Bárcena, C. Velayos Amo, M. D. M. García Gálvez, M. D. M. Pérez Chamizo, T. Saldaña Fernández,
J. Álvarez Rodríguez 123

M1.08
FORMACION EN CALIDAD METODOLOGICA DE CUIDADOS ENFERMEROS APLICADOS A PACIENTES DIABÉTICOS
A. Monclus Muro, C. Chaverri Alaman, G. Lordan Ibarz, M. Aguerri Martinez, P. Calderon Grau, O. Guallarte Herrero..... 123

M1.09
IMPACTO DE LA FORMACION EN SERVICIO DE FORMA PERÓDICA EN LA DISMINUCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS
Vidal T, Cisnal M, Arch O, Hornero A, Soriano A, Torrens..... 123

M1.10
IMPACTO DE UN MÉTODO PARTICIPATIVO COMO ESTRATEGIA EN LA FORMACIÓN PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS
C. Solano Villarubia, C. Moreno, P. Coca, C. Mendez, E. Gomez, C. Alonso..... 124

M1.11
LA CALIDAD EN 20 MINUTOS: CURSO 'EXPRESS' PARA PRICIPANTES
M. C. Calvo Rojas, J. Riba Cebrián, I. Porta Rey, M. Sancho Gomez, M. D. Martín Jiménez, M. J. Quesada Sánchez..... 124

M1.12
LA IMPORTANCIA DE LA FORMACION EN CALIDAD: EVOLUCIÓN Y VALORACION POR LOS PROFESIONALES
P. Gimenez Lamban, E. Jimenez Callejo, M. L. Vela Marquina, A. Monreal Hajar, J. R. Garcia Mata. 124

M2: Seguridad del paciente 1
Sala Luis Galve.

M2.01
¿LEVANTATE Y ANDA! UNA POSIBILIDAD REAL Y CÓMODA PARA EL PACIENTE INMEDIATAMENTE DESPUES DE UN CATETERISMO CARDIACO DERECHO E IZQUIERDO DESDE LA EXTREMIDAD SUPERIOR
M. C. Ferrer Gracia, J. Sanchez-Rubio Lezcano, J. G. Galache Osuna, J. A. Diarte Miguel, I. Calvo Cebollero,
L. Placer Peralta 125

M2.02
¿AUMENTA EN NUESTRO HOSPITAL LA INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN?
B. De Andrés Gimeno, J. R. Martínez Alonso, M. Alonso Duran, T. Segovia Gómez, R. Molina Silva, M. Revuelta Zamorano, D. Montserrat Capella 125

M2.03
¿CÓMO GESTIONAMOS LA MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD ACREDITADO?
M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, L. Palacios Llamazares, N. Hernández Vidal, E. Lorente Ten, I. Muño Bové..... 125

M2.04
¿COMO INTRODUCIR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL?
E. Sola Miravete, J. Rebull Fatsini, R. Claramonte Porcar, M. Juan Aguilar, A. I. Martín Vicente, A. Grau Àvila 126

M2.05
¿CUIDAMOS LAS INDICACIONES DE FÁRMACOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL?
R. Sánchez-Garrido Escudero, M. I. Rodríguez Idígoras, J. Sepúlveda Muñoz, A. I. Calderón Durán, I. Medina Cáliz, P. Ruiz Esteban, J. L. Martínez González 126

M2.06
¿DEBERÍAN FIARSE LOS GESTORES DE HOSPITALES ESPAÑOLES DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES?
J. Beltrán Peribáñez, N. Martinez Lizaga, M. I. Rodrigo, B. Abadía Taira, S. Boro Peiro, E. Bernal Delgado 126

M2.07
¿SON NECESARIAS LAS AUDITORIAS INTERNAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN?
J. M. Ablanado Suárez, M. J. Zapico Baragaño, L. Piniella Collada, B. Blanco Díaz, M. T. Prada Rocas, A. Lombardía Iglesias..... 127

M2.08
5 MILLONES DE VIDAS: LA CAMPAÑA "PROTEGER 5 MILLONES DE VIDAS EN EL COMPLEJO H.DE SANTIAGO"
M. Carreras Viñas, J. Caramés Bouzán, B. Garcia Cepeda, F. Rubial Bernardez, A. L. Fernández Eroles,
J. Rubio Álvarez. 127

M2.09
A QUÉ ATRIBUYEN LOS ERRORES CLÍNICOS LOS PACIENTES
J. J. Mira Solves, S. Lorenzo Martínez, M. Ziadi Trives, J. Vitaller Burillo, L. Ortiz Henarejos, V. Pérez Jover 127

M2.10

ABORDAJE CORPORATIVO DE LA MEJORA CONTINUA EN LOS PLANES DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE OSAKIDETZA

D. Cantero González, M. García Urbaneja, I. Comisión.....128

M2.11

ACTIVIDADES DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE GESTION DE RIESGOS SANITARIOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

A. Pardo Hernández, A. Carmen, M. Javier, M. Lobete, J. Dodero, M. A. Centellas 128

M2.12

ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. Pérez Oller, M. J. Martínez De La Peña, M. C. López Cabezas, C. Valls Montal, R. Carrera Goula, F. Arrufat Nebot.....128

M3:Resultados en salud 1

Sala Mariano Gracia.

M3.01

ÁMBITO SOCIO SANITARIO HOSPITALARIO: INDICADORES COMO GARANTIA DE CALIDAD

I. Román Medina 129

M3.02

ANÁLISIS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO PALIATIVO CON OXÍGENO DOMICILIARIO

R. Andújar Espinosa, J. M. Sánchez Nieto, R. Bernabeu Mora, P. García Torres, A. Carrillo Alcaraz 129*

M3.04

AUNAR ESFUERZOS ENTRE HOSPITAL Y JUSTICIA PARA DISMINUIR LOS SUICIDIOS

R. Carrera Goula, J. Jiménez Nuño, F. Arrufat Nebot, F. Camps Sañé, M. Gay Pastor, A. Anglada Arisa 129

M3.05

BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN DEL GERIATRA EN EL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA

B. Gamboa Huarte, V. Canales Cortes, C. Lapresta Moros. 130

M3.06

CALIDAD EN ORTOGERIATRÍA: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DESNUTRICIÓN E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

A. C. Sanjoaquin Romero, E. Ubis Díez, A. Grau Barrull, M. Lopez Hernandez, E. Santorroman Jovellar 130

M3.07

CUANDO PERDER ES EL PREMIO(2)

M. J. Gil Train, S. López, R. Enguita, L. Huertas, E. Lamote Degrygnon.....130

M3.08

Donación de sangre de cordón. Mejorando resultados en el Hospital General de Granollers.

F. Ojeda Perez, J. Astor, M. Girvent Vilarmau, E. Lineros, S. Cortes, E. Canovas.....131

M3.09

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

O. Ordás Lafarga, L. A. Hijós Larraz, D. Ara Laúna, S. Isasi De Isasmendi Pérez, M. J. Andrés Soler, A. Castellanos De Mur, M. Giménez Sender.....131

M3.10

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPE EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿INCERTIDUMBRE O NUEVAS EVIDENCIAS?

F. J. Pérez-Rivas, P. Magán-Tapia, A. Pastor Rodríguez-Moñino, M. Beamud-Lagos, M. Ochandorena-Juanena, V. Zumajo-Gijón.....131

M3.11

EN BUSCA DE LA MEDIDA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE HIPERCOLESTEROLÉMICO

L. A. Hijós Larraz, O. Ordás Lafarga, C. Figueras Ara, I. Abadía Corvins, A. Mendoza Escuer, F. Aranguren Martínez De Morentín, V. Pedrera Román 132

M3.12

EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LA PIELONEFRITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EJEMPLO DE BUENA CALIDAD ASISTENCIAL, AUNQUE MEJORABLE

J. A. Pérez Arbej, M. I. Cameo Rico.....132

M4: Voz del paciente 1

Auditorio Sala 11.

M4.01

¿CUALES SON LAS CAUSAS DEL RETRASO EN LA VISITA DE LOS FAMILIARES DE LA UCI?

M. T. Romero Mariscal 133

M4.02

¿ESPERAR A QUE SE ME PASE ES LA MEJOR SOLUCIÓN? ACTITUD DE LAS ARAGONESAS ANTE LOS SÍNTOMAS DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

I. Calvo Cebollero, A. Lukic, M. V. Fustero Fernández, M. Bárcena Caamaño, J. M. Millaruelo Trillo, E. Moreno Esteban.....133

M4.03

¿LA SATISFACCIÓN GENERAL ES REPRESENTATIVA DE LAS SATISFACCIONES PARCIALES?

A. Gómez Palmero, L. A. Sangrador Arenas, J. M. Oto Terrer, R. Fraile Castela, F. Revilla Ramos, A. Villar Caramés.....133

M4.04

ACTUALIZACIÓN DE MATERIAL PSICOEDUCATIVO (TALLER DE MEDICACIÓN): PARTICIPACIÓN DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA.

M. Martínez Llorente, C. Gracia Bercero, A. García, L. Cortés, M.J. Malo, L. Castillo 134

M4.05

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA: ¿QUÉ OPCIÓN PREFIERO?

C. Pérez-Romero, G. Carmona-López, V. Baena-González, A. Caro-Martínez, E. Fernández de la Mota, R. Sanz-Amores.....134

M4.06

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES, EN UN SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES: 2005-2008

A. Hernando Uzkudun, J.R. Aginaga Badiola, M.J. Preciado Barahona, Arantza Aranzabal Conde, I. Gurrutxaga Arriola, P. Busca Ostolaza 134

M4.07

ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

J. M. Montón Dito, M. C. Valdovinos Mahave, E. Monforte Zafón, C. Sánchez Polo, I. Lorda De Los Rios, P. Martínez Trivez 135

M4.08

ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN TRAS CIRUGÍA SUSTITUTIVA BILATERAL DE RODILLA EN UN TIEMPO

V. León Muñoz, E. Salmerón López, M. J. Riquelme Bernal. Fundación Hospital, Cieza.....135

M4.09	BARÓMETRO DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA <i>L. Sanchez Robles, P. Rubio Sastre, A. Faura Martínez, L. Calleja Pérez, J.L. López Morales</i>	135

M4.10	BARRERAS PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LAS DECISIONES CLÍNICAS: COMPARATIVA ENTRE LAS PERCEPCIONES DE MÉDICOS Y PACIENTES <i>J. J. Mira Solves, S. Lorenzo Martínez, F. Palacio Lafuente, V. Pérez Jover, M. Ziadi, E. Ignacio</i>	136

M4.11	CALIDAD DE VIDA EN DIABÉTICOS: CÓMO ESTÁN Y CÓMO SE SIENTEN <i>R. Gómez Navarro, J. Albiñana Tarragó, N. Belenguer Andres, M. J. Navarro Julián</i>	136

M4.12	CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD <i>A. Más Castillo, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrián, J. E. Calle Urrea, T. Ramón Esparza, P. Nieto Martínez</i>	136

M5: Seguridad del paciente 2
Auditorio Sala 7 .

M5.01	CALIDAD INTEGRAL EN PROTECCION RADIOLOGICA DEL PACIENTE <i>C. Navarro Romero, J. M. Blanch Malet, J. A. Guell Ubillos, J. Devesa Pardo, E. Martinez Barreda, L. Corpas Ribera</i>	137

M5.02	CARACTERÍSTICAS DEL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA (CM) EN HOSPITALIZACIÓN AGUDA MÉDICO-QUIRÚRGICA <i>A. Franco Vidal, J. García González, A. Parrillas Moreno, J. M. Díaz Pérez</i>	137

M5.03	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, ¿TERRITORIO COMANCHE? PARA EL REPROCESADO DEL MATERIAL DE UN SOLO USO <i>R. López Barrachina, C. Gabarre, E. López - Reyes, M. Fernández Gil, M. P. Carruesco, E. Gamisel</i>	137

M5.04	CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA EN EL CONTROL DEL STOCK DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER <i>J. Caballero Espín, M. J. Clemente Laserna, M. J. Mestre Almarcha, S. Fernandez Álvarez, M. C. Pérez García, M. Á. Martínez Bueno</i>	138

M5.05	CICLO DE MEJORA ASOCIADO A LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN <i>R. Arrieta, M. C. Serrano, E. Soler, T. Omiste, P. Arazo, R. Abad</i>	138

M5.06	CICLO DE MEJORA EN LA CUMPLIMENTACION DE FORMULARIO DE CATETERES VENOSOS EN SELENE <i>M. L. Martínez Caballero, M. G. Lucas Salmerón, A. M. Sánchez Fernández, G. Escribano Sánchez, M. T. Marín García, H. Fernández Abellán</i>	138

M5.07	COMISIÓN DE SEGURIDAD CLÍNICA: UN CAMBIO EN LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN <i>T. Giménez-Júlvez, J. Martín, J. R. García Mata, C. Seguridad Clínica</i>	139

M5.08	COMITÉ DE MORTALIDAD DE LA CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULI, SABADELL. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS (2004 - 2007) <i>G. Navarro, N. Combalia, J. Vivancos, Resto De Miembros Del Comité De Mortalidad</i>	139

M5.09	CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL PACIENTE ADULTO: OBJETIVO DE SEGURIDAD CLÍNICA <i>M. Boix Ricart, M. Bueno Domínguez, M. Fabregas Vallverdú, C. Ortiz Castellón, X. Fort Barbarà</i>	139

M5.10	CUANTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS <i>J. Alcaraz Martínez, J. C. García Caravaca, F. J. Sierra Prefasi, O. Ortiz González, M. García López, A. Moreno Pastor</i>	140

M5.11	CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD <i>C. Silvestre Busto, J. Gost Garde, F. J. Lameiro Couso, E. Layana Etxezuri, F. J. Abad</i>	140

M5.12	CULTURA DE SEGURIDAD: COMPARACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO <i>J. Alcaraz, A. Carrillo, A. López, S. Raigal, M. Moreno, R. M. Martínez</i>	140

M6: Voz de los profesionales 1
Auditorio Sala 6.

M6.01	¿ES PERTINENTE INVESTIGAR LAS RELACIONES ENTRE MÉDICOS E INDUSTRIA FARMACÉUTICA? <i>J. Moliner Lahoz, J. Mozota Duarte, L. Casaña Fernandez, J. M. Abad Diez, D. Judez Legaristi, M. J. Rababaque Hernandez</i>	141

M6.02	¿LOS PLANES DE CUIDADOS GARANTIZAN LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA? <i>M. L. Hospital Ibáñez, C. Arellano Sanchez, E. Galvez Alvarez, C. Noya Castro, I. Serrano Trillo</i>	141

M6.03	¿QUE OPINA EL CLIENTE INTERNO EN RELACIÓN A UNA ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN EXTERNA DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD? <i>M. Gens Barberá, E. Vidal Esteve, N. Hernández Vidal, T. Anglés Segura, L. Palacios Llamazares, F. Gallego De La Cruz</i>	141

M6.04	¿SIRVE PARA ALGO UN PROGRAMA DE INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD? <i>R. Hernández Díaz, M. B. Abadía Taira, I. Barrasa Villar, E. Altarribas Bolsa, D. Serano Peris, J. M. Cucullo López, A. Tarí García</i>	142

M6.05	ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION <i>M. Á. Moreno De La Hidalga, P. Herrera Carral, C. Fariñas Álvarez, J. C. Garrido Gómez, D. Acón Royo, B. Ceballos Pérez</i>	142

M6.06	CALIDAD EN EL CONSEJO GENÉTICO OFERTADO A LAS PACIENTES QUE PADECEN CANCER DE MAMA Y OVARIO. VENTAJA: REPERCUSIÓN EN LA DISMINUCIÓN SU ANSIEDAD. <i>M. T. Calvo Martín, A. Rodríguez Valle, M. D. Miramar Gallart, S. Izquierdo Álvarez, A. Herrero Ibañez, M. J. Alcaine Villarroja, M. Bassecourt Serra</i>	142

M6.07**CALIDAD Y COMUNICACION EN ENFERMERIA***M. Ruescas Redondo, R. M. Ramirez Lopez 143***M6.08****CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A CONFLICTOS ÉTICOS***E. Aguirre De La Peña, E. Peña Rodríguez, G. Alejandro Lázaro, J. Carrasco Rodríguez, M. Esteban Tudela, M. I. García Rodríguez 143***M6.09****CUANTIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA Y PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE MEJORA POSTERIOR***P. Ochoa Calvo*, R. Vial Escolano, E. Garcia-Arilla Calvo, P. Mesa Lampre 143***M6.10****DISEÑO Y CERTIFICACIÓN EN EL ENTORNO ISO 9001:2000 DE UN PROCESO PARA LA GESTIÓN DE QUEJAS DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL LA FUENFRÍA RELATIVAS A SITUACIONES DE RIESGO PSICOSOCIAL***M. D. C. Anton Boix, P. González, L. Pascual, R. López, P. Villada, C. Maroto, J. Contreras 144***M6.11****EL PROCESO DE ACOGIDA: ANÁLISIS ESTADÍSTICO***M. S. Parrado Cuesta 144***M6.12****ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA LABORAL. EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA***R. M. Salazar De La Guerra, M. Carnicero Bujarrabal 144***M7: Continuidad asistencial 1****Auditorios Sala 8.****M7.01****ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN LA RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS EN LOS INFORMES DE ASISTENCIA DE URGENCIAS***J. A. Oliva Vicedo, B. Losada Marrodan, M. Cecilia Rodriguez, R. Da Ponte Gonzalez, C. Romero Montenegro, E. Llobet Barberí 145***M7.02****ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL. 2004-2007. LA IMPORTANCIA DE UN PROTOCOLO CONJUNTO HOSPITAL-AMBULATORIO***F. Ojeda, S. Cano, M. Girvent, E. Lineros, S. Cortes, D. R. Gemma 145***M7.03****ATENCIÓN TELEFÓNICA URGENTE ESPECIALIZADA: UNA FORMA DE MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO***E. Coma, R. Comabella, S. Zayas, I. De La Haba, A. Ceresuela, R. Ciurana 145***M7.04****CALIDAD ASISTENCIAL EN EL MANEJO REHABILITADOR DEL ICTUS EN FASE SUBAGUDA.E. DESCRIPTIVO***MS. Alonso Martín, A. Esteve Arrien, G. Flores Sánchez, J. Minaya Sainz, T. Díaz Zorita, R. Salazar De la Guerra 146***M7.05****CALIDAD DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS EN FINES DE SEMANA Y FESTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)***M. Estepa Muñoz, M. Á. Rodríguez Martínez, G. Gómez Montero, R. González Gascón, M. Cid Artigas, A. Sebastian Palomino 146***M7.06****COMUNICACIÓN URGENCIAS Y UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN: MEJORANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y EL CLIMA LABORAL***L. V. García Cachafeiro, C. Sáez Sierra, G. Velasco Zamorano, R. Montero Miguel, C. Jiménez Nuevo, F. Núñez Crespo 146***M7.07****CONTINUIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA: PAPEL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASO***R. Fernández Salillas, A. Rodríguez Ortega, Y. Valverde Alcántara, C. Martínez López 147***M7.08****CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA GAP ALBACETE/SESCAM***A. Cuevas Alcañiz, A. Lopez Escribano, M. T. Copete Gonzalez, R. Muñoz Sanchez-Villacañas, J. García Aranos 147***M7.09****COORDINACIÓN ENTRE EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA***R. Jiménez Sánchez, I. Perez Cano, I. Del Cura González, T. Sanz Cuesta 148***M7.10****DISEÑO IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DEL MAPA DE PROCESOS "GESTIÓN DE CUIDADOS" EN EL ÁREA V DE SALUD(MURCIA)***C. Castillo Gómez, C. Garcia Bernabeu, G. M. Martinez Soriano, J. J. Arnau Alfonso 148***M7.11****EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LA MATRONA. ¿FAVORECE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DOS NIVELES ASISTENCIALES?***E. Villa Villa, E. Sanz De Miguel, L. Jimenez Bea 148***M7.12****ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA PRE- Y POST-IMPLANTACIÓN DE LAS TRAYECTORIAS CLÍNICAS***R. M. Sabater Raga, A. Aloy, P. Marzuelo, M. De Rojas, N. Galera 149***M8: Accesibilidad y equidad 1****Auditorio Sala 10.****M8.01****¿CUATRO PÁJAROS DE UN TIRO!: + SEGURIDAD, + ACCESIBILIDAD, + COMUNICACIÓN, + INTEGRACIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LA INNOVACIÓN.***R. Herrero Heredero, J. Darpón Sierra, N. Guerra Zaldúa, I. Urrutia Johansson, K. Ibarra Hernández 149***M8.02****ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA DE DEMANDA EN UNA AGENDA DE ENFERMERIA***A. Rivera Álvarez, Á. Palacios Pérez, J. García Martín, M. Hernández Pascual, P. García Fernández, J. Mayol Canas 149***M8.03****CONOCIENDO LA DEMANDA INADECUADA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL, ATENDEREMOS SOLO A QUIEN LO NECESITA, AHORRAREMOS Y BAJAREMOS DEMORAS***R. Sánchez Bernal, M. Estébanez Carrillo, E. De Miguel Aguirre, L. Urrechu Reboiro, J. Jordana Zorrilla, A. Rios Urrechu 150***M8.04****COSTE DE OPORTUNIDAD EN LA DECISION DE ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL***R. Caldas Blanco, A. Hidalgo Vega 150*

M8.05

DERIVACIÓN ELECTRÓNICA DESDE EQUIPOS DE ASISTENCIA PRIMARIA DE PACIENTES CON ALTA SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA Y PULMÓN

C. Martínez López, M. Llagostera Español, V. Barriga Flores, A. Escobedo Sánchez.....150

M8.06

DISEÑO DE AGENDAS SANITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO (PNT)

S. Tojeiro Lorente, M. Hernández Pascual, A. Miquel Gómez, P. García Fernández, M. Barba Calderón, C. Jiménez Domínguez..151

M8.07

EDICIÓN DE MATERIAL PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON TMG EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

M. Martínez Llorente, A. Borobio Lázaro, Y. Ariza, L. Castillo, A. García, C. Gracia 151

M8.08

EL EFECTO DEL ESPECIALISTA CONSULTOR EN EL MANEJO DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN PRISIÓN

P. Arazo, J. M. Arroyo Cobo, A. Seral, D. Gil Pérez 151

M8.09

¿ES POSIBLE DISMINUIR LA INADECUACIÓN DE INGRESOS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS?

V. Soria Aledo, A. Carrillo Alcaraz, Á. Campillo Soto, B. Flores Pastor, J. Leal Llopis, M. C. Hernández Ferrandis, J. L. Aguayo Albasini 151

M8.10

EVALUAR LA CONSULTA DE TRIAJE DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

J. Sánchez Rus, J. Amigo Fernández, A. I. González Bravo, C. Vives Maffiotte, E. Vidal Esteve, M. Gens Barberá 152

M8.11

EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA (UDP). MEDIDA DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

E. Sainz, D. Puig, J. Ibargoyen, E. Keklikian, J. Ramakers, J. Muñoz 152

M8.12

FALTA DE EQUIDAD EN LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN LOS PACIENTES RENALES SOBRE SUS OPCIONES DE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

J. C. Julian Mauro.....152

M9: Organización y gestión. Gestión por procesos 1
Hotel Romareda. Salón Ingles.

M9.01

¿ES POSIBLE MEJORAR LAS URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD?

M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, E. Miró Viamonte, A. Tamayo, R. Casamartina Bach, S. Cibrián Sánchez.....153

M9.02

¿SOMOS CAPACES DE CUMPLIR LO QUE NOS PIDEN?. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LOS PROCESOS DE UN HOSPITAL

M. B. Abadía Taira, R. Hernández Díaz, I. Barrasa Villar, E. Altarribas Balsa, R. Peinado Visanzain, P. Moreno 153

M9.03

ADECUAR LA PERMANENCIA EN URGENCIAS DEL PACIENTE QUE REQUIERE INGRESO HOSPITALARIO

L. V. García Cachafeiro, C. E. Zaragoza, F. Rodríguez Cabello, A. Pérez Martín, M. R. García Martín, J. Ramos Pereito.....153

M9.04

ALINEACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA ESTRATEGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET (HGH): UNA PARA TODOS Y TODOS PARA UNA

C. Mompó Avilés, J. Vilarasau Farré, J. Casademont Gou 154

M9.05

ALTAS VOLUNTARIAS POR DEMORA EN URGENCIAS: SIEMPRE SE PUEDE MEJORAR

F. Fatjó Hurios, R. Cid Pañella, A. Salazar Vellido 154

M9.06

ANÁLISIS DE LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

J. Yetano Laguna, J. Guajardo Remacha, G. López Arbeloa, U. Aguirre Larracoechea, C. Esteban González, C. Ayuso Escribano 154

M9.07

ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS DE UN SISTEMA REGIONAL DE SALUD

J. Yetano Laguna, J. Guajardo Remacha, G. López Arbeloa, U. Aguirre Larracoechea, P. Valle Garrido, L. Rodríguez González.....155

M9.08

APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

C. Marcellán Narros, L. Calzada Gonzalez, A.M. Ortega Durantin, A.M. Echave Ruiz de Alegría, O. Ormazabal Mugica, E. Ortiz Villacin 155

M9.09

APLICACIÓN DEL MODELO EFQM COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN EN UNIDADES DE FISIOTERAPIA

A. Pérez Iriondo, R. M. Valverde Citores, A. Colina Alonso, M. A. Amondarain Goicoechea, F. Jauregui Celaya, E. Ruiz Alvarez.....155

M9.10

BENCHMARKING INTRAHOSPITALARIO COMO HERRAMIENTA EN LA MEJORA DE LA EFICIENCIA

P. Carrasco Garajo, C. Y. Fuentes Rodríguez, E. Cabrera Sorrosal, C. García Menéndez, E. Heras De Los Ríos, D. Campos Carrasco.....156

M9.11

CALIDAD VS COSTES EN EL SERVICIO DE COCINA DEL HOSPITAL COMARCAL DE MÓRA D'EBRE

T. Biarnés Jornet, P. Vernet Moya, M. D. M. Martín Rubio 156

M9.12

CAMBIO DE UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE MEDIA ESTANCIA EN UN HOSPITAL DE DIA DE TOXICOMANÍAS, CON MEJORA DE LA SATISFACCIÓN Y LA EFICIENCIA

R. Sánchez Bernal, V. Puente Pazos, A. Ramírez Gorostiza, M. Estébanez Carrillo, F. Murua Navarro, E. De Miguel Aguirre 156

M10: Organización y gestión. Gestión por procesos 2
Hotel Romareda. Sala C.

M10.01

COMO OPTIMIZAR LA FACTURACIÓN ELECTRICA MODIFICANDO LA POTENCIA CONTRATADA EN CENTROS PREDETERMINADOS DEL ÁREA 1 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

M. J. Fernández López, J. L. Tous González 157

M10.02**CONTROL DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE INDICADORES DE PROCESOS**

J. Martínez Gorostiaga, M. Zuazo Onagoitia, A. Marino Miguel, E. Vitoria García, S. Arenaza Murua, G. Aguirre Lejarcegui.....157

M10.03**DE CÓMO VIAJAN LOS PAPELES Y LA INFORMACION Y NO EL PACIENTE DIABÉTICO.**

D. Serrano Peris, J. C. Pérez Villaroya, F. Flordelis Marco, A. Antoñanzas Lombarte, A. Poncel Falcó, M. V. Villaverde Royo.....157

M10.04**DEPORTES DE AVENTURA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA DE LA GESTIÓN POR PROCESOS. ¿ LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 EN EL SECTOR III DE ZARAGOZA?.**

D. Serrano Peris, V. Villaverde Royo, M. Granados González, C. Oñata Calvo, J. C. Pérez Villaroya, E. Faure Nogueras.....158

M10.05**DESARROLLO DE LA GESTIÓN DEL PROCESO CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN EL ÁREA DE SALUD DEL H. U. MIGUEL SERVET: INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL SERVICIO DE URGENCIAS**

E. Bajador Andreu, J. Val Pérez, J. Povar Marco, F. Bielsa, J. A. Martínez Milian, C. M. Pueyo Salavera.....158

M10.06**DESARROLLO DE SISTEMAS DE INDICADORES EN UN SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL**

R. J. Romero De Castilla Gil, E. Del Campo Molina, E. Fernández Romero, M. Aguilera Peña, E. Muñoz Romero, C. J. Galán Doval.....159

M10.07**DETERMINACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL: PUNTO DE PARTIDA PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y CONSECUENCIA DE OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN**

A. García Millán, R. Jiménez Gregorio, M. L. Torijano Casalengua, P. Fluriache García-Caro.....159

M10.08**DISEÑO DEL PROCESO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS.**

M. M. Ortiz Otero, D. González Bravo, J. Canora, P. Serrano, F.J. Rivas, O. Marinero.....159

M10.09**DISEÑO DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL PLATÓ**

M. Barahona Orpinell, A. Fernández Gallegos, S. Guillaumes Furnes, A. Martínez Vergara, E. Roche Rebollo.....160

M10.10**EL BENCHMARKING COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE PERSONAS.- APLICACIÓN PRÁCTICA DE UN FORO PARA EL APRENDIZAJE**

F. Serna Rodríguez, C. Beitia Fernández, E. Olaetxea Urizar.....160

M10.11**EL ÍNDICE DE INGRESO EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE URGENCIA ESTABLECIDO A TRAVÉS DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET) COMO SISTEMA ÚTIL DE MONITORIZACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.**

R. Marrón Tundidor, B. Casado Ramón, M. Á. Javierre Loris, C. Garcés Sanjosé, E. Bustamante Rodríguez, B. Gros Bañeres.....160

M10.12**EL PACIENTE CRÓNICO DEPENDIENTE SEVERO: APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS**

F. Grimal Aliacar, S. Marteles Casajús.....161

M11: Seguridad del paciente 3**Sala Mozart.****M11.01****DETECCIÓN RÁPIDA DEL VIH EN LA INOCULACIÓN ACCIDENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA**

M. Campo Sanz, T. Soler Gimeno, E. Carranza Rodríguez, E. Alonso Gregorio, J. I. García Montero, F. Pascual.....161

M11.02**DIFERENCIAS ENTRE EL PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA EN LA PERCEPCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

A. Carrillo, J. Alcaraz, A. López, I. Lillo, N. Llamas, S. Moreno.....161

M11.03**DISEÑO Y IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE ACTUACIÓN EN PLANES DE EMERGENCIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA Y SEGURIDAD EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL**

F. Castán Vives.....162

M11.04**EFFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS**

J. Requena, J. Aranaz, J. Miralles, M. Gea, R. Limón, R. García.....162

M11.05**EL MAPA DE RIESGOS COMO HERRAMIENTA EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA**

M. D. P. González Sánchez, E. Altube, Sánchez Polo M.T, M. Garrido Martín, L. Pascual Bastida, R. López Sanz.....162

M11.06**EL PROFESIONAL SANITARIO Y LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD CLÍNICA**

L. A. Sangrador Arenas, Á. Gómez Palmero, M. Miranda García, M. J. Pérez Boillos, J. M. Oto Terrer, R. Fraile Castela.....163

M11.07**ELABORACIÓN, DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES Y MOBILIARIO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO**

M. Félix Martín, P. Prieto, E. Rosés, N. Herrero, Mª V. Gumiel, A. Laguía.....163

M11.08**ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN. PLAN DE MEJORA EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA**

A. M. Vilaplana García, G. D. T.....163

M11.09**ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

A. Cañada Dorado, J. M. Mena Mateo, A. Sanz-Virseda, M. Villamor Borrego.....164

M12: Seguridad del paciente 4**Sala Luis Galve.****M12.01****ESTRATEGIA PARA IMPLANTAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL ENTORNO DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (UDA)**

P. Benito Merchán, P. Pérez Doblado, A. J. Carrascosa Fernández, N. Bouzo Molina.....164

M12.02
ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA COMARCA DE OSAKIDETZA: EL PROYECTO BABESBIDEAN (LA VÍA DE LA SEGURIDAD)
E. González Lombide, J. Herranz González, A. Retes Saratxaga, C. Silvestre Busto, F. Palacio Lapuente.
Osakidetza. Comarca Ekialde 165

M12.03
ESTUDIO DE INCIDENCIA DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL HOSPITAL COMARCAL MÓRA D'EBRE
F. Pàez Vives, M. Bordera Bigorra, R. Pros Poquet, S. Isaac Vázquez, R. Montaña Raduà, N. Adell Vidal 165

M12.04
ESTUDIO DE PERCEPCIÓN SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE DE MANOS Y USO DE GUANTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO (SEM).
M. D. Martín Rodríguez, M. Iglesias Castro, C. Lema Marquez, J. E. Pastoriza Rivas, O. M. González Abelleira, L. Chayán Zas 165

M12.05
EVALUACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN NOTIFICADOS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS DEL HOSPITAL
M. Terrón Cuadrado, M. M. Ortiz Otero, M. García Gil, A. Ontañón Nasarre y F.J. Farfán Sedano 166

M12.06
EVENTOS ADVERSOS PRE HOSPITALARIOS: UN CAMINO POR RECORRER
N. Alvarez, J. Aranaz, J. Requena, J. Miralles, R. Limón 166

M12.07
EVOLUCIÓN DE LAS RESISTENCIAS BACTERIANAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA (ANÁLISIS 2005-2007)
J. M. Cucullo López, C. Cánovas Pareja, N. Fernández Letamendi, E. Nuñez, J. Navarro Maurel, I. Ruiz De Zárate 166

M12.08
EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE IV EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA. ANALISIS CAUSA-RAIZ (ACR) Y ACCIONES CORRECTORAS
I. González Álvarez, J. Calbo Maiques, J. M. Pérez Resano, A. Martínez Oses, F. Muñoz Pérez, J. L. Zaragoza Fernández 167

M12.09
FIABILIDAD DE LA ESCALA BRADEN Q PARA VALORAR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PEDIATRÍA
R. M. González Llinares, C. Quesada Ramos, M. L. Iruretagoyena Sánchez, J. M. Hernández Hernández, C. Olalde Arana, R. Sánchez Martín 167

M13: Asistencia basada en la evidencia 1
Sala Mariano Gracia.

M13.01
ADECUACIÓN A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA EL AUTOCONTROL DE LA GLUCEMIA, EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA
J. Cárdenas Valladiol, R. Arnal Selfa, A. Cañada Dorado, J. M. Mena Mateo, L. Sánchez Perruca, D. Rodríguez Morales 167

M13.02
ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN ANTIBIÓTICA EN FUNCIÓN DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS
E. Usandizaga De Antonio, R. Hernández Martínez, L. Pascual Huertas, J. Ferreres Oncins, F. Córdoba Ruiz, J. Oliva Vicedo 168

M13.03
ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS POR CATÉTER INTRAVASCULAR EN PACIENTES CRÍTICOS
M. C. Valdovinos Mahave, J. M. Montón Dito, I. Lorda De Los Rios, C. Sánchez Polo, J. F. Luz De Travededo, P. Martínez Trivez 168

M13.04
ASIGNACIÓN DE REACTIVOS PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO DE LA ANTICOAGULACION ORAL MEDIANTE LA UTILIZACION DE CRITERIOS CLINICOS P.
Vallejo Sánchez-Monge, J. López Tortosa, F. J. Pérez Rivas, C. Carrión Pulido, M. T. Alonso Salazar 168

M13.05
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA FAST-TRACK Y AMBULATORIA: GUÍA CLÍNICA Y RESULTADOS
C. Emparan García De Salazar, R. Cabezali Sánchez, P. Soriano Gil-Albarellos 169

M13.06
EFFECTO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA EN LA CONDICIÓN FÍSICA DE UN GRUPO DE PACIENTES DIABÉTICOS
D. M. O. Lucha López, D. A. C. Lucha López, D. C. Vidal Peracho, D. J. M. Tricás Moreno, D. L. Bernués Vázquez, E. Estébanez De Miguel 169

M13.07
EL EQUIPO INVESTIGADOR COMO INSTRUMENTO EFICAZ DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UNIDADES DE ENFERMERÍA
A. Serrano Ruiz, S. Saboya Sánchez, M. Bragado, D. Monge Martín, P. Asenjo Hervás, I. Latorre Marco 169

M13.08
ELABORACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ELIMINACIÓN DEL VELLO QUIRÚRGICO
E. Altarribas, R. Cardiel, M. J. Dominguez, T. Laguarda, A. Robles, E. Roses (edm Paciente Quirúrgico) 170

M13.09
ENCUESTA SOBRE RASURADO PREQUIRÚRGICO
A. Biurrun Larraalde, A. C. Marín Guerrero 170

M14: Voz del paciente 2
Auditorio Sala 11.

M14.01
DISCREPANCIAS Y CONCORDANCIAS ENTRE LOS DATOS OBJETIVOS Y LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE ATENDIDO EN URGENCIAS
A. Hernando Uzkudun, P. Barandiaran Ozaeta, J. Redín Espinal, R. Iglesias Retamar, E. Ansa Orlegui, P. Busca Ostolaza 170

M14.02
EL FORO "MESA DE CAMAS" ES EFICIENTE, PERO ¿QUÉ OPINAN LOS PARTICIPANTES? Y ¿CÓMO PODEMOS MEJORARLO?
D. Montserrat-Capella, J. Gómez-Rodrigo, M. Alcaraz-Esteban, J. R. Martínez-Alonso, B. De Andrés Gimeno, B. Ayuso-Fernández 171

M14.03
EL ÍNDICE DE PRIORIDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS COMO ELEMENTO INNOVADOR DE LA PRIORIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SESCAM
F. Alcázar Casanova, O. Solas, M. Tejero, F. Iglesias, J. M. Bleda, R. Gutiérrez 171

M14.04
EL PAPEL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN EL PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE UNA ORGANIZACIÓN
M. Casanovas Huguet, I. Albó Poquí, N. Torres Esparza, E. Vives Vives, J. Gallardo Mena, A. Carballo Almeida 171

M14.05**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES EN DIÁLISIS**

I. Moina Eguren, I. Ugarte Aróstegui, O. González Peña, R. Ortiz De Vigón, A. Bergareche Nuñez,
J. Arrieta Lezama 172

M14.06**ES POSIBLE AGILIZAR LOS CIRCUITOS DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS**

M. T. Escribano Catalán, T. Antoñanzas Lombarte, M. Febrel Bordeje,
G. Miguel Sapela, D. Judez Legaristi 172

M14.07**ESPACIO DE ASOCIACIONES**

M. J. Planas, M. Jabalera Contreras, O. Nadal Castan,
G. Puche Rubio 172

M14.08**ESTUDIO COMPARATIVO DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN A PACIENTES EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA**

L. Calleja Pérez, R. Del Toro-Ruiz, F. Babiera-Serrano, F.J. Pérez-Sánchez 173

M14.09**EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA AL PACIENTE SOBRE EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN**

A. Faura Martínez, P. Rubio Sastre, L. Sánchez Robles, L. Calleja Pérez, J.L. López Morales 173

M15: Seguridad del paciente 5**Auditorio Sala 7.****M15.01****FUEGO EN QUIRÓFANO. ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ DE UN ACCIDENTE EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE OFTALMOLOGÍA**

M. Berasategi Orbegozo, A. Beristain Etxabe, J. A. Urcola Carrera, S. Castelo Zas, J. Taboada Gómez 173

M15.02**GESTIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LA IMPLANTACIÓN DE ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN**

A. B. Martínez Juez, E. Murcia Sánchez, A. J. Carrascosa Fernández,
R. Saldaña Casado 174

M15.03**GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS A TRAVÉS DE UN PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y CORRECTO MANTENIMIENTO DE LAS VACUNAS DEPENDIENDO DE SU TERMOSENSIBILIDAD**

G. Gómez Montero, M. Estepa Muñoz, M. Á. Rodríguez Martínez, R. González Gascón, M. Cid Artigas, A. Sebastián Palomino 174

M15.04**GESTIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA**

A. M. Lozano Menor, R. M. Salazar De La Guerra, J. Minaya Saiz, M. Fernandez Busnadiego 174

M15.05**IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES Y SEGURIDAD DE PACIENTES: UNA MEJORA ALCANZABLE**

M. Menéndez-Fraga, A. Díaz-ordoñez, C. Galán-Artime,
M. Fuentes-Fernández, C. Moreno-Planillo,
F. Vázquez-Valdés 175

M15.06**IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE, UNA ESTRATEGIA PARA SU SEGURIDAD. ¿LO CONSIDERA ASÍ EL PACIENTE?**

L. Jiménez Bea, A. Carbonel Ramón, J. Coca Moreno 175

M15.07**IHI GLOBAL TRIGGER TOOL EN EL HOSPITAL MONTE NARANCO: UNA HERRAMIENTA PODEROSA Y FLEXIBLE EN SEGURIDAD DE PACIENTES**

M. Menéndez-Fraga, M. Alonso-Álvarez, N. Castaño-Sánchez, E. Sommer-Álvarez, V. Herranz-González,
F. Vázquez-Valdés 175

M15.08**IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGOS (PGR) CLÍNICA PRIVADA SANTIAGO CHILE HOSPITAL DEL PROFESOR (CHP) 2007**

M. C. Peña Lackington, M. Reyes Martínez, P. Muñoz Cariaga, G. Borquez Estefo 176

M15.09**IMPACTO DE LA PARTICIPACIÓN EN UN PROYECTO DE PREVENCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS**

M. J. Martínez De La Peña, R. Carrera Goula, S. Carbonell Palau, S. Casas Tió, D. Herraiz Viñas,
R. M. Vivet Ferrer 176

M16: Voz de los profesionales 2**Auditorio Sala 6.****M16.01****ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES REALIZADA POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

A. Aloy-Duch, C. Fusté-Ballús, E. Martín-Sánchez, R. Lledó-Rodríguez, E. Almansa-Capel, M. García-Mateo 176

M16.02**“ENFERMERÍA DE CALIDAD”: VOZ DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN SECTOR SANITARIO**

N. Casanova Cartié, J. I. García-Montero 177

M16.03**ESTUDIO DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

T. Luengo Sánchez-Paniagua, M. Martínez Piedrola 177

M16.04**ESTUDIO DEL CLIMA LABORAL EN EL CONSORCIO SANITARIO DE TENERIFE (CST)**

A. A. Hernández Borges, P. M. Ramos Negrín, R. Brandstatter, G. Torres González, A. Jiménez Sosa, I. López Puech 177

M16.05**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO**

M. Valenzuela Anguita, M. I. Ríos Rísquez, F. J. Más Luzón, E. Ramiro Tena, R. Martínez García, A. Carrillo 178

M16.06**FACTORES DETERMINANTES Y DINÁMICOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE LA SATISFACCIÓN**

E. Olaetxea Urizar, F. Serna Rodríguez,
C. Beitia Fernández 178

M16.07**FORMACIÓN: UN CAMINO FRENTE AL SÍNDROME DE BURNOUT**

V. M. Ros García, L. Albaladejo Pérez, A. D. R. Sáez Soto, A. Valera Gil De Pareja, J. M. Bernal Romero, J. Martínez López 178

M16.08**HORARIO DE TRABAJO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL**

M. M. González Puente, R. López Maza, E. Díaz Sampedro, P. Muñoz Cacho 179

M16.09

IDENTIFICACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA EL RECONOCIMIENTO EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Ruiz Álvarez, R. M. Valverde Citores, M. L. Berruete Cilveti, J. Belver Villar, M. A. Arrondo Beguiristain, A. Colina Alonso.....179

M17: Continuidad asistencial 2

Auditorio Sala 8.

M17.01

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE FARMACÉUTICOS DE ENLACE: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A FACULTATIVOS

M. Izuel Rami, I. Villar Fernández, A. C. Bandrés Liso, J. J. Beloqui Lizaso, P. Casajus Lagranja, R. Abad Sazatornil 179

M17.02

FACILITANDO EL PROCESO ASISTENCIAL: DEL REGISTRO EN PROTOCOLOS AL TRABAJO POR PLANES PERSONALES

M. De Bustos Guadaño, M. A. Rodríguez Palomino, J. Castellano Alarcón 180

M17.03

IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN ADULTOS

C. Aguilera Martín, M. V. Ribera, M. D. Planas, M. Oliveras, C. Muñoz, A. Mesas, Y. Subcomisión-Del-Dolor.....180

M17.04

INFORME DE ALTA AUTOMATIZADOS PARA PACIENTES CON TUMORES CUTÁNEOS BENIGNOS Y DERMATOSIS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragones, P. De Lora Novillo, E. María Pilar, C. Ibarzo Sánchez, J. A. Delgado 180

M17.05

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, UN LARGO CAMINO RECORRIDO, UN LARGO CAMINO POR RECORRER

M. Moreno De La Hidalga, M. Rodríguez-Rodríguez, C. Fariñas-Álvarez, A. R. Díaz-Mendi, M. Otero-Santiago, D. Acón-Royo 181

M17.06

INTEGRACIÓN DE NIVELES A TRAVÉS DE LOS PROCESOS CLAVE EN LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO: RUTAS ASISTENCIALES

A. Cañizares Ruiz, Á. Santos Gómez, J. Sanz Cortés, L. F. García Fernández 181

M17.07

LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE NUESTROS PROFESIONALES, PUNTO CRÍTICO PARA GARANTIZAR UNA ASISTENCIA CONTINUADA

A. Cuartero García, M. Esteban Tudela 181

M17.08

LA INMEDIATEZ Y LA INFORMACIÓN EFICAZ GARANTIZA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

M. C. Cortés Criado, M. I. Val Carrascón, E. Escarvajal López, M. Ortega Peinado, D. Quesada Martínez, O. Estévez Botello 182

M17.09

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LAS TICAS EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

J. González Albalade, R. P. Sánchez González, C. García Del Castillo Pérez De Madrid, A. Monzón Ferrer, L. Flores, M. A. Laguna 182

M18: Accesibilidad y equidad 2

Auditorio Sala 10.

M18.01

HISTORIA CLÍNICA MULTIMEDIA ON-LINE INTEGRANDO TELEMEDICINA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DIARIA

C. Navarro Romero, J. M. Blanch Malet, J. A. Guell Ubillos, J. Devesa Pardo, J. Calvo Figueras, E. Martínez Barreda, Mutua Universal.....182

M18.02

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO RÁPIDO PARA LA ATENCIÓN DIAGNÓSTICA A PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER DE PULMÓN

F. Rubial Bernárdez, M. R. Alende Sixto, M. Carreras Viñas, L. González Taboada, P. Molina Coll, J. Caramés Bouzán 183

M18.03

INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE PARA ACUDIR A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Molina Olivas, E. Bartolomé Benito, M. J. Polo Herrador, A. Mediavilla Hernández, C. Merino Gómez-Serranillos, A. Gracia Cenamor.....183

M18.04

LA CITA PREVIA ON-LINE: IMPULSO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DEL USUARIO

P. Fluriache García-Caro, A. C. Marín Guerrero, L. Ruiz López, M. A. Lara Villanueva.....183

M18.05

LA COMPLEJIDAD Y EL PRAGMATISMO EN COOPERACIÓN SANITARIA

J. Pardo Berdún, G. Bernabeu Lorenzo 184

M18.06

LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS, ¿CONDICIONA LA MORTALIDAD EN MUJERES DIABÉTICAS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

E. Castilla Cabanes, I. Lacambra Blasco, C. Fernandez Del Prado, J. Gimeno Garza, M. P. Portero Pérez, A. Del Río Ligorit.....184

M18.07

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD: INTERVENCIÓN EN UN E.A.P. R.

Luquín Martínez, A. Cánovas Inglés, A. Barragán Pérez, A. Muñoz Ureña, M. A. Moreno Valero, J. F. Martínez García 184

M18.08

NUEVAS FÓRMULAS PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y EFICIENCIA DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA (UGC-MI). CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

A. Leal Luna, R. Pérez Temprano, E. Salamanca Rivera, R. Pérez Cano.....185

M18.09

RACIONALIZACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

D. Rodríguez Morales, L. Sánchez Perruca, J. M. Mena Mateo, J. Cardenas Valladolid, A. Cañada Dorado, M. C. García Cubero 185

M19: Organización y gestión. Gestión por procesos 3

Hotel Romareda. Salón Inglés.

M19.01

EL PROCESO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. HERRAMIENTA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE PRL (NIVEL CORPORATIVO Y DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS)

F. Serna Rodríguez, P. Saiz Gonzalez, A. Errazquin Ugarte, C. Fernández Tellez 185

M19.02**EL TRANSPORTE SANITARIO: HERRAMINETA CLAVE EN EL PROCESO ASISTENCIAL**

C. González Plaza, A. González, R. Gutierrez, J. L. Piqué, C. del Amo.....186

M19.03**ELABORACIÓN DEL PROCESO "GESTIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO A INICIATIVAS DE CALIDAD EN SALUD"**

A. Calvo Pardo, F. Grimal Aliacar, J. Rodríguez García, C. Tosat Mancho, D. Ara Launa.....186

M19.04**ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA 2008-2010: DESDE EL CAMBIO AL DESARROLLO**

T. Rodríguez Cano, J. Fernández Sanz, L. Calahorra Fernández, M. Armenteros Lechuga, E. Lagos Pantoja.....186

M19.05**ES LA ANALGESIA ADECUADA EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS.**

M. J. Preciado Barahona, M. J. Araistegui Arana, A. Hermosa Torrado, J. Larrañaga Aramburu, C. Marcellan Narros, M. Romeu Antelo.....187

M19.06**ES POSIBLE REDUCIR LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

P. Busca Ostolaza, C. Gomez Calatrava, A. Aguillo Garcia, C. Oria Ponce I. Ventura Huarte, I. Huarte Sanz.....187

M19.07**ESTUDIO DE INGRESOS EVITABLES MEDIANTE APLICACION DEL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL EN NUESTRO HOSPITAL**

H. Vallverdu Cartie, P. Rebasa Cladera, X. Figueras, C. Ferriz, J. Urgelles, R. Ramon.....187

M19.08**ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO DE LA ADECUACION DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS CON LA APLICACION DEL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL**

H. Vallverdu Cartie, P. Rebasa Cladera, X. Figueras, C. Ferriz, J. Urgelles, R. Ramon.....187

M19.09**GESTIÓN CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA. PROYECTO DE DESARROLLO Y MEJORA**

A. Leal Luna, M. Del Nozal Nalda, M. Á. Colmenero Camacho, R. Pérez Cano.....188

M20: Organización y gestión. Gestión por procesos 4 Hotel Romareda. Sala C.**M20.01****GESTIÓN DE LA RECOGIDA DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS POR LOS CENTROS ASISTENCIALES**

L. Armada Gomez, A. Troyano Del Barco, E. Cervera López, F. J. Devesa Pardo.....188

M20.02**GESTION DE OBJETIVOS EN EL HOSPITAL PLATÓN**

T. Alonso Carrasco, L. López, O. Barbancho, A. Jover, N. Llaberia, J. Pujol, P. Sols.....189

M20.03**GESTIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS FUERA DE LA RED SANITARIA CONCERTADA Y RESCATE HACIA HOSPITALES PROPIOS O CONCERTADOS EN UNA MATEPSS**

R. Guasch Badell, J.M. Blanch, E. Cuerda, J.A. Güell, L. Sol, X. Vidal.....189

M20.04**"GESTIÓN DE RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS": EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA GESTIÓN DE PROCESOS**

M. P. Vitores Picón, T. Sanz Cuesta, M. A. Vilches Martínez, B. Sancho Madrid, E. Barragán Sánchez.....189

M20.05**GESTIÓN DEL CAMBIO: IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA EN UN SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS**

M. J. Fernández Campos, J. Martínez Gómez, N. Rodríguez Rodil, V. Sánchez-Brunete Ingelmo, E. Vegas Gómez, P. Martínez Tenorio.....189

M20.06**GESTIÓN DEL CANCER CUTÁNEO EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD**

S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragones, M. P. Blazquez Giron, A. Bes Franco, C. Cebrián García, J. A. Moreno Villanueva.....190

M20.07**GESTIÓN DEL PRE-CANCER CUTÁNEO EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD**

S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragones, M. Navarro Lucía, M. P. Elena, A. Gómez Peligros, J. L. Gascón Brumos.....190

M20.08**GESTIÓN DEL PROCESO "GESTIONAR CITA" EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

J. Candelario, A. Arranz Martínez, M. J. García, S. Lozano, M. A. Roldán, J. A. Motos.....190

M20.09**GESTIÓN DEL PROCESO "PRESTAR ASISTENCIA" EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

P. Morso, P. Martínez, F. J. Martínez Sanz, S. Moreno, R. Baldominos, R. Cinza.....191

M21: Cuidados del paciente**Sala Mozart.****M21.01****¿CÓMO DISMINUIR EL DOLOR DE UN RECIÉN NACIDO (RN) EN CUIDADOS CRÍTICOS?**

C. Aguirregomozcorta, M. Baselga, E. Sotillos, J. Encinas, I. Garralaga, P. Soriano.....191

M21.02**¿DETECTA LA ESCALA ZARIT LA SOBRECARGA EN NUESTROS CUIDADORES?**

A. Abad Ruiz, C. Palacín Ariño, E. Ubis Díez, A. C. Sanjoaquin Romero.....191

M21.03**¿ES LA VISITA PREQUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA ADECUADA PARA PLANIFICAR CUIDADOS PERIOPERATORIOS Y MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA?**

E. Rosés Monfort, M. V. Gumiel García, E. Altarribas Bolsa, A. Vecino Soler, M. J. Rueda García, M. V. Pérez Torralba.....192

M21.04**CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE UPP EN UN HOSPITAL COMARCAL**

M. D. Saura Pizarro, M. Muñoz Sánchez, M. Gómez Albaladejo, M. J. Lozano Ballester, G. Sánchez-Ferragut Rojas, N. Escudero López.....192

M21.05 COSTE DE LOS FÁRMACOS DEL ÁMBITO CARDIOVASCULAR: CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE UN CENTRO DE SALUD <i>M. Fonseca, E. Timoner, G. Fleitas, M. Caldentey, C. Picornell, G. Tamborero 192</i> M21.06 DESARROLLO DE UN CICLO DE MEJORA: LA ATENCIÓN AL INMIGRANTE MENOR DE EDAD <i>C. Pueyo Salavera, T. Pemán Muñoz, M. P. Martínez Escribano, R. Escribano Ros, A. Báguena García, S. Iglesia Ara.....193</i> M21.07 EL SOPORTE INFORMÁTICO COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN ASISTENCIAL. LAS GUÍAS CLÍNICAS <i>F. Murcia Nicolás, S. Rodríguez Pérez.....193</i> M21.08 ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA RECEPCIÓN Y ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET <i>L. Chueca, S. Sanclemente, B. Egido, D. Esteban, B. Fraj, E.M. Oliver.....193</i> M21.09 ENSEÑANDO AL PACIENTE <i>A. Colina Alonso, M. B. Arejolaleiba Aguirrezabal, M. C. López De Munain Ormazabal, I. Irurzun Larrañaga, M. Zurutuza Orthous, F. Jauregui Celaya.....194</i> M22: Seguridad del paciente 6 Sala Luis Galve. M22.01 IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN Y TRAZABILIDAD DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO <i>J. M. Celorrio Pascual, M. P. Medina Cerezal, G. Soro Alcubierre, A. Modrego González, M. L. Valles Gracia, R. Lacruz Arguedas.....194</i> M22.02 IMPLANTAR UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA <i>M. D. C. García Cubero, J. M. Mena Mateo, D. Rodríguez Morales, A. Cañada Dorado 194</i> M22.03 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN: UN RETO ESTRATÉGICO <i>K. Ibarra Hernández 195</i> M22.04 INCIDENCIA DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS <i>S. Murciano Sancho, N. Mimó, R. Cot, C. Roper, A. Castelló, G. Collell.....195</i> M22.05 INTEGRACIÓN DE RESULTADOS ANALÍTICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA: PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO Y DE CONTROL DE LOS RIESGOS <i>Y. Díaz López, J. C. Estevez Muñoz, D. Malillos Pérez, M. A. Cuadrado Cenxual, C. Gómez Pesquera, S. López Palacios.....195</i> M22.06 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA: OPTIMIZACIÓN Y EVITACIÓN DE RIESGOS <i>Á. Palacios Pérez, L. Carbonell, A. M. San Román, P. Hidalgo, M. L. Mingueta, S. De Miguel 196</i>	M22.07 LA FOTOGRAFÍA DIGITAL COMO SISTEMA ALTERNATIVO EN LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE DEU DE BARCELONA. <i>G. Puche Rubio, M. Jabalera, M. J. Planas, O. Nadal 196</i> M22.08 LA INFLUENCIA DE LOS EQUIPOS QUIRÚRGICOS EN COMPLICACIONES PERI-OPERATORIAS: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL BASADO EN METODOLOGÍA OTAS <i>C. Emparan García De Salazar, P. Soriano Gil-Albarellos 196</i> M22.09 LA INFORMATIZACIÓN AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD CLÍNICA <i>V. Alija López, R. Revuelta Arroyo, C. A. Pérez Palomares, I. Portilla Calva, G. Rodríguez Gutiérrez, M. J. Boo Puente.....197</i> M23: Seguridad del paciente 7 Sala Mariano Gracia. M23.01 MEJORA DE LA SEGTURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: AMFE EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS <i>A. Larrazabal Bilbao 197</i> M23.02 MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN PEDIATRÍA REALIZADA POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA DURANTE LA ATENCIÓN CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL <i>M. P. Lalana Josa, B. Laclaustra Mendizábal, C. Carcas De Benavides, M. J. Lallana Alvarez, M. B. Pina Gadea, D. Serrano Périz 197</i> M23.03 NOTIFICACIÓN DE ERRORES EN QUIRÓFANO:PRUEBA PILOTO <i>H. Vallverdu Cartie, P. Rebasa Cladera, J. L. López Negre, J. Comajuncosas, P. Gris, J. Urgelles Bosch 198</i> M23.04 NUESTROS PACIENTES ESTÁN IDENTIFICADOS, ¿HEMOS MEJORADO SU SEGURIDAD? <i>C. Fariñas-Álvarez, M. Moreno De La Hidalga, M. Rodríguez-Rodríguez, E. Díaz-Sampedro, M. Otero-Santiago, A. R. Díaz-Mendi 198</i> M23.05 PERCEPCIÓN DE ERRORES CLÍNICOS POR LOS PACIENTES <i>J. J. Mira Solves, M. Ziadi Trives, S. Lorenzo Martínez, J. Vítaller Burillo, L. Ortiz Henarejos, V. Pérez Jover 198</i> M23.06 PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO <i>M. D. Martín Rodríguez, M. V. Barreiro Díaz, B. García Gutiérrez, M. L. Goday Berini, M. Fernández López, M. S. Cegarra García.....199</i> M23.07 PILATOS Y SEMMELWEISS: DOS FORMAS DE LAVARSE LAS MANOS <i>C. Aibar Remón, R. Mareca Doñate, M. J. Zamora Rodríguez, E. Clemente Roldán, V. García Cebrián, M. Félix Martín.....199</i> M23.08 PREVENCIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN <i>A. Mataix Sanjuan, B. Medina Bustillo, S. Pardo López-Fando, T. Sanz Cuesta, I. Del Cura González, J. L. Arejula Torres.....199</i>

M23.09**PRIORIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRIAJE AVANZADO A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS Y SU PONDERACIÓN POR SU NIVEL DE URGENCIA**

R. Marrón Tundidor, S. Baquedano García, A. Urtubia Palacios, C. Ascaso Martorell, A. D. Antón Basado, S. Gracia Buesa 200

M24: Voz del paciente 3**Auditorio Sala 11.****M24.01****EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

F. J. García Sánchez, M. Checa, S. Lorenzo, M. Rodríguez Muñoz, J. Ortigueira, J. González-Álvarez 200

M24.02**EXPECTATIVAS DE INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA (ECVA)**

L. Garate Echenique, B. Garitano Telleria, M. González De San Pedro Saenz De Urturi, R. González Gómez, M. M. Alonso Vallejo, T. Viniegra Ros, V. García Centeno 200

M24.03**GRADO DE SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO EN UNA CONSULTA DE RECEPCIÓN ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES**

J. Sánchez Rus, E. Vidal Esteve, J. Amigo Fernández, A. I. González Bravo, C. Vives Maffiotte, M. Gens Barberà 201

M24.04**HA CAMBIADO LA OPINIÓN DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA TRAS LA IMPLANTACION DE LAS MEJORAS PROPUESTAS?**

H. Aguado, I. Cerdá, M. Cruells, F. Cerdón, C. Murillo 201

M24.05**IMPLANTACIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA AL PACIENTE Y FAMILIA EN EL HOSPITAL DE GUADARRAMA (MADRID)**

M. J. Palacios Cristobal 201

M24.06**LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y SUS FACTORES DETERMINANTES EN UN HOSPITAL**

M. L. Checa, S. Lorenzo, J. García Sánchez, J. Ortigueira, M. Rodríguez Muñoz, J. González-Alvarez 202

M24.07**MAS VALE PREVENIR QUE CURAR ¿CONOCEN LAS ARAGONESAS LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?**

M. V. Fustero Fernández, A. Lukic, M. Bárcena Caamaño, I. Calvo Cebollero, M. D. Ariño Martín, J. M. Millaruelo Trillo 202

M24.08**MEJORAS EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ A PARTIR DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE 2007**

G. Rivas Costa, MC. Delgado Sanz, M. Santaolaya Cesteros, MT. Saez Carral, M. Cerpa Calderón, J. García Caballero 202

M24.09**NUEVO MODELO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE POLITICA SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DE PUERTOLLANO**

C. Fernández Carretero, J. M. Bleda García, Á. Santos Gómez, M. T. Sánchez Pérez 203

M25: Seguridad del paciente 8**Auditorio Sala 7.****M25.01****LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA**

P. Massó, J. M. Aranz, J. J. Mira, J. Vitaller 203

M25.02**LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS: INDICADOR PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

C. Fernández Redondo, N. Illana Rodríguez, A. M. Ortega González, M. Funes Hernandez, A. García Pérez, P. Ferrer Bas 203

M25.03**LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EMPIEZA AQUÍ: CUMPLIMIENTO DE LA LOPD**

P. Fernández Rodríguez, F. Lobo Santa María, A. Moreno García, V. Asenjo Gómez, C. Girabent Careta, J. Herrero Manso 204

M25.04**LA TASA DE ENFERMEDAD TROMBO-EMBÓLICA VENOSA (TVP) ¿ES UN BUEN INDICADOR DE SEGURIDAD DE PACIENTES?**

I. Rodrigo Rincón, Y. Montes García, A. Arrazola Aranzadi, E. Bernal-Delgado, J. Beltrán Peribañez, S. Teresa, A. Díaz Martínez 204

M25.05**LAS DECLARACIONES DE EFECTOS ADVERSOS UN PRIMER PASO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Y. Sabate Aguila, I. Navarro Masegosa, G. Sambola Figueras, M. Brioso Florencio, C. Cavalle Ferre 204

M25.06**LOS ENFERMEROS COMO HERRAMIENTAS EN LA MEJORA DE LA CALIDAD**

M. Ortega Peinado, I. Val Carrascon, Á. Morilla Bernal, C. Cortés Criado, M. A. Blanco Galán, J. M. Montis Pelegay 205

M25.07**LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA (SADME) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO**

L. Velasco Rocas, G. García Riestra, E. Vázquez, F. Menéndez Fernández, A. Franco Vidal, A. Álvarez 205

M25.08**LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN EL ESTUDIO DE EFECTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA. PROYECTO SIVCEA**

J. Gómez, V. Agulló, J. Aranz, J. Requena, J. Miralles 206

M25.09**MAPA DE RIESGOS DEL PACIENTE ATENDIDO EN URGENCIAS GENERALES SEGÚN AMFE**

D. López García, A. Hernando Uzkudun, N. Mauleon Echeverria, S. Unanue Rodríguez, D. Arranz Izquierdo, J. Aviles Amat 206

M26: Voz de los profesionales 3**Auditorio Sala 6.****M26.01****IMPACTO DE LA GESTIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO EN EL CLIMA LABORAL DEL HOSPITAL LA FUENFRÍ**

L. Pascual Bastida, M. Garrido, P. Muñoz, MP. González, R. López 206

M26.02**IMPACTO DE LA REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y LA IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS EN LA MEJORA DE LA EFICIENCIA DE UNA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE GESTIÓN DE TARJETA SANITARIA**

M. Marquez Campos, Y. Domingo Blanco, R. M. I. Martínez Ortega, S. Contreras Lorencio, J. Castellano Alarcón 207

M26.03 LA CALIDAD Y EL GASTO DE LA PRESCRIPCIÓN, ¿ESTÁ RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO DEL COSTE DE LOS FÁRMACOS DEL ÁMBITO CARDIOVASCULAR? <i>E. Timoner, M. Fonseca, G. A. Fleitas, M. Caldentey, G. Tamborero, C. Picornell</i>.....207 M26.04 LAS RELACIONES ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES: OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN <i>R. Escriche Ros, A. B. Morata Crespo</i>.....207 M26.05 PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL HOSPITAL LOS ARCOS <i>M. Muñoz Sánchez, M. D. Saura Pizarro, N. Sevillano González, L. Ferrer García, E. Cervantes Uran, M. J. García Pina</i>.....207 M26.06 PLAN DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN Y ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA VISIÓN INTEGRAL <i>S. Lospítalo Gómez, A. M. Medina Reina, M. D. C. Holguín Fernández, M. Gutiérrez Pozuelo, M. D. M. García Gálvez</i>.....208 M26.07 PLAN INDIVIDUAL DEL LÍDER (PIL) <i>I. Gallego Camiña, S. Rabanal Retolaza, A. De Allende Achalandabaso, U. Aguirre Larrakoetxea, R. Villa Valle, K. Solozabal Orbeagozo</i>.....208 M26.08 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE INCIDENTES VIOLENTOS EN LOS EAP DEL ÁREA 1 DE MADRID <i>J. Cecilia Navazo, M. L. Tello García</i>.....208 M26.09 PROYECTO PARA LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTERES DE BIOSEGURIDAD EN EL HOSPITAL DOS DE MAIG DE BARCELONA <i>M. Pi Guerrero, C. Barcelo Suarez, C. Padilla Llamas, S. Oleaga, J. Esteve Ferran, B. Vila Balcells</i>.....209 M27: Continuidad asistencial 3 Auditorio Sala 8. M27.01 MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS INGRESOS PROCESOS DE SALUD CRÓNICOS <i>M. P. Espelt Aluja</i>.....209 M27.02 MEJORA DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN A LA DIETA Y SU CONTENIDO EN SODIO. COMO HACER MÁS APETITOSOS LOS PLATOS COCINADOS SIN SAL <i>G. M. Martín Gracia, A. González Pérez, A. Checa Villa, F. Otal Arbizu, M. A. Herrero Gil, J. Pérez Pérez, C. Laborda Ezquerro</i>.....210 M27.03 OPTIMIZANDO EL USO DEL MEDICAMENTO AL ALTA HOSPITALARIA: DISPENSACIÓN COMPARATIVA DE TRATAMIENTOS FINITOS EN MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA <i>I. Villar Fernández, M. Izuel Ramí, S. Bello Dronda, J. M. Aguirre Errasti, M. T. Villa Gazulla, M. Á. Gotor Lázaro</i>.....210 M27.04 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO (PDPTto), DIRIGIDO A PACIENTES CON TMG QUE ESTÉN EN UN PROCESO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL <i>M. E. Samaniego Díaz De Corcuera</i>.....210	M27.05 PROTOCOLO DE ACOGIDA A LA UCI-CRT DEL H.U.M.S. <i>M. I. Cano Mateo, M. J. Barrado Narviñ, M. C. Flecha Merino, D. González De La Cuesta, T. Ibañez Puncel, P. Mainer Sanmartín</i>.....211 M27.06 PROTOCOLOS CONSENSUADOS. HERRAMIENTA DE GARANTÍA PARA UNA ATENCIÓN CONTINUADA Y SEGURA <i>A. M. Mora Banderas, B. P. Pérez Pomares, J. C. Toribio Montero, F. Ruy Díaz Cobos, M. L. Mancha Parrilla, B. De Prada Otermin</i>.....211 M27.07 PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: MEJORAR LA INFORMACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III <i>M. C. Esquivias Jaramillo, M. Á. Martín Burriel, M. González García, J. Lombardo Murillo, T. Martínez Gallego, J. Pueyo Usón</i>.....211 M27.08 PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA UROLÓGICA DE ALTA RESOLUCIÓN <i>J. A. Pérez Arbej, J. Subirá Ríos, M. Martín Montañés, J. Valle Gerhold, B. Blasco Beltrán, M. T. Bernal Laborda</i>.....212 M27.09 REGISTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN <i>M. J. Amorín Calzada, M. L. Lou Alcaine, C. Laguna Berna, J. M. Abad Díez</i>.....212 M28: Acreditación y normalización 1 Auditorio Sala 10. M28.01 ¿ES POSIBLE IMPLANTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA TODOS LOS LABORATORIOS CLÍNICOS DE UN SERVICIO AUTONÓMICO DE SALUD? <i>J. C. García-Aísa, J. I. Barrasa Villar, F. Tejada Barrigón</i>.....213 M28.02 ¿PRODUCE ALGÚN BENEFICIO LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000? <i>P. Jiménez Aleixandre, P. Menchén Fernández-Pacheco, C. González Asanza, P. Daza De Toro, C. Ruiz Martínez, T. Rey Velasco</i>.....213 M28.03 ACREDITACIÓN HOSPITALARIA: FACTORES CLAVE DE ÉXITO <i>M. Ballester Roca, C. Biosca Adzet, J. Tor Aguilera, R. Castellsagué Montañés</i>.....213 M28.04 APLICACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE CATALUÑA EN EL HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA <i>J. Grau Cano, A. Prat Marín, M. Santiñà Vila, M. Sallés Creus, A. Trilla García</i>.....214 M28.05 BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA CON COLORANTE Y TÉCNICAS ONCOPLÁSTICAS EN EL CÁNCER DE MAMA. ACREDITACIÓN Y RESULTADOS CLÍNICOS <i>J. A. Carrasquer Sesé, R. Oncins Torres, M. Matute Najarro, A. Bitrián del Cacho, M. A. Aragón Sanz, P. Gambo Grasa</i>.....214 M28.06 BUSCANDO LA SATISFACCIÓN A TRAVÉS DE LA CERTIFICACIÓN <i>P. Aguado Manzanares, M. Lázaro Melgar, E. Velasco Valverde</i>.....214

M28.07**CALIDAD DE LA DOCENCIA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: EVALUACIÓN DE LOS ROTANTES**

A. A. Mateos Rodríguez, P. Huertas Alcazar, J. Mallo Pérez, M. D. M. Sánchez Martín, G. Mora Navarro.....215

M28.08**COMPARTIENDO CONOCIMIENTO ORGANIZACIONAL: AUDITORÍA INTERNA DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DEL SALUD**

J. I. Barrasa Villar, J. C. García Aísa, E. Altarribas Bolsa, J. M. Turón Alcaine, F. Berisa Losantos, M. J. Hernández Navarrete, J. Moliner Laho.....215

M28.09**DE 25 "ISOS" a 1 "ISO". ¿ES UN RETO?**

J. Darpon Sierra, I. Urrutia Johansson, K. Ibarra Hernández, N. Guerra Zaldua, M. Onandia Ocerin, K. Mezhorta Echaurren.....215

M29:Organización y gestión. Gestión por procesos 5**Hotel Romareda. Salón Ingles.****M29.01****GESTION POR PROCESOS DE LA LAVANDERÍA EN EL HOSPITAL: GARANTÍA DEL CONFORT EN LA ROPA HOSPITALARIA DESTINADA A PACIENTES Y TRABAJADORES.**

M. J. Galiana Rodríguez, L. Peralta Viguera, S. Izquierdo Álvarez 216

M29.02**GUÍA METODOLÓGICA (GM) PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS BASADOS EN LA EVIDENCIA**

M. P. Tabuenca Espada, P. Comet Cortés, M. J. Vicente Edo, E. Para El Grupo De Enfermería Basada En La Evidencia De Aragón.....216

M29.03**HOSPITAL DOS DE MAIG: PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE PRESENTAN RECLAMACIONES O SUGERENCIAS**

T. Ros Martrat, S. Juncosa, C. Bayo, A. Benet, A. Pons 216

M29.04**IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, POR PARTE DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES EN EL GRADO DE CONTROL DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS: PROPUESTAS DE MEJORA**

L. Rios Valles, A. Ibiricu Barro, O. Doblado López, F. Margalef Pallares, T. Bordell Sierra.....217

M29.05**IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES**

J. A. Ramírez Moreno.....217

M29.06**IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES EN EL ÁREA 1 DE ATENCIÓN PRIMARIA**

A. M. Rodríguez De Lucas, T. Hernández De Las Heras, J. L. Martín Maldonado, M. García Sánchez-Gabriel, A. Herrador Rodríguez, A. Ortiz Martín.....217

M29.07**IMPLANTACIÓN DE UNA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS EXTRAHOSPITALARIAS**

P. González Prieto, M. D. Martín Rodríguez, X. M. López Álvarez, C. D. V. Favia Alzola, R. Codesido Miras, M. Penas Penas.....218

M29.08**INDICADORES DE CALIDAD EN URGENCIAS A PARTIR DE LA GESTIÓN POR PROCESOS**

C. Migueles Guerrero, P. Del Pozo Herranz, T. Sebastián Viana, D. González Bravo.....218

M29.09**INDICADORES DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS: SELECCIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE LOS BÁSICOS**

P. Busca Ostolaza, J.R. Aginaga Badiola, M.Cancio Fanlo, I. Gurrutxaga Arriola, M.J. Preciado Barahona, A. Aranzabal Conde 218

M30:Organización y gestión. Gestión por procesos 6**Hotel Romareda. Sala C.****M30.01****INNOVANDO EN LA GESTION POR PROCESOS**

I. Gallego Camiña, S. Rabanal Retolaza, A. Chueca Ajuria, R. Villa Valle, K. Solozabal Orbegozo, J. Guajardo Remacha.....219

M30.02**INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE UN HOSPITAL**

I. M. Galán Meléndez, C. J. Tahoces Bastida, J. A. Ortigueira Espinosa, J. M. González Álvarez.....219

M30.03**INVIERTIENDO EN CUIDADOS, OBTENEMOS RESULTADOS**

C. López Sáenz, V. Almajano Navarro, N. López Ibor, M. V. Gumiel García, E. Altarribas Bolsa, A. Vecino Soler.....219

M30.04**LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001**

L. Arranz Arana, R. M. Valverde Citores, A. Colina Alonso, M. Palacios López, A. Pérez Sáez, E. Zuazo Zamalloa, Hospital de Zumarraga 220

M30.05**LA ENFERMERIA COMO GARANTIA DE CALIDAD EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL LOS RECURSOS DESDE EL ÁREA DE CLASIFICACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS**

R. Marrón Tundidor, C. Serrano Del Rio, L. Grima Campos, M. Á. Cortés Gracia, C. Sánchez Ferrer, H. Sanmartín Allue 220

M30.06**LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA**

M. I. Cano Del Pozo, E. Domínguez Plo 220

M30.07**LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORA EFQM EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

A. Pardo Hernández, C. Navarro, J. Moron, A. Alguacil, J. Ferrandiz, E. Juarez 221

M30.08**LÍDERES ENFERMEROS: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTA PARA MEJORAR LA MOTIVACIÓN**

M. N. López Ibor, G. Bara Machín, M. J. García De Luxan.....221

M30.09**LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

M. S. Parrado Cuesta.....221

M31:Organización y gestión. Gestión por procesos 7**Hotel Romareda. Sala Aragón.****M31.01****MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE HEPATOLOGÍA INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ**

M. Cerpa Calderón, C. Díaz Fernández, G. Rivas Costa, L. Hierro Llanillo, P. Jara Vega, J. García Caballero 222

M31.02
MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
*M. Santaolaya Cesteros, M. J. Pascau González-Garzón, R. Rodríguez De La Torre, M. A. Iglesias Diz, J. García Caballero.....*222

M31.03
MEJORA DE CALIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE FÁRMACOS CITOTÓXICOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLES” DE ZARAGOZA
*O. Frisas, B. Acha, L. Santamaría, E. Zueco, A. Laguía, M. Félix.....*222

M31.05
MEJORA DE LA ESTRUCTURA Y REGISTRO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INTOLERANCIA A HIDRATOS DE CARBONO
*C. Chaverri Alaman, J. Bailac Costa, J. Gutiérrez Martínez, L. Altemir Campo, M. Allue Ciudad, F. Valdivia Barrales, C. Lueza Lampurlanes.....*223

M31.06
MEJORA DEL PROCESO “GESTIONAR ACCESO” EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
*M. A. Miguel Abanto, M. T. Sanz Bayona, A. López Muiños, A. Rabanal Basolo, J. Izquierdo Mayordomo, M. A. López Cabellos.....*223

M31.07
MEJORA EN LA GESTIÓN DE PROCESOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN
*B. Fernández González, M. T. Prada Rocas, M. E. Fuente Álvarez, M. Tristan Fidalgo, G. García Zapico, A. Pérez Arias.....*224

M31.08
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL: EFECTIVIDAD DE UNA VÍA CLÍNICA EN UN PROCESO MÉDICO, LA EPOC AGUDIZADA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA
*J. M. Sánchez Nieto, A. Carrillo Alcaraz, P. J. Menchón Martínez, L. Paz Ramírez, A. Caballero Mesa, P. García Torres.....*224

M31.09
METODOLOGÍA PARA LA REVISIÓN DE LOS INDICADORES BÁSICOS DE CALIDAD EN EL GRUPO CAPIO SANIDAD
*M. Blanco Rodríguez, L. Alfaro Cadenas, E. Gómez Felipe, E. Badía Perich, M. D. Burguño Jerez.....*224

M32: Responsabilidad social corporativa
Sala Mozart.

M32.01
¿CÓMO ESCUCHAMOS LO QUE LA SOCIEDAD ESPERA DEL HOSPITAL?
*P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, M. Ferreras Valiente, M. Á. Moreno De La Hídalga, C. Fariñas Álvarez, D. Acón Royo.....*225

M32.02
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PLANIFICACIÓN DE ACTUACIONES TRAS LA EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES
*A. Miquel Gómez, I. Cornejo García, P. Ortiz Ros, P. Jiménez García, A. B. Martín Mendiola, M. Moreno Alarcón.....*225

M32.03
CELEBRACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE EN EL HOSPITAL GALDAKAO- USANSOLO
*K. Solozabal Orbegoza, E. Gómez Inhiesto, I. Gallego Camiña, A. Chueca Ajuria, R. Villa Valle, S. Rabanal Retolaza.....*225

M32.04
COMO INCORPORAR LA VOZ DEL CLIENTE A LA GESTIÓN DEL HOSPITAL
*R. Gotsens Vila, R. Julià Masip, E. Dorca Badia.....*226

M32.05
COMUNICACIÓN DE CRISIS ANTE EL BROTE DE UNA PATOLOGÍA NUEVA EN UN CENTRO DE TRABAJO
*M. Pérez-Quintanilla, J. M. Molina Aragonés.....*226

M32.06
EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL EN RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA NORMA SA 8000: 2001
*C. Villarroya Font, M.A. Villarroya Font.....*226

M32.07
IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS EN EL HOSPITAL PLATÓ
*J. López Carrascosa, C. Montilla Rivas, L. López Coronas, J. Martínez Arberola, A. Pérez Díaz, C. Ramírez Gonzalez.....*227

M32.08
INICIATIVAS DE SOLIDARIDAD Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL DESDE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
*J. Marta Moreno, J. Pardo, T. Ventura, A. Sese, C. Barba.....*227

M32.09
JORNADAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE
*P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, M. Gutiérrez Torre, J. C. Garrido Gómez, M. Á. García González, A. Escajadillo Canales.....*227

M32.10
MODELO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS
*I. Cornejo García, J. Mayol Canas.....*228

M32.11
PLAN DE ACCIÓN EN MATERIA DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y VOLUNTARIADO SOCIAL
*P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, M. Á. García González, C. Pereda Andonegui, J. J. Hermosa Villanueva, D. Acón Royo.....*228

M32.12
PUERTAS ABIERTAS: VEN QUE TE CUENTO
*P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, M. Gutiérrez Torre, R. Revuelta Arroyo, P. Garrido Ballesteros, C. TALEGÓN PINILLA.....*228

M33: Resultados en salud 2
Sala Luis Galve.

M33.01
IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UN INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
*M. I. Llull Ferretjans, Y. Cáceres Tejeiro, M. Caldentey Tous.....*229

M33.02
IMPLANTANDO EL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD DE UN SECTOR SANITARIO
*M. T. Villa Gazulla, A. Sesé, J. Marta, J. R. García Mata, M. Vela.....*229

M33.03
LAS “AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS” (ACSC) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN 5 ZBS
*L. Colomés, R. M. Tomás Cedó, L. Balaña, J. Galbany, L. Rios, D. Pedrico.....*229

M33.04
MAPA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN DE MURCIA
*C. Arellano Morata, R. Gomis Cebrian, P. Parra Hidalgo, T. Fernández Aparicio, M. Alcaraz Quiñonero, R. García De León González.....*230

M33.05**MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA DE LA RESIDENCIA “MONREAL” DE LA TERCERA EDAD EN MONREAL DEL CAMPO, TERUEL**

E. Carod Benedito, T. Lainez Lorente, C. Gómez Cadenas, M. J. Julve Sebastián, M. Montolio Gracia, E. M. Beltrán Escura 230

M33.06**MEJORA DEL CONTROL DE HIPERTENSOS: EL PAPEL DE LA ENFERMERA**

E. Morales Suárez, A. Collado Cucò, O. Doblado López, M. Ocete Manero, E. Enri Fernández, T. Espejo Vidal.....230

M33.07**MEJORA EN SALUD DE LOS DIABÉTICOS, MEDIANTE SU CONTROL METABÓLICO Y OPTIMIZACIÓN DE LA HbA1c, EN CENTRO DE SALUD DE BERDÚN, HUESCA**

A. C. Gimenez Baratech, A. Arnal Barrio, S. Salinas Gargía 231

M33.08**OXÍGENO DOMICILIARIO: CALIDAD ASISTENCIAL DE LA INDICACIÓN INICIAL**

R. Bernabeu Mora, J. M. Sánchez Nieto, P. García Torres, A. Carrillo Alcaraz, R. Andújar Espinosa.....231

M33.09**RESULTADOS DE CALIDAD PERCIBIDA EN UN CENTRO DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SESCAM**

C. Moreno-Chocano Gutiérrez, T. Noblejas Negrillo, J. Ortiz Valdepeñas, R. Fernández Fanega, A. Figueras Juárez, O. Solas Gaspar.....231

M33.10**RESULTADOS DE LA MEJORA DE CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE DIABÉTICO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL TRAS OCHO AÑOS DE EVALUACIÓN CONTINUA Y ¿HASTA CUANDO?**

M. Granado González, M. V. Fustero Fernández, D. Saras Piedrafita, A. Oto Negre, M. Bárcena Caamaño, D. San Miguel Arbués.....232

M33.11**RESULTADOS EN SALUD EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA**

V. Ruiz Romero, A. Fernández Moyano, F. Baquero Garcés, C. Palmero Palmero, R. Aparicio Santos, R. Fernández Ojeda 232

M34: Seguridad del paciente 9**Sala Mariano Gracia.****M34.01****SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: GUÍA ÉTICA PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN UN “HOSPITAL SIN PAPELES”**

M. M. Ortiz Otero, F.J. Rivas Flores, R. Navalón Cebrián, Y. Gómez Ibáñez, Á. Gómez Delgado, P. Serrano Balazote.....232

M34.02**SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: PRESENTACIÓN DE ALERTAS MEDIANTE INTEROPERABILIDAD SEMÁNTICA. EL EJEMPLO DE LA ESCALA DE NORTON**

R. Navalón Cebrián, F.J. Rivas Flores, M.M. Ortiz Otero, A. Gómez Delgado, P. Serrano Balazote 233

M34.03**SEGURIDAD DE PACIENTE: INTEGRACIÓN EN LA GESTIÓN POR PROCESOS**

A. Chueca Ajuria, I. Gallego Camiña, J. Guajardo Remacha, S. Sarrionandia Azaola, K. Solozabal Orbegozo, R. Villa Valle 233

M34.04**SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USO DE FÁRMACOS CONCOMITANTES**

C. Gómez Montes, L. Alonso Carrión, M. I. Rodríguez, E. Alba Conejo, I. M. Paniagua Gómez.....233

M34.05**SEGURIDAD DEL PACIENTE: PRECAUCIONES DE CONTACTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ**

M. Cerpa Calderón, J. García Caballero, A. Varela González, A. Gil Luciano, P. Elola 234

M34.06**SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN HISTERECTOMÍAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ**

A. Díaz Redondo, M. Cerpa, A. M. Haro Martínez, Y. Rivero Montesdeoca, J. Aroca Palencia, J. García Caballero 234

M34.07**SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN CESÁREAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ**

M. Cerpa Calderón, A. Gil Luciano, J. Aroca Palencia, M. Grande Arnesto, J. Ordas Santo Tomas, J. García Caballero.....234

M34.08**SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROPUESTAS DE MEJORA PARA PREVENIR MEDIASTINITIS TRAS CIRUGÍA CARDIACA**

A. Gil Luciano, M. Cerpa Calderón, M. V. Huertas Paredero, J. García Caballero.....235

M34.09**SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA**

I. Moraza Dulanto 235

M34.10**SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE SUCESOS ADVERSOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 17. HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT “CENTRO DE ESPECIALIDADES STMA FAZ Y ATENCIÓN PRIMARIA. - SINEA”**

V. Agulló, J. Gómez, J. Aranaz, J. Miralles, J. Requena 235

M34.11**SOPORTE AL PLAN DE INVIERNO**

N. Larrañaga Garaikoetxea, A. Crespan, M. Rodríguez, A. Ezkurra, Y. Alonso, A. Ortega 236

M34.12**VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA CONOCER QUÉ DICE LA PRENSA ESCRITA SOBRE LOS ERRORES CLÍNICOS Y SU IMPACTO SOCIAL**

J. J. Mira Solves, M. Guilabert Mora, V. Ramírez Pastor, L. Ortiz Henarejos.....236

M35: Voz del paciente 4**Auditorios Sala 11.****M35.01****OPINIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: INFORMACIÓN, VISITAS Y ENTORNO DE LA UNIDAD**

L. Rios, M. B. Almáida, J. C. Pardo, M. E. Quintana, M. Iglesias, A. Carrillo 236

M35.02**OPINIÓN DE LAS GESTANTES, CON FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y SIN ELLOS, SOBRE LA ASISTENCIA A SU PRÓXIMO PARTO. ESTUDIO COMPARATIVO Y ANÁLISIS DE SU PROPIA AUTOEVALUACIÓN POSTERIOR**

M. L. Gotor Colás, S. Gotor Colás.....237

M35.03**PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DE LAS FAMILIAS Y/O REFERENTES DE PERSONAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL**

H. Aguado, A. Hernández, M. Cruells, F. Cordón, R. M. Saura.....237

M35.04
PREGUNTAS ABIERTAS EN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN SANITARIA ¿ES POSIBLE CLASIFICAR LAS RESPUESTAS?
M. A. García Orea, M. T. Ortega Maján, J. C. García Aísa.....237

M35.05
PROTOCOLO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD EN ARAS A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
A. Sans Boix, R. Carulla, A. García, N. Macià, N. Ayala 237

M35.06
SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CASD (CENTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS)
C. Guiteras Mauri, L. Orriols Galvé, F. Arrufat Nebot, J. Verdaguer Gorchs, R. Carrera Goula.....238

M35.07
SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON EL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL EN DOMICILIO
J. Aguilar Lozano.....238

M35.08
SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
B. García Cepeda, J. Carmés Bouzán, M. Carreras Viñas, M. Lale Candal, J. Pérez Vilariño, J. A. De Prado Díez.....238

M35.09
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
J. A. Fernández Conde, M. Espada, J. J. Martínez Villegas, M. J. Baro Díaz-Recio 239

M35.10
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICOS (CEP) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ 2007
M. Cerpa Calderón, A. Gil Luciano, A. Varela González, Á. Otero Puime, J. García Caballero 239

M35.11
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ
A. Varela González, M. Cerpa Calderón, A. Gil Luciano, J. García Caballero.....239

M35.12
SATISFACCIÓN EN EL PACIENTE ATENDIDO EN CONSULTAS EXTERNAS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ
A. Gil Luciano, A. Varela González, M. Cerpa Calderón, J. García Caballero.....240

M36: Innovación en gestión de calidad. Seguridad del paciente. Resultados en Salud
Auditorio Sala 7

M36.01
MICRO-AUDIT: AUDIT MÉDICO Y PLANES DE MUESTREO POR LOTES: EVALUACIÓN DEL ATAQUE ASMÁTICO EN URGENCIAS 2004-2007
A. Campos Andreu, J. Reyes, R. López Salgueiro.....240

M36.02
PACTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD EN SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS: UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA
C. Llorente Parrado, L. Calahorra Fernández, T. Rodríguez Cano, J. L. Cuadra Díaz, J. A. Rubio-Manzanares, J. Fernández Sanz 240

M36.03
TERMOMETRO DE LA INNOVACION
S. Rabanal Retolaza, I. Gallego Camiña, A. De Allende Achalandabaso, E. Gómez Inhiesto, L. Rodríguez González, S. Sarrionandia Azaola 241

M36.04
VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL
M. Remezal Solano, F. Smilg Vidal, M. Gurri Landi, M. C. Fernández Barreras.....241

M36.05
VALORACIÓN DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD EN URGENCIAS
J. A. Oliva Vicedo, M. Ibernón Zabala, S. Parejo Guasch, M. Gómez Gerboles, M. De Haro Orozco, I. Nisa Canet 241

M36.06
TRECE AÑOS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. EVALUACIÓN DE RESULTADOS
O. Isart Bosch, R. Santamaría Laín, A. Ibarzo Monreal, R. Marcos Bailón, G. Carracedo Ramos, E. Santiveri 242*

M36.07
USO DE ABREVIATURAS EN LAS PRESCRIPCIONES DE TRATAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
M. D. Del Baño Aledo, A. Carrillo, MB. Almada, AR. Tovar, A. López, M. Párraga.....242

M36.08
VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO Y AGUDO PERCIBIDO POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
M. T. Villar Arnal, G. Bara, A. López, F. Martínez 242

M36.09
TELEMEDICINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UNA PROVINCIA ESPAÑOLA: RESULTADOS METABÓLICOS Y ACEPTABILIDAD
J. Sepúlveda Muñoz, M. I. Rodríguez Idígoras, R. Sánchez-Garrido Escudero, D. Garófano Serrano, J. L. Escolar Castelló, J. L. Martínez González 243

M36.10
UN PROGRAMA QUE PROMUEVE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL TAMBIÉN TIENE QUE SER EVALUADO ¿O NO ES ASÍ?
J. C. García-Aís, A. Misiego Peral, S. Castán Ruiz, M. T. Ortega, M. A. García-Orea, J. Quintín Gracia 243

M36.11
VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS EN UNA UCI DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO
M. Chico Fernández, S. Bermejo Aznarez, C. García Fuentes, M. A. Alonso Fernández, D. Toral Vázquez, E. Alted López 243

M36.12
VÍA CLÍNICA DE LA FRACTURA DE CADERA. REPERCUSIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LOS COSTES HOSPITALARIOS Y EN LA ESTANCIA MEDIA
J. Galí López, C. Puig Rossell, A. Vila Santasuana, G. Rosell Salvado, M. Herrero Muñecas, M. Blabia Esteruelas 244

M37: Innovación en gestión de calidad 1**Auditorio Sala 6****M37.01****¿ES TAN FÁCIL INNOVAR EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS?**

R. M. Valverde Citores, A. Colina Alonso, L. Aguirre Alberdi, E. Ruiz Álvarez, F. Jauregui Celaya, J. I. Landaluze Lauzurika.....244

M37.02**¿MIDES / GESTIONAS?: EL REDER HBAS APLICADO A LOS PROCESOS (INNOVACIÓN EN GESTIÓN DE CALIDAD)**

I. Urrutia Johansson, N. Guerra Zaldua, P. Regulez Ariño, A. Ruiz Echevarria, K. Ibarra Hernández, J. Darpon Sierra.....244

M37.03**¿POR QUÉ MANTENEMOS UN PROYECTO ESTABLE DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CENTRO DE SALUD?**

A. Antoñanzas Lombarte, M. P Lacarta Vicioso, M. Crespo Mainar, P. Oliveros Gonzalvo, J. L. Cantalapiedra Obis, A. Villanova Lanuza.....245

M37.04**ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA.**

S. Salvo, R. Benito, M. Oca, M. E. Llana, P. Macipe, M. C. Rubio.....245

M37.05**APLICABILIDAD DE LOS EJES TRANSVERSALES DEL MODELO EFQM EN LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**

J. Ferrándiz Santos, S. Lorenzo Martínez, A. I. Alguacil Pau, J. Morón Merchante, C. Navarro Royo, A. Pardo Hernández 246

M37.06**AUTOEVALUACIÓN EFQM COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN GERENCIA UNICA ALTIPLANO ÁREA V DE SALUD(MURCIA)**

C. Castillo Gómez, C. González-Moro Prat, C. G. Falomir Gil, S. García Palao, J. M. Olivares Morales, E. F. Pirla Gómez.....246

M37.07**AUTOEVALUACIÓN, SEGÚN MODELO EFQM, DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL SIERRALLANA**

M. D. Acón Royo, E. García Usieto, A. M. Gutiérrez, J. A. Ortega Ferrández, S. Alonso, M. Alonso, O. Vallina.....246

M37.08**CUATROCAMINOS EN BUSCA DE LA EXCELENCIA**

E. Izarzugaza Iturrizar, L. Lekuona Sanz, M. C. Matthias Baraibar, I. Regidor Fuentes.....247

M37.09**DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN NORMA ISO 9001:2000**

G. Alcalde, P. Alcorta, M. Montejó, I. Aldazabal, L. Hernández, J. Muñoz.....247

M37.10**DISEÑO DE UN CICLO DE MEJORA: PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA**

J. Hellin Monasterio, N. Illana Rodríguez, F. B. Pilar, C. García Jiménez, R. Torrano García, J. M. Lucas Gómez 247

M37.11**DISEÑO DE UN SISTEMA DE ALERTA SANITARIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONOSTIA**

P. Busca Ostolaza, I. Dorronsoro Goikoetxea, L. González Conde, M.K Villar Eceiza, F. Aramburu Pataut, L. Arriola Larrarte 248

M37.12**DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA SANITARIA UBICADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONOSTIA**

P. Busca Ostolaza, I. Dorronsoro Goikoetxea, M.C Cantera Aracama, M. Basabe Zapirain, I. Gallastegui Ruiz de Eguino, L. Arriola Larrarte.....248

M38: Cuidados del paciente 4**Auditorios Sala 8****M38.01****EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CUIDADOS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DEL NIÑO SANO EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA**

A. Obradors Ascon, A. Vilalta Freixa, A. Carabí Brunat, R. Ballbé Casas, M. B. Sánchez Gómez, G. Duarte Climents.....248

M38.02**EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA**

J. M. Sánchez Vicente, S. Ramos Martín, M. V. Martínez Martínez, M. García Mallo, G. Duarte Climents, M. B. Sánchez Gómez.....249

M38.03**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA UPP EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA. AÑOS 2006-2007**

R. M. Salazar De La Guerra 249

M38.04**EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES MÉDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

J. Mozota Duarte, A. Vicente, E. Aldea, N. Ortega, A. García Noaín, A. Carbón Anchelegues.....249

M38.05**EXPERIENCIA CORPORATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO**

T. Ramón Esparza, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrian, C. Arellano Morata, G. Regional Evaluación Cuidados Enfermería.....250

M38.06**GRABACIÓN DE SIMULACROS EN VÍDEO: EXTRAORDINARIA HERRAMIENTA EN URGENCIAS**

J. Mozota Duarte, B. Domínguez Sanz, F. Ruiz Ruiz, J. Navarro Calzada, T. Escolar Martínez-Berganza, M. Rivas Jiménez 250

M38.07**GUÍA PARA LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN UROLOGÍA.- BENEFICIOS DE UN PROTOCOLO DE CALIDAD**

J. A. Pérez Arbej, I. Hijazo Conejos, R. Cardiel Gaspar, M. T. Lamazares Cebrian, A. Jaime Arilla 250

M38.08**“HIJOS DE CÉSAR A DEBATE”: REVISIÓN DE LAS CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DURANTE EL PERÍODO 2006 - 2007**

R. López Barrachina, M. Á. Malo Ferrer, M. T. Arribas, L. Guardia, B. Rojas, M. Á. Aragón 251

M38.09**IMPLANTACIÓN DE DOS VIAS CLÍNICAS**

C. Giménez Allueva, C. Mañero Rey, J. Gisbert Manero, E. Gómez Laso, A. Padilla Sánchez, M. Ruiz López.....251

M38.10**IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN UN CENTRO DE SALUD**

E. Vidal Esteve, N. Hernández Vidal, M. Gens Barbera, L. Palacios Llamazares, T. Anglès Segura, E. Lorente Ten 251

M38.11
IMPLICACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN PROYECTO DE CALIDAD: ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO
R. Escriche Ros, C. Pueyo Salavera, T. Pemán Muñoz, A. Báguena García, M. N. Sobreviola Celma,
A. Romeo Gutiérrez.....252

M38.12
INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL
M. D. Saura Pizarro, B. F. Ros Muñoz, M. Muñoz Sánchez, G. Sánchez- Ferragut Rojas, M. J. Lozano Ballester, M. Gómez Albaladejo.....252

M39: Acreditación y normalización 2
Auditorio Sala 10

M39.01
DISEÑO, ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS EN ARAGÓN: UNA APUESTA POR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN URGENTE
J. Povar Marco, J. L. Casado Martínez, P. Parrilla Herranz, E. Ricarte Urbano, J. M. Franco Sorolla,
M. García Encabo.....252

M39.02
DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DENTRO DEL PROYECTO DE CERTIFICACIÓN GLOBAL EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA
C. Maroto Del Río, L. Pascual, R. López, MP. González, P. Villada, MC. Antón, AB. Acedo.....253

M39.03
EFFECTIVIDAD DEL CAMBIO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001/2000 A EFQM EN UN CENTRO DE SALUD
M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, M. T. Millán Oller, R. Casamartina Bach, J. Ochogavía Cánaves,
M. A. Bosch López 253

M39.04
EVALUANDO LA CALIDAD ENFERMERA: EL PROGRAMA "PREXE" DE RECONOCIMIENTO DE LA EXCELENCIA EN ENFERMERÍA
L. Arantón Areosa, J. M. Rumbo Prieto, A. Facio Villanueva, M. E. Vidal Maroño, M. T. Saenz Arosa, M. L. Fraga Sampedro.....253

M39.05
EXPERIENCIA DE LA ACREDITACIÓN EN CALIDAD POR LA GENERALITAT DE CATALUNYA EN UN HOSPITAL PREVIAMENTE ACREDITADO
A. Gallart Fernández-Puebla, R. Muñiz, R. Ubach, R. Borrás, C. Farré, L. Lorente 254

M39.06
HOMOGENEIZACIÓN Y APLICABILIDAD DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADOS EN LA NORMA UNE ISO 9001:2000 EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES
R. M. Valverde Citores, L. Arranz Arana, A. Colina Alonso, M. A. Echeverría Muguruza, M. A. Urcelay Echeverría, M. C. López De Munain Ormazabal.....254

M39.07
IMPLANTACIÓN DE NORMA ISO 9001:2000 EN EL ÁREA DE HOSTELERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA
A. Carrascoso Camacho, M. M. Ortiz Otero, A. Pastor, MM. Botija, Al. Ruiz, D. Recarte.....254

M39.08
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA COMÚN DE TRIAJE EN TODOS LOS HOSPITALES DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD COMO MOTOR DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
R. Marrón Tundidor, J. L. Casado Martínez, B. Casado Ramón, M. García Encabo, M. F. Pérez Gurpegui,
D. Felez Minguillón.....255

M39.09
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2000 EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
M. Lázaro Melgar, R. Domínguez Muñoz, P. Aguado Manzanares, E. Velasco Valverde, M. Ortiz Otero 255

M39.10
IMPLICACIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS SECCIÓN DE BIOQUÍMICA EN LA OBTENCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN UNE-EN-ISO 9001:2000
R. Cored, A. Tapia, M. Sánchez, J. Carrillo, C. Fuentetaja, M. J. Cátena.....255

M39.11
INSTAURACIÓN DE UN PROCESO DE CONTROL DE LAS BOMBAS DE ANALGESIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
R. Bajo Rodilla, M. Jiménez Belinchón, F. M. Gómez Guijarro, M. I. Moreno Vadillo.....256

M39.12
LA ACREDITACIÓN COMO HERRAMIENTA DE GARANTÍA DE CALIDAD
F. Vilanova, P. Navarro, C. Valls.....256

M40: Organización y gestión. Gestión por procesos 8
Hotel Romareda. Salón Inglés.

M40.01
MODELADO CONCEPTUAL DEL PROCESO DE ACOGIDA AL TRABAJADOR DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL
M. Armenteros Lechuga, E. Rolón Aguilar, R. P. Sánchez González, L. Sánchez González, J. M. Vera Espartero,
L. Calahorra Fernández.....256

M40.02
MODELADO DE LOS SUBPROCESOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) APLICANDO LA NOTACIÓN BPMN (BUSINESS PROCESSES MODELING NOTATION)
L. Calahorra Fernández, E. Rolón Aguilar, E. Lagos Pantoja, F. Ruiz González, R. P. Sánchez González,
F. O. García Rubio.....257

M40.03
MODELO DE INTEGRACIÓN DEL PROCESO GESTIONAR SATISFACCIÓN USUARIOS EN EL CÍRCULO DE MEJORA CONTINUA DEL HOSPITAL DOS DE MAIG
S. Juncosa Quilez, C. Bayo Peiró, A. López Torres, M. J. Martínez Arce, A. Pons Porta 257

M40.04
MONITORIZACIÓN DEL PROCESO DE MANTENIMIENTO DEL ÁREA DE ATENCIÓN CONTINUADA DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
C. Campos Avellana, L. A. Hijós Larraz, D. Ara Laúna, R. Martínez Sánchez, L. Rubio Buisán, V. Torres Macías,
M. D. Ledesma Romano.....258

M40.05
OPTIMIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA ESTRUCTURADO DE TRIAJE
M. Sánchez Fernández, E. Balzategi Garai, M. N. Cortes Virtus, M. J. Esteban Zarraoa, I. Garay Kortabarria, J. L. Angulo Orue 258

M40.06

ORIENTACIÓN A GESTIÓN POR PROCESOS DEL PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL DEL HOSPITAL DE MENDARO

J. Taboada Gómez, M. T. Bustinduy Bascaran, S. Castelo Zas.....258

M40.07

PLAN DE ACOGIDA E INFORMACIÓN PARA ACOMPAÑANTES EN EL ÁREA CLÍNICA DE URGENCIAS (ACU) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

J. A. Blanco González, B. Fernández Fernández, L. Alonso Calo, A. Franco Vidal, M. Sánchez Lorenzo, A. Álvarez García 259

M40.08

PLAN ESTRATÉGICO INTEGRADO Y CÍRCULO DE LA MEJORA CONTINUA

A. Galobart Roca, J. A. González Ares, J. R. Llopart López, B. Guasch Ibáñez.....259

M40.09

PLAN INTEGRAL DE ACTUALIZACIÓN E INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE (SARM) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

P. Prieto Andrés, S. Castán Ruiz, C. Navarro Gistau, M. J. Zamora Rodríguez, I. López Niño, A. I. Regalado Iturri.....259

M40.10

PROCESO ASISTENCIAL AL DOLOR TORÁCICO SUGESTIVO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RESULTADOS OBTENIDOS TRAS UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Saez Lavilla, F. Flordelis Marco, I. Senosiain Ibáñez, D. Serrano Peris, M. Calero Fuertes, M. J. Lallana Álvarez 260

M40.11

PROCESO ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA CON CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000: ANALISIS DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS.

R. Cabezali Sánchez, M. T. Jiménez Buñuales, C. Emparan García De Salazar, V. Hernando, S. Cuesta Presedo, S. Vaquero 260

M40.12

PROCESO DE MEJORA EN EL SISTEMA DE CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA, DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

D. Gamero Donis, M. Mariné Blanco, J. Aguilar Escalera, C. Martínez Cerezal, J. Rodríguez Santana, D. Castell Benito.....260

M41: Organización y gestión. Gestión por procesos 9 Hotel Romareda. Sala C.

M41.01

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y OBLIGACIÓN DE COLABORACIÓN TRIBUTARIA

P. Viguera Paredes, M. Alcaraz Quiñonero, J. A. Visedo López, J. J. Aranda Lorca 261

M41.02

PROYECTO DE MEJORA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MAYOR POLIMEDICADO EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

M. Bayón Cabeza, S. López Palacios, R. M. García Pardo, C. Gómez Pesquera, N. Alejo Bru 261

M41.03

PUESTA EN GESTIÓN EN LOS 33 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN AREA, DE LOS PROCESOS PRESTAR ASISTENCIA Y GESTIONAR CITA. ESTRATEGIA

C. Moreno Pérez, E. Gómez, G. Carrasco, F. Santlaya, M. C. Alonso López, M. A. Martín Martín 261

M41.04

PUESTA EN GESTIÓN EN LOS 33 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN AREA, DE LOS PROCESOS PRESTAR ASISTENCIA Y GESTIONAR CITA. INNOVACIONES Y MEJORAS

P. Santos Álvarez, J. Alonso, F. Santolaya, P. Coca, C. Méndez, R. Martínez.....262

M41.05

REPRODUCTIVIDAD PROTOCOLO AUDIT PARA EL PROCESO LUMBALGIA-CIÁTICA EN FREMAP MÁLAGA II-III

F. Fortes Figuerola, Á. Roa Almazán, C. Pérez Moreno, V. Martín Recio 262

M41.06

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN UN CENTRO DE SALUD EN EL PROCESO DE HTA M

Del Castillo Pardo, J. C. Pérez Villarroja, P. Oliveros Gonzalvo, J. L. Cantalapiedra Obis, M. T. Brunet India, B. Calvo Sánchez.....262

M41.07

RESULTADOS DEL PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA POTENCIAR LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES. PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA MUJER

V. Vallés Gállego, M. A. Aragón Sanz, R. Oncins Torres, P. Gambó Grasa, P. Millanes Gallinat, A. I. Lapeña Lera 263

M41.08

SEGURIDAD DEL PROTOCOLO AUDIT DEL PROCESO LUMBALGIA-CIÁTICA EN FREMAP MÁLAGA II-III

F. Fortes Figuerola, A. Roa Almazán, C. Pérez-Moreno, V. Martín-Recio 263

M41.09

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN 10 UNIDADES DEL HCU "LOZANO BLESÁ" DE ZARAGOZA

M. J. García De Luxán, E. Altarribas Bolsa, V. Aznar Rico, M. V. Gumiel García, C. Hernández Salueña, A. Vecino Soler 264

M41.10

VALIDACIÓN PROTOCOLO AUDIT PARA EL PROCESO LUMBALGIA-CIÁTICA EN FREMAP MÁLAGA II-III

F. Fortes Figuerola, A. Roa Almazán, C. Pérez-Moreno, V. Martín-Recio 264

M41.11

VIAS CLINICAS HISTERECTOMIA ABDOMINAL-HISTERECTOMIA VAGINAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RESULTADOS

F. Puig Ferrer, A. Lanzón Laga, C. Rodrigo Conde, R. Bolea Tobajas, I. Vicente Gómez, R. Lanzón Lacruz.....264

M42: Sistemas de información 1

Hotel Romareda. Sala Aragón.

M42.01

BURN-OUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

C. Martínez Redondo, I. Martínez Moya, J. Puig Padrós, R. Rivert Rufián, G. Duarte Climents, M. B. Sánchez Gómez 264

M42.02

CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

J. E. Calle Urra, F. J. Navarro Moya, A. Gutiérrez Alonso, M. A. Parra Ortuño, A. Más Castillo, Y. Fonseca Miranda 265

M42.03

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DEL PACIENTE GERIÁTRICO

M. Rasal Lanao, C. Carreter Oróñez, J. Galindo Ortiz De Landázuri, A. I. Cabrero Claver.....265

M42.04 CONTROL, SIMPLIFICACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE TSI DEVUELTAS S. Gordo Collado, B. Saez-Diez Vea, N. Polanco Grille, J. Garcia Toledo, A. Sevilla Gimeno, J. Castellano Alarcón.....265 M42.05 CREACIÓN DE UN BANCO DE INFORMACIÓN EN RED SOBRE RECURSOS SOCIO SANITARIOS F. Grimal Aliacar, A. L. Arricivita, C. Cerezuela, M. Juan Germán, B. Allué, J. A. Zamora.....266 M42.06 CUADRO DE MANDO: VALORACIÓN DE SU UTILIDAD AL AÑO DE SU IMPLANTACIÓN EN UN ÁREA SANITARIA Y. Díaz López, J. Jiménez Carramiñana, M. S. Bartolomé Casado, M. Ballarín Bardaji.....266 M42.07 CUADROS DE MANDO PARA SEGUIMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS N. Ballester Fernández-Bravo, S. Carrera Parte, T. Merlo González, L. Calahorra Fernández.....267 M42.08 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTERACTIVO DE PRESCRIPCIÓN DE FARMACIA AMBULATORIA A. Besora Cunillera, R. M. Tomàs Cedó, M. D. À. Rius Rafecas, L. Balaña Fort, R. Díez Caballero.....267 M42.09 DISEÑO Y ESTRUCTURACIÓN DE UN ESPACIO DE DOCENCIA EN LA PÁGINA WEB DE UN HOSPITAL ACREDITADO R. Villalonga, C. Felip, D. Galimany, Comisión de Docencia, A. Salazar, X. Corbella.....267 M42.10 DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA PÁGINA WEB DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONOSTIA J. Aviles Amat, X. Goikoetxea Iraola, E. Ortiz Villacín, I. Guirado Perez, M. Cancio Fanlo, P. Busca Ostolaza.....268 M42.11 ESTRATIFICACIÓN DEL PROCESO INFECCIOSO EN URGENCIAS A. Navarro Juanes, R. M. Fornes Vivas, S. Durango Horcajada.....268 M42.12 ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL HD. INFLUENCIA DE LAS FESTIVIDADES E. Elosegí Vallejo, J. A. Veras Sanz, M. J. Alberdi Oyarzabal, M. T. Arzamendi Manterola, M. J. Preciado Barahona, M. I. Andrés Sánchez.....268 M43: Asistencia basada en la evidencia 2 Sala Mozart. M43.01 EVALUACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DEL PARTO A. C. Marín Guerrero, A. Biurrun Laralde, A. Miranda, J. A. Mestanza.....269 M43.02 EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL PACIENTE CON SCASEST EN URGENCIAS HOSPITALARIAS S. M. Raigal Jurado, P. Tomás Almazán, J. Nicolás, J. C. García Caravaca, J. C. García Rodríguez, J. Alcaraz Martínez.....269	M43.03 IMPACTO DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA OBESIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y/O OBESIDAD A. C. Dra. Lucha López, M. O. Dra. Lucha López, C. Dra. Vidal Peracho, J. M. Dr. Tricás Moreno, L. Dr. Bernués Vázquez.....269 M43.04 MEDIDAS QUE GARANTIZAN AL MENOR HOSPITALIZADO DISFRUTAR DE SUS DERECHOS Y RECIBIR UNA ATENCIÓN DE MAYOR CALIDAD V. Peñalver Celdrán, F. Sandoval Sabater, J. Hernández Ródenas, A. González Ros, J. Visedo López, M. Alcaraz Quiñonero.....270 M43.05 PRESENTACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISORES DE RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA E. Civeira Murillo, J. Pérez Calvo, L. M. D. L. C. Unidad De Calidad.....270 M43.06 PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA EL SONDAJE URINARIO EN DOMICILIO. F. Grimal Aliacar, L. Mairal Salinas, A. Más Sánchez.....271 M43.07 REEVALUACIÓN Y MEJORA EN LA ATENCIÓN PRESTADA A NUESTRA POBLACIÓN DIABÉTICA TIPO 2, A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE INDICADORES CARDIOVASCULARES ÓPTIMOS DE RESULTADO INTERMEDIO EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE M. L. Lozano Del Hoyo, M. Royo Serrano, M. J. Armale, A. Arto Serrano, C. Risco Otaoaurruchi, J. Busquet, C. Bescos López.....271 M43.08 REVISIÓN DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL G. Alcalde Bezhhold, A. Pereda, M. Pujana, M. Montejo, A. Achaerandio, M. Bacigalupe.....271 M43.09 MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL NIÑO ASMÁTICO G. Soria Cabeza, M. Ortilles, D. Soria Ruiz, E. Cáncer, B. Álvarez Ruiz, A. Jiménez Marín, M. Jaso.....272 M43.10 TRATAMIENTO DE ESCUELA DE ESPALDA EN DOLOR LUMBAR CRÓNICO A. B. Morata Crespo, M. J. Tris Ara, M. J. García Galan, N. Ramos Carrera, A. Cantero Latorre, M. A. Serrano Plou, C. Romero Tierra.....272 M43.11 VÍA CLÍNICA DE LA ABLACIÓN CON CATÉTER DE ARRITMIAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO A. Varela González, F. Benito, F. Gutiérrez-Larraya, J. García Caballero.....272 M43.12 VÍA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPILEPSIA A. Varela González, V. Iváñez, A. Haro, A. Gil Luciano, E. Díez-Tejedor, J. García Caballero.....272 M44: Seguridad del paciente 10 Sala Luis Galve. M44.01 PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LA COMUNICACIÓN EN SERVICIOS CLÍNICOS A. Carrillo, J. Alcaraz, M. Moreno, N. Llamas, S. Raigal, I. Lillo.....273

M44.02**PROGRAMA GLOBAL DE CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES**

J. Rodríguez Baño, D. García Ortega, C. Lupión Mendoza, C. González Fernández, M. Del Nozal Nalda, Á. Pscual Hernando.....273

M44.03**PROGRAMA MANOS LIMPIAS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO**

M. D. Martín Rodríguez, M. V. Barreiro Díaz, M. S. Cegarra García, M. Penas Penas, J. A. Iglesias Vázquez, M. Picallo Piñón 273

M44.04**PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA**

E. García Puente, I. De Arriba Guisande, MM. Ortiz Otero 274

M44.05**PROPUESTA DE MONITORIZACIÓN DE EVENTOS CENTINELA EN SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS (SUH)**

R. Marrón Tundidor, P. Palazón Saura, J. Martín Martínez, A. Herrer Castejón, J. Povar Marco, E. Ricarte Urbano.....274

M44.06**RCP HOSPITALARIA: UNA ASIGNATURA PENDIENTE**

J. Cortés Carmona, F. J. Miralles Andújar, A. I. Hernández Sánchez, A. García Olert, A. Doulatram Nanwani, R. Levy Abitbol 274

M44.07**RECLAMACIONES ASISTENCIALES VINCULADAS A LOS EFECTOS ADVERSOS**

A. Prat Marín, M. Santiña Vila, M. González Creus, J. Grau Cano, M. Salles Creus, A. Trilla García.....275

M44.08**RESULTADOS DEL PROYECTO DE CONCILIACIÓN DE MEDICACION EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES**

H. Vallverdu Cartie, P. Moreno, M. Martínez, C. García Fortea, S. Tor, A. Pérez.....275

M44.09**RIESGO METABÓLICO EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO: HIPERGLUCEMIA POR ANTIPSICÓTICOS**

F. González Rubio, Ó. Esteban Jiménez, M. V. Palacios Pinilla, M. P. Marcos Calvo, C. Navarro Pemán.....275

M44.10**SANITAS: PLAN ESTRATÉGICO PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES 2008-2010**

A. I. Fernández Castelló, R. Trinidad Trinidad, M. A. Julve García, J. M. López Gómez 276

M44.11**SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PROCESO QUIRÚRGICO**

L. Hernández Sánchez, J. Muñoz Fernández, E. Intxausti Artesero, I. Aldazabal Muniategui, M. Bacigalupe Artacho, G. Alcalde Bezhold 276

M44.12**SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONOSTIA**

P. Busca Ostolaza, M. Cancio Fanlo, D. López García, J. Orbeagozo Alberdi, I. Gracia Arrondo, M.A. Azpiazu Izaguirre, A. Aranzabal Conde 276

M45: Seguridad del paciente 11

Sala Mariano Gracia.

M45.01**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HOJA DE TRATAMIENTO EN UCI: LEGIBILIDAD Y TRATAMIENTOS INCOMPLETOS**

M. B. Almada Fernández, A. R. Alonso Tovar, P. Martínez, I. Cuesta, D. Guillén, A. Carrillo 277

M45.02**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HOJA DE TRATAMIENTO EN UCI: LEGIBILIDAD Y TRATAMIENTOS INCOMPLETOS**

M. B. Almada, A. R. Alonso, P. Martínez, I. Cuesta, D. Guillén, A. Carrillo 277

M45.03**ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD EN LOS PACIENTES QUE PRECISAN DRENAJES TORÁCICOS**

I. López Santo, P. Crespo Paesa, A. Caballero Mesa, J. M. Sánchez Nieto, R. Bernabeu Mora, P. García Torres.....278

M45.04**ANÁLISIS DE RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL PROCESO ASISTENCIAL RADIOLÓGICO DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC). CONSTRUCCIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS Y APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS**

I. González Álvarez, J. Aranaz Andrés, M. García Pérez, J. A. Seguí Llorens, J. López Moreno, J. E. Garramone Ramírez.....278

M45.05**ANÁLISIS EN MODO DE FALLO Y SUS EFECTOS DEL PROCESO DE TRASLADO DE UN PACIENTE DEL QUIRÓFANO A REANIMACIÓN**

I. Portero Larragueta, A. Bartolomé Ruibal, A. Andueza Artal, N. Fernández Mañero, M. Jiménez Arribas, J. A. Paz García De Mateos 278

M45.06**APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD SOCIO SANITARIA**

G. Ramos Nadal, G. De Febrer Martínez, P. Salvador, I. Navarro Masegosa, E. Ruiz Sainz, P. García Peña 278

M45.07**AUMENTO DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES MEDIANTE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR SARM**

M. G. Lucas Salmerón, M. L. Martínez Caballero, A. M. Sánchez Fernández, M. D. M. Alcalde Encinas, A. Martínez Blázquez 279

M45.08**AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL**

M. M. Ortiz Otero, M. Terrón Cuadrado, E. García Puente, JM. González Ruiz, P. Serrano Balazote, J. Álvarez Rodríguez 279

M45.09**BASE DE DATOS ACCESS: MEJORAR LA CALIDAD EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE, ES POSIBLE**

V. Plaza Hernández, Y. Pinedo Salazar, A. Ibáñez Torres, M. Gil Arraibi, A. Leciñana Andrés, M. D. P. A. Calvo Pérez.....280

M45.10**“BRIEFING” DE SEGURIDAD. HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UCI DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

M. Chico Fernández, C. García Fuentes, S. Bermejo Aznarez, M. Á. Alonso Fernández, D. Toral Vázquez, J. A. Sánchez Izquierdo Riera, E. Alted López 280

M45.11
"BRIEFING" DE SEGURIDAD. INFLUENCIA EN LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UCI DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO
*M. Chico Fernández, C. García Fuentes, S. Bermejo Aznarez, M. A. Alonso Fernández, S. I. R. José Angel, D. Toral Vázquez, E. Alted López.....*280

M45.12
BUSCANDO LA CALIDAD EN LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES
*E. Prats Alonso, M. J. Bueno Domínguez, L. Colomé Figuera, N. Arbonés, L. Nualart Berbel.....*281

M46: Voz del paciente. Accesibilidad y equidad. Continuidad asistencial
Auditorio Sala 11.

M46.01
REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA Y CORONARIOGRAFÍA COMO INDICADORES DE ACCESO A RECURSOS MÉDICOS EN MUJERES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
*E. Castilla Cabanes, I. Lacambra Blasco, J. Gimeno Garza, C. Fernández Del Prado, M. P. Portero Pérez, A. Del Río Ligorit.....*281

M46.02
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. OPERATIVA DES DE LA REGIÓN SANITARIA BARCELONA (RSB) DEL CATSALUT
*J. L. Piqué Sánchez, C. del Amo, A. González, C. González, R. Gutiérrez.....*281

M46.03
TELEDERMATOLOGÍA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD
*S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, M. Navarro Lucía, J. L. Gascón Brumos, J. A. Delgado, F. Aganzo López.....*282

M46.04
UN AÑO TRIANDO... DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE EN LA URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
*M. García Ribes, A. Charlot Fernández, A. García Marrón, M. Trueba Costas, R. Fernández Causo, V. Vega Toca.....*282

M46.05
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH). COMPARACIÓN ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE (PI) Y POBLACIÓN AUTÓCTONA (PA)
*F. Pallarés Sisamón, C. Noya Castro, T. Fernández Rodríguez.....*282

M46.06
RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA ADAPTADO PARA EL CONTROL DE LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA
*M. L. Mateo Lázaro, F. Berisa Losantos.....*282

M46.07
TRAYECTORIAS CLÍNICAS: DISEÑO DEL MODELO PARA UN CENTRO HOSPITALARIO
*R. M. Sabater Raga, E. Mico Reyes, M. Felip Saborit, L. Molero Hernández, D. Suriñach, A. Aloy.....*283

M46.08
UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) MÉDICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO
*J. A. Veras Sanz, E. Sánchez Haya, E. Elosegí Vallejo, M. J. Preciado Barahona, O. Albizua Uriondo, M. C. Martínez Cocho.....*283

M46.09
VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LA UFISS DE GERIATRÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
*C. Cros Garrido, G. De Febrer Martínez, I. Navarro Masegosa, G. Ramos Nadal, E. Ruiz Sainz, S. Jara.....*283

M46.10
VALORACIÓN TELEFÓNICA URGENTE EN ONCOLOGÍA: GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE QUE CONSULTA POR VÓMITOS
*E. Coma, S. Zayas, R. Comabella, V. De La Torre, A. Armisen, I. De La Haba.....*284

M46.11
SISTEMÁTICA DE CAPTURA DIGITAL Y TABULACIÓN AUTOMÁTICA DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS EN LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN
*I. Arbusá Gusi, F.J. Peso Arenas, J.C. Gómez Sandín, A. Rendé.....*284

M46.12
VOZ DEL PACIENTE: POLÍTICA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE
*R. Villa Valle, A. Chueca Ajuria, I. Gallego Camiña, J. Guajardo Remacha, S. Sarrionandia Azaola, K. Solozabal Orbegozo.....*284

M47: Voz de los profesionales. Experiencias de formación en calidad asistencial. Responsabilidad social corporativa.
Auditorios Sala 7.

M47.01
RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE CLIMA LABORAL EN UN ÁREA DE SALUD
*G. Garzón González, F. Menchero, M. P. Barco, S. Pulido, R. Rodrigo Yudego, M. J. Hernando.....*285

M47.02
SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
*Á. Alonso Ovies, J. Álvarez Rodríguez, C. Velayos Amo, S. Balugo Huertas, S. Lospitao Gómez, M. I. Villar Sánchez.....*285

M47.03
"SIN ELECCIÓN NO HAY PERFECCIÓN": CÓMO IMPLANTAR LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL MEDIANTE UNA ENCUESTA AL PERSONAL PARA LA ELECCIÓN DEL PRODUCTO HIDROALCOHÓLICO
*R. López Barrachina, M. Malo Ferrer, J. Rodríguez García, M. J. Ubierno, C. Palacín, N. Abadías.....*285

M47.04
MEJORA EN EL APRENDIZAJE DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EN LA MEDICINA DE URGENCIAS
*A. Martínez Oviedo, E. Alonso Formento, F. J. Esteban Fuentes, M. J. Calpe Gil, C. Ros Tristan, F. Rodero Álvarez.....*286

M47.05
NUESTRA HISTORIA DE LA CALIDAD. ¿ALGO HA CAMBIADO, O NO?
*C. Lueza Lampurlanes, E. Torres Clemente, M. Rodríguez Torrente.....*286

M47.06
SITUACIÓN DE LAS UNIDADES Y PROGRAMAS DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS DE CATALUÑA
*M. Santiñá Vila, M. Oliveras Gil, J. Ribas Sabaté, A. Vidal Milla, F. Vilanova Cardenal, E. Corrales Baz.....*286

M47.07
PROFESIONALIZACIÓN DE LA TUTORÍA EN LA ENSEÑANZA SANITARIA ESPECIALIZADA
*R. Villalonga Vadell, E. Ramos, A. Coscujuela, A. Salazar, X. Corbella, E. Jaurieta.....*287

M47.08
USO DE HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA ELABORAR EL PLAN DE ACCIÓN 2008 DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA DE UN ÁREA SANITARIA
*B. Román, P. Santos, I. López, M. S. Morcillo San Juan, C. Moreno, B. Escrivá De Romaní.....*287

M47.09**RESPONSABILIDAD SOCIAL COMO ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD**

P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, J. C. Garrido Gómez, D. Acón Royo, P. De Lucio De La Iglesia, M. Ferreras Valiente 287

M47.10**VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL QUE REPRESENTA LA IMPLANTACIÓN DEL ESPACIO DE ENTRETENIMIENTO “EL RECREO” EN UN HOSPITAL**

M. J. Blecua Lis, T. Giménez Júlvez, C. Vicente Gaspar, B. Cardesa García, E. Miranda García, A. Alonso Cruces 288

**M48: Innovación en gestión de calidad 2
Auditorio Sala 6.****M48.01****DISMINUCIÓN DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA OPTIMIZACIÓN DEL PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES**

R. Benito*, S. Salvo, J. Gil, F. J. Castillo, C. Seral, M. C. Rubio 288

M48.02**EL FACTOR HUMANO PIEZA CLAVE DEL ÉXITO DE LA GESTIÓN**

O. Barbancho Ordoñez, J. Pujol Colomer, T. Alonso Carrasco, A. Jover Moreno, P. Sols Lladó, N. Llaberia Garrell, L. López Coronas 288

M48.03**EL JUEGO (UPR: UN PEQUEÑO RETO) COMO ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PSICOSIS REFRACTARIA**

M. J. Olarte San Juan, M. C. Blanco Núñez, M. I. Vaquerizo Galán, A. Ubis González, A. Ortiz De Zarate San Agustín, I. Alonso Durana 289

M48.04**ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA**

M. Del Nozal Nalda, A. M. Vilaplana García, C. Navarro Bustos, M. Prieto Guerrero, M. Á. Colmenero Camacho, P. Serrano Moya 289

M48.05**ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA QFD (QUALITY FUNCTION DEPLOYMENT) EN LOS AÑOS 2006 Y 2007 EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (HGCR)**

L. Calahorra Fernández, E. Lagos Pantoja, M. L. Porras Leal, M. Armenteros Lechuga, M. Díaz López, A. Figueras Juárez 290

M48.06**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DEL NOROESTE (HCN) MURCIA**

J. A. López García, A. Cánovas Serrano, I. García Arzac, M. A. Castaño Molina 290

M48.07**GRUPOS Y EQUIPOS ASESORES DE TRABAJO DE UN HOSPITAL (COMISIONES, COMITÉS Y EQUIPOS DE MEJORA): REDISEÑO MEDIANTE LA GESTIÓN DE PROCESOS**

A. Aloy Duch, E. Martín Sánchez, R. Lledó Rodríguez, P. Gascón Vila, J. L. Luna Sánchez, M. Botta Santasuana 290

M48.08**IMPACTO DE LA MOVILIDAD DEL PERSONAL FACULTATIVO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEBIDA A LAS OFERTAS DE EMPLEO PÚBLICO, EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN**

I. Fernández Esteban, A. Añino Alba, O. Pinar López, A. Mataix Sanjuán, J. J. Muñoz González, M. T. Alonso Salazar 290

M48.09**IMPLANTACIÓN DEL CUADRO DE MANDO EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA: HERRAMIENTA DE GESTIÓN**

Y. Díaz López, J. Jiménez Carramiñana, M. S. Bartolomé Casado, M. Ballarín Bardají 291

M48.10**INTERACCIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL**

P. Legido Fuente, E. González Arza, M. Prieto Peraña, I. Regidor Fuentes 291

M48.11**MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE FORMACION CONTINUADA, INVESTIGACION Y CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA: UN RETO PROFESIONAL**

N. Illana Rodríguez, M. López Ibáñez, C. García Jiménez, P. Ferrer Bas, J. M. Lucas Gómez, C. Martínez Romero 291

M48.12**MEJORANDO LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: EL PAPEL DE LOS GRUPOS DE MEJORA**

P. Arazo, F. Fuentes, P. Figueras, D. Gil, P. Martínez, J. M. Aguirre 292

M49: Cuidados del paciente 5**Auditorio Sala 8.****M49.01****INDICADORES DE CALIDAD PARA UNA DIÁLISIS CONFORTABLE**

M. Á. Laviana Fernández, R. Coto Moreno, R. Álvarez Oviedo, A. Pereda González, C. Blanco Suárez, P. Esteban Hernández 292

M49.02**LOS HOSPITALES MATERNO INFANTILES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD QUIEREN SER AMIGOS DE LOS NIÑOS**

C. Arellano Morata, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrian, T. Fernández Aparicio, M. Alcaraz Quiñonero, R. García De León González 293

M49.03**MEJORA DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA A PACIENTES AFECTOS DE DERMATITIS DE CONTACTO**

M. Navarro Lucia, F. Romero Cuenca, M. S. Salvo Gonzalo, J. Gil Tomás, J. Piñol Monserrat, F. J. Carapeto Marquez De Prado 293

M49.04**MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LOS EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS**

C. Abellán García, J. Martínez Soriano, M. A. Fernández Molina, M. Domingo Pozo, N. Izquierdo García, M. D. Martín García 293

M49.05**PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN HEMODIÁLISIS**

C. Blanco Suárez, M. J. Barragán González, A. Laviana Fernández, R. Coto Moreno, R. Álvarez Oviedo, A. Pereda González 294

M49.06**PRESENTACIÓN DEL PROYECTO “MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES HEMIPLÉJICOS”**

R. Fernández Sánchez, J. Azanza Pardo 294

M49.07**PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CICLO PDCA ¿DÓNDE FALLAMOS?**

J. M. Ablanado Suárez, M. J. Zapico Baragaño, B. Fernández González, M. Tristán Fidalgo, C. Fernández Pizarro, M. J. García García 294

M49.08
PROCESO DE MEJORA PARA LA REDUCCIÓN DE BACTERIEMIAS FALSAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Gorgolas Ortiz, I. Gamboa, I. Castellanos, I. Larrea,
M. Onandia.....295

M49.09
REVISIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES EN LA INSERCIÓN Y CUIDADOS DE CATÉTERES VASCULARES

O. Rayón Del Barrio, M. A. P. González Setién, R. Sarabia Lavín, E. Rojo Santos, M. Á. Marquinez Carrión, R. Olóriz Rivas.....295

M49.10
TENEMOS EN CUENTA EL DOLOR AL VALORAR EL CONFORT DE NUESTROS PACIENTES EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

E. Vidal Esteve, M. Gens Barberà, N. Hernández Vidal, T. Angles Segura, L. Palacios Llamazares,
P. Gómez Martínez.....296

M50: Acreditación y normalización 3
Auditorio Sala 10.

M50.01
LA MEJORA CONTINUA EN EL SERVICIO DE INGENIERÍA HOSPITALARIA DEL HUNSC

F. G. Leyva González, G. C. González Rodríguez, C. N. García Ramis,
G. Bagnaresi, M. E. Seral Muñio.....296

M50.02
MAS ALLÁ DEL DOCUMENTO: LA GESTIÓN DOCUMENTAL EN UN SISTEMA DE CALIDAD

S. García Jalencas, M. Ballester Roca, C. Biosca Adzet 296

M50.03
MODELO ANDALUZ DE ACREDITACIÓN. EXPERIENCIA EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA (AHVM)

M. Del Nozal Nalda, A. M. Vilaplana García, J. L. Dueñas Díaz, J. A. Sánchez Calzado, D. Moreno Ramírez,
P. Serrano Moya.....297

M50.04
MODELO CATALÁN DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA 2007: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL EN LA AUTOEVALUACIÓN, LA AUDITORIA Y LAS ACCIONES DE MEJORA

A. Aloy-Duch, E. Martín-Sánchez, R. Lledó-Rodríguez, R. Sabater-Raga, J. L. Simón-Riazuelo,
C. Tusquellas-Oto.....297

M50.05
PRESENTACIÓN DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS Y UNIDADES CLÍNICAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN)

J. Marta Moreno, J. Morera Guitart, E. T. Joaquin, C. Sánchez Sánchez, C. Lema Devesa.....297

M50.06
PROCESO DE CAMBIO HACIA LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

C. Lumbrerres Subías, J. Minguez Sorio, M. Bustillo Alonso, M. J. Calvo Aguilar, P. Lalaguna Mallada 298

M50.07
PROYECTO PARA UNA CERTIFICACIÓN OSHA: EVALUACION DE RIESGOS LABORALES EN UN AREA DE AP

C. Ferrer Arnedo, J.L. Martínez Jiménez, C. Ferrer Arnedo, F. Griñán Soria, E. Lozano Lozano 298

M51: Sistemas de Información. Acreditación y normalización.
Asistencia basada en evidencia
Hotel Romareda. Salón Ingles.

M51.01
PLAN DE CONTINGENCIA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE EN UNA CIUDAD FRONTERIZA

M. I. Val Carrascón, M. Ortega Peinado, M. A. Blanco Galán, C. Cortés Criado, J. . M. Montis Pelegay, A. Morilla Bernal.....298

M51.02
TIEMPOS DE ENTRENAMIENTO DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL USO DE UN MÓDULO CLÍNICO INFORMATIZADO. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

T. Garrich Aumatell, C. Andrés Carretero, C. García Gutierrez, R. M. Hernández Domenech, M. B. Sánchez Gómez,
G. Duarte Climents.....299

M51.03
USO DE UN DATA WAREHOUSE, BASADO EN CUBOS OLAP, PARA LA GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN DE UNA EMPRESA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

M. González Quintana, J. Montfort Hera 299

M51.04
USO DEL SSII "OMIAP V6.4/00A-00" POR LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

C. García Sánchez, A. Subías Rocabert, M. Coll Trullas, C. Salvador Guadayol, G. Duarte Climents, M. B. Sánchez Gómez 299

M51.05
VARIABILIDAD EN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ENTRE CENTROS DE SALUD DE UN ÁREA SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SUS IMPLICACIONES EN LA PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Á. Alberquilla Menéndez-Asenjo, M. J. Gil De Pareja Palmero, R. Iglesias Rodríguez, J. J. Muñoz González 300

M51.06
VIRTUALIZACIÓN DE SERVIDORES COMO SISTEMA DE CONTINGENCIA A FALLOS Y OPTIMIZACIÓN DE MÁQUINAS

J. M. Samaniego Prieto, R. De La Torre Roa, J. A. García Benítez, J. Castellano Alarcón, M. Pérez Polo,
P. Martínez-Toledano Olaya 300

M51.07
VÍA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON HIPERHIDROSIS

C. D. Burgos Lunar, J. García Sánchez Jirón,
J. García Caballero.....300

M51.08
VÍA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON PRURITO

A. Varela González, V. De Diego, M. Casado,
J. García Caballero.....301

M51.09
MODELO DE ACREDITACIÓN CATALÁN: ELEMENTO CLAVE EN LA MEJORA CONTINUA Y EN LA ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD DEL CENTRO

J. Rebull Fatsini.....301

M51.10
VÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ATAXIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

M. Cerpa Calderón, F. J. Arpa Gutiérrez, I. Pascual Pascual, A. Gil Luciano, J. García Caballero.....301

M52: Sistemas de información 2**Hotel Romareda. Sala Aragón.****M52.01****ESTUDIO DEL ABSENTISMO DE LOS USUARIOS A LAS CITAS PROGRAMADAS EN EL CME RAMÓN Y CAJAL Y PROPUESTA DE MEJORA PARA OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS**

A. Aparicio Clavería, M. Vallespin Meseguer, G. D. M. D. L. C. D. C. R. Y. C. Cme Ramón Y Cajal.....301

M52.02**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN SITIO WEB SOBRE SAHS DESDE LA PERSPECTIVA DE UN MÉDICO Y DE UN GRUPO DE PACIENTES**

J. Caballero Rodríguez, J. M. Moreno Rodríguez, E. Herrera Viedma, J. M. Cadenas Figueredo 302

M52.03**EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTOS DE MEJORA. RESULTADOS 2007**

M. Santiñá Vila, D. Robles Antúnez, M. A. López-Boado Serrat, S. Prat Fabregat, J. Grau Cano, A. Conesa González 302

M52.04**EXPERIENCIA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

J. Gascón Ferret, O. Quesada, A. Tello, A. Baiget 303

M52.05**GESTIÓN DE LAS PERSONAS: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL INTERACTIVO Y AUTOMÁTICO**

P. Martínez-Toledano Olaya, J. Castellano Alarcón, S. Gordo Collado, B. Sáez-Diez Vea, M. D. Segovia Escribano, P. Martín-Maestro Polo 303

M52.06**IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II**

T. Tolosana, J. Marta, A. Sese, K. Naberan, P. De Paz, M. Carroquino 303

M52.07**IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA MEDIANTE UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

I. Rancaño Rodríguez, A. J. Palazón Secades, A. B. Martínez Álvarez, E. Fernández Tamargo, N. Ortega Solís, F. Vázquez Valdés 304

M52.08**INDICADORES DE CALIDAD EN CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC**

F. J. Lázaro Martínez, F. Hoyos Moreno, O. Jarne Lanuza, C. Alcubierre Berges, L. Aguado Zardoya, P. Cortés Azcoiti, M. Moreno Vernis 304

M52.09**INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN**

M. J. Sánchez Ibáñez, E. López García, M. L. Cequier Alonso, E. Tejero López, X. Quesada Couceiro, N. Jover Tiertz 304

M52.10**LA INTEROPERABILIDAD SEMÁNTICA COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

F. J. Rivas Flores, R. Navalón Cebrián, MM. Ortiz Otero, A. Gómez Delgado, P. Serrano Balazote 305

M52.11**LA PÍLDORA DEL DÍA ¿DESPUÉS?: ¿RECIBEN LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE PRIMARIA INFORMACIÓN DE CALIDAD SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL?**

M. García Ribes, A. García Marrón, C. Magdalena Fernández, J. Esteban Pellón, N. San Miguel Martín, A. Andino Palacios, B. Arnaiz Bustillo 305

M52.12**MEJORA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA A TRAVÉS DEL REGISTRO DE SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

R. Mejon Bergés 305

M53.01**MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD MEDIANTE LA CITA TELEFÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD**

M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, M. Millán Oller, C. Crespo, B. Magro Merino, E. Miró Viamonte 306

M53.02**AUDITORÍA CLÍNICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA**

M. Lafuente, E. Henere, A. Poal, P. Madrid, S. Videla, J.C. Valdés 306

M53.03**CANTANDO A DOS VOCES: VOZ DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES Y VOZ DE LOS DIRECTIVOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA Y DE LA CALIDAD**

M. Carreras Viñas, J. Caramés Bouzán, M. Lale Candal, B. García Cepeda 306

M53.04**TÍTULO: SEGURIDAD DE PACIENTES, ESTRATEGIA CORPORATIVA EN OSAKIDETZA**

D. Cantero González, MN. Álvarez Morezuelas, L. Madariaga Estensoro, RM. González Llinares, M. García Urbaneja 307



ÍNDICE DE COMUNICACIONES PÓSTER

P01 “ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA” RESULTADOS DE 4 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN C. SALUD RURAL D. Sarasa Piedrafitá, M. Granado González, D. Casbas Vela, A. García Tejedor.....311 P02 ACCESIBILIDAD: ¿DEPENDE DEL COLOR DEL CRISTAL CON QUE SE MIRE? G. Del Caño Jiménez, M. J. Pérez Boillos, A. Villar Caramés, L. A. Sangrador Arenas, J. M. Oto Terrer, S. Sahuquillo Bartolomé 311 P03 ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN SANITARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DE UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL J. Requena, J. Mollar, M. Vara, C. Aguado, J. Aranaz, M. Gea 311 P04 AGENDA TIPO ADAPTADA A UN SISTEMA DE CITACIÓN ON-LINE: EXTENSIÓN A TODO UN ÁREA DE SALUD M. Hernández Pascual, S. Tojeiro Lorente, M. Casado López, J. Pérez Ramírez, A. Miquel Gómez, J. Mayol Canas.....312 P05 ANÁLISIS DE DEFICIENCIAS EN LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UNA CONSULTA PROGRAMADA DE NEUMOLOGÍA M. Pérez Maiquez, J. M. Sánchez Nieto, A. Carrillo Alcaraz, E. López López, I. Bermejo López.....312 P06 ANÁLISIS DE LA NUEVA UBICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL G. Santana López, F. E. Juanas Fernández, J. C. Abad Cebolla, M. Lapeña Lapeña.....312 P07 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA Y DE LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LAS ENFERMERAS DE UN ÁREA DE AP, TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS M. J. Calvo Mayordomo, JA. Infantes Rodríguez, C. Solano Villarrubia, JL. Martín Maldonado, P. Serradilla Corchero, A. Alemany López 312 P08 ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN LOS HOSPITALES DE ARAGÓN R. Huarte Lacunza, R. Arrieta Navarro, C. Vicente Iturbe, N. Serrano Mislata, M. Goldaracena Tanco, R. Abad Sazatornil.....313 P09 CICLO DE MEJORA CIRCUITO ANALÍTICAS: MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS J. C. López Lacoma, P. García Gómez, M. Moreno Valero, M. Santiago García, A. J. Barragán Pérez, J. Martínez García, G. Álvarez Domínguez 313 P10 CUANDO EL PACIENTE NO ACUDE A LA CITA DE LA CONSULTA QUIRÚGICA: PRIMER ANÁLISIS DE CAUSAS A. L. García González, A. Conesa Hernández, J. Fernández Lorenzo, J. M. Artero Galán, G. Schmidt Fernández, J. A. Martínez Montoya.....313 P11 CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE SALUD PARA PACIENTES DE HABLA NO ESPAÑOLA J. F. Sola Antón.....314	P12 DEMORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: CICLO DE MEJORA EN UN ÁREA DE SALUD A. J. Barragán Pérez, A. Muñoz Ureña, F. Alcántara Zapata, M. A. Moreno Valero, J. F. Martínez García, C. Santiago García 314 P13 DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DE PACIENTES AMBULANTES PARA SER ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR T. Baringo Fuentes, E. Arroyo Palomera, E. Muñoz Sanz, E. Bermudo Gracia, T. Jiménez Júlvez 314 P14 EMISIÓN CERO DE INFORMES POR ESCRITO: PROTOCOLIZACIÓN SIN PAPEL EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA F. Smilg Vidal, M. Gurri Landi, M. C. Fernández Barreras, M. Remezal Solano 315 P15 ESTUDIO SOBRE LA PROCEDENCIA, MOVILIDAD Y ACCESO AL SISTEMA SANITARIO EN EL PERÍODO 2005-2007 DE LOS NUEVOS USUARIOS DEL ÁREA BÁSICA DE SALUD REUS 5 A. F. Oliver Robres, M. Cruz Román 315 P16 EVALUACIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL C. Iglesias García, J. C. Illescas Escobar, S. Santamarina Montila, E. Pato Rodríguez, M. Flores Carrasco, R. Lucio Pellón.....316 P17 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE ALTAS EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN E. A. Sevilla Hernández, M. Francisca, A. L. García González, R. Fernández, G. Sevilla Hernández, M. D. L. Á. Giménez Abadía.....316 P18 FACTORES RELACIONADOS CON LA INATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA EN LAS MUERTES POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO P. Lorente García, G. Vega, A. Navarro, P. Jiménez, S. Martínez 316 P19 IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CITACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS DESCENTRALIZADO M. D. C. Currás Mateo, C. Gallego Benedicto, L. Alcolea Robles, M. Villa Gazulla, A. Velamazan Rama, R. Irazo del Cura.....317 P20 IMPLANTACIÓN DEL MODELO ENFERMERÍA/CUPO COMO ALTERNATIVA ASISTENCIAL J. C. López Lacoma, P. García Gómez, M. C. Santiago García, A. J. Barragán Pérez, J. F. Martínez García, J. Fontcuberta Martínez, G. Álvarez Domínguez 317 P21 INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA EN PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN (PROYECTO PEP) A. López García-Franco, M. Noguero Álvarez, J. Montilla Sánchez, M. J. Gutiérrez Notario, E. Hernaiz Casas, E. Rubio Benito 317 P22 LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS. UNA ASIGNATURA PENDIENTE C. Santiago García, M. A. Moreno Valero, A. Barragán Pérez, G. Álvarez Domínguez, F. Pérez Aguilar, J. F. Martínez García, J. C. López Lacoma 318

P23 MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD: ACTUALIZACIÓN Y REDISEÑO DE LA GUÍA DE ACCESO SOCIOSANITARIO A POBLACIÓN INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2 <i>M. Molina Olivas, M. J. Polo Herrador, E. Bartolomé Benito, A. Gutiérrez Macías, C. Merino Gómez-Serranillos, M. S. Vázquez Pérez.....</i> 318	P35 CONTROL DE CALIDAD APLICADO AL CRIBADO NEONATAL DE LA FIBROSIS QUÍSTICA: UN PASO HACIA LA ACREDITACIÓN <i>P. Bocos Terraz, S. Izquierdo Álvarez, M. D. C. García Pérez, I. Benedicto Lorenzo, J. L. Bancalero Flores, A. García De Jalón Comet.....</i> 322
P24 MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL <i>C. Iglesias, J. C. Illescas Escobar, V. J. Martínez Rodríguez, T. García García.....</i> 318	P36 CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE VALORES CRÍTICOS EN UN LABORATORIO DE URGENCIAS DE BIOQUÍMICA CLÍNICA <i>S. García Castañón, M. A. César Márquez, E. García González, B. García Rodríguez, Y. González Irazabal, L. Rello Varas.....</i> 322
P25 RECOMENDACIONES PARA EL AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ (TERUEL) <i>M. A. García Colinas, J. M. Turón Alcaine, A. García Tenorio, M. Agud Cardona, C. Zapata Adiego, A. Aznar Carbonell.....</i> 319	P37 DE LA NO CONFORMIDAD A LA CALIDAD <i>R. Domínguez Muñoz, C. Belinchón Loeches, M. De La Torre De La Torre, G. Salas Verdugo, C. Tevar López, M. Lázaro Melgar.....</i> 323
P26 REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN EL MOSTRADOR DE ADMISIONES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA <i>P. Barreto Ramón, M. Melgar Mairal, N. Pérez Riba, Y. Aguilera Póliz.....</i> 319	P38 DETERMINACIONES HORMONALES. CONTROL DE CALIDAD. DE LA EXTRACCIÓN AL LABORATORIO <i>S. Izquierdo Álvarez, P. Bocos Terraz, J. L. Bancalero Flores, J. Castrillo Rubio, R. Álvarez Lahuerta, A. Aznar Sauca.....</i> 323
P27 SUPERANDO LA BARRERA IDIOMÁTICA <i>L. Ilarri Zuazola.....</i> 319	P39 ELABORACIÓN DE LA CARTA DE SERVICIOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA EN ORGANIZACIONES SOCIO-SANITARIAS: LA EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN FISLEM DE CASTILLA-LA MANCHA <i>M. Nieto Moreno, J. A. Contreras Nieves, O. Carrasco Ramírez, A. Casas Toral, S. García-Heras Delgado, D. Navarro Bayón.....</i> 323
P28 TIEMPOS DE ESPERA EN URGENCIAS: MONITORIZACIÓN DE LA PRIMERA ASISTENCIA FACULTATIVA Y LA DURACIÓN DE LA RADIOLOGÍA EN URGENCIAS <i>C. Moreno Barba, M. J. Romero Pastor, C. Gómez, M. A. Legaz Hernández, A. Cantero Sandoval, J. Alcaraz Martínez.....</i> 320	P40 ES POSIBLE LA REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD <i>C. D. Miguel Ascaso, E. Altarribas, M. D. Vivanco.....</i> 324
P29 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE LA DEMANDA <i>A. Collado Cucó, O. Doblado López, L. Colomé Figueras, L. Nualart Berbel, L. Ríos Valles, J. M. Crespo Palau.....</i> 320	P41 ESTÁNDARES DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO <i>M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, N. Hernández Vidal, L. Palacios Llamazares, T. Anglés Segura, J. Amigó Fernández.....</i> 324
P30 ¿ES FÁCIL LA IMPLANTACIÓN DE ISO 9001? DIFICULTADES DEL PROCESO <i>M. M. Lale Candal, A. Campos Pena, A. M. Carballo Castro, R. García Ramos, M. Carreras Viñas, J. Caramés Bouzán.....</i> 320	P42 EVALUACIÓN DE LA VALIDACIÓN DE MÉTODOS DE ANÁLISIS DE ELEMENTOS TRAZA MEDIANTE ABSORCIÓN ATÓMICA <i>M. L. Calvo Ruata, A. B. Lasiera Monclús, E. García González, S. García Castañón, B. García Rodríguez, M. A. César Márquez.....</i> 324
P31 ¿SE LOGRAN MEJORAS DE IMPACTO ASISTENCIAL EN LAS ORGANIZACIONES CON LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS BASADOS EN ISO 9000? <i>M. L. Lago Vázquez, M. D. M. Lale Candal, M. J. López Rebollo, Á. Ruibal Morell, D. Sánchez Guisande-Jack, J. Caramés Bouzán.....</i> 321	P43 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CONTROL EXTERNO DE CALIDAD SEIMC EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET <i>M. P. Palacián Ruiz, M. J. Revillo Pinilla, M. P. Egidio Lizán, M. L. Marco Lamata, M. L. Monforte Cirac, M. I. Cameo Rico.....</i> 325
P32 ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA. 2006-2007 <i>Roige J, Quiles A, Cerqueira MJ, Jove MA, Flamarich E, Armengol M J. Roige Sole.....</i> 321	P44 EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS DIEZ AÑOS CON JOINT COMMISSION INTERNATIONAL <i>E. Pérez Trueba, G. Suárez Aleman, J. A. García Ruiz, J. C. Canca Sanchez, T. García Ortega, A. M. Mora Banderas.....</i> 325
P33 ACREDITACIÓN DEL ANÁLISIS MUTACIONAL DE LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 MEDIANTE DHPLC EN LA UNIDAD DE GENÉTICA MÉDICA. NORMA UNE-EN ISO 15189:2007: PEQUEÑOS PASOS IMPLICAN GRANDES RESULTADOS <i>S. Izquierdo Álvarez, M. D. Miramar Gallart, M. T. Calvo Martín, A. Rodríguez Valle, A. Antón Torres, A. Herrero Ibáñez.....</i> 321	P45 EVALUACIÓN Y POSTERIOR SEGUIMIENTO DE LOS PROVEEDORES QUE INTERACCIONAN EN LA CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL. SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES DE CATALUNYA <i>M. Gassó, L. Marzal, C. Galup, A. Montes, F. García, M. Anna Maria.....</i> 325
P34 AUDITORÍA INTERNA: UN ENFOQUE SISTEMÁTICO Y DE MEJORA CONTINUA <i>E. Gómez Felipe.....</i> 322	

P46 FASE PRE-ANALÍTICA: ESTRATEGIAS DE MEJORA CONTINUA ENCAMINADA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 EN UN LABORATORIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA M. A. César Márquez, M. Sánchez Parrilla, M. L. Calvo Ruata, S. García Castañón, Y. González Irazabal, A. B. Lasierra Monclús 326 P47 GARANTÍA DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA M. Merino Hernández, M. García Giménez, A. Hernando Uzkudun, Y. Franco, I. Alzola, M. Estevan.....326 P48 GUÍA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LAS NORMAS ISO 9001:2000 EN EL AMBITO ASISTENCIAL C. Tafalla Bordonada, J. Macia Losada, J. J. Fernández Ramos, C. Granados Ulecia, M. Vinuesa Sebastián, S. Mayoralas Alises 327 P49 HOSPITALIZACIÓN DE NEUROLOGÍA: 3 AÑOS CONVIVIENDO CON LA ISO 9001.2000 C. Cortina Garaigorta, L. C. Álvarez González, F. Sadaba Garay, B. Huete Antón, M. M. Maestre Olabarrieta, I. Urrutia Johansson 327 P50 IMPLANTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC) BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000 EN TODA EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE AGUDOS C. Tafalla Bordonada, J. Macia Losada, J. J. Fernández Ramos, C. Granados Ulecia, M. Vinuesa Sebastián, S. Mayoralas Alises 327 P51 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO EN UN CENTRO SANITARIO PRIVADO J. Galimany Masclans, L. Tenas Miró, J. C. Pernas Canadell.....328 P52 INICIANDO EL CAMINO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO AMBIENTAL Y DE CALIDAD SEGÚN NORMAS ISO A. Cardiel, A. C. Sanjoaquin, R. López, C Sahun 328 P53 LA ACREDITACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO A. Giménez, A. Fernández, X. Linares, C. Moya, L. Murgui, J. Vadri 328 P54 LA COMUNICACIÓN CON LOS PPORES Y USO DE HERRAMIENTAS DE POKA-YOKE EN EL PROCESO DE LABORATORIO V. Marta Sebastián, C. Calvo Nogueras.....329 P55 LA MEJORA DEL PROCESO PRE-ANALÍTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN SECTOR RURAL: UN COMPLEJO PUZZLE J. M. Turón Alcaine, M. J. Martínez Ferri, B. Boned Juliani, M. Agud Cardona, A. García Tenorio, M. A. Vera Rodríguez 329 P56 LA NECESIDAD DEL CONTROL DE CALIDAD EN LAS DETERMINACIONES HORMONALES. IMPLICACIONES Y GUÍAS PARA DICHO CONTROL P. Bocos Terraz, S. Izquierdo Álvarez, J. L. Bancalero Flores, E. Real López, A. Ciria Torcal, A. Pérez Muñoz 330	P57 LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: IMPRESCINDIBLES PARA TOMAR EL PULSO A LA SITUACIÓN, EN UNA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA M. Lázaro Melgar, P. Aguado Manzanares, E. Velasco Valverde, M. Ortiz Otero 330 P58 “LIMPIAR SOLO NO BASTA”: PRIMEROS PASOS EN LA CERTIFICACIÓN DE LA LIMPIEZA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO R. López Barrachina, A. Sanjoaquin, M. Malo Ferrer, M. Beito, M. Zazo Romojaro 330 P59 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE ALCAÑIZ EN EL MARCO DE LA NORMA ISO 9001-2000 T. Arrufat Andreu, T. Benedicto Fuertes, A. M. Guillen Pisa, M. J. Sanchez San Martín, R. M. Esteban Gascón, J. M. Turón Alcaine 331 P60 METODOLOGÍA UTILIZADA POR UN CENTRO DE SALUD, EN RELACIÓN A UNA ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN EXTERNA DE CALIDAD M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, L. Palacios Llamazares, N. Hernández Vidal, T. Anglés Segura, Y. Mengíbar García 331 P61 MONITORIZACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA. RESULTADOS DE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS M. A. Varez Pastrana, J. Obiols.....331 P62 ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL ÁREA DE CONSULTAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS J. Povar Marco, E. Anadón, F. Paricio Andrés, M. P. Colás Martínez, J. Marta Moreno, M. Á. Gotor Lázaro 332 P63 ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL ÁREA DE CONSULTAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS J. Povar Marco, E. Anadón, F. Paricio Andrés, M. P. Colás Martínez 332 P64 PLAN DE MEJORA CONTINUA EN RELACIÓN A LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y LA ETICA DE LA ORGANIZACIÓN N. Hernández Vidal, T. Anglés Segura, M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, L. Palacios Llamazares, I. Muiño Bové 332 P65 PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE MÉTODOS DE ANÁLISIS DE ELEMENTOS TRAZA MEDIANTE ABSORCIÓN ATÓMICA M. L. Calvo Ruata, A. B. Lasierra Monclús, M. A. César Márquez, Y. González Irazabal, E. García González, L. Rello Varas 333 P66 PROCESO DE ACREDITACIÓN POR LA NORMA ISO 15189 EN UN LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA J. Sahagún Pareja, C. Navarro Pardo, L. Torres Sopena, M. J. González Thomson, C. Jasanada Flores, R. Prieto Acedo 333

P67 PROCESO DE ACREDITACIÓN POR NORMA ISO 15189 DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET <i>M. P. Palacián Ruiz, M. L. Monforte Cirac, M. Omeñaca Teres, M. P. Egido Lizán, M. L. Vela Marquina, M. J. Revillo Pinilla</i> 333 P68 PRODUCCIÓN DOCUMENTAL TRAS DIEZ AÑOS DE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL <i>A. M. Mora Banderas, G. Suárez Aleman, E. Pérez Trueba, J. C. Canca Sánchez, J. A. García Ruiz, V. Faus Felipe</i> 334 P69 RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA UNE-EN-ISO 9001:2000 EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN <i>J. M. Celorrio Pascual, M. P. Medina Cereza, G. Soro Alcubierre, M. Alfonso Burrillo, L. Torrijo Veintemillas, A. Modrego González</i> 334 P70 SECUENCIA Y APRENDIZAJE EN LA CERTIFICACIÓN ISO9001 EN EL HOSPITAL DE BERMEO <i>M. C. Matthies Baraibar, E. Ibáñez Gorostiaga, A. Etxevarria Alfonso</i> 335 P71 VALORACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO; MONITORIZACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. <i>P. Ferrer Bas, N. Illana Rodríguez, J. Hellín Monasterio, J. M. Lucas Gómez, R. Torrano García, C. García Jiménez</i> 335 P72 ¿HEMOS MEJORADO EN EL USO DE GASTROPROTECCIÓN EN URGENCIAS? <i>L. G. Irene, N. C. Sergio, M. N. Elisabet, M. T. Izquierdo Ros, C. N. Esteban Lloret, E. M. Martínez Jiménez</i> 335 P73 ¿HEMOS MEJORADO EN EL USO DE GASTROPROTECCIÓN EN URGENCIAS? <i>I. Lillo García, S. Nieto Caballero, E. Monzó Núñez, M. T. Izquierdo Ros, C. N. Esteban Lloret, E. M. Martínez Jiménez</i> 336 P74 ANÁLISIS DE LA REINTERVENCIÓN COMO PARÁMETRO DE CALIDAD DEL PROCESO TERAPÉUTICO <i>M. Alejo Sánchez, R. Carrera Goula, A. Palau Figueroa, R. Clos Molins, C. Serra Genís</i> 336 P75 CALIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA <i>P. Serradilla Corchero, A. Rodríguez Huertas, J. F. Gallegos Braun, C. Delgado Sanz, R. Riesgo Fuertes, C. Sebastián Fernández</i> 336 P76 CONSULTA DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA. LA EVIDENCIA CIENTÍFICA AVALA LA CALIDAD DE NUESTROS CUIDADOS <i>C. Fernández Redondo, I. P. Garrido Bravo, R. Gracia Ródenas, N. Illana Rodríguez, J. M. Lucas Gómez, P. Ferrer Bas, J. Hellín Monasterio</i> 337 P77 CORRELACIÓN ENTRE LAS LECTURAS DE RETINOGRAFÍAS PARA CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA Y OFTALMÓLOGOS <i>J. C. Pérez Villarroja, E. Aldea Molina, F. J. Ascaso Puyuelo, D. Serrano Peris, A. Fernández Revuelta, L. Pérez Bolea</i> 337	P78 CREACIÓN DE UN SISTEMA DE AYUDA A LA DECISIÓN CLÍNICA PARA FERTILIZACIÓN IN VITRO (FIV) <i>M. Merino Hernández, D. Morales, M. García Giménez, Y. Franco, E. Bengoetxea, P. Larrañaga</i> 338 P79 CUANDO PERDER ES EL PREMIO (1) <i>E. Lamote Degrygnon Alifonso, M. A. García Orea</i> 338 P80 DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA LÍNEA DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA <i>I. García, C. Campos, S. Beltrán, A. Mateo, I. Montejo, M. García</i> 338 P81 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS <i>M. J. Lallana Álvarez, M. C. Carcas De Benavides, M. Aza Pascual-Salcedo, M. P. Lalana Josa, M. J. Buisán Giral, M. Elfau Mairal</i> 338 P82 ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ANTÍGENO DEL ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO A EN EXUDADOS FARÍNGEOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS <i>M. Fernández Obispo, R. Cebrián Rubio, A. M. Lozano López, M. Sancosmed Ron, R. M. Martínez Montesinos, M. Martín González</i> 339 P83 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA ORDEN DE TRATAMIENTO DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN <i>E. A. Sevilla Hernández, F. Morales, R. Fernández, A. L. García González, M. D. L. Á. Giménez Abadía</i> 339 P84 GRUPO MAI-MADRE <i>B. Vicente López, P. Bejarano Lasunción, M. Tajada Duaso, E. Fabre González, A. Lucas Hernández, R. Fernández Díaz, V. Ezquerro</i> 340 P85 LA ENFERMEDAD RENAL QUE SE OCULTA TRAS LOS INGRESOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA <i>B. Campos Gutiérrez, T. A. José María, L. M. Lou Arnal, B. Boned Juliani, J. A. Gimeno Orna, E. Aguilar</i> 340 P86 PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD, UNA REALIDAD DISTANTE <i>T. Antoñanzas, M. Febrel, G. Miguel, M. Escribano, D. Júdez</i> 340 P87 PROTOCOLIZACIÓN DE PATOLOGÍA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA <i>C. Campos, I. García, J. López, M. García, Y. Aliaga, J. García Mata</i> 341 P88 UNA HERRAMIENTA PARA LA EVIDENCIA. PROTOCOLO EN 10 PASOS: "VAYAMOS PASO A PASO" <i>M. B. Sánchez Gómez, G. Duarte Climents</i> 341 P89 UNA MALA MUESTRA ES UNA MUESTRA INÚTIL <i>P. Palacián Ruiz, M. L. Monforte Cirac, M. P. Egido Lizán, M. J. Revillo Pinilla, M. Grupo Mejora Información Clínica</i> 341

P90 VÍA CLÍNICA DEL ACNÉ <i>M. C. Delgado Sanz, M. Mayor Arenal, M. Cerpa Calderón, M. Casado Jiménez, J. García Caballero</i> 341 P91 VÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CANCER DE RECTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ <i>M. Cerpa Calderón, D. García Olmo, J. Feliu Batlle, J. García Caballero</i> 342 P92 ¿EXISTE CONTINUIDAD RELACIONAL ENTRE FISIOTERAPEUTAS Y PACIENTES HOSPITALIZADOS? <i>S. L. De Oliveira Sousa, F. Medina I Mirapeix, P. Escolar Reina, J. Sánchez Garre, F. Baeza Sánchez, M. Á. Martínez Aranda</i> 342 P93 ADECUACIÓN EN EL TIEMPO DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA <i>C. Sanz, M. Olivar, E. García-Camba, S. Fernández, G. Fernández, J. Roldán</i> 342 P94 ANÁLISIS DE CAUSAS Y PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS DESDE PRIMARIA PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN <i>C. Santiago García, M. A. Moreno Valero, G. Álvarez Domínguez, A. Barragán Pérez, J. Fontcuberta Martínez, J. F. Martínez García, P. García Gómez</i> 343 P95 ANÁLISIS DE LA MEJORA DE LA INFORMACIÓN BASADA EN UN TRIPTICO INFORMATIVO <i>C. Mora Lourido, M. J. Déniz Rodríguez, A. Hernández Santana, C. García Del Rosario, E. Martínez Quintana, M. J. García Santana</i> 343 P96 ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y A SUS CUIDADORES EN EL SECTOR ZARAGOZA III <i>M. Á. Martín Burriel, M. C. Esquivias Jaramillo, E. Altarribas Bolsa</i> 343 P97 CALIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON DIABETES O EPOC <i>M. A. Sesé Sánchez, M. J. Rabanaque Hernánde, J. M. Abad Díez</i> 344 P98 CIRCUITO PARA EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE CÁMARA DE RETINOGRFIA NO MIDRIÁTICA (CRNM) <i>R. Sagarra Álamo, M. Baldrich Justel, T. Basora Gallisà, J. Basora Gallisà, R. Pedret Llaberia, J. Daniel Díez</i> 344 P99 COLABORACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE AL ALTA: UN RETO DENTRO DE LA CONTINUIDAD DE GESTIÓN EN FISIOTERAPIA. <i>S. L. De Oliveira Sousa, F. Medina I Mirapeix, P. Escolar Reina, J. Sánchez Garre, F. Baeza Sánchez, M. Á. Martínez Aranda</i> 344 P100 CONCORDANCIA DE DIAGNÓSTICOS E IDONEIDAD EN TRASLADOS COMO INDICE DE CALIDAD ASISTENCIAL <i>M. D. Aranda Cardenas, M. T. Álvarez Albarrán, M. Puiggali Ballart, I. Puente Palacios, S. Laso De La Vega Artal, C. Clemente Rodríguez</i> 345	P101 CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS DE CORTA ESTANCIA <i>S. Mazo Casaus, C. Emparan García De Salazar, V. Hernández</i> 345 P102 CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: EFECTO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA POR PARTE DEL PERSONAL <i>I. Puente Palacios, M. Puiggali Ballart, S. Laso De La Vega Artal, D. Aranda Cárdenas, J. L. Echarte Pazos, C. Clemente Rodríguez</i> 345 P103 DERIVACIONES A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DESDE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES <i>M. A. Javierre Loris, C. Garcés San José, J. Povar Marco, E. Bustamante Rodríguez, B. Gros Bañeres, A. Herrer Castejón</i> 346 P104 DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN EFICIENTE DE RANIBIZUMAB <i>P. Robledillo Colmenares, C. Folguera Olías, B. Menchén Viso, V. Saavedra Quirós, A. Sánchez Guerrero, A. Torralba Arranz</i> 346 P105 DISEÑO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA ENFERMERA DE VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESÁ <i>M. Á. Martín Burriel, E. Altarribas Bolsa, M. C. Esquivias Jaramillo</i> 346 P106 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ZONA DE SALA DE RADIODIAGNÓSTICO A UTILIZAR <i>E. N. Pérez Riverol, C. López Bautista, S. Ciudad Trujillo, H. Llamas Ramón, T. Cañuelo Merino, S. Luna Díaz</i> 347 P107 EL PACIENTE NO ONCOLÓGICO TERMINAL Y LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES <i>C. Domínguez Lorenzo, E. García Hervás, I. García Verde, E. Molina Baltanás, M. M. Vicente Aedo, S. Muelas González</i> 347 P108 ESTUDIO DE REINGRESOS EN CONSULTAS EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA <i>E. Mirón Ortega, P. Morales Socorro, A. Sánchez Cabezudo</i> 348 P109 FACTORES QUE CONDICIONAN LOS REINGRESOS AL MES EN UNA UNIDAD DE SOPORTE A URGENCIAS MÉDICAS (USUM) <i>D. Aranda Cardenas, D. Sánchez Rodríguez, I. Puente Palacios, C. Clemente Rodríguez, D. Mendez Gallego, M. Puiggali Ballart</i> 348 P110 FICHA DE TRADUCCIÓN DEL PACIENTE EN PSIQUIATRÍA <i>I. Mollejo Martín, N. Osuna Nevado, M. Fornos Toribio, A. Pérez Rodríguez, E. Sánchez Labrador, T. Moya Escorihuela</i> 348 P111 IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO <i>M. C. Díaz Melé, V. Garcés Horna, I. Gutiérrez Cía, B. Obón Azuara</i> 348

P112 IMPORTANCIA DE LA ONICOMICOSIS EN EL PACIENTE CON DIABETES TIPO II <i>C. Isanta, A. Rezusta, M. P. Melón, J. A. Montiu, G. D. M. Pie Diabético.....349</i> P113 INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR EN HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL. SITUACIÓN ACTUAL. CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN <i>M. C. Juyol Rodrigo, G. Pérez Vázquez, M. Guillén Soriano, M. T. Espallargas Doñate.....349</i> P114 INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS: MEDIO DE COMUNICACIÓN QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL <i>A. C. Sanjoaquin Romero, C. Palacín, C. Sahun, M. A. Rams, N. Nadal, E. Santorromán.....349</i> P115 LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÓNICO-DEPENDIENTE POR LA ENFERMERA DE ENLACE DEL SECTOR III ZARAGOZA EN EL AÑO 2006/2007 <i>M. C. Esquivias Jaramillo, M. Á. Martín Burriel.....350</i> P116 LA INFORMACIÓN CLÍNICA EN LAS SOLICITUDES AL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA <i>M. J. Revillo Pinilla, P. Palacián Ruiz, P. Egido Lizán, T. Giménez Julvez, J. R. García Mata, M., Equipo Mejora Informacion Clínica.....350</i> P117 MODELO DE GESTIÓN CENTRALIZADO DE LAS URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS AGENTES IMPLICADOS <i>M. D. M. Martínez Lao, A. Fernández Simancas, A. León Martín, A. Figueras Juárez, J. L. Fortes Álvarez, I. Ureña Ramírez.....351</i> P118 MONITORIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS <i>X. Sanz Salvador, F. Fatjó, D. Fernández, D. Martínez.....351</i> P119 MOTIVOS DE CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA: CUÁLES SON Y QUIÉN LOS VISITA <i>A. Collado Cucò, O. Doblado López, L. Colomés Figueras, J. Á. Bilbao Sustacha, J. Valero Sales, J. San Miguel San Martín.....351</i> P120 MUERTE PERINATAL <i>E. Laseca Garzón, M. Mollinedo González, L. Santos López, C. Martín López, A. Reina Díaz, L. Corretgé Núñez.....352</i> P121 NO SE DEBE RASURAR EN QUIRÓFANO <i>J. Lozano, R. Fajardo, R. Asís, M. Maestro, J. Leal, J.L. Aguayo.....352</i> P122 PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO <i>T. D. J. Puértolas Hernández, P. Cebollero Benito, T. Baringo Fuentes, A. Bavai Fernández-Sanguino, C. Olivares Arnal, R. Álvarez Alegret, M. L. Zubiri Ara.....352</i> P123 PROTOCOLO DE CALIDAD EN LA EXTRACCIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL (SCU): "EL CORDÓN QUE AHORA LE UNE A LA VIDA, DESPUÉS SERÁ LA ESPERANZA DE OTROS" <i>S. Gotor Colás, M. Gotor Colás, S. Castán Mateo, C. Barrio Bielsa, S. Izquierdo Álvarez, J. L. Bancalero Flores, P. Bocos Terraz.....353</i>	P124 PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UNA UME DE SALUD MENTAL <i>A. Martín Gracia, C. Ortega, E. González, I. Polo, A. Campo, N. Juan.....353</i> P125 RESULTADOS DE UN CUESTIONARIO DELPHI DIRIGIDO A IDENTIFICAR LAS PRÁCTICAS MAS EFICIENTES EN LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES AL ALTA, CON LA METODOLOGÍA DEL PROGRAMA CONSULTENOS <i>M. A. Pardo López, M. T. Aznar Saliente, M. D. Camacho Romera, M. González Delgado, M. Martínez Ramírez, M. A. Ricci, A. Algarate.....353</i> P126 RETRASOS PRODUCIDOS EN LA ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA HOSPITALARIA: ¿UN PROBLEMA DE GESTIÓN? <i>S. L. De Oliveira Sousa, F. Medina I Mirapeix, M. Sobral Ferreira, P. Escolar Reina, E. Navarro Pujante, M. E. Del Baño Aledo.....353</i> P127 REVISIÓN DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS <i>M. L. Saldaña Lusaarreta, B. Azaola, E. Salgado, H. Escalada, M. Lama.....354</i> P128 RIESGO SOCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA <i>P. Gozalo, C. Marín, I. Brando, D. López, A. Carrillo.....354</i> P129 SITUACIÓN ACTUAL DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON <i>E. Pericas Bosch, P. Pérez Sust.....354</i> P130 TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA INCONTINENCIA FECAL <i>A. B. Morata Crespo, G. González Sanz, M. M. Andreu Fauquet.....355</i> P131 UTILIZACIÓN DE CUESTIONARIO PARA CONOCER LAS NECESIDADES FORMATIVAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL <i>I. Alfonso Cortés, M.J. Pardo Diez.....355</i> P132 ¿TRATAMOS BIEN EL DOLOR EN URGENCIAS? UTILIDAD DE LA VALORACIÓN DEL DOLOR POR ENFERMERÍA <i>M. Hernández Quiles, A. Mas Morales, P. Vaquero Álvarez, R. Amorós González, M. C. Pina Rodríguez, J. Alcaraz Martínez.....355</i> P133 ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN EPISODIOS AGUDOS DE PATOLOGÍA BANAL: SITUACIÓN ACTUAL EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD <i>E. Morales Suárez, A. Collado Cucò, O. Doblado López, M. Esquiús Rodríguez, E. Enri Fernández, M. Ocete Manero.....356</i> P134 ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES EN LOS ÚLTIMOS MESES DE VIDA <i>Y. Castán, M. L. Lou, C. Laguna, J. M. Abad, N. Enriquez, F. Arribas.....356</i> P135 CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DEL NIÑO SANO EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA <i>R. Riera Dalmau, L. Enguix Martínez, A. Pereira Leiva, A. Tudela Soler, G. Duarte Clíments, M. B. Sánchez Gómez.....356</i>

P136 CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL. AUDITORÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE ANESTESIA <i>J. A. Paz García De Mateos, I. Portero Larragueta, M. A. Fernández Sánchez, J. M. Marzal Baró, J. A. Santa-Ursula Tolosa, A. Bartolomé Ruibal</i> 357 P137 CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE OSTOMIZADO <i>J. Portuondo Jiménez, M. Larrinaga Llaguno, P. García Alonso, I. Bilbao Saez De Parayuelo, F. De La Hoz Aizpuru, A. González Reguero</i> 357 P138 CICLO DE MEJORA VÍA INTRANET DEL REGISTRO EN PACIENTES DIABÉTICOS <i>R. Aguilar Hernández, M. J. Sánchez De Las Matas Garre, J. García Alcaraz, A. M. Muñoz Ureña, M. Y. Samper Saura, A. Pérez Salas</i> 357 P139 CICLO DE MEJORA: FIJACIÓN CORRECTA DE LA Sonda VESICAL <i>D. Iniesta Martínez, M. A. Rodríguez Molina, M. G. Salmerón Lucas, M. L. Martínez Caballero, J. Arias Estero, A. Gracia Arteaga, T. Marín García</i> 358 P140 COMPARACIÓN GRÁFICA DE LAS EVALUACIONES 2006-2007 DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO A TRAVÉS DE DIAGRAMA DE PARETO. H.G.U. REINA SOFÍA DE MURCIA <i>Á. D. R. Sáez Soto, V. M. Ros García, M. J. Terón Martínez, J. M. Bernal Romero, M. D. Corbalan Abril, G. Muñoz Pérez</i> 358 P141 CRITERIOS DE CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA SOCIOSANITARIA <i>C Gracia Bernal</i> 359 P142 DERMATOLOGÍA DE ENLACE EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD <i>S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, P. De Lora Novillo, A. Gómez Peligros, F. Aganzo López, J. A. Delgado</i> 359 P143 DESARROLLO DE UN DIRECTORIO PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE EL RESPETO A LA AUTONOMÍA, EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS <i>G. De Febrer Martínez, C. Yagüez Rubio, E. Prats Alonso, B. García Moya, M. Sebastián Benet, M. García García</i> 359 P144 DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CALIDAD PARA MEJORAR LA INFORMACIÓN A LOS PADRES DE NIÑOS CON PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA <i>M. Navarro Lucía, F. Romero Cuenca, M. S. Salvo Gonzalo, J. Gil Tomás, M. Gracia Casanova, F. J. Carapeto Marquez De Prado</i> 359 P145 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RASURADO QUIRÚRGICO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL <i>J. I. Barranco Domínguez, C. Martínez Casamayor, M. P. Cebollero Benito, R. Cerdán Pascual, M. A. Dobón Rascón, J. M. Esarte Muniain</i> 360 P146 EDUCANDO PARA EL AUTOCUIDADO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA <i>V. Tiscar González, E. Benítez Negro, C. Fernández Román, P. Castillo Corrales, A. Díaz Zuloaga, M. A. Fernández Fernández</i> 360	P147 EL TRABAJO SOCIAL DE SALUD COMO FACTOR DE CALIDAD EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LAS URGENCIAS MATERNO-INFANTILES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL <i>M. Canet Ponsa, M. J. Montes Rubial, M. Martín González, D. Planas, M. Solé Orsola, A. Ochoa</i> 360 P148 ESTUDIO DE BACTERIEMIAS FALSAS COMO INDICADOR DEL PROCESO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS <i>E. Gómez Ahedo, I. Atutxa Aurtencheche, C. Busto Barrenechea, J. A. Álava Menica, C. Ezpeleta Baquedano, R. Cisterna Cáncer</i> 361 P149 ESTUDIO DE LAS LESIONES TARDÍAS PRODUCIDAS POR ALCALOIDES DE LA VINCA <i>M. Moreno Manchón, A. Llurba Asensio, M. López Blesa, V. Marín Llauro, J. Mateo Domínguez, A. Torres Donoso, I. C. Grau Farrus</i> 361 P150 EVALUACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE <i>J. Leal Llopis, A. Paredes Sidrach De Cardona, M. Calvo Bohajar, M. C. Arjona Ramírez, C. Peñalver Guillén, L. Zarate Riscal</i> 361 P151 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN <i>J. Leal Llopis, M. Calvo Bohajar, A. Paredes Sidrach De Cardona, M. C. Pérez García, M. J. Crespo Carrión, R. M. Jiménez Moreno</i> 362 P152 EVALUACIÓN INDICADORES DE CALIDAD EN PREVENCIÓN DE ULCERAS PR PRESIÓN <i>J. Leal Llopis, A. Paredes Sidrach De Cardona, C. De La Hera Foncuberta, Y. Martínez Albaladejo, F. Peñalver Hernández, M. Calvo Bohajar</i> 362 P153 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA <i>D. Iniesta Martínez, A. Gracia Arteaga, M. A. Rodríguez Molina, J. Arias Estero, M. L. Martínez Caballero, M. García Lucas</i> 362 P154 FOMENTANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL: CONSULTA DE ENFERMERÍA EN RADIODIAGNÓSTICO <i>P. Soler Gallego, J. Mellado Romero, E. Hernández Serna, J. Martínez García, J. Latorre Martínez, C. García Jiménez</i> 362 P155 GESTIÓN CLÍNICA Y MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. CUIDADOS ENFERMEROS INTEGRALES Y DE CALIDAD. HOSPITAL DOS DE MAIG. CONSORCI SANITARI INTEGRAL DE BARCELONA. <i>P. Madrid Viamonte, R. Fernández Puertas, G. Gómez Núñez, C. Teixidó Planas, J. Esteve Ferran, J. Carlos Valdés Casas</i> 363 P156 GUÍA DE APOYO PARA CUIDADORES <i>M. E. Pérez Colón, E. Lorente Sanz, P. Manzano Hernández, C. Gómez Sarasa, M. Díaz García, C. Aula Valero</i> 363 P157 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS INFORMATIZADO COMO ESTRATEGIA DE MEJORA <i>M. Onandia Ocerín, I. Artola M, Zuazo, L. Pascual, L. Intxaurreaga, J. Darpón</i> 363

P158 IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL INICIAL (VNI) DENTRO DE LA VALORACIÓN ENFERMERA AL INGRESO DEL PACIENTE <i>R. García Hernández, P. Benito, E. Gimeno, P. López, J. Ocón</i> 364 P159 INTERCULTURALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIVEL III. <i>M. Canet, P. Collazos, M. Martín, A. Queresi, M. Juárez, M. Solé</i> 364 P160 INTERVENCIÓN DE GRUPOS DE MEJORA EN LA DIFUSIÓN Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS <i>Á. D. R. Sáez Soto, C. V. Gutiérrez García, M. D. Castejón Berenguer, E. Lorca Sánchez, M. L. Ruano Ríos, M. Culiáñez Alenda</i> 364 P161 MEDICIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE LA NEFROPATÍA POR CONTRASTE <i>N. Llamas Fernández, A. López Martínez, S. M. Botías Arnau, C. R. Hernández Romero, M. D. L. N. Alcazar Espin, A. Carrillo Alcaraz</i> 365 P162 MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA 2006-2007. H.G.U REINA SOFÍA DE MURCIA <i>J. M. Bernal Romero, Á. D. R. Sáez Soto, M. J. Terón Martínez, V. M. Ros García, J. Martínez López, A. Valera Gil De Pareja</i> 365 P163 MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL INGRESO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN. EVALUACIONES 2006-2007. H.G.U. REINA SOFÍA DE MURCIA <i>Á. D. R. Sáez Soto, M. J. Terón Martínez, V. M. Ros García, E. García Torralba, J. M. Bernal Romero, M. Gutiérrez García</i> 366 P164 MEJORA NUTRICIONAL. CALIDAD APLICA AL PACIENTE DESDE UN SERVICIO DE COCINA <i>R. Martí Usón, S. Hernández, E. Nebot, M. García, L. Sánchez</i> 366 P165 PLAN DE ACOGIDA EN LENGUAJE BRAILLE <i>A. Fuster Pardo, A. Hernández Santana, C. García Del Rosario, M. D. González Santana, M. M. Peñate Rodríguez, J. Cobián Martínez</i> 367 P166 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN: LA CALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA <i>J. Cortés Angulo, N. Illana Rodríguez, P. Ferrer Bas, F. J. Soriano Hernández, R. Chumillas Herrero, J. Hellín Monasterio</i> 367 P167 PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN ENFERMOS CON TRATAMIENTO CITOSTÁTICO DERIVADO DE LOS ALCALOIDES DE LA VINCA <i>J. Mateo Domínguez, A. Llurba Asensio, M. López Blesa, V. Marín Llaurado, M. Moreno Mancho, A. Torres Donoso, I. C. Grau Farrus</i> 367 P168 PROGRAMA DE TELEMEDICINA EN EL SEGUIMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL <i>F. Losfابلlos Callau, J. Acha Pérez, P. De Diego García, M. J. Montoya Oliver, C. Tella Madorrán, P. De Castro Hernández</i> 368	P169 PROYECTO DE EMPLEO E INSERCIÓN PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE DIFICULTAD <i>M. J. Calvo Salillas, P. Lanao Senz</i> 368 P170 PSICODERMATOLOGÍA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD <i>S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, J. L. Gascón Brumos, M. P. Blazquez Girón, A. Gómez Peligros, A. Bes Franco</i> 368 P171 REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC. MANUAL DE INFORMACIÓN <i>A. Peña Giménez, F. Aguilar Franco</i> 369 P172 SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA <i>M.D.C. Sánchez-Paniagua Aguado</i> 369 P173 SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA <i>M. F. Modrego Aznar, J. M. Sala Ayma, C. De La Cámara Izquierdo, J. L. Glez. Torrecillas, J. J. López Plaza, J. González Murga</i> 369 P174 UNIDAD DIDÁCTICA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL <i>M. D. L. M. Drake Canela, M. Santaolaya Cesteros, M. A. Bajo Rubio, G. Del Peso Gilsanz, M. J. Castro, J. García Caballero</i> 370 P175 ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN EN SERVICIOS CENTRALES. NECESIDAD DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE LAS ACCIONES COMO FUENTE DE CONOCIMIENTO Y MOTIVACIÓN <i>J. González Revaldería, E. Palomino Gutiérrez, R. Herranz Quintana</i> 370 P176 CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: APLICACIÓN DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DE UN CENTRO DE SALUD <i>G. Bernués Sanz, M. Gracia Marco, M. Cabañuz Latorre</i> 370 P177 DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS EN CATEGORIAS NO SANITARIAS EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA <i>R. Cruz Torres, M. Vera Rodríguez</i> 371 P178 EL EMPLEO DE UNA TERMINOLOGÍA AFÍN ENTRE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9ª MODIFICACIÓN CLÍNICA (CIE-9-MC) Y EL CARDIÓLOGO : CALIDAD EN LA CODIFICACIÓN <i>M. Sánchez Fernández, J. Ródenas Checa</i> 371 P179 EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE FORMACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN TRAS TRES AÑOS DE IMPLANTACIÓN <i>M. Martínez Muñoz, R. Lara Fernández, F. Collado Vázquez, F. J. Bretón Ibáñez, J. Hernández Hernández, M. Artigas Lage</i> 371 P180 EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN EN GESTIÓN POR PROCESOS A PERSONAL NO SANITARIO EN EL SECTOR II DE ZARAGOZA: EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES <i>S. Izquierdo Álvarez, P. Giménez Lamban, M. L. Vela Marquina, A. Monreal Hajar, J. R. García Mata</i> 372

P181 FORMACIÓN SOBRE EL USO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS DESDE EL COMITÉ DE TRANSFUSIÓN DE UN HOSPITAL TERCARIO V. Recaséns Flores, E. Bustamante Rodríguez, A. Rubio Martínez, R. Rubio Escuin, J. F. Lucía Cuesta, M. Vela Marquina, J. R. García Mata 372 P182 LA CLAVE ESTÁ EN ESCUCHAR E. Lamote Degignon Alifonso, A. Vallespi Cantabrana 372 P183 OBJETIVOS DE CALIDAD EN ENFERMERÍA: AYUDANDO A CONOCER J. M. Lucas Gómez, N. Illana Rodríguez, P. Ferrer Bas, C. Martínez Romero, J. Hellín Monasterio, M. López Ibáñez 372 P184 OPINIÓN DE PROFESORES Y ALUMNOS SOBRE LOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA PROGRAMADOS POR LA UNIDAD DE DOCENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO E. López, A. Carrillo, I. Bermejo, J. M. Sánchez, J. Leal, M. Calvo 373 P185 PROPUESTA DE INDICADORES PERIÓDICOS PARA MONITORIZAR EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN UN CENTRO DE SALUD L. Luzón Oliver, R. Rubio Cavero, M. P. Astier Peña, L. A. Gimeno Feliu, M. Eguiluz López, M. D. Ariño Martín 373 P186 PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA HIPERGLUCEMIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO F. Losfoblos Callau, P. Trincado Aznar, P. De Castro Hernández, P. De Diego García, J. Playán Usón, M. Monreal Villanueva.....373 P187 ¿CÓMO MEDIR LA EFICIENCIA EN ATENCIÓN AL PACIENTE? EL DEA, UNA NUEVA METODOLOGÍA L Ortiz Henarejos, J. J. Mira Solves, J. Aparicio Baeza, C. Nebot Marzal, F. Borrás Rocher, I. M. Navarro Soler.....374 P188 ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN. HERRAMIENTA DE MEJORA A. Carrillo Garrido, A. Martos Foladori, J. M. Jover Casas, E. Nuevo Lara, L. C. López Mudarra, F. Huertas Martos 374 P189 APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA "QUALITY FUNCTION DEPLOYMENT" (QFD) PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL A LAS EXPECTATIVAS DEL USUARIO E. Lagos Pantoja, L. Calahorra Fernández, M. Armenteros Lechuga, L. Porras Leal, M. Díaz López, A. Figueras Juárez.....375 P190 CALIDAD ASISTENCIAL VERSUS MODELOS DE GESTIÓN DE CUIDADOS EN UNIDADES DE ENFERMERÍA J. M. Rumbo Prieto, L. Arantón Areosa, N. Loureiro Pérez, M. Quintián Mendez, A. M. Ramírez Pizano, F. García Collado 375 P191 CICLO DE MEJORA: GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA M. López Ibáñez, C. Fernández Redondo, J. Martínez Castillo, M. Albaladejo Ortiz, G. Brihuega Gascón, M. Díaz Lacalle.....375	P192 CINCO AÑOS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD J. M. Oto Terrer, F. Revilla Ramos, Á. Gómez Palmero, S. Sahuquillo Bartolomé, M. Miranda García, G. Del Caño Jiménez 376 P193 CIRCUITO DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO DESDE UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA I. González Álvarez, L. Pérez Rodríguez, M. Carnero Ruiz, M. D. C. Castro Copete, N. Picazo Escribano, M. Ribera Coves.....376 P194 CREACIÓN DE UNA HOJA DE SCREENING DE PROBLEMÁTICA SOCIAL PARA CONOCER LOS INDICADORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL M. P. Lander, A. Lizarazu, B. López De Munain, F. Manzanos, A. Ochoa De Alda, T. Rilova 376 P195 DEMORA EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE ANATOMÍA PAROLÓGICA COMO SISTEMA DE VALORACIONDE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO M. Gurri Landi, F. Smilg Vidal, M. C. Fernández Barreras, M. Remezal Solano 377 P196 DESARROLLO DE SISTEMAS INNOVADORES DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DE PROCESOS B. Fernández González, A. Álvarez Suárez, A. Fernández León, E. Fernández Rico, G. González Suárez, M. Alonso Álvarez.....377 P197 DIRECTORIO DE COMPETENCIAS DIRECTIVAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA J. Bravo Rodríguez-Barrero, A. Cabañas Martínez, B. Vazquez Quiroga, J. Flores Herrera, F. J. Guerra Gómez, A. Colomer Rosas 377 P198 DISEÑO DE UN ÍNDICE SINTETICO DE CALIDAD DE PRESCRIPCION MEDIANTE EL EMPLEO DE LA MATRIZ DE SAATY O. Pinar López, A. Añino Alba, I. Fernández Esteban, A. Mataix Sanjuán, J. Ferrándiz Santos, J. J. Muñoz González.....378 P199 EFECTIVIDAD DE LA GESTIÓN CLÍNICA DE LOS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA C. Andrés Carretero, G. Duarte Clíments, M. B. Sánchez Gómez, R. Casals Riera, J. M. Jurado Serrano, J. Castelló Gusi 378 P200 EFICACIA DE LA INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE DOBLE CAJETÍN PARA ALMACENAMIENTO DE MATERIAL FUNGIBLE EN EL HOSPITAL J. González Revaldería, F. J. Cortés Urbán, V. Mesa Ortega, M. Carrión Bolaños, R. Herranz Quintana.....378 P201 EL CUADRO DE MANDO DE UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA (LA FUENFRIA-SERMAS): DISEÑO, ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN R. López Sanz, M. Garrido Martín, P. Muñoz Sahagún, L. Pascual Bastida, MC. Antón Boix.....379 P202 GUÍA CLÍNICA Y TERAPEUTICA EN URGENCIAS F. Cordoba Ruiz, A. M. Regidor Braojos, B. Sánchez Cuadal.....379

P203**HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA EL ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO CLÍNICO ENFERMERO. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA**

J. M. Jurado Serrano, M. B. Sánchez Gómez, G. Duarte Clímets, C. Andrés Carretero, C. Ramón Canton, R. Casals Riera.....379

P204**ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. EVOLUCIÓN ANUAL COMO CRITERIO DE EFICIENCIA**

B. Flores Pastor, V. Soria Aledo, A. Campillo Soto, J. Miquel Perello, L. Carrasco González, J. L. Aguayo Albasini 380

P205**LA GESTIÓN DE LA CADENA DE SUMINISTRO EN GRANDES ÁREAS HOSPITALARIAS COMO ELEMENTO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD**

VC. Aguilar Escobar, C. Galisteo Fernández, JA. García Rodríguez.....380

P206**LAS COMARCAS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER**

L. Casaña Fernández, A. Cisneros Izquierdo, A. Misiago Peral, L. Henar Esteras, G. Santana López, A. Lax Cacho.....380

P207**MEJORA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL**

C. Viñuales Armengol, P. Amador Rodríguez, B. Abad Bañuelos, J. M. García Márquez.....381

P208**MÓDULO DE CÁLCULO AUTOMÁTICO DE INDICADORES DE CALIDAD EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP) BAXTER RENALSOFT®**

A. Canalejo Álvarez, J. Santas Muñoz 381

P209**MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO: ¿SEGUIMOS MEJORANDO?**

N. Illana Rodríguez, J. Cortes Angulo, M. López Ibáñez, P. Ferrer Bas, R. Torrano García, C. Martínez Romero 381

P210**NIVELACIÓN DE COMPETENCIAS DIRECTIVAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA**

F. J. Guerra Gómez, A. Cabañas Martínez, A. Galan Grajera, A. Ramírez Barba, C. Domínguez Cuevas, J. Bravo Rodríguez-Barrero.....382

P211**OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE COMUNICACIÓN ENTRE CENTRO DE COORDINADOR Y RECURSOS ASISTENCIALES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS**

J. Martínez Gómez, M. J. Medrano Martínez, M. J. Fernández Campos, V. Sánchez-Brunete Ingelmo, P. Martínez Tenorio, N. Rodríguez Rodil.....382

P212**PLAN BÁSICO DE CALIDAD EN UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEFROLOGÍA**

V. Pérez-Bañasco, J. M. Jover Casas.....382

P213**PLAN DE CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA Y DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN DIÁLISIS PERITONEAL**

J. Arrieta, A. Bajo, C. Remón, R. Selgas.....383

P214**PLAN DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL, GESTIÓN MATRICIAL**

J. Ribas Sabate, Y. García Caro, M. García Franco, J. Miguel Hernández, G. Escartín Martín, J. Ramos Montes.....383

P215**APLICACIÓN DEL CICLO MEJORA CONTINUA O CICLO P.D.C.A. EN EL PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE**

M.T. Pérez Medrano, M.C. Sánchez Valdepeñas, P. García Amo, C. Grande Baos, A. Robledo González 383

P216**VALORACIÓN DE LA EFICACIA DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN**

L. Martínez Muñoz.....384

P217**¿QUÉ HACEMOS CON NUESTROS RESIDUOS?**

M. R. Sánchez Navarro, S. Blanco Martín, A. Gómez Román, M. Cantal Sánchez, D. Guillot Giménez, D. Pascual Reguera.....384

P218**¿QUÉ IMPLICA PARA LA ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS LA CERTIFICACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO 9001:2000?**

R. Álvarez Oviedo, A. Pereda González, C. Blanco Suárez, R. Coto Moreno, M. Laviana Fernández, C. Martínez Ortega.....384

P219**4 AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE UNA LÍNEA ESTRATÉGICA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UN GRUPO ASISTENCIAL**

M. Bueno Domínguez, E. Prats Alonso, L. Colomé Figuera, L. Nualart Berbel.....385

P220**ANÁLISIS DAFO PARA UNA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA EN EL ÁREA DE INFORMÁTICA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS**

J. Martínez Gómez, N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, M. V. Hernández Jaras, A. Colomer Rosas, J. A. Pajuelo Ayuso.....385

P221**ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS**

M. Sánchez Fernández, M. J. Esteban Zarraoa, E. Balzategi Garay, C. Muñoz Miguel, J. L. Angulo Orue, M. Usandizaga Uranga 386

P222**BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROCESOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN**

M. C. Matthies Baraibar, E. Ibáñez Gorostiaga, A. Etxevarria Alfonso 386

P223**BIOSEGURIDAD Y ESTERILIDAD AMBIENTALES EN EL ÁREA DE PREPARACIONES ESTÉRILES DEL SERVICIO DE FARMACIA**

F. Valiente Borrego, I. Sánchez Martínez, M. Albarracín Marín-Blázquez, J. Campayo Rojas 386

P224**CICLO DE MEJORA APLICADO A LA ORGANIZACIÓN INTERNA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

I. Cornejo García, R. Herranz García, M. San Antonio Marinas, C. Miguel Aguilar, M. V. Meléndez Muñoz, M. Á. Martínez Suárez.....387

P225**CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA VÍA CLÍNICA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

M. Velasco Carrasco, JM. Jardí Manuz, N. Hachem, F. Guspí Saiz, J. Moreno Matías, M. Estevez Fernández.....387

P226**DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL: LA INICIATIVA DE CASTILLA-LA MANCHA**

M. Nieto Moreno, C. De La Rosa Aguilar, D. Navarro Bayón, V. M. Devolx Neyra, M. F. Morillo Garay, F. Alcázar Casanova 387

P227 DISEÑO DEL PROCESO DE ASISTENCIA EN CONSULTAS. EXPERIENCIA PILOTO CON LAS CONSULTAS EXTERNAS DE DERMATOLOGÍA Y UROLOGÍA <i>M. M. Ortiz Otero, J. Borbujo, A. Páez, F.J. Rivas Flores, P. Serrano.....</i>388 P228 DISEÑO DEL SUBPROCESO MANTENER LA BASE DE DATOS DE PROVEEDORES EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2 DE MADRID: UN MODELO DE MEJORA EN LA GESTIÓN ESTRUCTURANDO ACTIVIDADES <i>F. Escudero Batalla, C. Montero Villaseca, A. Encinas Monge, M. Rico Villalba, E. Bartolomé Benito, M. Molina Olivas 388</i> P229 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA PARA LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN LOS CARROS DE PARADA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS <i>M. Hernández Jaras, A. Colomer Rosas, J. C. Cerdeira Varela, T. Guerra Pérez, A. Aguilar Prados, N. Rodríguez Rodil.....389</i> P230 DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN CONTINUADA Y GESTIÓN DE PROCESOS HEMATOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DÍA <i>P. Giraldo, V. Recasens, C. López-Puente, T. Galego, L. Quilez, Z. Soriano 389</i> P231 ELABORANDO INFORMACIÓN CLÍNICAMENTE RELEVANTE <i>M. J. Revillo Pinilla, P. Palacián Ruiz, M. L. Monforte Cirac, P. Egido Lizán 389</i> P232 ENFERMERÍA EN AL ELABORACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA PARA HEMODIÁLISIS <i>J. M. Manzano Anguas, F. Cirera Segura, J. Quintas Rodríguez, E. Domínguez Sayago, F. J. Lopez Vega, A. Botello Manso, C. Nieto Romero.....390</i> P233 ESTADO DE SALUD DE UNA VÍA CLÍNICA EN SU SÉPTIMO ANIVERSARIO <i>V. Brugos Llamazares, C. Fariñas Álvarez*, M. Otero Santiago, G. Freire Ruiz, J. M. Monge Mirallas, A. Asensio Lahoz.....390</i> P234 ESTÁNDARES DE CALIDAD EN RELACIÓN A LA GESTIÓN DEL ENTORNO Y LA SEGURIDAD EN UN PROCESO DE ACREDITACIÓN EXTERNA <i>L. Palacios Llamazares, M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, N. Hernández Vidal, T. Anglés Segura, J. M. Solanas Murillo 390</i> P235 ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA 2 DE MADRID <i>E. Bartolomé Benito, S. Ruiz Alonso, Á. Quijada Monzó, G. Gómez Montero, M. Molina Olivas, M. Á. Rodríguez Martínez.....391</i> P236 ESTRATEGIA DE IMPLICACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UN AREA DE SALUD <i>P. Coca Domínguez, F. Santolaya, C. Mendez, E. Gómez, G. M. Carrasco, C. Alonso 391</i> P237 EVALUACIÓN DE LA VÍA DE DERIVACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO <i>C. A. Montilla Morales, P. Miramontes, N. Cubino, R. Borrás, C. Ceballos, J. Del Pino Montes 391</i>	P238 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE INGRESO POR SERVICIO DESDE URGENCIAS <i>I. Navarro Aguilera, M. C. Barba Miñano, M. T. Izquierdo Ros, J. C. García Caravaca, O. Ortiz González, J. Alcaraz Martínez.....392</i> P239 EVOLUCIÓN DE LOS CONTROLES REALIZADOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA PARA EL DESARROLLO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS <i>S. Bernabe, A. Idoipe, M. J. Agustín, C. Vicente, P. Palomo, R. Abad.....392</i> P240 FLUJOGRAMA: PAUTAS DE UN PLEGADO DE CALIDAD MANUAL EN LA BATA VERDE DE QUIRÓFANO. SUBPROCESO: PLEGADO DE ROPA LIMPIA HOSPITALARIA <i>M. J. Galiana Rodríguez, L. Peralta Viguera, M. D. C. Benito Aragón, S. Izquierdo Álvarez 392</i> P241 GESTIÓN DE LA CIRUGÍA MENOR DERMATOLÓGICA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD <i>S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, E. Alarcón Aramburo, J. L. Gascón Brumos, F. Aganzo López, J. M. Grima Barbero 393</i> P242 GESTIÓN DE STOCKS EN EL LABORATORIO: INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL LABORATORIO <i>L. Rello Varas, Y. González Irazábal, S. García Castañón, E. García González, B. García Rodríguez, A. B. Lasiera Monclús 393</i> P243 GESTIÓN DEL PROCESO TUBERCULOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA <i>E. Torres Clemente, E. Puyol Ramí, C. Lueza Lampurlanes, S. Garcés Bielsa, M. Allúe Ciudad 393</i> P244 GESTIÓN POR PROCESOS EN EL PROGRAMA ESPECÍFICO DE ABORDAJE TERAPÉUTICO INTERMEDIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA <i>L. Lekuona Sanz, M. J. Sagastiberri Arruabarrena, L. León Olano, I. Marañón Guillán, M. D. Aparicio Tellería, E. Izarzugaza Iturrizar 393</i> P245 GESTIÓN POR PROCESOS EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA <i>E. Izarzugaza Iturrizar, M. A. Larrinaga Velez 394</i> P246 GESTIÓN POR PROCESOS EN LAS ESTRUCTURAS INTERMEDIAS DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA <i>E. Izarzugaza Iturrizar, L. Lekuona Sanz.....394</i> P247 GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ARAGÓN <i>M. C. Celaya Lecea, M. Aza Pascual-Salcedo, M. A. García Colinas, A. Clemente Arenere, C. Labarta Mancho, M. A. Roca Vela, y grupo.....394</i> P248 GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO <i>C. Campos*, I. García, J. López, G. Zarazaga, Y. Aliaga, J. García Mata.....395</i>

P249**IMPACTO DE LAS ACCIONES TRANSVERSALES EN LA PLANTILLA DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

C. Capdevila Aguilera, L. T. Sánchez Salido, A. Rídao March, B. Ortiga, M. Anguix Bricio, P. Redón Herrero 395

P250**IMPACTO DE UN GRUPO DE MEJORA DEL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES**

M. G. Lozano Barriuso, A. Martos Foladori, M. Fernández Pérez, P. Sánchez Rovira, J.M. Jover Casas, E.A. Nuevo Lara 395

P251**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE LOS INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

L. C. Rodríguez García, G. Mora Navarro, J. J. Muñoz González, M. T. Alonso Salazar, G. García Álvarez, M. J. Gil De Pareja 396

P252**IMPLANTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA FOTOTERAPIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ**

E. M. Villasevil Llanos, J. F. Gallegos Braun, M. L. Alonso Pacheco, J. García Caballero 396

P253**IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD DE GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD GESTIÓN ECONÓMICA PERTENECIENTE A UNA GERENCIA DE A. P. DE MADRID**

M. Almazán Del Pozo, Z. Herreros, G. Domingo Gil, M. A. Galindo Fariña, S. Velasco Tarrero 396

P254**IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMÁTICA DE MEDICACIÓN EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO**

J. F. Gastón Añaños, N. Allúe Fantova, C. Puyuelo Bleuca, J. M. Escriba Huguet 397

P255**IMPLANTACIÓN Y CONTROL DE UN BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD CLÍNICA EXTERNA**

M. Acín Gericó, J. Martínez Sesmero, J. Mateos Rubio, M. García Palomo, A. Rubio Salvador, P. Moya Gómez 397

P256**IMPLEMENTACIÓN DE UN LISTADO DE CHEQUEOS EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA**

D. García Palacios, J. C. Zapata Jiménez, N. Sarrión Paños, J. J. Castedo Sal, E. Sánchez-Rey Castro, J. Torres Donaire 397

P257**INDICADORES DE CALIDAD DE LA GESTIÓN DE BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA**

M. Lafuente González, P. Quero González 398

P258**INDICADORES DE CALIDAD EN BOTIQUINES DE UNIDAD DE ENFERMERÍA: COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS.**

A. M. Mulet Alberola, L. Martínez Valdivieso, A. Flor García, S. Canales Ugarte, D. Barreda Hernández, A. Escudero Brocal 398

P259**LA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA AL PROYECTO DE APOYO A LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD 2006/2007**

T Valle Madrazo, F. Lois Cámara, R. Olóriz Rivas, T. Dierssen Sotos, M. Robles García, P. Rodríguez Cundín 398

P260**LA GESTIÓN AMBIENTAL: UN PROCESO ESTRATÉGICO EN EL HOSPITAL**

G. M. Darías Rodríguez), M. M. Triana Hernández 399

P261**LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN Y MEJORA EN DOS CENTROS RESIDENCIALES DE ACCIÓN EDUCATIVA (CRAE)**

E. Altaba Dolz, A. G. Jiménez Gallardo, J. Romera Hernández, M. Bueno Domínguez, J. Serra Pascual, M. D. À. Rius Rafecas 399

P262**LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA GERENCIA DE ÁREA: IMPLANTACIÓN**

L. F. García Fernández, A. Cañizares Ruiz, J. Sanz Cortés, Á. Santos Gómez 399

P263**LA MEJORA DEL PROCESO DE LA UCSI A PARTIR DE SUS INDICADORES**

A. Salvador Verges, D. Pujol, I. Nicolas, X. Riba, J. Ruano, L. Moret, R. Carbonell Estape 400

P264**MARCO COBIT 4.0. MAPA DE PROCESOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES EN ENTORNO SANITARIO**

N. M. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, J. Martínez Gómez, J. A. Pajuelo Ayuso, P. Llopis López, R. Solano López 400

P265**MC3-QUALIGRAM, UN PASO ADELANTE EN LA GESTIÓN POR PROCESOS**

A. Galobart Roca, J. C. Estorach, J. Esquirol, B. Guasch Ibáñez 400

P266**MÉTODO DE VALORACIÓN COMPARATIVA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLANTILLA DE UN DEPARTAMENTO**

C. Fernández Barreras, F. Smilg Vidal, M. Gurri Landi, M. Remezal Solano 401

P267**MODELO BASADO EN COMPETENCIAS PARA EL DESARROLLO DEL LIDERAZGO EN EL HOSPITAL DE CRUCES**

M. Latorre, J. A. San Sebastián, I. Bilbao, A. M. Llamas, V. Sánchez, J. J. Ballesteros 401

P268**NORMALIZACIÓN DEL CARRO DE PARADA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS**

M. Hernández Jaras, A. Margaleff Blas, F. Pérez Gonzalo, A. Ortiz Ramírez, N. Sebastián Poza, J. Martínez Gómez 401

P269**OPTIMIZACIÓN DEL PRESUPUESTO SANITARIO POR APLICACIÓN DE FARMACOTERAPIA ANTIINFECCIOSA INTRAVENOSA EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS**

J. González López, M. Tourís Lores, F. J. Martínez Bahamonde, C. Crespo Diz, M. Carreras Viñas, M. T. Chuclá Cuevas 402

P270**OPTIMIZAR EL RECURSO CAMA HOSPITALARIA A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DE PROCESOS**

L. V. García Cachafeiro, C. E. Zaragoza, F. Rodríguez Cabello, A. Artigas Ramo, R. Montero Miguel, C. Sáez Sierra 402

P271**PLAN DE FORMACIÓN COMO TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOFÍSICA HOSPITALARIA**

J. J. Castedo Sal, J. Arjona Gutiérrez, N. Sarrión Paños, D. García Palacios, E. Sánchez-Rey Castro, A. Gil Agudo 402

P272 PLAN ESTRATÉGICO DE FORMACIÓN DEL PERSONAL Y SU DESPLIEGUE A TRAVÉS DEL PROCESO DE FORMACIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ZAMUDIO <i>M. López Ortiz, F. T. Chicharro Lezcano, M. Zarate Soloeta, E. Alconada Botrán.....</i>403 P273 PLANIFICACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2000 EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE CITOSTÁTICOS <i>A. M. Duro Martínez, J. Aguado Martín.....</i>403 P274 PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA COMO GARANTÍA DE CALIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA <i>J. Mateos Rubio, M. T. Acín Gericó, M. Fernández Arévalo, J. J. Cía Lecumberri, A. R. Rubio Salvador, P. Moya Gómez.....</i>404 P275 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS <i>M. Sánchez Fernández, M. J. Esteban Zarraoa, E. Balzategi Garay, M. Usandizaga Uranga, A. Masie Mebuy, A. Eguskiza Ortega.....</i>404 P276 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE UN ÁREA SANITARIA <i>A. Miquel Gómez, M. Cantero Caballero, J. Martín Fernández, B. Gutiérrez Teira, M. C. De Hoyos Alonso, P. Domenech Senra.....</i>404 P277 PROCESO ASISTENCIAL DEL ENFERMO POLITRAUMATIZADO, INICIO DE MEJORA DE CALIDAD MEDIANTE GESTIÓN DE PROCESOS <i>M. A. Javierre Loris, J. M. Artigas Marín, R. Cerdán Pascual, C. Cassinello Ogea, A. Utande Vázquez, B. Vicente De Vera Bellostas.....</i>405 P278 PROCESO PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS <i>M. De La Cal López, H. Rebollo Rodrigo, F. M. Antolin Juarez, V. Brugos Llamazares, J. Rosselló Urgell, J. R. Mozota Ortiz.....</i>405 P279 PROYECTO DE AUTOMATIZACIÓN DEL REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFÍAS DEL PROGRAMA DEPRECAM EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA OMI-AP EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID <i>M. Bayón Cabeza, M. V. Ramírez Alesón, J. Jiménez Carramiñana, M. P. Regules Azuara, S. Garrido Elustondo, A. M. Carnicero Sanz.....</i>405 P280 PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE LAS CITAS FORZADAS EN UN CENTRO DE SALUD <i>S. López Cotón, B. Brusint Olivares, B. Jerez Basurco, R. Cabral Rodríguez, M. D. Martín Álvarez, C. García Cubero.....</i>406 P281 PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE ADMISIÓN <i>P. Fernández Rodríguez, I. Villa Ruiz, C. Lapeña Ortega, C. Girabent Careta, J. Herrero Manso.....</i>406 P282 SATISFACCIÓN DE LOS INVESTIGADORES CON EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ARAGÓN (CEICA) <i>M. González Hinjos, J. Perfecto, J. Puzo, Grupo De Trabajo Ceica, C. Aibar Remón.....</i>406	P283 SATISFACCIÓN DE LOS PROMOTORES DE ENSAYOS CLÍNICOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ARAGÓN (CEICA) <i>Á. Idoipe Tomás, A. Prados, S. Torrente, Grupo De Trabajo Ceica, C. Loris Pablo.....</i>407 P284 SEGURIDAD EN EL LABORATORIO ¿CONOCEMOS NUESTROS RIESGOS? <i>M. R. Sánchez Navarro, A. Gómez Román, S. Blanco Martín, M. Cantal Sánchez, D. Guillot Giménez, D. Pascual Reguera.....</i>407 P285 SEGURIDAD RADIOLÓGICA DEL PACIENTE EN TERAPIA METABÓLICA <i>D. M. Coello López De La Osa, I. Jiménez Carmona, E. Sánchez-Rey Castro, A. M. García Vicente, R. P. Sánchez González, N. Sarrión Paños.....</i>407 P286 SUBPROCESO ORGANIZATIVO PARA EL INGRESO DE PACIENTES URGENTES <i>L. V. García Cachafeiro, F. Rodríguez Cabello, C. E. Zaragoza, J. Cánora Lebrato, C. Jiménez Nuevo, G. Velasco Zamorano.....</i>408 P287 EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN RADIOLOGÍA (CMIR). INSTRUMENTO DE GESTIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA <i>I. González Álvarez, M. García Pérez, J. A. Gómez, J. López Moreno, J. López Romero, M. F. Lorente Fernández.....</i>408 P288 VALORACIÓN DE LA AUTOCITA EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA CONSULTA <i>M. D. C. Sobrados Ferradal, L. C. Rodríguez García, M. Beamud Lagos, G. Mora Navarro, M. J. Gil De Pareja, M. S. Ochandorena Juanena.....</i>408 P289 VÍA CLÍNICA DEL PARTO <i>M. Gómez Santillana, D. García Fernández, M. D. M. Romero Duro.....</i>408 P290 EL SEMÁFORO AMBIENTAL: CUADRO DE MANDO DE CALIDAD AMBIENTAL <i>O. Nadal Castan, M. J. Planas, M. Jabalera Contreras, G. Puche Rubio.....</i>409 P291 EVOLUCIÓN E IMPACTO DEL VOLUNTARIADO EN EL HOSPITAL INFANTIL DESDE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA CIBER AULA <i>R. Abad Babier, O. Huerta Romero, A. Usón Abenia, M. L. Vela Marquina.....</i>409 P292 PLAN DE MEJORAS SOCIALES COMO HERRAMIENTA DE FIDELIZACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES <i>A. Jover Moreno, J. Pujol Colomer.....</i>409 P293 PROGRAMA DE USO EFICIENTE DE AGUA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA <i>A. Belio Gil, N. Reyes Perea, J. Jiménez Saenz, F. Ramos D'angelo, J. M. Arnal Alonso.....</i>410 P294 RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA: INNOVANDO MÁS ALLÁ DE LA EXCELENCIA <i>E. González Lombide, A. Retes Saratxaga, J. J. Ayesa Álvarez, O. Olano Arancibia, G. Alias Balbas.....</i>410

P295

¿QUE PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN DEL TABACO PREFIEREN NUESTROS PACIENTES?

E. Lorente Ten, P. Gómez Martínez, N. Hernández Vidal, L. Palacios Llamazares, M. Gens Barberà,
T. Anglés Segura 411

P296

ADAPTACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS DE LA AHRQ A LA BASE DE DATOS CMBD

J. Rosselló Urgell, M. De La Cal López, V. Brugos Llamazares, F. Rojo Roldán, H. Rebollo Rodrigo, F. Antolín Juárez 411

P297

CIRUGÍA DE LAS INESTABILIDADES ANTERIORES DE RODILLA Y ESCALAS DE SALUD PERCIBIDA

V. León Muñoz.....411

P298

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN LISTADO DE INDICADORES PARA EVALUAR EN FORMA GLOBAL LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA ARGENTINA

A. Pichón Riviere, E. García Elorrio, M. Belizan, S. García Martí, D. Ferrante 412

P299

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN EL SECTOR II DE ARAGÓN

M. Á. Gotor Lázaro, M. T. Ortega Maján, E. Chacón Vallés, M. Lanzuela Valero, F. Tejada Barrigón, J. Marta Moreno 412

P300

ESTUDIO DE ANEMIA DETECTADA EN PACIENTES ADULTOS NO HOSPITALIZADOS A TRAVÉS DE LA AMPLIACIÓN DEL HEMOGRAMA

M. E. Franco García, C. Pardo Laseca, Á. Pérez Layo, C. Miñana Amada, R. Aguarod Sediles,
J. L. López-Coronado Pérez.....412

P301

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LA MUERTE EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

M. Herrán Prieto, J. García Mata, A. Serrano González, A. Murciano Rosado, A. Clavo Sánchez.....413

P302

ESTUDIO DE LA DEMANDA URGENTE DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

L. Camacho Montero, E. Álvarez García,
M. Buqué Cavalle 413

P303

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

A. Serrano González, M. Herran Prieto, J. García Mata, A. Murciano Rosado, A. Clavo Sánchez.....413

P304

ESTUDIO DELPHI DE IDENTIFICACIÓN DE OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL SEGUNDO PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Quiles I Izquierdo, A. M. Fullana Montoro, M. Guilabert Mora, I. Navarro Soler 413

P305

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ACCIDENTES BIOLÓGICOS PROCEDENTES DE LAS COMARCAS SANITARIAS DEPENDIENTES DEL HOSPITAL DE BASURTO DE BILBAO

M. G. Varela Soto, C. Mendoza Díez, I. Martínez Matienzo, A. I. Tejada Haffman, L. Sanz De Icaza, M. Eguileor Gurtubay.....414

P306

EVALUACIÓN Y MEJORA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

T. López Picazo, R. Pérez Costa, M. García López, C. Martínez Espín,
F. J. Sierra Prefasi, A. Carrillo Alcaraz.....414

P307

EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN ARAGÓN

M. T. Ortega Maján, M. Á. Gotor Lázaro, J. Urralburu Tainta, J. Marta Moreno, F. Tejada Barrigón 414

P308

EVOLUCIÓN INDICADORES CALIDAD FASE PREANALÍTICA HOSPITAL DE CIEZA

M. C. Zamorano Andrés, J. Álvarez Melgares De Aguilar.....415

P309

GUÍA CLÍNICA INFORMATIZADA Y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTES CON CIRUGÍA PROGRAMADA

C. Emparan García Salazar, R. Cabezalí Sánchez, P. Soriano Gil-Albarellos.....415

P310

HUMANIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA CESÁREA EN UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO

C. Coronas Fumanal, E. Vall, F. Ordas, C. Barrio, I. Nájera, L. Sánchez Uría 415

P311

LABORATORIO DE URGENCIAS: TIEMPOS DE RESPUESTA

L. Rello Varas, Y. González Irazábal, S. García Castañón, E. García González, B. García Rodríguez,
A. B. Lasiera Monclús 416

P312

MEJORA DE LA CAPTACIÓN DE MUJERES EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CA DE MAMA EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

O. Rodríguez Revilla, M. Moreno Alarcón, P. Martín Mateos, L. Menéndez Hernández, C. Rodríguez Martínez,
C. Vicente Hernández 416

P313

SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL DE CASTILLA-LA MANCHA

M. Nieto Moreno, O. Carrasco Ramírez,
J. A. Contreras Nieves.....416

P314

SUTURA ADHESIVA TISULAR: ¿TIENE RESULTADOS SATISFACTORIOS?

I. Peña Capsir, A. Alejos Tena, Y. Vasco Rodríguez, A. Ibiricu Barro, O. Doblado López 417

P315

TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A. García Olert, J. Cortés Carmona, A. I. Hernández Sánchez, F. J. Miralles Andújar, M. E. Caro Nieto,
M. D. L. Á. Domínguez Bernal.....417

P316

VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL DESCENSO INTRAOPERATORIO DE PARATIRINA EN LA PREDICCIÓN DE HIPOCALCEMIA TRAS TIROIDECTOMIA TOTAL

B. Flores Pastor, J. Miquel Perello, P. Del Pozo Gil De Pareja, A. Campillo Soto, V. Soria Aledo, J. L. Aguayo Albasini 417

P317 VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DISLIPÉMICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Q. Salvans Sánchez, I. Peña Capsir, M. López Salazar, A. Ibiricu Barro, O. Doblado López, I. Alfonso Díaz.....418 P318 VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DISLIPÉMICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Q. Salvans Sánchez, I. Peña Capsir, M. López Salazar, I. Alfonso Díaz, A. Ibiricu Barro, O. Doblado López 418 P319 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, ¿EVITA LA NECESIDAD DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL? J. A. García Noain, J. Mozota Duarte, C. Gonzalvo Liarte, A. Cantin Golet, C. Valiente Martínez, B. Sierra Bergua.....418 P320 ¿APLICAMOS LO QUE SABEMOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES? E. Seral, J. Villán, N. Bañón, E. Blanco, I. Báez, A. C. Santos 419 P321 ¿ESTAN LOS DIRECTIVOS PREPARADOS PARA LIDERAR EL CAMBIO A UNA CULTURA DE SEGURIDAD? OPINIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO A. Colomer Rosas, M. V. Hernández Jaras, N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, M. J. Fernández Campos, P. Martínez Tenorio.....419 P322 ¿OFRECEMOS GARANTÍAS EN EL MATERIAL QUIRÚRGICO REPARADO? A. B. Franco Guerrero, A. Duro Ruiz.....420 P323 ¿POR QUÉ OCURRIÓ? ANÁLISIS CAUSAS - RAÍZ J. Requena, J. Aranaz, N. Álvarez, M. Ricci, R. Limón, I. González 420 P324 ¿SEGURIDAD DEL PROFESIONAL O DEL PACIENTE? M. Domínguez Fernández, E. Gabilondo Larrañaga, A. Rodríguez García, J. Muñoz Fernández, E. Gutiérrez Fraile, P. Calleja Sedano 420 P325 ACCIONES DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL USO DEL MEDICAMENTO EN EL CENTRO SOCIOSANITARIO PALAU L. Rodríguez, M. Sauque, A. Calderón De La Barca, E. Bresme, M. Aguas 421 P326 ACONTECIMIENTOS ADVERSOS ... ¿EL QUÉ? L. Armada Gómez, A. Troyano Del Barco, E. Cervera López, F. J. Devesa Pardo.....421 P327 ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO PAUTADO EN EL INGRESO DESDE URGENCIAS M. T. Mayoral Sánchez, A. D. Moreno Pastor, M. García López, J. Alcaraz Martínez, I. Ayala Viguera, A. Cano Nieto 421 P328 ADECUACIÓN ESTRUCTURAL DE LOS CENTROS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN URGENTE: INTERVENCIÓN EN UN ÁREA DE SALUD M. C. Minguet Arenas, M. Beamud Lagos, A. I. Hernández Regalado, R. Gómez Honorato, P. Regalón Martín, F. Romero Arroyo.....422	P329 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL EN LA TERAPIA ONCOLÓGICA M. Llopis Fernández, V. Collados Arroyo, J. León Villar, N. Sala Vilajosana, J. Pastor Cano, V. Pérez.....422 P330 ALERTAS DE MEDICAMENTOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE J. Martínez Gorostiaga, A. Marino Miguel, M. A. Oyarzábal Uriarte, G. Aguirre Lejarcegui, E. Vitoria García, S. Arenaza Murua 422 P331 ANÁLISIS CAUSAS- RAÍZ. LOS FALLOS COMO FUENTE DE MEJORA J. Requena, J. Aranaz, N. Álvarez, M. Ricci, R. Limón, M. Montesinos 423 P332 ANÁLISIS CAUSAS- RAÍZ. PREVENCIÓN “A POSTERIORI” DE LOS EFECTOS ADVERSOS J. Requena, J. Aranaz, N. Álvarez, M. Ricci, R. Limón, J. López.....423 P333 ANÁLISIS DE INCIDENCIAS DURANTE LOS CUATRO ÚLTIMOS AÑOS EN SANT JOAN DE DEU-SERVEIS DE SALUT MENTAL Y. García Caro, J. Ribas Sabate, A. Cáceres González, M. Toribio Prieto, J. Cañada Nogues, J. Ramos Montes 423 P334 ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN SERVICIO DE SALUD E. M. Martínez Ochoa, F. Rivera Sanz, A. Cestafe Martínez, P. Sáenz Ortiz, H. Kalhil Kassem, B. Ruiz Nicolás, V. Marijuan Fernández 423 P335 ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN: UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR A. Martos Foladori, J. M. Jover Casas, F. J. Huertas Martos, J. Contreras Sáez, E. A. Nuevo Lara 424 P336 ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS J. Leal Llopis, A. Paredes Sidrach De Cardona, M. Calvo Bohajar, J. T. Martínez Corbalán, M. C. Hernández Ferrandiz, M. A. Alonso Frías 424 P337 ANÁLISIS DE LAS ÓRDENES VERBALES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS M. B. Almada, A. Carrillo, A. R. Tovar, J. Grimaldos, I. Hidalgo, D. Guillén 424 P338 ANÁLISIS DE MODOS DE FALLOS Y EFECTOS EN EL CIRCUITO DE MEDICACIÓN DEL CHUVI M. A. Fernández García, T. Lerma Merino, B. Domínguez Arias, L. Moure Fernández, M. Burgos Hernández 425 P339 ANÁLISIS DEL EFECTO DEL DISEÑO DE MUESTRAS COMPLEJAS EN LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS. APLICACIÓN AL ESTUDIO ENEAS J. J. Miralles Bueno, J. M. Aranaz Andrés, F. Borrás Rocher, R. Limón Ramírez, J. Requena Puche 425 P340 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO VERSUS INDIVIDUALIZADO DE LOS CASOS CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA M. Gea, J. Aranaz, M. Ricci, M. Rey 425

P341**ANÁLISIS PROSPECTIVO DE EFECTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

D. Júdez Legaristi, C. Aibar Remón, M. T. Ortega Maján, J. A. Gracia Solanas, I. Gutiérrez Cía, S. Borlán Ansón 426

P342**APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE MODOS DE FALLOS Y DE SUS EFECTOS EN LA INCLUSIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA**

P. Toro Chico, A. Smits Cuberes, M. Pérez Encinas 426

P343**APLICACIÓN DEL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA DISPENSACIÓN DE SALBUTAMOL EN AEROSOL**

E. Lamiquiz Linares,
G. B. G. L. R. C. J. B. Resto De Autores 426

P344**APORTACIÓN DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA SEGURIDAD Y CUMPLIMENTACIÓN TERAPÉUTICA**

M. Á. Laviana Fernández, R. Coto Moreno, B. Díez Ojea, A. Pereda González, R. Álvarez Oviedo,
P. Esteban Hernández 426

P345**AUMENTO DE LA SEGURIDAD EN LOS TRATAMIENTOS CON LITIO: MONITORIZACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA PARA LA MEJORA DE DOSIFICACIÓN Y CONTROL DE EFECTOS SECUNDARIOS**

I. Andres Arribas, M. T. Lanzán Sancho, R. Lozano Ortiz, R. Gómez Hernández, S. De Miguel Gimeno,
A. Velilla Pozancos 427

P346**AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN H.G.U. REINA SOFÍA DE MURCIA**

Á. D. R. Sáez Soto, A. Sánchez Martínez, E. Urbieto Sanz, M. D. Meseguer Frutos, J. Guirao Sastre 427

P347**AUTO-EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA**

A. B. Fernández Salinas 428

P348**CALIDAD ASISTENCIAL: COMO INFORMAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES PARA QUE AUTORIZEN LAS RESTRICCIONES FÍSICAS. NUEVO MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A. Mora Reberté, M. Perea García, J. Borràs Adam 428

P349**CALIDAD EN TRANSFUSIÓN: USO DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE HEMOTRANSFUSIÓN**

M. E. Franco García, Á. Pérez Layo, R. Aguarod Sediles, G. Pérez Figueroa, B. Comet Martínez,
J. L. López-Coronado Pérez 429

P350**CARACTERÍSTICAS DE 2 ABORDAJES DISTINTOS EN EL ESTUDIO DE SUCESOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN (SAM)**

D. Gallardo Martínez, J. M. Aranaz Andrés, A. Ricci Suzzara, R. Limón Ramírez, J. J. Miralles Bueno,
M. T. Gea Velázquez De Castro 429

P351**CICLO DE MEJORA DE LA MEDICACIÓN DE CARRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN HOSPITAL GENERAL**

N. Sala Vilajosana, J. Pastor Cano, J. León Villar, M. Llopis Fernández, M. D. Iranzo Fernández, M. Á. Martínez Bueno 429

P352**CIRUGÍA: LUGAR CORRECTO, PROCEDIMIENTO CORRECTO, PERSONA CORRECTA**

H. Vallverdu Cartie, J. L. López Negre, P. Rebasa Cladera, J. Comajuncosas, P. Gris, J. Urgelles 430

P353**CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN DOS UNIDADES QUIRÚRGICAS ESPECIALIZADAS**

J. A. Domínguez Menéndez, I. Iturburu Belmonte, E. Fernández Díaz, B. Balzola Regout, M. Álvarez Lavín,
M. J. Yurrebaso Ibarreche 430

P354**CONTRIBUCIÓN DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN LA PRESCRIPCIÓN DE CARBOPLATINO**

M. Llopis Fernández, V. Collados Arroyo, J. León Villar, N. Sala Vilajosana, J. Pastor Cano, M. J. Mestre Almarcha 430

P355**CONTRIBUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN SEMIAUTOMÁTICOS DE MEDICAMENTOS A LA CALIDAD DE LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN**

A. Flor García, A. M. Mulet Alberola, S. Canales Ugarte, L. Martínez Valdivieso, D. Barreda Hernández, A. Escudero Brocal 431

P356**CORRELACIÓN ENTRE OBSERVADORES EN LA MEDICIÓN DE LA BIOMETRÍA**

E. Leanibeaskoa Aguirre, G. Castillo Fernández,
M. Urruela Olivan 431

P357**CULTURA DE SEGURIDAD Y FACTOR HUMANO: UTILIZACIÓN DE UNA ENCUESTA COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DEL CAMBIO CULTURAL**

A. Colomer Rosas, M. V. Hernández Jaras, J. Martínez Gómez, A. Mateo Rodríguez, J. Mallo Pérez, P. Huertas Alcazar 431

P358**DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN: IMPACTO SOBRE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y RESULTADOS EN EL PACIENTE**

M. A. Pardo López, M. T. Aznar Saliente, M. D. Camacho Romera, M. González Delgado, M. Martínez Ramírez, D. Bohor,
J. Requena 432

P359**DOLOR TORÁCICO URGENCIAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: APLICACIÓN DE ANÁLISIS HFMEA**

M. A. Castellano Ortega, R. J. Romero De Castilla Gil, M. A. Triguero Triguero 432

P360**EL LAVADO DE MANOS, ¿ES UNA PRACTICA HABITUAL DURANTE MI TRABAJO?**

M. J. Lallana Álvarez, M. C. Carcas De Benavides, B. Pina Gadea, D. Serrano Peris, J. M. Clavería Malo, M. J. Medina Gracia 432

P361**EMPLEO DEL AMFE PARA LA EVITACIÓN DE INCIDENTES EN EL EMPLEO DE LOS CARROS DE PARADA**

J. González Revaldería, M. Freire Magariños,
M. C. García Escudero 433

P362**ERRORES PERDIDOS: INFORMATIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO**

M. Domínguez, M. T. Cubí, M. Brull, N. González, N. Ortí,
E. Martínez 433

P363 ESTANDARIZACIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICAS PREOPERATORIAS EN CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD S. E. Marrón Moya, A. Gómez Peligros, R. Torrijo Solanas, A. Bes Franco, L. Tomás Aragonés, F. De Lara Pasquin.....433 P364 ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA COBERTURA DE INMUNIZACIÓN TRAS ESPLENECTOMÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL Torres M, Vidén J. M. Torres Berdonces 433 P365 ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN E. Díaz Sampedro, R. López Maza, M. González Puente 434 P366 ESTUDIO DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN EN DOSIS UNITARIAS A. Lloret Maya, A. Rizo Gómez, M. Montserrat Toran 434 P367 ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS ADMINISTRADOS A PACIENTES EN LA SALA DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD A. Fernández Moreno, A. Fernández Moreno, F. Marín Calvarro, C. Capdevila Gallego, A.C.S. Hormigos Agraz Orcasitas.....434 P368 EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES DE CRÍTICOS A. Martín Vega, S. Maeso Martínez, M. A. Martín Martínez, J. García Caballero 435 P369 EVALUACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN POSITIVA DEL PACIENTE INGRESADO A. Martín Vega, S. Maeso Martínez, M. A. Martín Martínez, J. García Caballero 435 P370 EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA. COMO PRIMER PASO EN LA INTRODUCCIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS J. A. Ballesteros Cavero, E. Baselga López.....435 P371 EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL. VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA CONTINUA F. M. Antolín Juárez, H. Rebollo Rodrigo, M. De La Cal López, J. Rossello Urgell 436 P372 EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD CLÍNICA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS I. Navarro, Y. Sabate Aguila, G. Sambola Ferre, C. Cavalle Ferre, M. Brianso Florencio.....436 P373 FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA PRIMERA ORGANIZACIÓN SANITARIA EUROPEA EN OBTENER LA CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL ISO/IEC 27001:2005, SEGÚN LA ISO 27002 I. Gimeno Gurpegui, S. Cuesta Presedo, A. Martínez Bermudez, B. Martínez Del Río.....436	P374 GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN A. Hernández Santana, M. D. González Santana, C. García Del Rosario, M. J. Déniz Rodríguez, M. M. Peñate Rodríguez, J. Cobián Martínez.....437 P375 GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DEL PACIENTE DIABÉTICO EN AYUNAS J. Playán Usón, P. De Diego García, F. Losfablos, P. Trincado, M. Monreal, M. J. Pamplona.....437 P376 IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL CLIENTE (QFD) Y ANÁLISIS DEL CONTEXTO (DAFO) DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE O. Frias Oyaga, M. Jauregui García, A. Linacisoro Ibarra, A. Mendiguren Navascues.....437 P377 IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS R. López Maza, E. Díaz Sampedro, M. González Puente 438 P378 IMPACTO DE LAS INCIDENCIAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE S. Castelo Zas, J. Taboada Gómez, E. Beramendi Linares, J. Muruaga Marín, A. Iturrioz Martínez, A. Ramírez Sánchez 438 P379 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NIVELES DE VIGILANCIA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO L. Urrechu Reboiro, F. Murua Navarro, S. López De Turiso, J. Jordana Zorrilla, A. Sánchez Paredes, A. Ríos Urrechu 438 P380 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA CONTINUA DE EVENTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL H. Rebollo Rodrigo, F. Antolín Juárez, J. Rossello Urgell, M. De La Cal López.....439 P381 IMPLANTACIÓN DEL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN TRANSFUSIONAL DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS EN EL CHLMC. A. Monzón Ferrer, J. C. Mayoral Carriazo, B. Fernández-Lasquetty Blanc, M. L. Calonge Reillo, R. Astillero Ortega, J. F. Del Campo Rincón 439 P382 IMPORTANCIA DE UN FOLLETO EXPLICATIVO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INFUSOR SUBCUTÁNEO CONTINUO DE INSULINA P. De Diego García, C. Tella, M. J. Montoya, C. Crespo, J. Acha, R. Alberó 439 P383 INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS LIGADOS A LA ASISTENCIA EN EL PACIENTE PRURIPATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA/LARGA ESTANCIA M. Gea, J. Aranaz, M. Bermúdez, R. García, J. Requena, M. Ricci.....440 P384 INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL: CICLO DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS I. García, C. Campos, A. De Arriba, M. García, S. Beltrán, Y. Aliaga.....440 P385 LA CENTRALIZACIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN COMO MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD CLÍNICA M. C. Bruno Saltó, A. Figuera Colomé.....440

P386

LA CMA ADEMÁS DE MEJORAR LA CALIDAD ES MÁS SEGURA
F. Ivorra, J. M. Aranaz, A. F. Compañ, J. J. Miralles Bueno, J. Requena, E. Paredes.....441

P387

LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: ¿QUÉ HACEMOS CON EL SINTROM? PARTE II. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BASURTO

J. Ibarmia Lahuerta, I. Urrutia Johansson, M. Álvarez Lavín, T. Aranguren Ruiz, K. Orolaga Alba, E. López García.....441

P388

MEDICAMENTOS, ÚLCERAS, CAÍDAS, PARADAS, INFECCIÓN NOSOCOMIAL. ¡STOP! ENFOQUE DE GESTIÓN INTEGRAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

N. Guerra Zaldúa, A. Ruiz Echevarría, P. Regulez Ariño, I. Urrutia Johansson, K. Ibarra Hernández, J. Darpon Sierra.....441

P389

MEJORA CONTINUA EN EL CONTROL DE INFECCIÓN POR GERMENES MULTIRRESISTENTES. RESULTADO PRELIMINAR

M. J. Hernández Navarrete, A. Rezusta López, C. Lapresta Moros, V. González Saz, M. J. Revilla Pinilla, J. L. Arribas Llorente.....442

P390

MEJORA DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE DEL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

E. M. Martínez Ochoa, M. T. Ruiz-Clavijo Díez, F. Aparicio Ortigosa, R. Castellanos Delgado, M. C. Martínez Santamaría, A. Pérez Lázaro, J. M. Rodríguez Luna.....442

P391

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS: FÁRMACOS INAPROPIADOS E INEFICACES

A. C. Bandrés, J. Ferrando, I. García Álvarez, C. Toyas, I. Martín, E. Del Corral.....442

P392

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DE RADIACIONES IONIZANTES EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE OPERADORES, PACIENTES ADULTOS Y PACIENTES PEDIÁTRICOS

D. Esteban Lorente, L. Chueca Toral, B. Egido Domínguez, B. Fraj García, E. Oliver Valcárcel, S. Sanclemente Giménez.....443

P393

MEJORA DE LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE LA INSULINOTERAPIA

M. J. Montoya Oliver, C. Tella, L. Jiménez.....443

P394

MEJORA DEL MANEJO DE CADUCIDADES DE FÁRMACOS DE URGENCIAS EN EL C.S. SÁDABA

P. Marín Murillo, R. Laborda Ezquerro, A. Vera Garcés, R. Calonge Cordovilla, G. Martín Gracia, R. Plaza Bueno.....443

P395

MEJORANDO LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS PERIOPERATORIOS

C. Millán Cachinero, I. Enriquez de Salamanca Holzinger.....444

P396

MEJORAS DE SEGURIDAD EN EL CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

J. León Villar, M. Llopis Fernández, V. Collados Arroyo, M. D. Irazo Fernández, A. Carrillo, J. A. Macías Cerrolaza.....444

P397

MEJORAS Y DETECCIÓN DE ERRORES EN EL CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ELABORADOS EN CAMPANA DE FLUJO LAMINAR VERTICAL

N. Allue Fantova, J. M. Escriba Huguet, J. F. Gastón Añños, C. Puyuelo Bleuca.....444

P398

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (MSP)

A. Usandizaga Endaya, G. Aramburu Lazcano, W. Astudillo Alarcón, I. Aznar Goyena.....445

P399

MONITORIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN FÍSICA I/O MECÁNICA EN UN CENTRO DE AGUDOS

C. Minguillón Cebrián, M. Estelles, I. García, S. Luz, M. Rico, C. Montilla.....445

P400

NEVERAS CONTROLADAS: MEDICAMENTOS A SALVO.

M. T. Cubí Guillén, M. D. L. O. Domínguez López.....445

P401

NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE INCIDENTES COMO HERRAMIENTA PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EXPERIENCIA DE UN AÑO (BARCELONA-SPAIN)

L. Mendarte Barrenechea, C. Alerany, J. Monterde, A. Castello.....446

P402

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA SEGURIDAD EN LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO

J. Sanz Cortés, M. D. G. Prado Serrano, S. Almodóvar Alcaide, E. Germán Gómez, R. Arranz García, J. Erenia Serrano.....446

P403

PERFIL DE SEGURIDAD DE LA MEFLOQUINA EN ESPAÑA

S. Martínez Cuenca, N. Ortega Zarazaga, C. Navarro Pemán, F. Gonzalez Rubio.....446

P404

PLAN DE MEJORA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL ENFERMERO DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

C. D. Chinea Rodríguez, M. L. García Alonso, A. Piñero Negrín, F. S. Álvarez Expósito, M. L. Mora Quintero, G. Torres González, P. Perera Díaz.....447

P405

PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN COMO ORIENTACIÓN A LA MEJORA CONTINUA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BASURTO-BILBAO

I. Larrea Arechabaleta, M. Onandi, C. Ezpeleta, N. Guerra, J. Darpon, R. Cisterna.....447

P406

POLÍTICA DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

M. Carreras Viñas, E. Ferrer Vizoso, C. Rodríguez Moreno, V. Ginesta Galan, J. Rubio Álvarez, M. Cainzos Fernández.....447

P407

PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONTENCIÓNES FÍSICAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR

M. J. Gimeno Toribio, N. Pinilla Gustens.....448

P408

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE ARMARIOS DE DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS EN UN HOSPITAL REGIONAL

M. A. Colmenero Camacho, G. Ramírez Soto, E. López Ramírez, J. R. Molas Cotens, P. Serrano Moya.....448

P409 PROYECTO SEGUDIAB. SEGURIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS J. J. Cabré Vila, J. M. Hernández Anguera, J. Basora Gallisà, V. Arijá Val, F. Bejarano Romero, M. Ripoll Pons 448 P410 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA HOSPITALARIA (EA): RECUPERACIÓN DOCUMENTAL DE ESTUDIOS PRIMARIOS C. Aibar Remón, S. Castán Ruiz, C. Navarro Gistau, M. J. Zamora Rodríguez, J. M. Aranaz Andrés, M. Salas Valero 449 P411 SEGURIDAD ALIMENTARIA: VALOR AÑADIDO EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES F. Rivera Sanz, R. López Dicastillo, M. J. Martínez Gutiérrez 449 P412 SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN EDAD PEDIÁTRICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN J. Requena, J. Aranaz, J. Miralles, M. Gea, R. García, M. Rey 449 P413 SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO FUERA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. NECESIDAD DE UN SCORE DE DETECCIÓN DE GRAVEDAD. V. Garcés Horna, M. C. Díaz Melé, I. Gutiérrez Cía, B. Obón Azuara 450 P414 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO IV: CONTROL DE TODO EL PROCESO M. Salinas, E. Flores, M. Gutiérrez, J. Lugo, J. Sirvent, M. Ricci 450 P415 SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN ENFERMAS SOMETIDAS A MASTECTOMÍAS M. Cerpa Calderón, C. D. V. Giraldez García, A. Gil Luciano, J. Aroca Palencia, J. Ordas Santo Tomás, J. García Caballero 450 P416 SEGURIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO EN TRATAMIENTO CON IECA/ARA II. ACTIVIDAD DOCENTE EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFyC) F. González Rubio, Ó. Esteban Jiménez, E. Aldea Molina, J. M. Ferreras Amez, L. Guardia Sancho, N. Ortega Jiménez 451 P417 SEGURIDAD EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN TRATAMIENTO CON METFORMINA F. González Rubio, Ó. Esteban Jiménez, M. V. Palacios Pinilla, J. M. Buñuel Granados, G. Baile Estopañán, C. Navarro Pemán 451 P418 SEGURIDAD EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO: CUADROS DISTÓNICOS SECUNDARIOS A LA TOMA DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS Ó. Esteban Jiménez, F. González Rubio, C. Navarro Pemán, G. Baile Estopañán 451 P419 SEGURIDAD EN FARMACOTERAPIA HOSPITALARIA: POSACONAZOL, ALTERNATIVA ORAL COSTE-EFECTIVA. J. González López, A. Mosquera Torre, M. Touris Lores, M. Rodríguez Cobos, E. López Montero, M. T. Chuclá Cuevas 452	P420 SEGURIDAD EN LA DISPENSACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS INESPECÍFICAS B. Menchén Viso, C. Folguera Olías 452 P421 DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES VULNERABLES EN HEMODIÁLISIS V. Pérez Bañasco, J. M. Jover Casas 452 P422 TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ISO22000:2005 B. Molero Pérez 453 P423 USEMOS BIEN LOS GUANTES C. Pareja Molina 453 P424 USO DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS: EFECTIVIDAD DE DOS INICIATIVAS PARA MEJORAR SU USO R. M. Martínez García, M. A. Alonso Frías, M. C. Pérez García, R. Blázquez Garrido, C. Nicolás Lax, J. Alcaraz Martínez 453 P425 USO DEL CMBD COMO MEDICIÓN INDIRECTA DE LA VULNERABILIDAD DEL PACIENTE Y LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA Y SU EFECTO EN LA APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS R. García Miguel, J. Aranaz Andrés, J. Vitaller Burillo, J. J. Miralles Bueno, R. Limón Ramírez 454 P426 VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO M. Gea, J. Ots, S. García, C. Nofuentes, M. Ricci, J. Aranaz 454 P427 ¿ESTA GARANTIZADA LA CALIDAD FORMAL DE LOS INFORMES DE ALTA? J. E. Calle Urra, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrián, F. J. Navarro Moya, A. Más Castillo, A. Gutiérrez Alonso 454 P428 ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO E. Dorca Badía, O. Monclús Pagès, J. González Iglesias, R. Gotsens Vila 455 P429 ANÁLISIS DE LAS PALABRAS CLAVE UTILIZADAS EN LA REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL P. Nieto Martínez, R. Gomis Cebrián, A. Más Castillo, H. Hukelová, P. Parra Hidalgo 455 P430 ANÁLISIS DEL COSTE DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIGITALIZACIÓN DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y RETORNO DE LA INVERSIÓN M. Sans Blanco, M.M. Fernández, C. Solduga 455 P431 APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y EFECTOS (AMFE) AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN M. Latorre, J. A. San Sebastián, I. Bilbao, A. M. Llamas, V. Sánchez, M. L. Del Valle 456 P432 ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS: ¿A QUIÉN INFORMAMOS Y DE QUÉ? E. Izquierdo García, Á. Fernández Ferreiro, M. Campo Angora, J. M. Ferrari Piquero, A. Herreros De Tejada 456

P433 CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRESTADA POR EL DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA <i>F. J. Cayuela Verdú</i> 456	P444 EL REGISTRO DE HEMOPATÍAS DE LA COMUNIDAD DE ARAGÓN COMO FUENTE DE INFORMACIÓN PARA DETECCIÓN DE HEMOPATÍAS EMERGENTES <i>M. E. Franco García, L. Palomera, J. Serena, N. González, M. Perella, P. Giraldo</i> 460
P434 CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNICACIONES EN CONGRESOS CIENTÍFICOS COMO MONITORIZACIÓN DE ACTIVIDAD. <i>V. León Muñoz</i> 457	P445 EQUIPO VOLANTE DE ENFERMERÍA GESTIONANDO RECURSOS EN PRO DE LA CALIDAD H.G.U. REINA SOFÍA <i>M. J. Teron Martínez, C. M. Verde Colinas, Á. D. R. Sáez Soto, J. Megías García, M. Á. Palazón Rodríguez, J. M. Bernal Romero</i> 460
P435 CICLO DE MEJORA APLICADO A LOS CIRCUITOS DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA <i>C. Vicente Hernández, T. Merino Marín, E. Nebreda Urdiales, S. López Victoriano, O. Rodríguez Revilla, P. Martín Mateos</i> 457	P446 ESPACIO LINEAL RECUPERABLE EN UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS <i>M. P. Jiménez Carnicero, A. I. Magallón Candela</i> 461
P436 CONTRIBUCIÓN A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LA HCI-E DESDE EL GRUPO DE SOPORTE FUNCIONAL <i>E. Manso Montes, A. Muruzabal Martínez, F. Irigoyen Iturri, J. Martínez De Estíbariz Ochagavía, S. Sierro Petrerena, C. Ibáñez Amatriain</i> 457	P447 ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DESARROLLADAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO <i>M. J. Bertran, M. Jansà, A. Trilla, M. Santiñá, A. Prat</i> 461
P437 CREACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA EL REGISTRO DE ERRORES EN EL SERVICIO DE EXTRACCIONES DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD <i>N. Llorens Nuñez, E. Olmedo Pujol, O. Doblado López, A. Ibiricu Barro</i> 458	P448 EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN PACIENTES CRÓNICOS DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS <i>J. M. Abad, M. L. Lou, C. Laguna, N. Enríquez</i> 461
P438 CRIBADO NEONATAL EN EL H.U. MIGUEL SERVET: INDICADORES DE CALIDAD <i>L. Rello Varas, Y. González Irazábal, S. García Castañón, E. García González, B. García Rodríguez, A. B. Lasierri Monclús</i> 458	P449 EVOLUCIÓN ANUAL 2004-2008 DEL ÍNDICE DE ERRORES DE LOCALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS <i>M. P. Jiménez Carnicero, A. I. Magallón Candela</i> 462
P439 DE LA ARTESANÍA INFORMÁTICA AL SISTEMA DE INFORMACIÓN: EVOLUCIONAR POR NECESIDAD <i>F. Díez Salvador, A. Sánchez Martínez De La Peña, N. De La Vega Pérez</i> 458	P450 GESTIÓN DE ALMACENES Y COMPRAS EN OSAKIDETZA-CEKIALDE: GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN UN BUEN SISTEMA DE INFORMACIÓN BILBIDE - ALDABIDE <i>A. Retes Saratxaga, E. González Lombide, E. Sampietro Nuñez, A. Zorita Ramos</i> 462
P440 Desarrollo de un gestor documental para el Sistema de Gestión de la Calidad <i>E. Gómez Felipe, L. Alfaro Cadenas, J. M. Mollá, M. Blanco, D. Burqueño Jérez, E. Badía</i> 458	P451 GESTIÓN DE INCIDENCIAS INFORMÁTICAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ITIL PARA LA MEJORA CONTINUA <i>N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, J. Martínez Gómez, J. A. Pajuelo Ayuso, R. Castillo Rubio, P. Llopis López</i> 462
P441 SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS: FACTORES DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA <i>A. M. Muñoz Ureña, M. I. Reigadas López, J. Fontcuberta Martínez, M. C. Santiago García, R. L. Manrique Medina, M. A. Moreno Valero</i> 459	P452 HACIA UNA CONSULTA DE GINECOLOGÍA SIN HISTORIA CLÍNICA DE PAPEL <i>M. P. Jiménez Carnicero, P. Martínez De Lizarrondo Apesteguía, Á. M. Esparza Sádaba</i> 463
P442 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA TRAMITAR Y ARCHIVAR LOS EXPEDIENTES DE SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS SIN RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTES <i>M. J. Polo Herrador, F. J. Barril Molina, J. J. Sanz Del Oso, M. S. Vázquez Pérez, F. Escudero Batalla, Ó. Pascual Martínez</i> 459	P453 IMPACTO DE MEJORA DE INFORMACIÓN EN ERRORES DE LA FASE PREANILÍTICA. <i>I. Martínez Matienzo, A. I. Tejada Haffman, L. Sanz De Icaza, C. Mendoza Díez, M. Larrucea De La Rica, F. J. Aguayo Gredilla, B. G. Varela Soto</i> 463
P443 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CODIFICACION EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO <i>M. J. Fernández Campos, A. Cabañas Martínez, A. Huerta Rroyo, J. Martínez Gómez, E. García Rodríguez, A. Colomer Rosas</i> 460	P454 IMPACTO DE USUARIOS EXTRANJEROS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CME RAMÓN Y CAJAL <i>F. Bravo Urzay, M. L. Vela Marquina, G. D. M. D. L. C. D. C. R. Y. C. Cme Ramón Y Cajal, A. Aparicio Clavería</i> 463
	P455 IMPLANTACIÓN DE UN ALMACÉN DE DATOS CORPORATIVO (DWH) CON EL AGRAVANTE DE LA DIVERSIDAD DE SISTEMAS <i>N. Navarro Casado, M. Buqueras Rovira, R. Escribano Rodríguez, E. Escribano Herranz, E. López Amat, X. Frías Garrido</i> 464

P456 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CITACIÓN ON-LINE EN LOS SERVICIOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO T. Cañuelo Merino, M. A. Laguna Lobato, M. R. Casas Díaz, C. López Menéndez, M. Calvo García, L. Calahorra Fernández.....464 P457 IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN ESCRITA EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍAS A. I. Sanz Gómez, S. Iriarte Ramos, M. Charlo Bernardos, M. J. Bordonada, Y. Chacón Hernández.....464 P458 INDICADORES Y CALIDAD DE LOS REGISTROS. ¿NOS FIAMOS? A. J. Barragán Pérez, F. Alcántara Zapata, M. A. Moreno Valero, A. Cánovas Inglés, R. L. Manrique Medina, J. Fernández Álvarez.....465 P459 ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS S. Lorenzo, M. Pérez Encinas, J. Ortigueira, F. García Sánchez, J. González Álvarez 465 P460 INFORMATIZACIÓN DEL CIRCUITO DE PEDIDOS DEL ALMACÉN DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD E. Olmedo Pujol, O. Doblado López, N. Llorens Nuñez, A. Ibáricu Barro.....466 P461 INTEGRACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD R. Martí Usón, S. Hernández, E. Nebot, M. García, L. Sánchez.....466 P462 VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INFUSOR SUBCUTÁNEO CONTINUO DE INSULINA (ISCI) P. De Diego García, M. J. Montoya, C. Tella, J. Playán, F. Losfablos, R. Albero.....466 P463 LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL P. Sánchez González, C. García Del Castillo Pérez De Madrid, J. Ortiz Valdepeñas, C. López Cordoba, J. C. Vargas Padial, J. González Albalade.....467 P464 MEJORA DEL CUADRO DE MANDO DE UN HOSPITAL S. Lorenzo, M. Rodríguez Muñoz, J. Ortigueira, F. García Sánchez, J. González Álvarez, V. García 467 P465 MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CONTAGIOSAS (EIC) EN EL HOSPITAL I. EnriquezdeSalamanca Holzinger, C. Millán Cachinero 467 P466 METODOLOGÍA ITIL: MEJORA CONTINUA EN EL ÁMBITO DE INFORMÁTICA EN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS J. Martínez Gómez, N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, A. Colomer Rosas, P. Llopis López, R. Solano López.....468 P467 MÓDULO DE URGENCIAS: EL CAMINO HACIA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA P. Fernández Rodríguez, A. Moreno García, F. Lobo Santa María, V. Valera Barreda, C. Girabent Careta, J. Herrero Manso 468	P468 MONITORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DEL PLAN DE SALUD A TRAVÉS DEL CUADRO DE MANDO OPERATIVO (DWH) M. Buqueras Rovira, N. Navarro Casado, E. Escribano Herranz, R. Escribano Rodríguez, E. López Amat, X. Frías Garrido 468 P469 MORTALIDAD HOSPITALARIA, AUTOPSIA CLÍNICA Y CMBD S. Hernández Gutiérrez, P. Bravo Fernández, S. Pato Alonso, I. Cuesta Rodríguez, R. Iglesias Bermejo, P. Roncero Barreda 469 P470 PERSONALIZACIÓN DE FORMULARIOS ELECTRÓNICOS PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DE RODILLA V. León Muñoz, M. Castelo Marcos, M. López López, A. Buitrago Toledo.....469 P471 PORTAL DE ENFERMERÍA: EL PRIMER PASO HACIA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA P. Fernández Rodríguez, A. Moreno García, L. S. M. Fernando, V. Valera Barreda, C. Girabent Careta, J. Herrero Manso 469 P472 PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA Y PROTOCOLOS FARMACOTERAPÉUTICOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA V. León Muñoz, F. Valiente Borrego, I. Sánchez Martínez 470 P473 PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y ERRORES DE MEDICACIÓN O. Curiel García, L. Losa López, T. Fernández García, E. Dorca Badia 470 P474 PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA ADECUACIÓN DE USO DE GUANTE SANITARIO EN EL MEDIO HOSPITALARIO A. Vecino Soler, A. Laguía, O. Frisas y M. Félix 470 P475 REVISIÓN DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS VOLANTES DE INTERCONSULTA EN LOS PACIENTES DERIVADOS A URGENCIAS M. A. Javierre Loris, C. Garcés San José, J. Povar Marco, E. Bustamante Rodríguez, J. M. Franco Sorolla, R. Marrón Tundidor.....471 P476 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LOS SERVICIOS CLÍNICOS M. Latorre, J. A. San Sebastián, I. Bilbao, A. M. Llamas, V. Sánchez, M. E. Elvira 471 P477 SOPORTE DE SERVICIO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, J. Martínez Gómez, R. Solano López, J. A. Pajuelo Ayuso, R. Castillo Rubio.....471 P478 TELEMEDICINA: UNA HERRAMIENTA PARA LA CALIDAD A. C. Sanjoaquin Romero, J. Coll Clavero, Z. R. Miguel, M. Millaruelo 472 P479 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA F. Nuño Morer, P. Alastruey Lasobras, M. J. Miravete Valiente, F. Uribe Comps, J. I. Domínguez Torres.....472

P480 TRANSPARENCIA EN LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN: EXTRANET <i>M. Gassó, O. Campos, M. Viscasillas, L. Marzal, A. Abel Joel, A. M. Miró.....</i>472 P481 ¿RECOGEMOS LOS GESTORES LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE PLANIFICAR? <i>J. Á. Infantes Rodríguez, M. C. Solano Villarrubia, M. J. Calvo Mayordomo, J. L. Martín Maldonado, P. Serradilla Cocheró.....</i>473 P482 BUZÓN DE SUGERENCIAS DE PROFESIONALES EN UN SECTOR SANITARIO. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DESDE SU IMPLANTACIÓN <i>J. Rodríguez García, J. A. Zamora, P. Hernández, M. J. Calvo, C. Tosat, J. M. Morera.....</i>473 P483 VÍA CLÍNICA DEL PARTO. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS MADRES <i>M. Gómez Santillana, D. García Fernández, M. D. M. Romero Duro </i>473 P484 CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO <i>V. Soria Aledo, A. Carrillo Alcaraz, E. López, J. Leal Llopis, B. Inés, J. M. Sánchez Nieto </i>474 P485 COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA.ÁREA DE SALUD DE TALAVERA DE LA REINA <i>L. Ruiz López, A. C. Marín Guerrero, J. J. Carbayo García, B. Valero Sanguino, A. Gómez Gregorio, Á. García Millán </i>474 P486 DESARROLLO DEL PORTAL DEL EMPLEADO EN LA INTRANET CORPORATIVA DE SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES <i>L. Marzal, G. Montserrat, M. Viscasillas, M. Manuel, A. M. Miró </i>474 P487 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN OMI-AP EN ARAGÓN 2006-2007 <i>G. Santana López, L. Casaña Fernández, T. Viñuales Soto, A. Cisneros Izquierdo, A. Lax Cacho </i>475 P488 EVALUACIÓN DE LA ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN <i>P. Uriarte Brizuela, K. Bujanda Etxebarria, M. S. Gallego Melero, J. Pastor Sanz, M. A. Urdampilleta Saracho, R. Villa Valle..... </i>475 P489 EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERNA COMO FACTOR IMPULSOR DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS <i>R. Herrero Heredero, J. Darpón Sierra, A. Lozano Otero </i>476 P490 HÁBITOS SALUDABLES EN PROFESIONALES DE UN CENTRO HOSPITALARIO <i>J. Guasch Bosch, M. Carrascosa Carrascosa, M. González Peris </i>476 P491 IMPORTANCIA DEL RADIOLOGO EN LA CALIDAD DE UN PROGRAMA DE CRIBADO MAMOGRAFICO <i>M. Campo Diego, M.Elisa Operé ,A. Fariña, T. Grande </i>476 P492 IMPACTO DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS EN DOS UNIDADES DE UN HOSPITAL DE NUEVA APERTURA <i>I. Garbisu Urdaniz, M. Carrascosa Bernáldez, L. Martínez Muñoz, C. Pascual Fernández, S. Monsalve Gomariz, E. Mauriz Romero</i>477	P493 PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS SOBRE SU GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES A MICROBIOLOGÍA <i>M. P. Palacián Ruiz, M. L. Monforte Cirac, M. J. Revillo Pinilla, M. P. Egido Lizán, G. Teresa, G. M. Juan Ramón..... </i>477 P494 PERCEPCIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD A TRAVÉS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE SU IMPLEMENTACIÓN <i>I. Buixadera Escarp </i>477 P495 PLAN DE ACOGIDA PARA TÉCNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO <i>N. Ron Martínez, Á. Otero Somoano, J. Díaz Gigante, C. Chamorro Fernández, P. Chamorro Chamorro, R. Secades Romero..... </i>477 P496 PROYECTO DE ESPECIALISTA CONSULTOR. EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DEL AREA7 <i>S. Garrido Elustondo, C. López Gómez, A. Molino González, E. Cervera Barba, Y. Díaz López..... </i>478 P497 RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PROFESIONALES EN RELACIÓN A LAS VÍAS CLÍNICAS <i>M. Díaz López, E. Lagos Pantoja, M. Armenteros Lechuga, V. Esteban Álvarez, A. I. Ponce Cano, T. Aparicio Ortega..... </i>478 P498 SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES MICROBIÓLOGOS RELACIONADA CON LAS SOLICITUDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO <i>M. J. Revillo Pinilla, M. P. Palacián Ruiz, M. P. Egido Lizán, J. R. García Mata, T. Giménez, M. Equipo De Mejora Información Clínica </i>479 P499 SATISFACCIÓN LABORAL Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS <i>M. I. Ríos Rísquez, C. Godoy Fernández..... </i>479 P500 SIN FORMACIÓN NO HAY CERTIFICACIÓN <i>M. Villar Lastras, R.R. Pérez Fernández, O. Llorente Ramos, A. Sánchez García, P. Aguado Manzanares, E. Velasco Valverde </i>479 P501 ¿DE QUÉ SE QUEJAN NUESTROS USUARIOS? ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL <i>A. Martos Foladori, J.M. Jover Casas, F.J. Huertas Martos, J. Contreras Sáez, S. Lanzarote Campos, E.A. Nuevo Lara </i>480 P502 ¿ESTÁN SATISFECHOS LOS USUARIOS DE ARAGÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA? <i>M. A. García Orea, M. T. Ortega Maján, J. C. García Aísa </i>480 P503 ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO POR PARTE DE LOS USUARIOS Y DE LOS PROFESIONALES? <i>M. D. G. Prado Serrano, J. Sanz Cortés, S. Almodóvar Alcaide, E. Germán Gómez, R. Arranz García, J. Erencia Serrano </i>480 P504 CALIDAD PERCIBIDA: OPINIÓN DE LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN DURANTE EL PROCESO DE LA VIA CLÍNICA DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA <i>E. Solà Miravete, N. Jové Edo, J. Rebull Fatsini, M. T. Torrens Serra, M. Bonfill Esteller, P. Alegre Torres..... </i>481

P505 ¿QUÉ INCIDENCIAS PROVOCAN QUE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS Y HOSPITALIZADOS EN PLANTAS DE MEDICINA NO RECOMIENDEN EL CENTRO DÓNDE HAN SIDO ATENDIDOS? <i>I. M. Navarro Soler, C. Nebot Marzal, B. Ortega Llavador, L. Ortiz Henarejos, M. Guilabert Mora, J. J. Mira Solves</i>.....481 P506 ACTUACIONES PARA MINIMIZAR EL ESTADO EMOCIONAL NEGATIVO EN EL PACIENTE <i>M. D. Guillén García, A. Palao Ibáñez</i>.....481 P507 ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA. PERCEPCIÓN DEL USUARIO <i>H. Navarro Aznarez, R. Abad Sazatornil, M. C. Serrano Vicente, I. Varela Martínez, C. Lapresta Moros, A. Idoipe Tomás</i>.....482 P508 CALIDAD ASISTENCIAL: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y ACTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA <i>A. M. Muñoz Ureña, M. I. Reigadas López, J. Fontcuberta Martínez, M. C. Santiago García, R. L. Manrique Medina, A. Barragán Pérez</i>.....482 P509 CALIDAD PERCIBIDA ¿QUÉ VALORAN LOS PACIENTES A SU PASO POR QUIRÓFANO? <i>A. Duro Ruiz, A. B. Franco Guerrero, S. Lorenzo Martínez</i> 482 P510 CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS DE COMIDA Y LIMPIEZA DEL HOSPITAL DE ALICANTE <i>M. T. Sánchez-Montahud, J. Cantó Miralles, F. Caballero Peña, M. Pomares Giménez, V. Ramírez Pastor, M. Guilabert Mora</i>.....483 P511 CALIDAD PERCIBIDA EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO <i>N. Bañón Morón, M.E. Caraballero Medina, E. Seral Muñoz, C. Santos Ruiz, S. García</i> 483 P512 CAMBIO DE MÉDICO COMO INDICADOR DE CALIDAD PERCIBIDA <i>N. Enríquez Martín, J. M. Abad Díez, M. J. Abad Subirón, B. González Álvarez, M. S. Corbacho Malo</i>.....483 P513 CANALES DE RECOGIDA Y VALORACIÓN DE LA VOZ DEL CLIENTE EN LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL <i>S. Barbero Tamayo, I. Aramberri Miranda, M. Garay Arostegui, M. C. Matthies Baraibar, E. Ibáñez Gorostiaga, M. Larrinaga Kortabitarte</i>.....484 P514 CENTROS DE SALUD CON SISTEMA DE AUTOGESTIÓN PROPIO. ¿REPERCUTE EN LA SATISFACCIÓN DE SUS USUARIOS? <i>R. Fraile Castela, A. Gómez Palmero, G. Del Caño Jiménez, F. Revilla Ramos, L. A. Sangrador Arenas, M. J. Pérez Boillos</i>.....484 P515 CONCORDANCIA ENTRE LOS INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS <i>A. M. Muñoz Ureña, M. I. Reigadas López, J. Fontcuberta Martínez, M. C. Santiago García, R. Manrique Medina, F. Pérez Aguilar</i> 484 P516 EL IMPACTO DE LA LISTA DE ESPERA EN LA PRENSA <i>M. Oliveras Gil, M. Quereda Pallejà, R. Olmo González, M. Bustins Poblet, F. Brosa Linares</i> 485	P517 EL PACIENTE COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL <i>R. M. Solana Peña</i> 485 P518 EL PROCESO DE TRASLADO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CIUDAD REAL (CHCR) AL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (HGCR) DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL USUARIO <i>M. Armenteros Lechuga, L. Calahorra Fernández, E. Lagos Pantoja, C. Sánchez-Mora Prieto, J. Ortiz Valdepeñas, J. Fernández Sanz</i> 485 P519 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA MUJER ATENDIDA CON UNA VÍA CLÍNICA DE PARTO O CESÁREA <i>A. C. Marín Guerrero, A. Biurrun Larralde, A. Miranda, J. A. Mestanza</i> 486 P520 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA. ¿ES DIFERENTE EL GRADO DE SATISFACCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO?. ¿ES DIFERENTE EL GRADO DE NO REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA SEGÚN EL DIAGNÓSTICO? <i>L. Lekuona Sanz, A. Iruin Sanz, M. Aparicio Tellería</i>.....486 P521 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LA UNIDAD DE COLONOSCOPIAS <i>J. R. Villagrasa Ferrer, C. Sanz, I. Calzas, L. Cid, D. Lin, M. Pavón, M. Molina</i>.....486 P522 EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE UN GRUPO DE PACIENTES QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA <i>C. A. Montilla Morales, P. Ayuso, N. Mariz, S. Gómez-Castro, C. Ceballos, J. Del Pino</i> 487 P523 EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) <i>A. C. Marín Guerrero, S. Martínez Cortijo, A. Biurrun Larralde, J. Timón Peralta</i> 487 P524 EXPECTATIVAS EN LA ASISTENCIA AL PARTO <i>P. Bejarano Lasunción, B. Vicente López, L. Casaña Fernández, J. Moliner Lahoz, A. Sanz López, M. García Martínez, B. Abadía Taira</i>.....487 P525 IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA HOSPITALARIO DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN EL ÁMBITO COMARCAL <i>D. Brun Guinda, D. Gentile Lorente, E. Arasa Tuliesa, D. Bofill Montoro, M. Soler Fontanet, J. Rebull Fatsini</i> 487 P526 FACTORES DE RIESGO DE SUFRIR TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN. UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA <i>J. M. Arroyo Cobo, I. Escartín Duaso</i> 488 P527 FORMACIÓN EN HABILIDADES COMUNICATIVAS DE LOS PROFESIONALES, GARANTÍA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE <i>M. A. Rodríguez Molina, M. E. Martínez Saorín, M. T. Ballesteros Juan, B. Caravaca Alcaraz, D. Iniesta Martínez, A. Carpio López, G. Muñoz Ríos</i> 488 P528 IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO CIRCUITO DE RESPUESTA A LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS DEL CLIENTE <i>L. Abril Bisbal, L. García</i>.....488

P529**LA ATENCIÓN SANITARIA: NECESIDADES SENTIDAS POR EL PACIENTE**

A. M. Ballesteros Pérez, M. J. Cáceres, F. J. Egio, C. Becerro, J. Castillo.....489

P530**LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO COMO BASE DE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE UN SERVICIO DE NEUROLOGÍA**

C. Expósito Sánchez, A. M. Romeo Laguarda, V. Martín Ferrando, M. J. Largarita Ferrer, M. J. Chopo Alcubilla 489

P531**LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA (U.G.C.) DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN**

J. Contreras Sáez, M. A. Rodríguez García, C. Escribano González, M. L. Pérez Villar, A. Martos Foladori, E. Nuevo Lara 489

P532**LA VOZ DEL PACIENTE, PILAR BÁSICO EN UN HOSPITAL DE NUEVA APERTURA**

M. Carrascosa Bernáldez, L. Martínez Muñoz, I. Garbisu Urdaniz, S. De Juan García, E. Puente Benavides, M. Sotelo Martín 489

P533**MODIFICACIÓN DEL CIRCUITO DE ADMINISTRACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL ÁMBITO DE LA DIETA. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS**

O. M. Montero García, N. Domingo, G. Iriando, C. Prados, A. Valledado, M. Miquel 490

P534**NICHOS DE DESINFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DE LAS MUJERES DE ARAGÓN Y POSIBILIDAD DE MEJORA**

M. Bárcena Caamaño, A. Lukic, I. Calvo Cebollero, M. V. Fustero Fernández, M. D. Ariño Martín, L. Escosa Royo 490

P535**OPINIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES SOCIO-SANITARIOS**

C. Nebot Marzal, B. Ortega Llavador, G. Garcés Zaragoza, M. D. Espuig Bulto, A. Pérez Martínez, C. Elvira Nicolás 491

P536**OPINIÓN DEL PACIENTE COMO MEDIDA DE MEJORA DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE INFECCIOSOS**

P. Arazo Garcés, M. J. Ena, C. Díaz, D. Gil, E. Alejandre, J. M. Aguirre 491

P537**OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADAS POR LOS PACIENTES PARA MEJORAR LAS CONSULTAS EXTERNAS DE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD (SMS)**

A. Más Castillo, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrián, T. Ramón Esparza, J. E. Calle Urra, P. Nieto Martínez.....491

P538**PERCEPCIONES, EXPECTATIVAS Y OPINIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

P. Massó, J. Aranaz, J. Vitaller, R. Limón, J. J. Mira, J. Requena 492

P539**¿POR QUÉ CAMBIAMOS DE MÉDICO?**

L. Ríos Valles, T. Bordell Sierra, O. Doblado López.....492

P540**PUESTA EN MARCHA Y VALORACIÓN DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN EL ÁREA DE PUERTOLLANO**

M. T. Gallego León, M. G. Prado Serrano, J. Sanz Cortés, A. I. García Castellanos, A. Carrasco Blas, M. Laín García.....492

P541**RELACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA**

S. Lorenzo, M. Checa, E. Gómez, F. García Sánchez, J. Ortigueira, J. González Álvarez 493

P542**RELACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS. LA BÚSQUEDA DEL PACIENTE INSATISFECHO**

C. A. Montilla Morales, M. Borao, A. García Mingo, R. López, C. Ceballos, J. Del Pino 493

P543**SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON IAM EN LA PROVINCIA DE ALBACETE**

T. Ruiz González, G. Vega González, M. A. Vega González, S. Martínez Cifuentes 493

P544**SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA**

I. Brando, J. M. Sánchez, A. Carrillo, J. Alcaraz, P. Gozalo, D. López 493

P545**SATISFACCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON RESPECTO A LA APLICACIÓN INFORMÁTICA DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS**

J. A. Ramírez Moreno, S. López, P. García, I. Arias, V. Cabezas, E. Mendoza, D. Galán.....494



PONENCIAS

CONFERENCIA INAUGURAL

LA AVENTURA DE LA SUPERVIVENCIA.

Carlos Pauner Gotor.

Montañero profesional.



A lo largo de la vida se van sucediendo, en ocasiones, anécdotas paradójicas, las cuales nos sorprenden cuando las reconocemos como tales. Para mí, la aventura del Kangchenjunga o Kangchen, como de forma familiar le solemos llamar, ha sido una de éstas. No en vano, fue la primera montaña de más de 8.000 metros que afronté en mi carrera montañera y fue la montaña que, años después, por poco me cuesta la vida. Sólo las ganas de vivir y una lucha desmedida, fueron las claves que me ayudaron a volver al mundo de los vivos, a nuestro mundo, después de haberlo perdido, prácticamente, todo.

Yo sabía que la ascensión al Kangchenjunga, tercera altura de la Tierra con sus 8.586 m, no iba a ser, de forma alguna, una ascensión convencional. He realizado ya bastantes expediciones a estas grandes montañas y era consciente de que este coloso asiático era duro de pelar. Sus ásperas pendientes, su dificultad técnica, su altura extrema y su especial mala climatología, la convierten en una montaña solitaria, desalentadora y que no atrae a aquellos que buscan un triunfo fácil. Orgullosa, cerrando la cadena himaláica por el oriente, se levanta esta mole de roca y hielo. Altiva, desafiante, como queriendo demostrar que no lo va a poner fácil a aquellos que osen encaramarse por sus heladas pendientes. Pocos escaladores se acercan al pie del Kangchen y menos aún aceptan el compromiso sin reservas, sin vacilaciones, que supone alcanzar su cumbre. Traspasar la sutil línea que separa la cordura de la locura, la vida de la muerte, es algo necesario aquí más que en cualquier otro sitio. Nadie accederá al olimpo de su cumbre sin haber entregado todo, sin haber apostado todo lo que posee a la misma carta, sin haberlo perdido todo para, después, desde luego, tener que luchar para recuperarlo. Esta peculiaridad emana de un hecho característico de esa montaña. Cuanto más arriba se encuentra el escalador, cuanto menos respirable es el aire que le rodea, cuanto mayor es el cansancio, mayor es la dificultad técnica que le opone el Kangchen. De esta forma, cada vez el esfuerzo es superior y no cesa hasta la llegada a la misma cumbre. Para hollar su inmaculada cima, el alpinista tiene que desfondarse en esta escalada a una altura extrema, sabiendo que el descenso comenzará de la misma manera, con

esfuerzo máximo hasta que se alcancen cotas más bajas. A diferencia de otras montañas, no hay un punto en el que las dificultades ya hayan pasado y podamos concentrarnos en aguantar los embates de la altura, regulando el paso y disfrutando del entorno. Aquí no, a cada paso sabemos que el siguiente va a ser más difícil, que vamos a necesitar más fuerza y que seguramente, de nuevo caeremos, con la respiración desbocada tras realizarlo.

Mi sueño era llegar a lo más alto de este gigante del Himalaya. Poner mis pies cerca de esa cúpula blanca y helada de la cumbre, respetando la tradición de no mancillar con nuestras botas esta

morada de dioses y objeto de nuestros desvelos. Técnica, táctica y entrenamiento fueron elementos necesarios y compañeros de nuestro largo viaje. Pero todo esto no era suficiente. El compromiso total lo fuimos adquiriendo poco a poco en la montaña. Cada día vivido en sus laderas, cada grieta superada y cada metro ganado en la vertical, nos fueron enseñando el camino para hacer realidad nuestro sueño. Comprendimos lo que nos demandaba esta inhóspita montaña y generosamente, quizás embriagados de vanidad, cedimos a sus deseos, o mejor dicho, a los nuestros. Lo entregamos todo y llegamos a lo más alto en aquel 20 de mayo, cuando la luz del atardecer iluminaba nuestra cima de forma tenue, cuando se esfumó nuestro sueño llevado por el viento de la inminente tormenta. Se presagiaba un descenso dramático entre las tinieblas de nuestro destino. Todos lo comprendimos y la más terrible de las soledades humanas nos heló el alma.

Con mi sueño en la mochila, pero con la vida perdida comencé a luchar como sólo los desesperados pueden hacerlo. Con frialdad, con firmeza, conocedor de que sólo un camino me llevaría fuera de estas pendientes de hielo y roca. La noche y la soledad fueron testigos mudos de una voluntad inquebrantable. El frío, la altura y el cansancio absoluto, fueron los enemigos a batir. Paso a paso, bajando ese terreno incierto, el tiempo pasaba, para desaliento de los que quieren y esperan, para indiferencia del que pelea.

En mi huida, en ocasiones todo indicaba que era el final. Las caídas, la ventisca y la niebla, daban esos toques de incertidumbre al descenso, como queriendo demostrar que nada dependía de uno mismo y que la montaña jugaba conmigo como el gato con el ratón. En ocasiones, me envolvía la tranquilidad de quién sabe que todo ha acabado, de quién sabe que ya nada se puede hacer. Otras veces, la esperanza resurgía y la mente tiraba del agotado cuerpo hacia abajo, convencida de que se podía lograr volver. Quizás el Kangchen, conmovido por ese pequeño ser que luchaba en sus entrañas por escapar, que soportaba uno tras otro los vivacs a la intemperie, que aceptaba las reglas del juego con nobleza y resignación, quizás por todo esto, le dejó escapar con vida. Sólo le dejó una profunda marca, para que siempre recuerde la exigencia de las altas cumbres. Le hizo pagar un amargo peaje por traer al mundo, a su mundo, el sueño hecho realidad. Este insignificante ser en ese grandioso mundo mineral, mi propia persona, aprendió a valorar la vida como nunca, a estar orgulloso de los que le rodean y a saber que es capaz de conseguir sus sueños, por difíciles que estos sean.

MESA REDONDA 1**CALIDAD DE LA FORMACIÓN Y FORMACIÓN EN CALIDAD****Moderador: Jose Joaquín Mira Solves.***Delegado del Rector, Coordinador de Calidad. Universidad Miguel Hernández, Elche. Alicante.*

La expansión del interés por la calidad de la asistencia sanitaria ha producido, en los últimos años, un importante volumen de horas de formación en esta materia. El papel de las Administraciones Sanitarias de las diferentes comunidades autónomas ha resultado crucial y la inversión realizada puede considerarse como significativa. Desde el Ministerio de Sanidad, y en concreto desde la Escuela Nacional de Sanidad y desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, también se ha contribuido de forma notoria a este objetivo.

A esta inversión, por la vía de los presupuestos de formación, se le suma una no menos importante dedicación, en términos de horas de trabajo y de sacrificio personal y familiar, de cuantos han seguido seminarios, talleres o cursos de formación. Es quizás menos valorada pero es, al menos, de igual sino de mayor importancia.

En paralelo a este notorio esfuerzo, muchas sociedades científicas y la práctica totalidad de colegios profesionales han, a su vez, planificado y llevado a cabo programas y acciones formativas en materia de calidad asistencial.

La iniciativa privada, ya sea de la mano de escuelas o centros de formación y de la propia industria farmacéutica, también han colaborado en este esfuerzo de información y formación que, en definitiva, buscaba difundir conceptos, herramientas y elementos asistenciales de la calidad en el Sistema Sanitario.

El mundo académico se ha sumado también, si bien con una desigual oferta, más centrada en el postgrado que en el pregrado. Hay que comentar que si bien en el Plan Nacional de I+D en el apartado gestionado por el Instituto de Salud Carlos III (a través del FIS) existe una línea clara de fomento de la investigación en servicios de salud, calidad y seguridad clínica, no acontece lo mismo en el ámbito de los programas de formación en investigación, los clásicos programas de doctorado en sus diferentes variantes según la normativa de cada momento.

En cualquier caso, el esfuerzo conjunto de las distintas Administraciones, entidades e instituciones, sumado al particular de un buen número de profesionales, invita a una reflexión sosegada, al menos, sobre dos cuestiones básicas. La primera, en qué medida esta formación ha provocado cambios en la práctica. La segunda, quizás más importante, para qué ha servido todo este esfuerzo y en qué medida podemos afirmar que sus retornos al Sistema de Salud y, particularmente a los pacientes, son positivos.

A nadie puede escapar que ambas cuestiones son clave para determinar la efectividad y la eficiencia de todo este esfuerzo. También, porque no cabe duda que un análisis sosegado de estas cuestiones nos permitirá identificar qué aspectos debemos modificar para resultar más efectivos y para aprovechar mejor los cada vez más escasos recursos.

En la práctica asistimos a un cierto descontento y cansancio que ha reducido la asistencia a los cursos, talleres o seminarios. Solo las condiciones de la carrera profesional están obteniendo resultados espectaculares sobre las inscripciones en los actividades formativas de cualquier tipo, sin garantizar el interés o el aprovechamiento.

En paralelo a todas estas cuestiones, asistimos a un cambio de los planes de estudio de las disciplinas sanitarias, tanto en el método de enseñanza como en sus contenidos, apareciendo por primera vez temas relacionados con la gestión, comunicación con el paciente o calidad, por ejemplo, en las enseñanzas de medicina, de forma reglada y obligatoria para el conjunto de las universidades de nuestro país.

La enseñanza por competencias, novedad en muchos casos pero que viene siendo habitual en otras latitudes, parece ofrecer un enfoque diametralmente diferente y prometedor. Es escasa nuestra experiencia en el diseño y puesta en práctica de este tipo de metodologías pero una aproximación a este enfoque podrá seguro descubrirnos pistas sobre cómo re-diseñar la formación.

Desde algunas sociedades científicas se ha asumido el relevo en la responsabilidad de asegurar un alto nivel de cualificación a los profesionales de la salud y existen experiencias de alto calado y de reconocimiento profesional que merece la pena también conocer con detalle. La oferta, por último, de las Administraciones Sanitarias en materia de calidad asistencial debe analizarse de forma que nos

permita aprender unos de otros, aprovechar buenas experiencias y, cómo no, posibilitar sinergias que incrementen la eficiencia del Sistema de Salud.

En la mesa que celebraremos en este nuevo Congreso de SECA revisaremos con la ayuda de destacados y reconocidos ponentes cada una de estas cuestiones y aprovecharemos la oportunidad para reflexionar en voz alta sobre el futuro de la formación en calidad asistencial.

P2**CALIDAD DE LA FORMACIÓN Y FORMACIÓN EN CALIDAD. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS SOBRE FORMACIÓN EN CALIDAD.****Susana Lorenzo.**

Responsable de Calidad. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

El concepto de calidad asistencial y sus métodos de evaluación han ido evolucionando como consecuencia del protagonismo que el ciudadano, los ciudadanos, han ido adquiriendo, como clientes del sistema. Esta evolución, que partía de un modelo basado en el médico, que ejercía su saber sobre un paciente pasivo, nos ha llevado a un paciente-cliente consciente de sus derechos, de su poder social. Además entran en juego las llamadas terceras partes: familia, amigos, relaciones laborales, administración del hospital, trabajadores sociales, psicólogos, y la misma sociedad. Todo esto conlleva un importante cambio en el modelo de prestación de servicios, y los profesionales sanitarios, miembros de un equipo multidisciplinar, se ven obligados a modificar no solo sus actitudes, sino también sus aptitudes y habilidades¹.

En cuanto a los cambios en el acceso a la información, al saber médico, tradicionalmente eran los profesionales de la medicina quienes mantenían la hegemonía sobre la información relacionada con la salud². En este momento periodistas, académicos, economistas, gestores y muchos casos individuos e instituciones de cualificación desconocida son, a menudo, los protagonistas de la misma, disponiendo para su divulgación de tecnologías de la información impersonales, pero de notable accesibilidad y penetrabilidad.

Y si el Sistema Sanitario cambia, y se adapta a nuevas realidades sociales, la gestión de la calidad del mismo también debe evolucionar. Así, de pensar que la calidad era patrimonio de unos pocos expertos en metodología, hemos pasado a defender la difusión de la cultura de la calidad entre todos sus profesionales, asistenciales y no asistenciales.

A esta situación debemos añadir una realidad contundente, la migración de los trabajadores sanitarios españoles a Europa³, y por otra parte la contratación de personal internacional para nuestro sistema de salud. Este intercambio de personal en muchos casos nos resulta desfavorable, ya que salen profesionales muy cualificados y entran profesionales por completar su cualificación en nuestro entorno. Esto supone para España un coste adicional como país receptor en formación de nuevos profesionales y una pérdida por lo invertido en profesionales que migran ya formados. Al mismo tiempo se producen una serie de problemas de recepción en cuanto a valores y creencias del personal, cultura de la organización, barreras lingüísticas, etc.

Para valorar la situación actual de la formación de los profesionales sanitarios en calidad asistencial en nuestro entorno se remitió un cuestionario a los responsables de calidad identificados en las Comunidades Autónomas (CCAA) y a los Presidentes de las Sociedades Autonómicas de Calidad Asistencial en el caso de Andalucía, Asturias y Cataluña. El cuestionario, formado por 4 preguntas, se envió por correo electrónico. En aquellas Comunidades en las que no se identificó interlocutor se remitió el mismo a la Dirección del Servicio Regional de Salud. Así mismo se contactó con la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), y con la European Society for Quality in Healthcare, que había celebrado un Workshop sobre el particular en octubre de 2007.

Las preguntas eran las siguientes:

¿Existe un plan específico de formación en calidad/seguridad en la CCAA?

¿Qué formación reciben los técnicos de calidad de su CCAA?

¿Existen cursos específicos de Calidad Asistencial?

¿En quien recae en su CCAA la responsabilidad de la calidad asistencial?

Resultados:

Han contestado el cuestionario 14 CCAA. y la Agencia de Calidad del MSC y se presentarán los resultados del mismo en el seno del Congreso en Zaragoza.

Estos reflejan una importante variabilidad en las diferentes CCAA. En lo referente a planes de formación el abanico de posibilidades es amplio, desde algunas en las que no hay referente en materia de calidad a otras en las que hay un plan específico de formación. Esta situación refleja por si misma la amplia variabilidad de procedencias de los profesionales que trabajamos en este ámbito con titulaciones y experiencias variopintas.

Esta variabilidad da riqueza pero debe garantizar unos mínimos de formación. Por ello, al igual que en otros ámbitos de la asistencia sanitaria parece recomendable establecer cierto grado de coordinación entre comunidades, identificando las habilidades, actitudes, aptitudes y valores necesarios, para poder elaborar una propuesta formativa coherente para estos profesionales de la salud. La Sociedad Española de Calidad Asistencial y sus Sociedades federadas pueden aportar el lugar de encuentro para ello, y la metodología en cada CCAA para esta tarea. Incluso pensando en un mercado globalizado, donde el país de formación y el de ejercicio no tienen por que coincidir, en todo ello la colaboración de la Sociedad Europea de Calidad puede ser de especial interés, de forma que en un breve plazo seamos capaces de proponer un mínimo común para la formación en calidad asistencial en el espacio europeo.

La sociedad del siglo XXI cambia de forma rápida, en dirección incierta⁴, mucho más rápido que la asistencia sanitaria. El paciente demanda medicina personalizada, el denominado paciente del futuro ya es una realidad, exige trato personalizado, mejor relación sanitario – paciente¹. Queda en nuestra mano facilitar los medios para hacerlo realidad, los profesionales que trabajamos en calidad podemos constituir una herramienta para ello.

¹Lazaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 (supl 3):85-90.

²Lorenzo S. Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22:186-91. Disponible en http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7010&sumarioid=13006131 [Consultado el 15 de julio de 2008].

³http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth13_1.pdf [Consultado el 15 de julio de 2008].

⁴Jovell A.J. El paciente del siglo XXI. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 (supl 3):85-90.

P3

EVALUACIÓN PARA EL APRENDIZAJE: UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE CALIDAD EDUCATIVA EN EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Francisco Arnalich Fernández.

Catedrático de Medicina, UAM, Madrid.

La evaluación, uno de los elementos clave del proceso formativo, está directamente relacionado con la calidad de la enseñanza. Su correcta definición y desarrollo establecen el marco necesario para ajustar los contenidos y métodos de enseñanza, permitir la mejora continua del proceso formativo, y conseguir un aprendizaje efectivo. En el Espacio Europeo de Educación Superior, en el que el aprendizaje del alumno es el objetivo nuclear, la evaluación adquiere un valor mucho más relevante que el que le correspondía tradicionalmente. Puesto que la evaluación determina el qué y cómo se aprende, es necesario que en la universidad actual en nuestro país avancemos desde el enfoque tradicional de la "evaluación del aprendizaje" hacia un nuevo modelo de "evaluación para el aprendizaje". Los principales objetivos de esta evaluación son:

- Facilitar y mejorar el proceso de aprendizaje de los alumnos.
- Comprobar la consecución de los objetivos didácticos.
- Valorar los niveles de adquisición de los conocimientos adquiridos, capacidades desarrolladas, y habilidades obtenidas.
- Valorar individualmente las mejoras del estudiante.
- Obtener información para mejorar la gestión de la calidad de la docencia y de la institución.

En base a la experiencia obtenida en nuestra universidad, creemos que deberían emplearse unos indicadores de evaluación de la calidad de la enseñanza universitaria basado en los siguientes componentes:

1. Satisfacción personal con la enseñanza y con la evaluación:

percepción del estudiante de una enseñanza de calidad, en la que la metodología empleada, instalaciones y materiales utilizados son adecuados, y la evaluación responde a todos los aspectos de la profesión que ejercerá en el futuro.

2. Competencias académicas y profesionales: el estudiante adquiere los conocimientos, y desarrolla las habilidades y competencias profesionales a través de experiencias directas (laboratorios, trabajos de campo, hospitales, etc), y aprende a trabajar en equipo.
3. Docencia en red: la metodología docente incluye el empleo de plataformas virtuales, disponibilidad de materiales didácticos en red, y sistemas de enseñanza semipresencial.
4. Apoyo en tutorías académicas: tutoría en aspectos personales y, especialmente, del contenido docente a lo largo del itinerario formativo del estudiante. Se utilizarán los distintos tipos de tutorías: tutoría individual profesor-estudiante, tutoría grupal, tutoría entre iguales, tutoría virtual.
5. Cumplimiento de la programación docente: el profesorado cumple la programación docente asignada en más del 80 % de la actividad teórica y práctica.
6. Objetividad de la evaluación académica: las calificaciones concuerdan con el esfuerzo objetivo realizado, los exámenes son coherentes con la programación docente, y los periodos reservados a los exámenes son adecuados.

En resumen, aunque la evaluación de la calidad universitaria es una tarea muy compleja, creemos que pueden establecerse unos nuevos indicadores de evaluación basados en la satisfacción del estudiante, las competencias académicas y profesionales, la evaluación del rendimiento académico, la enseñanza virtual y las tutorías académicas.

P4

EL PORTFOLIO COMO HERRAMIENTA DE EVALUACION FORMATIVA

Fernando Salcedo Aguilar.

Médico de Familia.

Miembro del Grupo Portfolio de la semFYC.

Jefe de Estudios. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Cuenca.

Profesor Asociado Universidad de Castilla La Mancha

Introducción: La calidad en la actividad asistencial es una necesidad y un deber de todo profesional sanitario. Es muy difícil progresar como profesional, realizar un correcto desarrollo profesional y por tanto formarse de forma adecuada sin una herramienta que objete tus competencias e incompetencias conscientes e inconscientes. Para que la formación de adultos sea eficaz y eficiente debe:

1. Centrarse en el que aprende.
2. Promover interacción y reflexión: la autorreflexión es una condición necesaria y fundamental para que el aprendizaje de adultos sea eficaz.
3. Basarse en la práctica: no es suficiente con demostrar lo que yo soy capaz de hacer sino que la información puede ser más útil si habla de lo que en realidad estoy o no haciendo con mis pacientes. Los sistemas de recertificación y acreditación por tanto deberían basarse en gran parte en evaluaciones de la competencia en el cuarto escalón de Miller (practica real).
4. Dirigirse a incompetencias conscientes e inconscientes. Hay varios estudios que demuestran que los profesionales tienden a formarse en aquello que más les gusta y en lo que suelen ser más competentes. Sin embargo, un plan personalizado de formación eficiente debe dirigirse a subsanar las incompetencias, algunas de ellas conscientes, pero en muchas ocasiones inconscientes, en las que el profesional raramente se forma.
5. Basarse en la propia responsabilidad.
6. Favorecer un aprendizaje significativo.

Por otro lado, todo sistema de evaluación debe tener como objetivo la formación (y no viceversa) por lo que el impacto educativo de la propia herramienta debe ser una prioridad a la hora de diseñar sistemas de evaluación.

Con estas premisas fundamentales surge un circuito de evaluación denominado Portfolio.

¿Qué es un portfolio?

El portfolio consiste en el diseño de una serie de tareas y retos profesionales que se correlacionan con un perfil competencial

determinado, es decir, que demostrarán las capacidades o deficiencias reales de un profesional. Estas tareas se definen en base a aquellos indicadores y evidencias que verifican una competencia concreta. Al final del proceso, el profesional presenta una serie de documentos determinados previamente (por ejemplo, informes sobre intervenciones docentes, resultados clínicos, registros clínicos, planes de mejora de la calidad, publicaciones realizadas, revisiones bibliográficas...) como evidencia del aprendizaje y logros conseguidos, con autogestión continua de su proceso y con una verificación externa posterior cuando se considere oportuno (en evaluación sumativa para procesos de certificación o recertificación). Las características que debe tener todo instrumento de evaluación de la competencia deben ser:

- Fiabilidad
- Validez
- Impacto educativo
- Aceptabilidad
- Factibilidad - Viabilidad – Coste.

Según para qué utilicemos cada instrumento primaremos una característica u otra. En nuestro caso, los tres últimos puntos son los que han guiado el diseño del portfolio para el médico de familia.

Los paradigmas del portfolio según lo entendemos en nuestro grupo son:

- debe generar fundamentalmente autorreflexión en el profesional y por tanto debe estar enfocado a producir autoaprendizaje (la autorreflexión sobre la práctica es la base del aprendizaje del adulto) en el profesional en formación o que está siendo evaluado. En este sentido siempre será mejor proponer tareas o generación de documentos de nuevo que utilizar los ya emitidos (por ejemplo tiene mayor impacto formativo pedir que aporte los 3 próximos diagnósticos de diabetes que haga para saber si sigue correctamente los criterios internacionales, que pedir los 3 últimos que hizo)
- debe buscar la globalidad competencial del individuo
- debe potenciar la flexibilidad y creatividad. En este sentido hay que abogar mas por portafolios libres o semiestructurados antes que por los estructurados o estandarizados que no favorecen la creatividad del evaluado, reservando éstos para procesos de evaluación cuando es importante el número de los evaluados.
- debe estar centrado en el que aprende.

Tipos de portfolio.

Los tipos de Portfolio se clasifican según:

a) el objetivo en:

- Portfolio formativo, donde se prima la formación y no es necesario garantizar un determinado nivel de calidad. Lo importante es la identificación de las áreas donde el aprendizaje ya se ha realizado y las áreas en las que todavía no.
- Portfolio evaluativo, donde además éste proceso tiene como conclusión una certificación (o recertificación) de que un determinado nivel de competencia existía o ha sido adquirido.

b) el diseño en:

- Portfolio estructurado o estandarizado, donde se define previamente que tipo de tareas y documentación resultante debe recoger el profesional.
- Portfolio libre, donde el profesional decide que hacer y que documentación entregar para demostrar sus capacidades.
- Portfolio semiestructurado, donde se alternan ambas opciones.

El portfolio evaluativo y estandarizado podría considerarse el más adecuado para su utilización en acreditación en nuestro entorno social y laboral.

¿Que ventajas tiene el portfolio frente a otros circuitos de evaluación?

Las ventajas que presenta frente a otras técnicas de evaluación de competencias son:

- No evalúa competencias potenciales sino reales. Único circuito orientado al 4º escalón de Miller (práctica real, competencias expresadas)
- No es una "foto" sino un "vídeo", es decir, el profesional no depende de tener un buen día cuando es evaluado sino que tiene un periodo de tiempo en su práctica para demostrar sus competencias.
- Poseen mayor impacto educativo. Aporta feed-back sobre competencias a mejorar, estimula el aprendizaje motivando para el cambio, y potencia la adquisición de nuevas competencias.
- Aceptabilidad profesional (enfoque a su realidad, lo realiza en su sitio de trabajo mayoritariamente sin sensación de "examen"...)
 - Es el propio profesional quien dentro de los plazos establecidos

propone el ritmo y el orden de las tareas (importante en profesionales con alta presión asistencial)

- Potencia la colaboración entre colegas (tutor del portfolio)
- Versatilidad. Permite la combinación de numerosos instrumentos de evaluación de competencias
- Flexibilidad. Permite la evaluación de aspectos clínicos o no clínicos (investigación, docencia, ética, cultura de calidad...), y se puede ajustar a múltiples entornos profesionales y laborales
- Permite el uso de las nuevas tecnologías como soporte con las ventajas lógicas que esto conlleva.
- Reproducibilidad. Un buen diseño garantiza la reproducibilidad del proceso de acreditación.
- Tiene un consumo inferior de recursos que otras metodologías (ECOEs, Pacientes simulados en situación real, Evaluación "in situ" de actuaciones clínicas,...).

¿Qué limitaciones presenta?

Las desventajas que presenta el portfolio son:

- el poco desarrollo que hasta ahora ha tenido en nuestro entorno,
- su complejidad y coste en tiempo del diseño,
- la no utilidad para la valoración de aspectos concretos (se debe utilizar para evaluación de la globalidad),
- falta de técnicas que valoren competencias potenciales o genéricas,
- aumenta el esfuerzo del tutor o profesores cuando éste existe,
- problemas de logística, cuando es evaluativo (mucho papel y documentación)
- algunos problemas de fiabilidad (kappas bajos) cuando se analizan los resultados globalmente. Es necesario realizar un correcto y pormenorizado diseño de los estándares y un adecuado entrenamiento de los evaluadores para conseguir una buena concordancia que valide su uso. Algunos autores alcanzan concordancias simples superiores al 90 % cuando se trata de establecer un nivel mínimo de calidad (Margery Davis, Universidad de Dundee).

¿Qué técnicas de evaluación puede agrupar?

Las técnicas que suele incluir (aunque podría combinar resultados de otras técnicas de evaluación) están descritas en la Tabla 1.

Es importante resaltar aquí que toda tarea "prospectiva" que lleve la realización posterior durante el desarrollo del portfolio de determinados retos clínicos tendrá más impacto educativo mayor que una tarea "retrospectiva" que implique análisis de tareas ya realizadas previamente.

Tabla 1. Instrumentos de evaluación habitualmente usados en el portfolio.

Registros clínicos (Historia, informes de derivación...)	Tutorías y planes docentes
Plan de aprendizaje (evidencias de aprendizaje en proceso o finalizado)	Auditoría, Autoauditorías
Audio y Videograbaciones	Datos curriculares
Incidentes críticos	Diario de reflexión (emociones y sentimientos generados por el aprendizaje)
Indicadores de la práctica (perfil farmacológico, resultados clínicos...)	Evaluaciones externas (pacientes, colegas...)
Resultados exámenes	Casos clínicos, Pacientes estandarizados simulados o reales
Publicaciones (artículos, libros,...)	Proyectos de Investigación
Proyectos comunitarios	Premios y logros personales o profesionales
Imaginación, creatividad...	Imágenes clínicas o pictoriales

DISEÑO DE UN PORTFOLIO

El diseño del portfolio pasa necesariamente por un proceso de adaptación de las metodologías desarrolladas en otros países a nuestro entorno. Una propuesta de desarrollo aplicada al campo de la medicina de familia, podría seguir las siguientes fases:

Definición de objetivos

En todo proceso de evaluación es muy importante tener muy claro y definir cuales son las bases estratégicas del proceso evaluativo: a quien se evalúa, para que se evalúa, con que nivel de calidad por tanto, que características debe tener el circuito, recursos disponibles...

En nuestro caso, la herramienta que se diseña está dirigida a médicos de familia que se encuentran en centros de salud de cualquier ámbito (urbanos o rurales, docentes o no), enfocado principalmente en esta fase a la autoevaluación, sin tutor presencial inicialmente, con un

coste no excesivo en tiempo de dedicación del profesional evaluado (dada la presión asistencial existente) y con periodos adecuados de tiempo (entre 6 y 9 meses de desarrollo), que busque la globalidad con un nivel de calidad básico, con la Web como elemento de intercambio de información y tutorización online, y que permita en una segunda fase la posibilidad de realizar un portfolio evaluativo para recertificación o acreditación.

Diseño del perfil.

Una vez establecidas las bases estratégicas (a las que hay que volver continuamente durante el desarrollo del portfolio) el primer paso esencial es definir el perfil que debe tener el médico de familia con objeto de establecer de forma correcta las estrategias de evaluación. Para ello se ha partido de una adaptación de las áreas competenciales del médico de familia (<http://www.semfycc.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfycc/docum018.html>) al modelo y metodología portfolio incorporando alguna área nueva y racionalizando la ponderación. Por otro lado y partiendo de un mapa de competencias nucleares extenso se ha realizado una priorización para establecer un mapa de competencias operativo del médico de familia que pueda ser utilizado en este proceso de evaluación-formación.

Definición de indicadores

Una vez definidas las competencias y teniendo en cuenta las bases estratégicas se deben establecer los indicadores mas relevantes para cada una de ellas. Para ello, se tiene en cuenta el Programa Nacional de la Especialidad, documentos y opiniones de grupos de expertos semfycc y bibliografía nacional e internacional. Es importante estar coordinado, de tal manera que si un indicador puede ser útil para medir dos o más competencias diferentes, quede reflejado en el portfolio.

Definición de tareas.

En esta cuarta fase se definen las tareas para que el profesional reflexione y autoevalúe cada uno de los indicadores y por tanto de las competencias. Es posible establecer una o dos tareas alternativas en aquellos casos en los que para demostrar una competencia se prevea que el profesional de un determinado entorno pueda tener dificultades en la primera tarea.

Al igual que en la anterior fase, es importante la coordinación para buscar aquellas tareas que puedan servir para medir mas indicadores y competencias diferentes. Es decir, se trata de que el profesional realice la menor cantidad de tareas clínicas para medir de forma correcta y válida la mayor cantidad de competencias posible, de tal manera que se reduzca el consumo de tiempo que el profesional necesita para desarrollar su portfolio.

Definición de indicadores operativos

Una vez establecidas las tareas, es necesario transformar los indicadores en indicadores operativos que dependerán de la tarea concreta (p.e. si quiero medir cordialidad como indicador de una buena habilidad en entrevista clínica, el indicador operativo dependerá de que la tarea sea una videograbación en la podría ser la sonrisa, o una Audiograbación donde podría ser tono cálido). Son las evidencias o pruebas que el propio profesional, el tutor y/o evaluadores externos deberán buscar en las tareas clínicas y documentos que componen el portfolio para comprobar sus competencias e identificar sus áreas de mejora. Buscando el mayor impacto educativo posible, es aconsejable que se faciliten a la vez que la tarea.

Conclusión.

El portfolio se prevé como una alternativa importante para monitorizar la formación continuada de los profesionales y tomar decisiones a nivel de planes individualizados de desarrollo y de planes formativos de colectivos, aportando además formación durante su desarrollo, ya que se basa en retos y tareas clínicas en las que el profesional se esfuerza por demostrar determinadas habilidades y porque genera una importante reflexión sobre el trabajo propio con lo importante que es éste aspecto para el aprendizaje del adulto.

Bibliografía.

1. AMEE 11 Medical Education Guide: Portfolio-based learning and assessment in medical education. Medical Teacher 1999 4(5) 370-386.
2. Challis M.: Portfolio and assessment, meeting the challenge. Medical Teacher (2001), Vol 23 nº 5 pag: 437-440.
3. Epstein RM, Hundert EM: Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002 Jan 9;287(2): 226-35.
4. Friedman: AMEE 24 Medical Education Guide: Portfolios as a method of student assessment. Medical Teacher 2001 6 (23) 335-551.
5. Harden, Davis M, Crosby. The new Dundee medical curriculum, a whole that is greater than the sum of the parts. Medical Education (1997), 31: 264-271.

6. Mathers NJ, Challis MC, Howe AC, Field NJ.: Portfolios in continuing medical education - effective and efficient? Med Educ 1999; 33: 521-30.
7. Mullan M., Endacott R.R., Gray M.M.A., Jasper M.M., Miller C.C.M.L., Scholes J.J. & Webb C.C: Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. Background. Journal of Advanced Nursing (2003), 41(3), 283-294.
8. Pitts J, Coles C, Thomas P, Smithns F: Enhancing reliability in portfolio assessment: discussions between assessors. Medical Teacher, Vol. 24, No. 2, 2002, pp. 197-201.
- Portfolio use in general practice vocational training: a survey of GP registrars. Medical Education 2004; 38: 87-95.
9. Rees CE: The reliability of assessment criteria for undergraduate medical students' communication skills portfolios: the Nottingham experience. Medical Education 2004; 38: 138-144.
10. Roberts C, Newble D, O'Rourke AJ: Portfolio-based assessments in medical education: are they valid and reliable for summative purposes? Medical Education (2002); 36: 899-900.

P5

FORMACIÓN ORGANIZADA EN COMPETENCIAS UTILIZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD

José María Mengual Gil, Vega Alonso Martínez, Roberto Gallego Caballero, Esteban de Manuel Keenoy, Eva López Madurga, Manuel Rodríguez Rodríguez.

¿QUÉ ES FOCUSS?

Focuss® (formación organizada en competencias utilizadas en el sistema de salud) es un proyecto de formación diseñado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) en colaboración con profesionales del Sistema Sanitario Público de Aragón (SSPA).

La dirección de Transferencia del Conocimiento del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), junto con 2 consultores expertos, diseñó una propuesta que fue ampliada, debatida y consensuada por un grupo de profesionales de la Sanidad Pública Aragonesa dando como resultado el diseño definitivo del proyecto **focuss** en el que se contemplaban los objetivos, alcance, resultados esperados, los distintos procesos (demanda de programas formativos, reconocimiento, convocatoria, selección de alumnos, desarrollo y evaluación) que componen cada convocatoria de programas formativos, la estructura organizativa, el estudio de viabilidad, la definición de formularios, la definición de informes y el diseño de la BBDD que gestionaría toda la información.

Focuss es uno de los procesos ISO 9001 del I+CS y como tal se realiza, al menos, una auditoría interna anual y una auditoría externa por una empresa certificadora (DNV).

Su objetivo general es mejorar la calidad de la asistencia sanitaria para promover un mayor nivel de salud de la población de Aragón mediante la mejora de las competencias de los profesionales del SSPA. Se trata de favorecer la adquisición de conocimientos, destrezas y capacidad organizativa que acerquen a los profesionales a una práctica de excelencia y satisfacción tanto propia como de los usuarios. Para conseguirlo se realizan convocatorias de programas de formación, eminentemente prácticos, consistentes en estancias cortas en aquellos centros que cumplan los criterios necesarios para impartir ese tipo de formación.

Otro de los objetivos generales de **focuss** es mejorar la autoestima de los profesionales y la percepción de los usuarios de la calidad de la asistencia que reciben.

Focuss es un método de formación que consiste en facilitar el acceso a una formación práctica, organizada, de calidad y evaluada:

Práctica porque está dirigido al aprendizaje práctico de técnicas diagnósticas, terapéuticas, de gestión o de comunicación.

Organizada porque realiza todas sus actividades formativas mediante PROGRAMAS, con objetivos, actividades y medios definidos y cuenta con tutores responsables de organizarlo todo para el mejor aprovechamiento del tiempo y los recursos.

De calidad porque las actividades formativas son valoradas por todos los que participan en ellas y los procesos son auditados al menos una vez al año interna y externamente.

Evaluada porque **focuss** evalúa la calidad de la formación, los formadores, los tutores, los alumnos y el I+CS.

Adicionalmente a esto, **focuss**:

Presenta criterios de selección de alumnos claramente definidos que priorizan a los profesionales que precisan en su quehacer diario una determinada formación y favorece las zonas alejadas de los grandes centros.

Facilita el Continuum Asistencial favoreciendo las relaciones profesionales y personales entre los distintos profesionales del SSPA

y la creación de redes informales de cooperación entre centros y servicios y entre niveles asistenciales así como la ruptura del aislamiento de profesionales actualmente alejados de otros elementos del sistema sanitario, sea por razones geográficas o por falta de comunicación.

Presenta para su acreditación, a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón, las actividades formativas que están dirigidas a los profesionales sanitarios.

Focuss es un método de formación que consiste en que:

- Toda la formación se articula en forma de Programas de Formación, con objetivos definidos, actividades programadas y evaluación sistemática.
- Los Centros formadores han de ser reconocidos como válidos para impartir un programa de formación específico.
- Los formadores también deben estar reconocidos.
- El reconocimiento sigue un proceso de evaluación realizado por profesionales del SSPA.

Un profesional del SSPA puede colaborar con **Focuss**:

- Como formador: impartiendo la formación al mismo tiempo que desarrolla su actividad habitual.
- Como tutor: coordinando el programa de formación y garantizando que las actividades del programa se realizan en tiempo y forma. Un tutor puede ser simultáneamente formador o no.
- Como alumno: asistiendo al programa formativo y aprovechando la formación recibida para poder aplicarla en su propio centro de trabajo.
- Como consultor: analizando y valorando los programas de formación antes de que sean ofertados en las convocatorias de programas, garantizando que su estructura y contenido es el correcto, está bien elaborado y tiene coherencia.

Un mismo profesional puede participar de maneras diferentes en distintos programas.

Cuando la formación sea fuera del lugar de residencia del alumno, **focuss** financia el desplazamiento, alojamiento y manutención durante el tiempo que se prolongue la estancia formativa. También financia la sustitución de los profesionales de Atención Primaria.

Focuss compagina las expectativas de los profesionales con los intereses del SALUD, para ello los programas formativos **focuss** han de cumplir unas condiciones generales:

- La formación ha de versar sobre técnicas concretas
 - Diagnósticas
 - Terapéuticas
 - De gestión
 - De comunicación
- Han de responder a los requisitos del SALUD
 - Mejorar la cartera de servicios
 - Mejorar el cumplimiento del contrato programa
 - No requerir recursos no previstos
- Han de servir para mejorar la competencia de los profesionales
 - Conocimientos
 - Habilidades y destrezas
 - Capacidad organizativa
 - Capacidad de respuesta ante imprevistos

Para cumplir todo esto, los programas formativos que se presentan para su reconocimiento deben estar valorados por los directores de Atención Primaria del sector correspondiente (si el programa formativo se presenta desde Atención Primaria) o por el director del hospital (si es presentado desde Atención Especializada). Esta valoración se hace atendiendo a la mejora de la calidad en cuanto a:

- El Contrato Programa
- La Cartera de Servicios
- La Gestión de la Demanda

Los directores valoran estos cuatro aspectos de 1 a 5 puntos. Esta valoración supone la implicación y la corresponsabilidad de la dirección en la formación que se imparte en los centros, servicios o unidades de los que son responsables al mismo tiempo ayuda a priorizar el tipo de formación en la que el SSPA está más interesado.

FOCUSS Y LA CALIDAD

ISO 9001

Focuss, desde el comienzo de su andadura (2005), es uno de los procesos ISO 9001 del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y como tal se realiza al menos una auditoría interna y una auditoría externa anual por una empresa certificadora (DNV). En ninguna de las dos auditorías realizadas hasta el momento se han detectado no

conformidades, observaciones o áreas de mejora y sí puntos fuertes relativos al importante nivel de organización de la información y a la existencia de claros criterios de admisión documentados; sin embargo, **focuss** está comprometido con la mejora continua y se han realizado pequeños cambios desde su puesta en marcha que permiten mejorar la gestión y la satisfacción tanto de alumnos como de docentes.

Consultores

La figura del consultor **focuss** forma parte de la garantía de calidad de la oferta formativa. Las propuestas formativas presentadas al I+CS, y avaladas por la dirección, son presentadas a una serie de profesionales expertos en la técnica a evaluar cuya misión es asesorar al Instituto en las decisiones relativas a:

- Reconocimiento de las propuestas de programas de formación
- Reconocimiento de las unidades docentes (centros y/o servicios), formadores y tutores

La labor que un consultor ha de desarrollar es la de revisar y valorar el programa formativo que se le envíe analizando si su contenido es coherente y se pueden conseguir los objetivos descritos. Su labor es similar a la revisión por pares que se realiza en los revistas científicas con los originales de los artículos previos a su aceptación y publicación. Los consultores **focuss** garantizan la calidad de las propuestas formativas. Cada programa es analizado al menos por 3 consultores y sus comentarios se hacen llegar, de forma anónima, a los elaboradores.

Criterios de Selección de Alumnos

El número de alumnos que participan en cada programa es reducido al tratarse de una formación práctica y personalizada por lo que el proceso de selección de éstos se ha definido con criterios claros y objetivos para garantizar la transparencia y la equidad.

El proceso de selección se basa en los llamados "puntos **focuss**". Según este modelo, cada trabajador del Sistema Sanitario Público de Aragón dispone de partida de 150 puntos **focuss** que se ven incrementados si se colabora con el proyecto bien sea como tutor, formador, elaborador o consultor, y se consumen si se participa como alumno.

Estos puntos **focuss** se incrementan o disminuyen atendiendo a otros dos factores valorativos:

- El interés que tiene la dirección de que un determinado profesional se forme en una determinada técnica
- El lugar de trabajo del profesional. Este factor tiene como objetivo favorecer la participación de profesionales que desempeñan su trabajo en zonas alejadas de los grandes núcleos urbanos.

Los alumnos seleccionados serán los que más puntos **focuss** tengan de entre los solicitantes de un programa formativo determinado.

Se ha mencionado que uno de los criterios de selección de los alumnos es el interés que la dirección tiene en que un determinado profesional se forme en una técnica. Para ello, todas las solicitudes de los alumnos han de ir valoradas y firmadas por los directores de Atención Primaria del sector correspondiente (si el alumno trabaja en Atención Primaria) o por el director del hospital (si el alumno desempeña su trabajo en Atención Especializada). Con ello se pretende evitar que un alumno que no puede aplicar los conocimientos adquiridos de forma más o menos inmediata ocupe una plaza que puede aprovechar otro alumno.

Evaluaciones

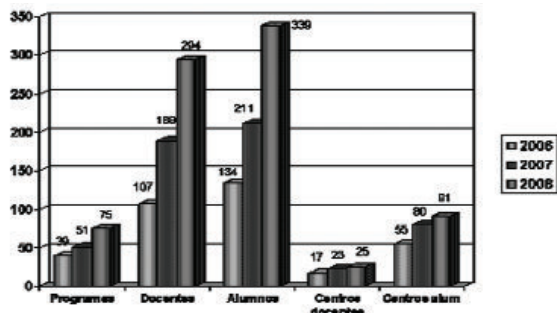
Como se ha comentado al principio, **focuss** evalúa la calidad de la formación, de los formadores, de los tutores, de los centros docentes, de los alumnos y del I+CS. Para ello existen tres tipos de formularios de evaluación que son cumplimentados por los participantes de las acciones formativas (alumnos, tutores y formadores) y por los responsables directos de los alumnos.

- Formulario de evaluación para formadores. Son cumplimentados por los formadores y los tutores y evalúan el aprovechamiento y la actitud de los alumnos.
- Formulario de evaluación para alumnos. Son cumplimentados por los alumnos y evalúan la labor desarrollada por el I+CS, el programa formativo, los formadores, el tutor y la unidad formativa.
- Formulario de evaluación para los directores de centros de procedencia de los alumnos. Son cumplimentados por los responsables directos de los alumnos y evalúan en qué se concreta la mejora que la formación ha aportado al alumno y cómo esta se refleja en su quehacer diario.

SITUACIÓN ACTUAL DE FOCUSS

El 14 de abril de 2008 se lanzó la tercera convocatoria de focuss. Como en las dos convocatorias anteriores se realizó una comunicación masiva con el fin de que llegara a todos los profesionales. Para ello se enviaron 1.500 correos electrónicos y se mandaron 1.200 carteles y 3.500 trípticos focuss a todos los centros de salud y hospitales de Aragón así como a los directores y a los responsables de formación y de calidad. Adicionalmente, se publicó la convocatoria en la página web del Gobierno de Aragón donde se informaba de las bases de la convocatoria. Asociado a cada programa se podía acceder a un documento en el que se ampliaba información sobre el mismo así como al formulario de solicitud de participación. A continuación se muestran los datos más relevantes de las tres convocatorias focuss que ya se han lanzado.

Comparativa focuss 2006 / 2007 / 2008

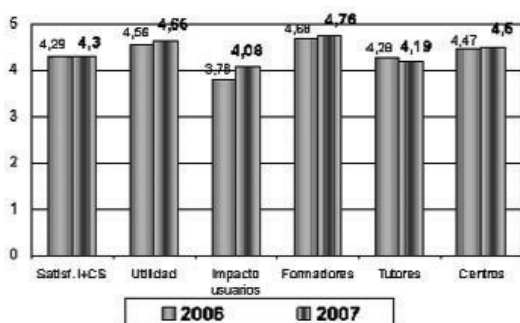


Respecto a los alumnos, indicar que aproximadamente un 60% trabaja en Atención Primaria, 33% en Atención Especializada y el resto en otras áreas.

Las técnicas impartidas en la convocatoria de 2007 fueron las siguientes:

Hematología	7 programas	Cirugía	5 programas
Dolor	6 programas	Salud mental	4 programas
Respiratorio	4 programas	Urgencias	3 programas
Gestión	2 programas	Geriatría	2 programas
Pediatría	2 programas	Mujer	2 programas
Varios	14 programas		

Evaluación de los programas focuss



Nº encuestas en 2006: 78,3 Nº encuestas en 2007: 82,5 %

FACTORES DE ÉXITO DE FOCUSS

Los factores de éxito del proyecto focuss

- Alta participación y nivel de compromiso de los profesionales del SSPA
- Apoyo institucional y financiero del Departamento y del SALUD
- Apoyo financiero de la industria farmacéutica
- Buena gestión del I+CS

MESA REDONDA 2

SEGURIDAD EN FÁRMACOS: DEL DISEÑO A LA UTILIZACIÓN

Moderador: Carlos Aibar Remón.

Profesor Titular-Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Universidad de Zaragoza- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Los efectos adversos relacionados con los medicamentos son algunos de los más comúnmente observados en todos los niveles asistenciales por errores de prescripción, uso inadecuado, evaluación insuficiente, etc.

Conseguir unos fármacos más seguros y mejor utilizados es una preocupación común de la industria, la Administración, los profesionales sanitarios y los consumidores habituales y potenciales de los mismos.

En esta mesa se abordan criterios, esfuerzos y experiencias de éxito encaminadas a lograr un uso más seguro y más adecuado del medicamento.

P6

ESTRATEGIAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL DISEÑO DE NUEVOS FÁRMACOS

Alberto Duque Oliart.

Head Integrated Medical Safety. EU QP Deputy.

Novartis Farmacéutica SA.

La retirada de rofecoxib (Vioxx) del mercado por el riesgo cardiovascular asociado a su uso ha sido para la farmacovigilancia moderna algo similar a lo que fue en su día el desastre de la talidomida, que dio, prácticamente, origen al nacimiento de esta disciplina.

A pesar de los muchos avances realizados en la materia, apoyados en dos pilares fundamentales, la comunicación espontánea de casos por lo profesionales sanitarios, y la irrupción de la epidemiología en este campo, aún es posible asistir a casos como el mencionado, que, por el amplio uso del fármaco y el tipo de reacción adversa asociada, suponen un peligro potencial para la salud pública.

Por ello, y desde el año de la retirada del producto (2004) hemos asistido a un enfoque nuevo de la farmacovigilancia, basado sobre todo en dos principios: una farmacovigilancia más proactiva basada en el conocimiento previo del perfil de seguridad mostrado por un fármaco y la posibilidad por parte de las autoridades reguladoras de exigir determinados estudios de seguridad, enfocados a resolver los campos de incertidumbre de un producto una vez comercializado, en lo que podríamos llamar una autorización temporal de la comercialización, supeditada a la obtención de dicha información. Ello se plasma en la práctica, en los planes de gestión de riesgo (Risk Management Plan) de un fármaco.

En los mismos, se analizan los riesgos conocidos del fármaco, así como los riesgos potenciales de los que no se tiene suficiente información y que serán objeto principal de seguimiento una vez esté comercializado. Además, se especifica qué estudios será necesario realizar para un conocimiento más amplio del producto y qué medidas de minimización de riesgo habrá que implementar para asegurar una utilización del mismo con la mayores garantías de seguridad en base al conocimiento existente. Medidas todas ellas que serán evaluadas continuamente para garantizar la mayor protección de los pacientes. Mientras llegan las posibles aplicaciones futuras de la farmacogenética y farmacogenómica al campo de la seguridad de los medicamentos, el objetivo será, como lo ha sido siempre, obtener el mejor conocimiento posible del fármaco para garantizar el menor riesgo posible para los pacientes que se benefician de él.

P7

EL PAPEL DE LOS COMITÉS DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

Ricardo Chueca Rodríguez.

Catedrático de Derecho Constitucional.

Universidad de La Rioja.

Los Comités de Ética e Investigación Clínica (CEIC) suponen la presencia del interés público en el proceso crucial de inserción del fármaco en las prácticas terapéuticas. Defensa de la investigación, de los sujetos de experimentación, y de los legítimos objetivos e intereses de promotores, investigadores, colaboradores diversos,

empresas e instituciones sanitarias confluyen en una delicada actividad. Su riguroso desempeño sienta las bases de las certezas científicas, pero también bioéticas y biojurídicas, que resultan imprescindibles para crear un entorno de seguridad y, en definitiva, de calidad asistencial.

Se tratará de describir brevemente el complejo entramado en cuyo centro se sitúa el CEIC, las reglas básicas que rigen el ejercicio de sus funciones, las dificultades de presente y los escenarios de futuro previsibles.

P8

EXPERIENCIAS EN LA UTILIZACIÓN SEGURA DE LOS MEDICAMENTOS

Carmen Lacasa Díaz.

Jefe del Servicio de Farmacia.
Hospital de Barcelona.

Se expondrán tres experiencias en la prevención de errores de medicación en tres niveles de aplicación:

1. Hospital general de pacientes agudos, Hospital de Barcelona. Experiencia de 14 años en la prevención de errores de medicación por los métodos de observación y comunicación, consiguiendo reducir las tasas de error y las medidas de mejora aplicadas para disminuirlas.
2. Programa de prevención de errores de medicación a nivel de la Comunidad Autónoma de Catalunya. Experiencia de siete años recogiendo errores de medicación comunicados al centro de notificación por parte de 81 centros notificadores (farmacias de hospital y comunitarias, centros de salud y otros).
3. Estudio Multicéntrico por Observación de Prevención de Errores de Medicación (EMOPEM). Experiencia de un año en la obtención de una tasa nacional de errores de medicación por el método de observación en 23 hospitales españoles.

P9.

LOS ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO Y EL USO SEGURO DEL MISMO

María José Rabanaque Hernández.

Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Zaragoza.

La comercialización de medicamentos va precedida de ensayos clínicos (EC) que garantizan su seguridad y efectividad, a corto plazo. Aunque los ensayos presentan una elevada validez interna tienen algunas limitaciones como: escasa validez externa, limitado rango de pacientes incluidos, y restricciones de pacientes con comorbilidades o en tratamiento con otros fármacos.

Los resultados aportados por los ensayos hacen referencia a eficacia, más que a efectividad, puesto que las condiciones en las que tienen lugar pueden considerarse ideales.

Dadas las limitaciones de los EC comentadas son necesarios estudios de utilización, post-comercialización de los fármacos, en los que se analice la seguridad y efectividad de los mismos en condiciones reales. Algunas de las aportaciones de este tipo de estudio son las siguientes: proporcionan datos de efectividad, pueden tener mayor validez externa que los EC, puesto que pueden incluirse pacientes representativos de los pacientes tratados, valoran seguridad a medio y largo plazo, en pacientes con comorbilidades y en tratamiento con otros fármacos.

Los estudios de utilización también permiten realizar evaluaciones económicas de diferentes fármacos y/o pautas terapéuticas y llevar a cabo estudios de duración de tratamiento, polifarmacia o interacciones.

MESA REDONDA 3

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

Moderador: Juan Fernández Martín.

Jefe de Servicio de Investigación. Servicio de Salud de Castilla La Mancha. (SESCAM).

A lo largo de la historia de la calidad asistencial, se ha producido un fenómeno de adaptación de diversas metodologías y modelos procedentes de varios campos y disciplinas profesionales. Desde las técnicas de control de calidad industrial con sus métodos estadísticos hasta la epidemiología clínica, pasando por las herramientas de análisis cualitativo sociológico o los sistemas de seguridad del transporte aéreo, la calidad de la asistencia se ha visto beneficiada. Más recientemente, los modelos de gestión de las empresas han encontrado también su forma de adaptarse y aplicarse en nuestro entorno. De esta forma, en los últimos años, sistemas cada vez más integradores de la calidad como el EFQM, se están utilizando con éxito para la gestión sanitaria a varios niveles.

La Responsabilidad Social Corporativa (RSC) es el ejemplo más reciente de este fenómeno. Se trata de un movimiento que integra preocupaciones éticas y sociales muy antiguas, pero está experimentando un desarrollo muy acusado en los últimos años. Pretende asegurar que las empresas, públicas y privadas, produzcan beneficios a la sociedad en la que operan, a la vez que consiguen ser rentables, reduciendo el impacto en el medio ambiente. Evidentemente, el sector sanitario es uno de los que más impacto social, político, económico y medioambiental tienen, asegurando la aplicabilidad de los planteamientos de la RSC.

En esta interesante y novedosa mesa, cuatro ponentes nos introducirán en las experiencias más recientes sobre el tema en el ámbito de la salud de nuestro país. Primero, D. José María Gómez Gras, Catedrático de Organización de Empresas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, introducirá el tema con su ponencia sobre los aspectos básicos de la Responsabilidad Social Corporativa. A continuación, D. Martín G. Blanco García, Director de Servicios Generales del Hospital Virgen de las Nieves (Granada), expondrá como estos principios están siendo aplicados desde un hospital del Sistema Nacional de Salud. Después, D. Álvaro Santos Gómez, Director Gerente del Área de Puertollano, nos presentará la innovadora experiencia que aúna la aplicación del modelo EFQM y la RSC en un Área Única. Finalmente, D. Jorge de Miguel Calleja, Responsable de Área de Sanidad de DNV, repasará las claves de la adaptación del RSC a nuestro sector y los sistemas existentes de certificación.

Se trata, por tanto, de una excelente oportunidad para conocer de primera mano experiencias en marcha en uno de los temas más actuales y prometedores en el mundo sanitario, y en general, en el campo de la gestión de empresas e instituciones.

P10

“ASPECTOS BÁSICOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA”

José María Gómez Gras.

Catedrático de Organización de Empresas de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años, la igualdad entre hombres y mujeres, la integración sociolaboral de colectivos marginados, el compromiso con la comunidad, o el cuidado del medio ambiente ya no son objetivos exclusivos de algunas empresas o de las administraciones públicas. Estos son algunos ejemplos de mejoras que se han producido en la sociedad que no hubieran sido factibles sin la implicación de unos actores sociales tan importantes con capacidad para combinar la rentabilidad económica con el beneficio social desde una óptica de ética empresarial. Este debate ha existido desde mediados del siglo pasado centrándose en tres apartados básicos: ámbito laboral, ámbito de mercado y medioambiente que vienen a reflejarse en un concepto más evolucionado denominado en la actualidad como responsabilidad social corporativa (RSC). Precisamente porque producir o prestar servicios y vender es algo más que una actividad económica, al tener implicaciones sociales, se hace necesario concienciar a las organizaciones y a los consumidores o usuarios de los servicios de la incidencia de sus decisiones sobre la sociedad y el entorno en el que actúan.

En este sentido, la RSC, no puede limitarse a realizar acciones sociales puntuales, sino que debe incardinarse en la cultura empresarial, de forma transversal e integrada en la actividad central de la empresa, teniendo en cuenta a todas las partes interesadas en ella.

En la actualidad es posible constatar como la RSC mejora la competitividad de las empresas, incrementa el capital intelectual y aporta un valor añadido corporativo esencial para responder a las complejas y exigentes demandas de una sociedad global y dinámica. Aunque la RSC es un concepto cada vez más de moda aún tiene poco predicamento en España, y no existe unanimidad respecto a la influencia de la aplicación de sus prácticas sobre el rendimiento económico y social. Algunas empresas e instituciones vienen exhibiendo buenas conductas con argumentos de tipo ético, político, o socioeconómico, pero la realidad muestra un impacto muy limitado debido a la voluntariedad de las decisiones directivas llevadas a la práctica.

2. CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

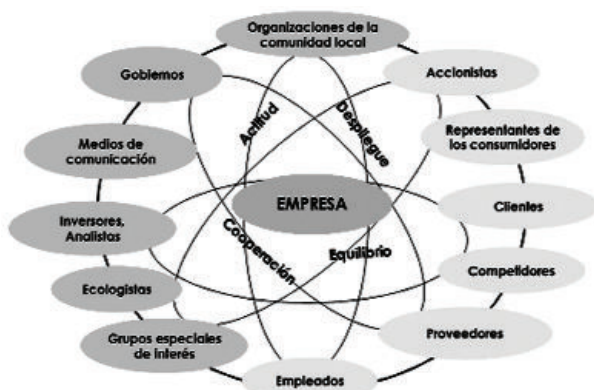
La RSC es un término que hace referencia al conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan de los impactos que la actividad de las organizaciones producen en el ámbito social, laboral, medioambiental y de los derechos humanos (David Grayson. Director "Business in the Community" (BITC). www.davidgrayson.net). Y se materializa en la respuesta de la empresa a las expectativas de la sociedad, que se traduce en una visión de la actividad empresarial que integra armónicamente el desempeño económico y el respeto por los valores éticos, las personas, la comunidad y el medio ambiente.

Más concretamente, siguiendo a Nieto (2005, 254), la RSC es un concepto por el cual las empresas incorporan voluntariamente criterios sociales y medioambientales en las actividades económicas y en las relaciones con sus grupos de interés. Esta definición establecida por un grupo de expertos de la Unión Europea refleja tres aspectos clave de la RSC:

- La RSC transforma la formula clásica de gobierno de la empresa, centrada en la relación bilateral entre accionistas y directivos (enfoque *shareholders*), en otra multilateral en la que participan además el resto de grupos de interés que pueden verse afectados: empleados, clientes, proveedores, administraciones públicas, inversores, sociedad, etc. (enfoque *stakeholders*).
- La RSC modifica el proceso de toma de decisiones estratégicas y operativas, al añadir a los criterios de eficiencia económica la consideración del impacto ambiental y social de las actividades de la empresa.
- La RSC es de aplicación voluntaria, y significa ajustar el comportamiento no solo a los preceptos legales y económicos exigibles, sino también a normas, valores y expectativas predominantes.

En definitiva, cuando las empresas llevan a la práctica su RSC son conscientes de que sus acciones afectan de forma distinta a cada uno de los grupos de interés y actúan en consecuencia incorporando voluntariamente en el diseño e implantación de sus estrategias y actividades cotidianas las preocupaciones socioeconómicas y medioambientales de los interesados.

Seguidamente, entonces, sería conveniente identificar los grupos de interés:



En la figura se puede analizar los potenciales grupos de interés que pueden tener implicaciones con una organización, destacando los externos y los internos a la misma, y estableciendo las posibles relaciones que se causan teniendo en cuenta diferentes propiedades a mantener como: la actitud de la entidad hacia ellos, el despliegue de enfoques que recojan las iniciativas convenientes, la cooperación establecida para alcanzar las inquietudes manifestadas, o el necesario equilibrio en las actuaciones previstas.

Por ejemplo una organización podría tener, integradas dentro de la estrategia de la empresa, actividades de RSC como las siguientes:

- En productos y servicios:

- Prestaciones a los grupos de interés.
- Cesión de recursos e infraestructuras diversas a la colectividad.
- Donación de productos de "segunda mano".
- Implicación de Proveedores concertada.
- Colaboración con departamentos concretos.

- Colaboración de los empleados:

- Voluntariado corporativo.

- Integración Laboral:

- Contratación de personas en exclusión.
- Formación profesional.
- Contratación de servicios.

- Financiación:

- Cofinanciación de proyectos.
- Políticas de patrocinio y mecenazgo (Ley 49/2002 de 23 dic.).
- Desarrollo de productos asociados a un proyecto social.
- Línea de marketing social.

- Desarrollo de Fundaciones propias (Ley 50/2002 de 26 dic.).

La siguiente figura completa el anterior análisis sobre los potenciales grupos de interés implicados en una organización, poniendo de manifiesto como los actores externos e internos adoptan criterios de RSC para el cumplimiento de los objetivos que se plantean, mediante el concurso de retos atractivos a la causa, sobre ejes de acción estimulantes, con proyectos relacionados de futuro, y basados en el concurso del capital conocimiento existente en la organización.



3. CARACTERÍSTICAS Y BENEFICIOS A NIVEL EXTERNO E INTERNO

En los últimos años empieza a ser habitual que algunas organizaciones públicas y privadas se hayan labrado una admiración por sus iniciativas en este ámbito, destacando especialmente, la calidad del empleo y del trabajo, con particular atención a las medidas que facilitan la conciliación entre vida familiar y laboral; la contratación de personas en desventaja social; o también la incorporación al valor económico del producto o servicio de una utilidad social explícita.

En este sentido, numerosos estudios avalan que una empresa que introduzca voluntariamente en su estrategia objetivos sociales puede ser una empresa más competitiva, como lo demuestra la experiencia de empresas en muchos países en todo el mundo (Margolis y Walsh, 2001; Nieto y Fernández, 2004; FES, 2003; www.empresaysociedad.org). La ONU, la Unión Europea y múltiples organismos han apostado por la RSC a través de documentos ya tan célebres como el Libro Verde para la RSC, que la Comisión Europea difundió sentando las bases del crecimiento sostenible dentro de los Objetivos de Lisboa. Y, recientemente, se apuesta por la RSC para crecer como una de las prioridades políticas de la Comisión Europea como pueden demostrar los resultados de 21 grupos de trabajo que presentarán sus conclusiones en octubre de 2008 (www.csreurope.org).

De las prácticas de RSC se pueden destacar beneficios, tanto a nivel

externo como dentro de la propia entidad.

Entre los beneficios a nivel externo estarían los siguientes:

- Posicionamiento y diferenciación de marca.
- Incremento de notoriedad.
- Captación de nuevos clientes.
- Fidelización de clientes.
- Mejora de imagen de marca.
- Mejora de imagen corporativa.
- Mejora de la relación con el entorno.
- Incremento de la influencia de la empresa en la sociedad.
- Mejora de las relaciones con los sindicatos y Administración Pública.
- Acceso a líderes de opinión que influyen en la decisión de compra.
- Acceso a nuevos segmentos de mercado.
- Apoyo al lanzamiento de nuevos productos.
- Descuentos publicitarios.

Por su parte, los beneficios de carácter interno podrían ser:

- Fidelidad y compromiso de los trabajadores.
- Mejora del clima laboral, redundando en la mejora de la productividad.
- Mejora de la comunicación interna.
- Fomento de una determinada cultura corporativa.
- Realización de ensayos para el desarrollo de estrategias innovadoras.
- Obtención de desgravaciones fiscales.
- Proporcionar valor añadido a los accionistas.

Como expresión puntual de estos beneficios, por ejemplo, la administración española anunciaba que las empresas que cumplan criterios sociales y medioambientales recibirían incentivos, estando obligadas a aplicar buenas prácticas (El País, lunes 26 de marzo de 2007, pág. 89).

Sin embargo, hasta ahora, las empresas españolas vienen adoptando criterios de RSC por diversos condicionantes propios, pero sobre todo presionadas por factores tanto externos como internos (Nieto, 2005; García Perdiguer, 2003).

Los primeros están relacionados con cambios en el entorno institucional que afecta a las organizaciones, normalmente referentes a la presión reguladora sobre la actividad o para hacer frente a cambios en el mercado atendido derivados de las nuevas sensibilidades de los consumidores (se puede ampliar información en varias direcciones web como, por ejemplo, el observatorio de responsabilidad social corporativa: www.obrsc.org).

En cuanto a los factores internos, responden a cambios en la orientación de las estrategias de las empresas, para atender las nuevas expectativas y preferencias de los grupos de interés, que permita explotar las fuentes de ventaja competitiva que pueden proporcionar los comportamientos socialmente responsables. Todo ello buscando conseguir la creación de valor y la acumulación de intangibles como la reputación o la marca, además facilitada por el control de los riesgos sociales y medioambientales enfocados.

4. CREACIÓN DE VALOR Y RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

Habitualmente las organizaciones deben imbricar la adopción de criterios de RSC con su proyecto de empresa (García Perdiguer, 2003). Se pretende que la naturaleza de su actividad (misión, objetivos, estrategias, expectativas, valores y orientaciones de futuro) aparezca alineada con los retos y desafíos de la empresa, incluidos los concernientes con la RSC.

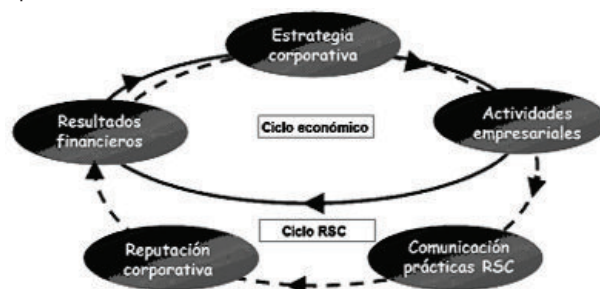
Es frecuente elaborar una memoria de RSC. Se trata de un documento escrito, comprensible para todos, que parte de la misión de la empresa, y del papel que esta quiere desempeñar, y que define la estrategia global de la empresa (sus objetivos y cómo va a actuar con respecto al entorno); incluyendo los valores que sustentan la organización, su relación con los empleados y con el resto de agentes con quién interactúan, y su ética, como convicciones que sostienen el estilo de dirigir la empresa.

Por otro lado, el término RSC, debe distinguirse de: Imagen Corporativa o visión puntual y más efímera que los diversos públicos tienen de la forma de hacer de la empresa y que termina generando, la Reputación Corporativa (RC). La RC es el conjunto de percepciones de carácter más estable que tienen sobre la empresa los diversos grupos de interés o *stakeholders*. Es el resultado del comportamiento desarrollado por la empresa a lo largo del tiempo y describe su capacidad para distribuir valor a los mencionados grupos

(por tanto, el reconocimiento que hacen del comportamiento corporativo de esa compañía a partir del grado de cumplimiento de sus compromisos con relación a sus clientes, empleados, accionistas si los hubiere y con la comunidad en general).

Por tanto, la RC se puede visualizar como un puzzle compuesto por diversas piezas intangibles de la vida empresarial (ética, responsabilidad social, identidad corporativa, misión, gobierno corporativo, comunicación con los stakeholders,...). Estas piezas, gestionadas de modo integrado, pueden proporcionar a la empresa un resultado muy superior al que obtendría considerándolas independientemente (López-Hermoso y Guerras, 2002; Villafañé, 2003; Nieto, 2005; www.reputacioncorporativa.org).

De esta manera podemos entender que paralelamente al devenir cotidiano de las organizaciones, con decisiones que tienen que ver con operaciones derivadas de su ciclo económico de explotación, algunas adicionalmente adoptan criterios de RSC que delimitan un ciclo semejante de excelencia que en paralelo produce unos beneficios intangibles relacionados con el prestigio o imagen lograda en su entorno. Como se puede analizar en la figura que se acompaña la comunicación de las prácticas de RSC desplegadas proporciona un valor añadido que se concreta en el concepto de reputación corporativa.



Así, cuando la empresa gestiona su reputación, considerándola como un valor intangible estratégico sobre el que construye la definición de su futuro, y no sólo una medida del alcance publicitario, ofrece a la empresa oportunidades notables para su supervivencia a largo plazo:

- Aumenta el valor de la marca, en tanto que se trata de un factor de diferenciación y fidelización muy poderoso.
- Permite obtener una relación de responsabilidad y confianza sostenidas con los *stakeholders*, a quienes les proporciona mayor valor a largo plazo.
- Incrementa la flexibilidad estratégica, mejorando la eficacia en la gestión de los riesgos empresariales, reduciendo la vulnerabilidad de la empresa y aumentando su capacidad para resistir los períodos de crisis.
- Mejora la calidad de las relaciones con los empleados y la capacidad de la empresa para atraer y retener a los mejores talentos.
- Facilita el acceso a las fuentes de financiación.
- Aumenta la moral de toda la organización y el orgullo de pertenencia.

La RSC es uno de los componentes que mayor impacto tienen sobre la reputación corporativa, dado que la satisfacción de las necesidades legítimas de los *stakeholders* genera relaciones basadas en la confianza, el respeto y la credibilidad. De ahí que la construcción de una reputación corporativa sólida y duradera tome como punto de partida la identificación y el diálogo con los grupos de interés de la organización, de tal modo que sus expectativas vertebren la estrategia, la estructura y las políticas de la empresa.

5. RSC EN EL SECTOR SANITARIO:

En España, en el ámbito sanitario, no existe tradición en la gestión de la RSC, aunque existen iniciativas aisladas de gran interés. Es el caso de: Hospital Universitario Virgen de las Nieves (ganador por este motivo del premio anual de la Fundación Avedis Donabedian) y el Hospital General de Vic. El enfoque de estos hospitales responde a su voluntad de ofrecer información transparente y rigurosa sobre aspectos económicos, ambientales y sociales del centro.

Recientemente se ha analizado qué elementos integrarían un enfoque global en un centro sanitario a la hora de abordar la RSC. Partiendo del análisis de la situación y de entrevistas con expertos del sector público se han identificado 11 áreas a considerar junto a las prácticas que se deben abordar en cada una de ellas:

1-RECURSOS HUMANOS Y FORMACIÓN: Buenas prácticas en la gestión de los recursos humanos, la formación tanto al personal que trabaja en el centro, como estudiantes en prácticas y MIR y la prevención de los riesgos laborales.

2-GESTIÓN INFORMÁTICA Y PROTECCIÓN DE DATOS: Protección y confidencialidad de los datos personales, así como a la utilización de las TICs para mejorar los servicios a los clientes tanto internos como externos.

3-GESTIÓN DE LA CALIDAD: Gestión de la calidad asistencial que incluye la gestión de protocolos, sugerencias, quejas, reclamaciones junto a las políticas activas para incrementar la seguridad de los pacientes.

4-GESTIÓN ECONÓMICA: Transparencia en la gestión y las políticas económicas con una clara preocupación por la gestión de los medios y recursos para obtener la mayor optimización posible.

5-GESTIÓN AMBIENTAL: Conductas relacionadas con las buenas prácticas ambientales tanto de los pacientes como de los profesionales de los centros sanitarios.

6-GESTIÓN DE PACIENTES: Participación del paciente en las decisiones clínicas, accesibilidad a los centros, respeto de la intimidad y todas aquellas acciones especiales que constituyan medidas de protección de la infancia.

7-ÉTICA: Preocupación por el respeto de los derechos humanos en todas aquellas actuaciones que se realicen en el hospital.

8-GESTIÓN DE PROVEEDORES Y EMPRESAS CONTRATADAS: Política que el centro sanitario mantiene en cuanto a la selección de uno de los grupos de interés como son los proveedores, exigiendo a las empresas contratadas que se basen en criterios como son la calidad, precio, seguridad laboral, respeto de los derechos humanos, medidas anti-discriminación, certificaciones sociales, medioambientales, etc.

9-DIRECCIÓN: Actuaciones de la dirección en cuanto a la transparencia informativa como política de comunicación del centro junto a la identificación de necesidades de los grupos de interés.

10-COMUNIDAD EN LA QUE SE INCLUYE EL HOSPITAL: Colaboración del centro con asociaciones vecinales, ciudadanas y de pacientes, y todas aquellas actividades que impliquen fundamentalmente un fomento de la salud.

11-DOCENCIA E INVESTIGACIÓN: Participación del centro en la investigación traslacional y el soporte metodológico a proyectos de investigación institucionales.

Para terminar queremos resaltar como cada vez es más difícil para las organizaciones operar sin el beneplácito de la opinión pública y, por ello, han pasado de realizar informes anuales de cuentas y resultados a elaborar informes sociales y medioambientales. La RSC ya está integrada en el vocabulario de las empresas y esto es, sin duda, un cambio importante en la cultura empresarial y una reformulación de su papel en la sociedad.

6. REFERENCIAS

FES (2003): "Las empresas mejor percibidas por su acción social. Ranking 2003". Ed. Fundación Empresa y Sociedad. Madrid
García Perdigüero, T. (2003): "La responsabilidad social de las empresas en un mundo global". Ed. Anagrama, Madrid.

López-Hermoso, JJ. y Guerras, LA. (2002): "La Responsabilidad social de la empresa. Perspectivas desde la dirección estratégica de la empresa". Revista del Instituto de Estudios Económicos, nº 4, pp. 263-276.

Margolis, JD. y Walsh, P. (2001): "*People and profits?: the search for link between a company's social and financial performance*". Lawrence Erlbaum Associates Publishers, New Jersey.

Nieto Antolín, M. y Fernández Gago, R. (2004): "Responsabilidad social corporativa: la última innovación en management". *Universia Business Review*, nº 1, pp. 28-39.

Nieto Antolín, M. (2005): "¿Por qué adoptan criterios de RSC las empresas españolas?". *Economistas*, nº 104, pp. 253-260.

Villafañé J. (2003): "La buena reputación". Editorial Pirámide, Madrid.

P11

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES UNA APUESTA POR LA TRANSPARENCIA Martín G. Blanco García.

Se presentan las actuaciones que en relación a las políticas de Responsabilidad Social, el Hospital Universitario Virgen de las Nieves

está desarrollando, haciéndose una aproximación a la metodología de implantación. Finalmente se ponen distintos ejemplos de los resultados obtenidos y se contextualiza el trabajo realizado en relación al papel de las Administraciones públicas y, concretamente, los Hospitales.

1. Introducción

El Hospital Universitario Virgen de las Nieves (en adelante HUVN), es un hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía, gestionado por el SAS.

El HUVN es un hospital de referencia regional, organizado en torno a 8 centros asistenciales, un edificio de oficinas y EUE, y dos centros industriales (Lavandería y Almacén General). Su población de referencia es de más de 440.000 habitantes, y el área de salud en la que desarrollamos nuestro trabajo supera los 850.000 habitantes.

El compromiso del Hospital Virgen de las Nieves con la sostenibilidad, queda patente en la declaración estratégica realizada en el Plan de Gestión 2005-2010, en la que no sólo se establece la necesaria vinculación entre los fines perseguidos y los medios utilizados para alcanzarlos, sino que también se afirma que el Hospital desarrollará sus actividades de forma que tengan impacto en la sociedad, orientándose hacia la generación de valor social, el cuidado del medio ambiente, el cumplimiento de las leyes y normas administrativas, siendo precursor y vocero de aquellas actividades que, encontrándose a su alcance, fomentan la implicación ciudadana en la estrategia de la sostenibilidad.

Este compromiso no es el resultado de una decisión estática y momentánea, sino que responde al esfuerzo colectivo de más de 5.000 profesionales a lo largo de un extenso período de tiempo. En este trabajo presentaremos el método de trabajo utilizado para la implantación de la RSE en el HUVN, así como algunos de los resultados que la aplicación de este compromiso ha tenido.

2. Compromiso con la Responsabilidad Social

El concepto de Responsabilidad Social de la Organización (RSO) o Responsabilidad Social Corporativa (RSC) o Responsabilidad Social de las Empresas (RSE), no es un concepto que no haya evolucionado en el tiempo, ni es algo de lo que se está hablando sólo en los últimos años. Podemos decir que es ya a mediados del siglo XX cuando se empieza a concebir, desde las posiciones de estado o de poder, como necesario el exigir a las empresas que asuman su responsabilidad social sin que, por aquel entonces esta responsabilidad pudiera concretarse en unos conceptos asumidos por la generalidad. Es en el año 2001 con la publicación del denominado Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas para "Fomentar un marco Europeo para la Responsabilidad Social de las Empresas" (Com(2001)Final, 2003), cuando se empieza a generalizar un concepto amplio, global y solidario que supera los más restrictivos que se venían utilizando como, por ejemplo, el establecido en los años 70 por Milton Friedman y otros. (Friedman, Milton, 1970). Por el contrario, el Libro Verde amplía el concepto al indicar que "responsabilidad social"³ es «la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores (stakeholder)» (Com(2001)Final, 2003), un concepto con arreglo al cual las empresas deciden voluntariamente contribuir al logro de una sociedad mejor y un medio ambiente más limpio.

La RSE, es un proceso que incluye necesariamente la gestión de la actividad empresarial en su relación con los grupos de interés tanto internos como externos (trabajadores, clientes, accionistas, inversores, administraciones públicas, miembros de la comunidad, grupos de la sociedad civil, otras empresas, entorno ambiental...) Un proceso de gestión que, de hecho, comporta también un nuevo modo de gobierno de las externalidades empresariales en lo económico, social y medioambiental. El establecimiento de los límites o fronteras dentro de los cuales estos costes y beneficios han de gestionarse es cuestión de política y estrategia empresariales, pero también afecta cada vez más a cuestiones de gobernanza. Por otra parte, en la medida en que la RSE supone la aparición de nuevos retos y oportunidades que afectan al espacio público, se les plantea a los gobiernos la necesidad de definir una propuesta política en relación con estas cuestiones. (Congreso de los Diputados, 2007).

El Foro de Expertos sobre la RSE¹ ha relacionado, de forma acertada, RSE con acción gestora de las empresas hacia la sostenibilidad al indicar que esta tiene por objetivo "la sostenibilidad basándose en un

proceso estratégico e integrador en el que se vean identificados los diferentes agentes de la sociedad afectados por las actividades de la empresa. Para su desarrollo deben establecerse los cauces necesarios para llegar a identificar fielmente a los diferentes grupos de interés y sus necesidades, desde una perspectiva global y se deben introducir criterios de responsabilidad en la gestión que afecten a toda la organización y a toda su cadena de valor" (Foro de Expertos en RSE, 2007). Las políticas así desarrolladas por las empresas, implican unos resultados "medibles a través de indicadores, que *deben ser verificados externamente y comunicados de forma transparente*".

Vemos pues, que el concepto de RSC se encuentra íntimamente ligado con el de Desarrollo Sostenible, entendiendo por éste "el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades" (Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo, 1992). A partir de esto podemos decir que la RS son políticas de gestión empresarial, que integran voluntariamente, junto a la preocupación económica, las preocupaciones sociales y ambientales, dentro de un marco de crecimiento económico engastado en la equidad y la protección del medio ambiente; y evalúan los resultados para poder comunicarlos a las partes interesadas de manera transparente.

3. Implantación de la RSE en el HUVN

En el año 2003 el HUVN hace declaración expresa de que adquiere el compromiso de incluir en su estrategia de gestión los principios de la Responsabilidad Social. En esta fase:

- Se definen los intereses de la organización
- Se define un periodo de tiempo para implantación y evaluación
- Se definen el responsable de la alta dirección
- Se define el soporte/herramienta

Adquirido el compromiso, se hace un análisis de la situación de partida, tanto para identificar aquellas prácticas que ya se vienen realizando conformes con la RS, como para identificar aquellas áreas en las que existen debilidades. De forma resumida, se actuó en los siguientes ámbitos:

- Evaluar, desde la perspectiva de RSE, las políticas existentes
- Identificar las áreas de la empresa implicadas
- Analizar, desde la perspectiva de RSE, de los programas existentes
- Identificar los grupos de interés
- Analizar las relaciones existentes con los grupos de interés
- Evaluar los compromisos de RS adoptados
- Estudiar líneas de desarrollo y de interés de la RS

Llegados a este punto, HUVN decide publicitar el compromiso adquirido, lo cual lo hace en base a los procedimientos que la herramienta elegida para trabajar en RS establecen, en nuestro caso la Memoria de Sostenibilidad en base a los estándares establecidos por el Global Reporting Initiative (GRI) (la Guía) (Global Reporting Initiative, 2002)².

Hecha la publicitación del compromiso, se establece el plan de Implantación, fijándose las Políticas (Metas e Indicadores), estableciendo Formación y mecanismos de motivación, involucrando a los grupos de interés y, finalmente, estableciendo Programas específicos (Objetivos, Recursos, Selección de proyectos, Indicadores).

Implantados los programas, se les hace seguimiento y control mediante la medición, comparación y corrección de las Políticas, Metas e indicadores, Programas, Comunicación e informes.

Finalmente se reportan:

- Metas y resultados
- Autoevaluación y/o auditorías
- Retos y compromisos

a. Comité de Implantación y seguimiento

El liderazgo del proyecto, en la alta dirección, se le asignó a la Dirección de Servicios Generales (Blanco García, Gonzalez Callejas, Vilches de la Paz, Calero Gómez, Navarro Espigares, & Blesa Franco, 2008) pues, hasta ese momento, era la división más activa en lo que a la implantación de la Gestión Ambiental en el Hospital se refiere. Junto a esta designación, se constituye un Comité Interdisciplinar que pretende albergar a todas las divisiones, al que se le encarga el cometido de diseñar, elaborar e implantar la Memoria de Sostenibilidad del HUVN, que es el instrumento mediante el cual el

hospital ha decidido gestionar la RS.

En el Hospital, al ser una estructura muy jerarquizada y estar ordenado desde el punto de vista de la función, cada división es autónoma a la hora de decidir cuál o cuáles son las actuaciones que, teniendo que ver con la RSC y que no se encuentren relacionadas directamente con el cumplimiento legal, va a aplicar. Es el Comité Implantación y Seguimiento de la MS el encargado de recabar la información relacionada con la implantación y de hacer seguimiento de la misma.

Siempre se ha perseguido que el trabajo en RSC, no suponga mayor tarea para los profesionales. Es por ello, por lo que se pretende, que las acciones de seguimiento y control de las iniciativas salgan del propio sistema general de cuadro de mandos del HUVN.

b. RSE y EFQM

La vinculación entre Gestión y RSE, se establece en el Plan Estratégico del Hospital al indicarse que el HUVN recoge la vocación de búsqueda de una organización diferente, más moderna, posicionada al servicio de los ciudadanos desde las expectativas que estos tiene en el siglo XXI, orientada a garantizar la mejor atención y en la que la innovación sea la herramienta utilizada para abordar nuevos retos en sus servicios sanitarios, mediante un modelo de gestión basado en la Mejora Continua que le permita introducir la Excelencia en la Gestión como pilar básico para garantizar la eficacia y eficiencia en la provisión de servicios sanitarios, utilizando para ello, criterios de auto evaluación conforme al modelo EFQM. El trabajar con EFQM, facilita la incorporación de la RSE en la "cultura" de la organización, pues es una de las preocupaciones que el modelo indica que debe incorporar una empresa excelente. Enlazando con esto, hemos incorporado en la Memoria de Sostenibilidad del 2006 un índice que trata de relacionar los requerimientos del GRI con los criterios recogidos por EFQM.

4. Actuaciones del HUVN en RS

Muchos son los ámbitos en los que el HUVN aplica políticas que van más allá de las obligadas por imperativo legal y que se enmarcan dentro de la política de RS asumida. Aunque todas las actuaciones son relevantes, cabe destacar la implantación de Sistemas de Gestión Ambiental en el que se definan procedimientos de gestión de residuos y líneas estratégicas asociadas a la disminución del consumo de recursos energéticos, y la gestión de sus vertidos. Es también relevante e importante la implantación de un Sistema Integral de Gestión de la Seguridad del Paciente. Estas podrían ser a mi entender, sin duda, las actuaciones de mayor relevancia en el ámbito de la RS que podrían aplicar en su gestión las administraciones públicas del sector sanitario, a corto plazo y que están siendo incorporadas por el HUVN en su política de gestión.

A la hora de enfrentarnos a las actuaciones en RS, habría que hacer hincapié en todas aquellas que inciden en el equilibrio en el trío de la sostenibilidad del SSP: expectativa de los ciudadanos y los profesionales, recursos con los que cubrir estas expectativas y resultados en base a los recursos disponibles. El desajuste de estos tres elementos son, a mi entender, la causa de la mayor parte de las tensiones existentes en la actualidad en la Sanidad Pública.

c. Áreas de actuación

A continuación se indican las grandes áreas en las que el HUVN viene actuando en relación a la RS:

- Gestión Ambiental
- Sistema de Gestión del Riesgo en IISS
- Trabajo estructurado con colectivos menos favorecidos
- Implicación con la sociedad educativa
- Desarrollo de proyectos alternativos emblemáticos
- Actuaciones con los trabajadores
- Implicación con la sociedad
- Política de colaboración interinstitucional
- Proyectos de investigación en ámbitos socialmente sensibles
- Memoria de Sostenibilidad
- ...

d. Algunos resultados

A continuación, a modo de ejemplo, se exponen sucintamente algunos resultados de las políticas de RS:

En este sentido mostrar que los indicadores utilizados para evaluar los resultados, incorporan las recomendaciones de la GRI (GLOBAL

REPORTING INITIATIVE – 2006- Guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad y se extraen del cuadro de Indicadores que está implantado en la Dirección de SSGG, en particular, y en el Hospital en general. Los indicadores van desde los que miden el Consumo total de materias primas desglosadas por tipos, hasta los costes de las medidas implantadas, pasando por el Consumo indirecto de energía; las Pérdidas en generación, transformación y distribución de energía; el consumo de agua en relación a la actividad; la Cantidad de residuos generados, desglosados por tipos y destinos: residuos citotóxicos, biosanitarios y residuos peligrosos...; Computo total de reciclaje y reutilización del agua; o finalmente, el número de quejas o reclamaciones de carácter ambiental recibidas...

Del estudio y análisis de los datos derivados del SGA, se desprende que (Blanco García M. G., 2005):

- El 63% de los gastos en que se ha incurrido desde la puesta en marcha del SGA en el año 2001, han sido derivados de la implantación de medidas propias del SGA, destinada a la minimización de los impactos ambientales derivados de nuestra actividad; siendo el más significativo de ellos la construcción de una central de cogeneración de energía basada en Gas Natural
- El 36 % de los gastos son achacables al proceso de la adaptación a la legislación ambiental vigente.
- Y, finalmente, el 1% restante, se derivan de gastos de implantación del propio SGA, formación, difusión, etc.

A la hora de analizar en términos monetarios los ahorros y/o beneficios que las actuaciones de mejora ambiental han provocado, nos encontramos con dificultades de cuantificación ya que hay términos que son difícilmente cuantificables.

Como ejemplos, sirvan algunos datos (Blanco García, Gonzalez Callejas, Vilches de la Paz, Calero Gómez, Navarro Espigares, & Blesa Franco, 2008):

- El ahorro estimado de emisiones desde el año 2000 se cifra en unas 6.950 toneladas de CO₂
- El ahorro eléctrico en iluminación en el período 2004-2006 ascendió a más de 485.000 Kwh
- La participación en el programa europeo Green-Ligth desde el año 2003, ha permitido un ahorro de 41,76 tep (Toneladas Equivalentes de Petróleo) y 70.732€
- Un beneficio añadido de la participación en este programa ha sido la obtención del Premio Green-Ligth 2006 por parte del Hospital.
- En el período 2000 a 2006, se ha pasado de un consumo en TEP de 3.596 a 2.765
- En este mismo período, y en relación al consumo bruto de agua, se ha pasado de consumir unos 394.000 m³/año a consumir 322.600 m³/año.

5. A modo de conclusión

Las empresas públicas y, concretamente, los hospitales reciben mucho de la sociedad y no pueden permanecer ajenas a las expectativas de los ciudadanos. Los requerimientos que los ciudadanos tienen y que, por lo general son implícitos, a partir de los cuales el Estado se hace cargo de la atención gratuita y universal de la salud, legislando y creando aquellas estructuras que cumplen estas expectativas, varían a lo largo del tiempo. La atención que hoy se da en los hospitales nada tiene que ver con la que se daba a principios del siglo XX. Lo que esperan recibir hoy los pacientes cuando van a un hospital, no es lo mismo que lo que esperaban sus abuelos... Esto es así porque, siguiendo a Rousseau, los hombres pueden cambiar los términos del contrato social que les une al estado, si así lo desean; pues los derechos y deberes no son inmutables o naturales. Herramientas como las que se utilizan en RSE, permiten el ir reescribiendo ese contrato social implícito al facilitar la incorporación de los nuevos valores que impregnan la sociedad. Las memorias de sostenibilidad facilitan la publicación de lo que el Hospital hace en relación a estos valores, no consustanciales a su labor asistencial, pero que se encuentran muy arraigados en la sociedad.

Por otra parte, el trabajo asentado en los principios de la RSE, permite visualizar los esfuerzos que el hospital hace para conseguir una gestión eficiente de los recursos, más allá de presentarlo como una mera actividad economicista. Esto se puede ver de manera palpable, con los ahorros obtenidos mediante la aplicación del SGA en el HUVN. En esta memoria se muestran algunos de los beneficios tangibles; pudiendo destacar el aumento en la transparencia de la

gestión de una organización, adopción de compromisos socialmente responsables, permite a los usuarios comprender y valorar las políticas llevadas a cabo en relación con los resultados obtenidos, adopción de sistemas de gestión sobre los tres ámbitos (económico, social y ambiental), así como una mayor eficiencia en el uso de materiales y energía, gestión de residuos, disminución emisiones y/o vertidos...

6. Trabajos citados

- Blanco García, M. G. (2005). Memorias de sostenibilidad. En *II Simposio Nacional de Gestión Ambiental en Centros Sanitarios*. Madrid: Hospital Universitario La Paz.
- Blanco García, M. G., Gonzalez Callejas, M. J., Vilches de la Paz, I., Calero Gómez, M. L., Navarro Espigares, J. L., & Blesa Franco, D. (2008). *Memoria de Sostenibilidad 2005-2010. Indicadores 2003-2006. Declaración Ambiental EMAS 2006*. Granada: Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Virgen de las Nieves. Com(2001)Final. (21 de 04 de 2003). *Libro Verde. Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*. Recuperado el 26 de 01 de 2008, de <http://www.mtas.es/Empleo/economia-soc/RespoSocEmpresas/Libro-Verde-COM2001-366.pdf>
- Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo. (1992). *Nuestro futuro común* (2ª Ed. ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Congreso de los Diputados. (2007). *Informe del Congreso de los Diputados para potenciar y promover la Responsabilidad Social de las Empresas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- Foro de Expertos en RSE. (06 de 11 de 2007). *Informe definitivo*. Recuperado el 01 de 02 de 2008, de I, II Y III Sesión de trabajo de Foro de Expertos en RSE: http://www.fundaciones.org/grupsectoriales/laborales/Informe_definitivo_Foro_Expertos.pdf
- Friedman, Milton. (13 de 9 de 1970). The Social Responsibility of Business is to Increase Its Profits. *The New York Times Magazine*.
- Global Reporting Initiative. (2002). *Guía para la elaboración de Memorias de Sostenibilidad, sobre el desempeño económico, ambiental y social de la empresa*. Boston.

¹El Foro de Expertos sobre RSE fue constituido el 17 de marzo de 2005 a iniciativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con la participación de representantes de varios Ministerios y de expertos provenientes de grupos empresariales, organizaciones de la sociedad civil y de la Universidad.

²Global Reporting Initiative (GRI) es una organización que surge en el año 1997 de la asociación de la organización no gubernamental estadounidense CERES con el PNUM. El GRI persigue crear un modelo universal de Memorias de Sostenibilidad fomentando su calidad, rigor y utilidad. Desde su creación han sido muchas organizaciones que han respaldado esta iniciativa, utilizando "la Guía" para elaborar sus MS. "La Guía" ha sido actualizada en 2002 y en el 2005.

P12

CALIDAD Y EXCELENCIA COMO HERRAMIENTAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO EN EL MARCO DE LA RSC.

Jorge de Miguel.

INTRODUCCIÓN

Los poderes Públicos, según recoge la Constitución Española, están obligados a proteger la salud de los ciudadanos, este hecho ha originado ciertos cambios de gran calado en el ámbito sanitario español. Así, se ha garantizado la **cobertura universal** (casi un 100% de la población residente está cubierta en la actualidad, frente al 82% de 1978); se ha producido la **separación de fuentes de financiación del sistema**; se ha completado la **descentralización administrativa** y se ha definido un **catálogo de prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud (SNS)** que ha de ofrecerse a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva y calidad.

Si nos fijamos en los sistemas Públicos de acceso universal de nuestro entorno, observamos que en todos ellos se dan una serie de características que en cierta medida pueden condicionar la sostenibilidad del sistema:

- Oferta de prestaciones fragmentada
- Creciente demanda de servicios sanitarios
- Criterios de indicación y derivación no claros
- Capacidad resolutoria desplazada a los hospitales
- Más desplazamientos de los necesarios
- Organizaciones poco flexibles con visiones diferentes según

niveles de atención

- Aumento incontrolado de consumo de recursos
- Creciente participación del usuario en su proceso

Aún teniendo en cuenta lo anterior, nuestro sistema sanitario presenta características que le diferencian de otros sistemas de países desarrollados (el escaso desarrollo de la atención sociosanitaria, el elevado número de consultas per cápita o el importante peso del gasto farmacéutico) y adolece de problemas de accesibilidad, descoordinación y de un excesivo peso de la medicina estrictamente curativa (frente a la preventiva), siendo la accesibilidad uno de los problemas mayores, como ponen de manifiesto las listas de espera y el creciente descontento que generan.

Aunque, el sistema sanitario español arroja en los últimos años **resultados muy positivos** en términos del estado de salud de los españoles lejos de cualquier complacencia, es necesario reconocer que muchos y complejos **factores** condicionan el funcionamiento estable del sistema y **ponen en peligro su sostenibilidad** a medio plazo, entendiendo ésta no sólo desde el punto de vista economicista y del control del gasto, sino también desde la eficiencia del sistema, la calidad del servicio, la accesibilidad y la confianza de la población. Además de las peculiaridades que se producen en nuestro caso, el sistema sanitario español se enfrenta a unos **retos comunes** con los que ya se están planteando en otros países desarrollados. Son fenómenos que inciden notablemente **sobre su sostenibilidad y sus efectos no se harán esperar**.

En primer lugar, la aparición continua de **avances tecnológicos** presenta importante retos, no sólo desde el punto de vista estrictamente financiero, sino por la dificultad de aplicar criterios de eficacia y eficiencia a las decisiones de incorporación de esos avances. En ausencia de estos criterios, el sistema tenderá a entrar en una espiral de la tecnología por la tecnología que hará inviable su financiación.

También la **investigación en medicamentos** ocasiona presiones para el sistema. Por un lado, la generación de nuevos medicamentos es cada vez más costosa; por otro lado, fenómenos como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas (la mayoría de las veces evitables) o el aumento de la esperanza de vida son fuente de incremento del gasto farmacéutico.

A estos factores hay que sumar la propia **sofisticación de la demanda de servicios** sanitarios, impulsada por una sociedad más exigente en salud cuanto más se desarrolla y por una mejora generalizada de las fuentes de información a que tienen acceso los pacientes.

Todo ello, junto con las consecuencias de tener una población crecientemente envejecida, origina dificultades para **un sistema sanitario que no podrá seguir siendo sostenible en su configuración actual**.

La situación del sistema sanitario español no es una situación única. De hecho, **muchos países desarrollados han emprendido procesos de reforma** que tratan de afrontar con éxito los retos que los fenómenos descritos, reales o potenciales, ya están planteando. Y teniendo en cuenta la complejidad de la situación la receta para tratarla es asimismo, compleja.

- Pueden llevarse a cabo medidas que **incrementen la eficiencia** del sistema aplicando para ello diversos avances tecnológicos, introduciendo instrumentos que mejoren la gestión o promoviendo una mayor coordinación entre las administraciones públicas involucradas.
 - La aplicación de nuevas tecnologías, como la **implantación de una tarjeta sanitaria electrónica única y compatible en todo el territorio nacional**, conduciría a mejorar el acceso a los servicios reduciendo simultáneamente su coste de provisión.
 - También la **informatización de los sistemas de gestión del historial clínico** supone una mejora posible gracias a la tecnología. Con ella podría compartirse la información, mejorar la asistencia y liberar recursos evitando, por ejemplo, la repetición innecesaria de pruebas.
 - La **telemedicina** es otro de los instrumentos que permiten reducir costes y mejorar servicios sanitarios, puesto que permite trasladar al domicilio del paciente parte de la atención médica primaria o, incluso, hospitalaria.
 - Hay además instrumentos de mejora de la gestión, como la **concertación público-privada**, que permite aplicar criterios de gestión privada a servicios financiados con

recursos públicos.

- Cabe también introducir **mecanismos de competencia** que aumenten la libertad de elección de los pacientes, desarrollando simultáneamente **indicadores de calidad** que les proporcionen la información necesaria para elegir.
- O aplicar fórmulas de **racionalización de la demanda** como el **copago selectivo**, instrumento presente en muchos países europeos. La participación de los pacientes en la financiación de los servicios sanitarios permite mejorar la gestión de la demanda y racionalizar el sistema. No obstante, debe **diseñarse cuidadosamente**, para evitar efectos negativos sobre la equidad o sobre determinados grupos de enfermos.
- Así mismo, puede introducirse un **enfoque asegurador**, presente también en varios países europeos. Dicho enfoque se caracteriza por la existencia de una definición explícita de los servicios cubiertos por el sistema público y del coste por persona protegida. Este enfoque, que no implica una reducción de la cartera de servicios hoy incluida en el sistema público, permitiría que servicios adicionales que vayan surgiendo en el futuro y tengan un beneficio marginal menor que su coste sean cubiertos por la vía privada. Ello reduciría la presión sobre el sistema público, mejoraría el acceso y contribuiría a racionalizar la demanda. La introducción de estos **cambios** puede tener una **naturaleza gradual**, de manera que pueda ir afectando progresivamente al sistema, pero no puede retrasarse, puesto que ello restaría capacidad de maniobra y nos abocaría a soluciones traumáticas. El transcurso del tiempo y la materialización plena de algunos de los retos pondrán de manifiesto si estas reformas parciales son suficientes o si, por el contrario, deberemos diseñar un sistema sustancialmente diferente al que conocemos hoy.
- La mayor eficiencia pasa también por aplicar una **visión integrada de la atención**, que permitan garantizar la continuidad asistencial e introducir parte de las medidas anteriormente señaladas, minorizando en lo posible los riesgos relacionados con la equidad en la prestación de los servicios sanitarios.
- Por último, la participación efectiva de los ciudadanos en la gestión de los servicios sanitarios puede convertirse en un potente instrumento que contribuya a la sostenibilidad del sistema.

GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO

La implantación de la Gerencias de Área pueden convertirse en un instrumento que actúe directamente mejorando la eficiencia del sistema, pues su estructura facilitaría la implantación de muchas de las medidas anteriormente reseñadas en aras de buscar la sostenibilidad del sistema.

Nuestro sistema sanitario está estructurado en dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Atención Primaria debe resolver el 80 % de los procesos quedando la AE como interconsultora de AP o para resolver aquellos procesos que por su complejidad diagnóstica sobrepasan la capacidad de AP, y sin embargo, en la actualidad nos encontramos con un DESEQUILIBRIO entre los dos niveles, pues AP ha delegado, en la mayoría de los casos, su función diagnóstica en el hospital, donde se encuentran la mayoría de las pruebas diagnósticas, situación esta que lleva a que el hospital asuma cada vez más pacientes que deberían ser atendidos en AP, con la consiguiente hipertrofia hospitalaria con aumento desmedido de especialistas, introducción de nuevas tecnologías, exceso de demanda en consultas externas, descontrol en la gestión de las listas de espera, revisiones de por vida de múltiples patologías crónicas (secuestro de pacientes) mientras que AP cada vez más burocratizada queda relegada a solucionar casos banales delegando su función diagnóstica en el hospital. Además, estas situaciones se agravan al ser los intereses, objetivos y prioridades de los Equipos Directivos de ambos niveles asistenciales distintos.

Llegados a este punto cabría preguntarse, si esto es así, como podríamos devolver el "Equilibrio al Sistema" y hacer confluir los objetivos e intereses de los equipos de gestión. La respuesta está clara: Con la **Gerencia Única de Área**.

Desde que comenzamos con la implantación de la gerencia de área nos planteamos un serie de **CRITERIOS ESTRATÉGICOS** que

posibilitaran la consecución de nuestro objetivo principal que no es otro que cada nivel asistencial haga lo que tiene que hacer, es decir que Atención Primaria resuelva el 80% de los Procesos y el Hospital sea interconsultor de AP y actúe en el 20% de los procesos restantes. Dichos **CRITERIOS** son:

- **EL PACIENTE COMO EJE DEL SISTEMA**
- Acometer Cambios Organizativos (Horizontalizar la Gestión)
- Utilizar las nuevas Tecnologías de la Información
- Establecer un "Modelo de Gestión basado en los Procesos "Rutas Asistenciales"
- Implicación de Profesionales y Usuarios en la gestión
- Implantar un modelo de Responsabilidad Social Corporativa

Consideramos que la mejor estrategia para la puesta en marcha de estos criterios era la **METODOLOGÍA que aporta como HERRAMIENTA DE GESTIÓN el modelo EFQM DE CALIDAD TOTAL**. Tras formar un equipo evaluador multidisciplinar hemos llevado a cabo dos evaluaciones EFQM por medio de la herramienta PERFIL del Club de Gestión de Calidad.

Este equipo de autoevaluación incluyó a miembros del Equipo Directivo y a profesionales del Área que recibieron una formación previa tanto en el Modelo EFQM como en el uso de la Herramienta. La Autoevaluación por PERFIL se basó en el método del cuestionario. En nuestro caso se utilizó el cuestionario avanzado de 120 preguntas, que abarcaban los 9 criterios del Modelo EFQM de Excelencia. La Autoevaluación según el Modelo del Cuestionario no siendo el más preciso, si posee algunas ventajas para la Organización: Esfuerzo reducido (de media se tardan unas 10 horas en contestar las 120 preguntas), detección rápida de puntos fuertes y áreas de mejora, y posicionamiento del nivel de excelencia para la obtención de reconocimientos.

Los resultados que obtuvimos, por tanto, deben interpretarse en este contexto: Autoevaluación realizada por profesionales del Área de Salud de Puertollano, con unos conocimientos iniciales del modelo y de los mecanismos de la evaluación, con un componente subjetivo a la hora de puntuar, y con el método del cuestionario. Por ello, los resultados, aún no reflejando el 100% de la realidad de la Gerencia de Área, si nos permitieron detectar con garantías, puntos fuertes y áreas de mejora, en relación a los nueve criterios del Modelo.

Posteriormente, las puntuaciones obtenidas en las evaluaciones individuales, fueron sometidas a consenso, mediante varias reuniones del Equipo evaluador. El resultado obtenido fue de 290 (año 2005) y 429 (año 2007) puntos que tal y como establece el esquema de Reconocimiento nos permitieron optar en una primera fase al nivel de excelencia "Calidad Europea " (Sello de Bronce) para Organizaciones con posicionamiento entre 200-300 puntos, tras la documentación del despliegue de tres áreas de mejora detectadas en la evaluación, en nuestro caso: Establecer los **Canales de Comunicación** necesarios para la correcta gestión de la Organización, elaboración del **Mapa de Procesos** y definición de la **Misión, Visión y Valores** de la Organización. y en una segunda al reconocimiento de "Excelencia Europea 400+" tras la elaboración de la correspondiente Memoria EFQM.

Posteriormente, se propusieron, en coherencia con los puntos fuertes y áreas de mejora identificadas, acciones de mejora, que finalmente fueron consensuadas y priorizadas por el Equipo EFQM y asumidas por el Equipo Directivo mediante **El Plan de Acción 2007**. Para esto, hemos desarrollado una metodología propia que, mediante **cuatro criterios** objetivos, nos permite definir y establecer prioridades en las áreas de mejora de la organización.

VALOR	CRITERIO		
	1	2	3
INTENSIDAD: Define el impacto de la mejora en los criterios. Modelo EFQM, esto es, el grado de horizontalidad de la medida	Intensidad baja Impacto < 3 criterios	Intensidad media Impacto <= 4	Intensidad alta Impacto >= 5

ESFUERZO: Define el grado de esfuerzo que necesita la Organización para la implantación de la acción, en términos de recursos, resistencia y dedicación	Esfuerzo ALTO La implantación no requiere dedicación plena de recursos. Baja resistencia de la Organización	Esfuerzo medio La implantación requiere importante dedicación de recursos, con dedicación media. Genera resistencias en el proceso	Esfuerzo BAJO La implantación requiere de recursos con dedicación plena. Alta resistencia en el proceso
COSTE: Valora el coste económico necesario para la implantación	Coste ALTO La inversión económica necesaria es baja	Coste medio La inversión económica es moderada	Coste BAJO La inversión económica necesaria es alta
IMPACTO: Mide el impacto que la aplicación de la medida tendrá en los resultados	Impacto bajo El impacto esperado de la acción es bajo	Impacto medio El impacto en los resultados es moderado. Genera retornos en la Organización	Impacto alto Alto impacto en los resultados. Genera retornos y beneficios a corto plazo

La decisión por parte de La Gerencia de Área de elaborar una Memoria EFQM es indicativa de una fuerte implicación en temas de excelencia, ya que supone un importante ejercicio de reflexión y valoración de las actividades que realiza la Gerencia, además de ser una poderosa herramienta de mejora continua

El objetivo de redactar una Memoria EFQM puede verse desde una triple perspectiva:

1. Documento para la realización de una Autoevaluación de las actividades de la empresa, y por tanto, detectar los puntos fuertes y las áreas de mejora.
2. Elaborar el documento necesario para presentar una candidatura o solicitud a un Reconocimiento de Excelencia, como pueden ser:
 - Premios de Excelencia
 - Sellos de Excelencia (+400 o +500)
3. Dejar por escrito lo que ha hecho la organización, así como las líneas estratégicas de futuro para de esta manera "Garantizar la supervivencia del Modelo" más allá de las personas que en un principio lo hayan llevado a cabo.

Por otro lado, somos conscientes que en la última década, la situación ha cambiado y todo tipo de organizaciones, están cada vez más convencidas de la conveniencia de integrar en su gestión, una **Estrategia de Responsabilidad Social Corporativa** y ofrecer **transparencia**, como condición necesaria para aumentar la confianza de sus miembros, la cohesión y la integración de la organización y mejorar en definitiva su rendimiento. Por este motivo hemos elaborado la **MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD 2004-2006** en la que ya no esperamos un simple beneficio económico, sino una triple cuenta de resultados: **Económicos, Ambientales y Sociales**

Para la confección de esta Memoria, se ha utilizado como herramienta la **Guía GRI**, "GLOBAL REPORTING INITIATIVE". La Guía GRI es una herramienta VOLUNTARIA y CONSENSUADA que establece un marco común para las Organizaciones que deseen informar acerca de sus actuaciones en los campos ligados al **desarrollo sostenible**: dimensiones sociales, económicas y ambientales de las actividades, productos y servicios de la empresa. La Memoria de Sostenibilidad de la Gerencia de Área de Puertollano nos sirve para acercar y reforzar las relaciones con las partes implicadas, tanto internas como externas, a través de la comunicación y transparencia en todo lo relacionado a su aportación a la sostenibilidad, a los profesionales, a la comunidad en general y a las partes interesadas y afectadas por las actividades de la Gerencia de Área.

Además consideramos que, la Memoria de Sostenibilidad, es una Herramienta de Marketing que nos puede ayudar para afianzar, promover, coordinar y evaluar objetivos de mejora continua y a su vez

identificar puntos conflictivos y oportunidades de mejora no previstas, convirtiéndose de esta forma en un complemento de la ya mencionada Memoria EFQM.

Desde Enero del 2007 estamos desarrollando un **Plan de Acción** de la Gerencia en el que desde la Misión, Visión y Valores de la Organización procedemos a un despliegue de los Procesos de la Gerencia de Área con los correspondientes indicadores tanto a nivel estratégico como en un segundo nivel

Por último, hemos puesto en marcha **un nuevo modelo de participación ciudadana, que va más allá de la asesoría o consulta**, en el que el ciudadano está cada vez más informado, tiene una mayor capacidad de elección y es **COGESTOR** y **CORRESPONSABLE** con la Administración Regional de las decisiones que se adopten sobre la política sanitaria del Área de Salud, a través de las correspondientes propuestas al Contrato de Gestión.

CONCLUSIONES

-Estamos convencidos de que la Gerencia Única de Área supone un modelo de gestión sanitario innovador, que aporta las siguientes ventajas:

• SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADA DE ÁREA:

Se diseña un Plan de Acción, referido anteriormente, para la Gerencia, basado en la Misión definida por la propia organización (con participación de todos los profesionales a través de encuestas) en el que se despliegan los objetivos estratégicos y se definen los factores clave de éxito, en el Plan se llega a los objetivos de Unidades y Centros y se catalogan los Procesos, además de definirse los propietarios de los mismos. En el Plan se definen indicadores para el seguimiento de los diferentes objetivos, además de un Cuadro de Mandos Estratégico. Este Plan es posible debido a que se tienen los mismos objetivos, intereses y prioridades del Equipo Directivo en ambos niveles asistenciales.

• GESTIÓN INTEGRAL POR PROCESOS

- Mejora de la CONTINUIDAD
- Disminución de la VARIABILIDAD

Estos aspectos tienen una importante repercusión sobre el usuario, ya que si existe continuidad en los cuidados, el usuario percibe una mayor coherencia y calidad en su atención. La disminución de la variabilidad implica un incremento de la equidad, de modo que ante situaciones clínicas similares la respuesta de la organización ante la demanda del usuario será igual. Para ello la implantación de **rutas asistenciales** y vías clínicas basadas en la mejor evidencia son una herramienta útil. De igual manera, la definición y puesta en marcha de procesos no asistenciales correctamente diseñados, documentados y evaluados servirá para reducir la variabilidad en ellos.

- Implantación de Rutas asistenciales
- Mayor conocimiento mutuo Interniveles
- Formación, reciclaje, sesiones clínicas de Área
- Mejor adecuación de los circuitos administrativos
- Incorporación de Servicios corporativos y de "Prestaciones" como elementos de potenciación
- Acceso de AP a todas las pruebas diagnósticas. Mejora de la capacidad resolutoria del primer nivel asistencial

• MAYOR CAPACIDAD DE GESTIÓN

- Posibilidad de flexibilizar la gestión de RRHH
- Facilidad para la Gestión corporativa asesoramiento y agrupación de compras
- Mejora en la Gestión de los RRHH facilitando la movilidad, la formación, desarrollo de las competencias
- Posibilidad de implantar incentivos de Área
- Agrupación de compras de Farmacia, mantenimiento, energía, servicios logísticos,...
- Gestión integral por procesos
- Participación del ciudadano en la toma de decisiones

EFQM Y MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD suponen:

- HERRAMIENTAS DE GESTIÓN. ACCIONES DE MEJORA
- FAVORECEN EL CAMBIO:
 - LIDERAZGO
 - PROCESOS
 - MEDIO AMBIENTE

• COMPROMISO

- OBLIGAN A COMPARARNOS Y BUSCAR REFERENCIAS
- IMPULSAN EL BENCHMARKING Y LA INNOVACIÓN
- EXIJEN FORMACIÓN
- OBLIGAN A TENER INDICADORES DE MEDIDA
- ANALIZAN TENDENCIAS Y BUSCAN COMPARACIONES
- SIRVEN PARA OBTENER RECONOCIMIENTOS EXTERNOS

Por último, creemos, que la Gerencia Única de Área requiere de un "IMPORTANTE ESFUERZO EN CAMBIOS" que sin duda alguna, aportarán, beneficios en agilidad, eficacia y eficiencia en la prestación asistencial, orientándose hacia el usuario de una forma real, y convirtiéndose en una importante "INVERSIÓN PRESENTE PARA BENEFICIOS FUTUROS" de cara a que Atención Primaria resuelva el 80% de los Procesos y el Hospital sea su interlocutor y actúe en el 20% de los Procesos restantes, para de esta forma devolver "EQUILIBRIO" en la distribución de los recursos al Sistema Sanitario y contribuir a su SOSTENIBILIDAD todo ello con el reconocimiento a la Excelencia en Gestión y el compromiso con la Responsabilidad Social Corporativa.

P13

DIMENSIONES A CONSIDERAR EN LA

DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS DE RESPOSANBILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN EL SECTOR SANITARIO

Jorge de Miguel, Angela Silvestre.

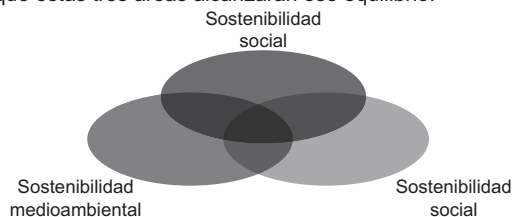
Introducción. Áreas de actuación en Responsabilidad Social

La responsabilidad social corporativa toma cada día más importancia en aquellas empresas que desean demostrar una gestión integrada de todas las dimensiones que permiten crear un entorno razonablemente sostenible, mediante la:

1. Rentabilidad y sostenibilidad económica del negocio objeto de la organización
2. Sostenibilidad medioambiental del entorno donde la Organización se radica
3. Sostenibilidad social, desde la generación de empleo hasta el fomento de valores sociales, en el entorno donde la Organización se emplaza.

Se podría decir que la responsabilidad social persigue como objetivo el **equilibrio** de estas tres grandes áreas de actuación, permitiendo trabajar en todas ellas sin detrimento de ninguna.

Existiría un punto hipotético de "desarrollo sostenible" en el momento en que estas tres áreas alcanzaran ese equilibrio.



Dimensiones concretas en cada área de actuación.

Las grandes líneas de trabajo citadas deben quedar siempre cubiertas por los modelos de gestión de responsabilidad social existentes, aunque a efectos prácticos, se trabajan una serie de **dimensiones concretas** en donde se puedan definir medidas y estrategias tangibles, cuya suma resulta en el beneficio del conjunto de las tres grandes áreas de responsabilidad.

Estas dimensiones son las siguientes:

Accionista.-

- Su relación fundamental está en la sostenibilidad económica.
- Objetivos concretos:
 - La satisfacción de las necesidades y demandas del accionista (garante y financiador)

Sociedad.-

- Su relación se encuentra en las tres dimensiones.
- Objetivos concretos:
 - La satisfacción de las demandas sociales, en concreto fomento de valores éticos, morales y solidarios (por ejemplo, donación órganos) y
 - La participación o cooperación con órganos de decisión

como ONG, entidades locales o asociaciones de interés como puedan ser:

- Las asociaciones para la prevención de hábitos y drogadicción,
- Asociaciones de enfermos y colaboración con organizaciones con fines sociales o educativos.
- Asimismo, el impacto positivo mediante la generación de riqueza, empleo y subcontratación

Proveedores y Subcontratación.-

- Su relación fundamental se centra en la sostenibilidad social,
- Objetivos concretos:
 - La selección de proveedores con criterios de responsabilidad social (cadena ética de suministro), aunque fabriquen en países terceros, así como
 - La implantación de medidas de responsabilidad social en la cadena de subcontratación dependiente de la Organización

Medioambiente.-

- Su relación fundamental se centra en la sostenibilidad medioambiental,
- Objetivos concretos:
 - El cuidado del entorno cumpliendo con criterios y reglamentación medioambiental, y
 - La gestión adecuada de los recursos, principalmente si éstos son limitados

Cliente.-

- Su relación fundamental se centra en la sostenibilidad económica,
- Objetivos concretos:
 - La satisfacción de las necesidades terapéuticas del paciente o el ciudadano,
 - La satisfacción de las expectativas del paciente o el ciudadano
 - La aplicación de programas de medicina comunitaria que redunde en unos niveles de bienestar, calidad y expectativa de vida adecuadas

Personas.-

- Su relación fundamental se centra en la sostenibilidad social,
- Objetivos concretos:
 - Cumplimiento de la reglamentación en materia laboral y con convenios colectivos o sectoriales
 - La protección de la salud y la seguridad,
 - La prevención de prácticas protegidas por la O.I.T.
 - Los sistemas más ambiciosos abarcan a su vez la satisfacción de los niveles de conciliación, calidad de empleo y flexibilidad que permitan una proyección profesional definida junto con la facilidad de conciliar vida social, familiar y laboral.

Normas de Gestión existentes.

Actualmente existen varias normas de gestión que desarrollan los modelos de responsabilidad social corporativa, aunque existen diferencias entre ellas, principalmente en lo que refiere a las dimensiones sobre las cuáles trabajan y la proyección nacional (España) o internacional de las mismas.

Asimismo, se diferencian dos tipos de "certificación":

Certificación de un sistema de gestión de la Responsabilidad Social Corporativa, a través de normas internacionales – SA 8000 - , o de normas nacionales – EFR y SGE21.

Consiste en verificar el cumplimiento de un sistema de gestión aplicado a la responsabilidad corporativa y contiene la verificación habitual de todos los sistemas de gestión:

- Definir una política
- Establecer una estrategia
- Identificar los procesos clave y las interacciones
- Definir requisitos y criterios que han de cumplir estos procesos
- Poner en marcha métodos (procedimientos) para el cumplimiento de estos requisitos
- Definir un sistema de medición y auditoría interna y un sistema de análisis para verificar la eficacia del proceso y la aplicación eficaz de las medidas
- Plantear acciones de mejora y objetivo según los resultados alcanzados y/o la puesta en marcha de nuevas estrategias.

Estas normas tienen diferente alcance teórico según los objetivos concretos que persiguen, aunque en la práctica se recomienda

desarrollar el sistema siendo ajeno a este alcance teórico y abarcando todas las dimensiones:

Norma	Objetivos	Alcance / Dimensiones	Ámbito
SA – 8000	Asegurar la aplicación de los derechos mínimos de los trabajadores de acuerdo a los convenios internacionales	<u>Proveedores</u> <u>Cadena de suministro ético</u> <u>Personas</u> Por defecto: cumplir con la reglamentación laboral del País donde está radicada la organización. Además (nótese la internacionalidad de la Norma): •Esclavitud •Horarios y jornada laboral •Trato equitativo •No discriminación en razón de raza, sexo, religión, ... •Empleo de niños •Derecho de asociación	Internacional
EFR	Conciliación entre vida familiar y laboral	<u>Personas</u> Por defecto: cumplir con la reglamentación laboral del País donde está radicada la organización. Además : •Formación •Calidad en el empleo •Flexibilidad laboral •Conciliación	Nacional (España) Propietaria: Fundación + Familia
SGE 21		<u>Personas (ver EFR)</u> <u>Proveedores</u> <u>Accionista</u> <u>Sociedad</u> <u>Medioambiente</u> <u>Cliente</u>	Nacional (España) Propietaria: FORETICA

2. Verificación de memorias de Responsabilidad Social Corporativa, a través de normas internacionales – GRI.

Consiste en verificar que una memoria contiene todos los elementos que la Norma GRI indica y a su vez verificar que la información aportada es fidedigna (corresponde con datos reales).

Los elementos que la memoria debe contener son, de nuevo, los propios de un sistema de gestión:

- Definir una política
- Establecer una estrategia
- Identificar los procesos clave y las interacciones
- Definir requisitos y criterios que han de cumplir estos procesos
- Definir un sistema de medición y auditoría interna y un sistema de análisis para verificar la eficacia del proceso y la aplicación eficaz de las medidas
- Plantear acciones de mejora y objetivo según los resultados alcanzados y/o la puesta en marcha de nuevas estrategias.

GRI	Proporcionar una imagen equilibrada y razonable del desempeño en materia de sostenibilidad por parte de la organización informante Incluirá tanto contribuciones positivas como negativas	<u>Personas (ver EFR)</u> <u>Proveedores</u> <u>Accionista</u> <u>Sociedad</u> <u>Medioambiente</u> <u>Cliente</u>	Internacional

Elementos de la Gestión de la Responsabilidad Social Corporativa.

La gestión en cualquier modelo, y se incluye la gestión en materia de Responsabilidad Social, pasa por la utilización ordenada de una serie de etapas, y **por este orden**:

1. Identificar la política o misión objeto del tipo de área en la que se quiere trabajar, en este caso, responsabilidad social corporativa.
2. Identificar las líneas estratégicas a partir de las dimensiones de responsabilidad social presentadas en el capítulo 3 de esta guía.
3. Establecer las fases o etapas del proceso para la implantación de la estrategia.
4. Definir criterios claros en cada etapa de cada proceso para asegurar que la misión se cumpla, que debe alcanzar:
 - i. Identificación de requisitos técnicos clave: por ejemplo, confección de nóminas que incluya los acuerdos sindicales en materia de beneficios sociales.
 - ii. Identificación de coordinación / comunicación necesaria para asegurar que este requisito se cumpla (por ejemplo, transferir los acuerdos con el Comité de Empresa al área de confección de nóminas). Son las llamadas interacciones
 - iii. Identificar los recursos comunes necesarios para asegurar que existe estructura que garantice el cumplimiento de los requisitos (por ejemplo, sistema informático con actualización de datos del importe económico y retenciones a que esté sujeta).
 - iv. Identificar el responsable de asegurar que estos requisitos esté cubierto.
5. Obtener una información clave del proceso, con objeto de verificar si alcanza o no la misión definida.
6. A partir de esta información clave, realizar un análisis de eficacia del proceso para alcanzar unos resultados
7. A partir del análisis realizado, identificar áreas de mejora necesarias.
8. Según la dimensión de estas áreas, formulación de las mismas como objetivos de mejora o como acciones de mejora, según la dificultad de la acción, coparticipación de varios procesos, periodo de consecución y necesidad de inversiones.
9. Revisión de la política y estrategia a través del ejercicio de la revisión del sistema.

Este artículo es complementario a la información ofrecida en la presentación a cargo de Det Norske Veritas en la mesa redonda de responsabilidad social corporativa del congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Para más información o comentarios sobre este artículo, por favor dirijanse a:

Jorge de Miguel

Jorge.demiguel dnv.com

O a través de la página web www.dnv.es

MESA REDONDA 4
EXPERIENCIAS DE ÉXITO EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Moderador: Pedro Parra Hidalgo.

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

La Mesa de Experiencias de éxito en la gestión de la calidad está conformada por dos experiencias premiadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, otra por la European Foundation for Quality Management (EFQM) y una experiencia innovadora desarrollada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En 2007 se convocó la 1ª Edición de los Premios de Calidad del Sistema Nacional de Salud que se enmarcan en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. La convocatoria fue realizada por la Agencia de Calidad y tiene como propósito reconocer iniciativas que fomentan la innovación y la calidad y que redundan en un beneficio para los pacientes y los ciudadanos.

A la convocatoria se presentaron cerca de 150 proyectos, que han sido valorados por una Comisión de Evaluación, presidida por el Ministro de Sanidad y Consumo y compuesta por cuatro representantes del Ministerio, dos de las Comunidades Autónomas, tres de asociaciones científicas y profesionales y uno de asociaciones de pacientes.

La modalidad de Calidad e Igualdad reconoce las mejores en la accesibilidad ó en la calidad de la atención prestada a mujeres o grupos en riesgo o especialmente vulnerables. Uno de los dos premios recayó en la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario 12 de octubre por el proyecto de Humanización y mejora de la calidad de los cuidados neonatales. La mejora de los cuidados en la Unidad Neonatal del Hospital 12 de octubre es una experiencia multidisciplinar donde se aborda la atención de todos los problemas de salud de los recién nacidos con la implicación y participación de las familias. La Unidad tiene un recorrido de varios años con resultados contrastados en la mejora de la calidad de la atención y con un importante desarrollo de la investigación clínica y epidemiológica.

A la modalidad de Mejores Práctica Clínicas concurren los equipos que han desarrollado y evaluado un programa para mejorar la práctica asistencial en la seguridad de los pacientes, la efectividad y utilidad de la práctica clínica. Una de las tres entidades premiadas ha sido el Departamento de Hematología del Instituto de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas de la Fundación Clínica para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico de Barcelona por el proyecto de Cuidados del paciente con cáncer. El proyecto consiste en la provisión alternativa de cuidados domiciliarios a pacientes con hemopatías malignas. Los resultados obtenidos consiguen una mejora de la calidad de los pacientes y una mejora de la eficiencia a través de la reducción de los días de ingreso hospitalarios y de los costes.

Por otro lado, se ha seleccionado una experiencia innovadora desde el punto de vista de organización de los recursos asistenciales. La red de Hospitales de Alta Resolución de Andalucía incorpora las nuevas formas de gestión y organización de las empresas públicas hospitalarias, en materia de organización de la actividad y en la gestión de los recursos, para dar una respuesta nueva a las necesidades de la población en núcleos pequeños y alejados de las grandes áreas. El objetivo es mejorar la accesibilidad a través de una cartera de servicios flexible y una organización de los recursos adaptada a cada entorno que permite potenciar las alternativas a la hospitalización tradicional y respuestas ágiles a través de las consultas de acto único. En la presentación de la ponencia conoceremos los resultados obtenidos en los tres años de puesta en marcha del modelo.

Desde hace más de 10 años Osakidetza realizó una apuesta decidida por el modelo de excelencia de la European Foundation for Quality Management y como prueba de ello a lo largo de estos años numerosas organizaciones hospitalarias y de atención primaria han obtenido diversos reconocimientos, incluso en el ámbito y europeo. La Comarca Gipuzkoa Ekialde inició en 1999 el proyecto Hobebedean que supone una apuesta decidida por un modelo de gestión que le ha conducido a lograr importantes mejoras y a obtener el reconocimiento como finalista del premio europeo en 2007 siendo la segunda organización sanitaria europea que lo consigue.

P14

PROYECTO DE HUMANIZACIÓN Y MEJORA DE LOS CUIDADOS EN UNA UNIDAD NEONATAL

Gerardo Bustos Lozano.

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

RESUMEN DEL PROYECTO

El nacimiento está cargado de emociones y afectos, que pueden transformarse en angustia, incertidumbre y dolor cuando surgen problemas. La atención a los recién nacidos y sus familias en un Servicio de Neonatología abarca la atención en el parto, el apoyo en el establecimiento del vínculo y la lactancia, los cuidados y procedimientos preventivos y la atención de todos los problemas de salud de los recién nacidos, que están en un momento de rápido desarrollo de sus sistemas, especialmente del neurodesarrollo. En ese contexto, los cuidados y tratamientos deben abordarse desde la perspectiva de la calidad, la humanización, la participación de las familias y los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD). El Servicio de Neonatología del Hospital Universitario 12 de Octubre se planteó los siguientes objetivos:

- 1.- Mejorar los CCD y el apoyo a la familia.
- 2.- Elaborar Guías Clínicas y Protocolos evaluables.
- 3.- Desarrollar investigación clínica y epidemiológica en relación con la atención de los recién nacidos prematuros, la seguridad de los pacientes, la prevención y atención de la discapacidad y la atención a los recién nacidos moribundos.

RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS NECESIDADES DEL COLECTIVO AL CUAL VA DIRIGIDO:

La calidad y la humanización de los cuidados de los recién nacidos, la participación de las familias, los cuidados centrados en el desarrollo y el seguimiento a largo plazo de los que tienen mayor riesgo de discapacidad contribuyen a mejorar la salud y la calidad de vida de este colectivo y de sus familias.

La calidad y la humanización en los cuidados de los recién nacidos y sus familias constituyen el principal objetivo de la actividad del Servicio de Neonatología. Desde el año 2005 hasta hoy se han planteado en este Servicio los siguientes objetivos concretos para mejorar en este campo:

- 1.- Mejorar los cuidados centrados en el desarrollo y en el apoyo a la familia:
 - Mejorar la atención perinatal centrada en la familia.
 - Consolidar y mejorar la participación de las familias en los cuidados.
 - Mejorar el apoyo a la lactancia materna. Desarrollar y poner en funcionamiento un Banco de Leche de Madres Donantes.
 - Establecer un protocolo de cuidados piel con piel en los prematuros (Método Madre Canguro).
 - Mejorar el control del macro y microambiente en la unidad de cuidados intensivos.
 - Mejorar el control del dolor.
 - Ampliar el Programa de Seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo.
 - Formar al personal sanitario en Cuidados Centrados en el Desarrollo según el método NIDCAP.
- 2.- Elaborar Guías y protocolos para mejorar los cuidados:
 - Elaborar una Guía de cuidados del recién nacido en las plantas de Maternidad.
 - Elaborar un protocolo de prevención de las infecciones nosocomiales.
- 3.- Desarrollar investigación clínica y epidemiológica en relación con:
 - Los problemas de los recién nacidos prematuramente.
 - La seguridad del paciente durante la estancia hospitalaria.
 - La discapacidad y su atención.
 - La atención a los recién nacidos moribundos.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS:

1.- Cuidados centrados en el desarrollo y apoyo a las familias:

en un contexto de máxima complejidad asistencial (Unidad de Neonatología de nivel IIIC) y elevados índices de ocupación, el Servicio de Neonatología del Hospital "12 de Octubre" ha sido pionero a nivel nacional en las siguientes prácticas: entrada libre de padres desde 1980, Programa de Alta Precoz y Asistencia Domiciliaria de los

recién nacidos prematuros o de bajo peso desde 1986 (con más de 4.000 recién nacidos incluidos y 6 días de acortamiento medio de la estancia hospitalaria), introducción de cuidados centrados en el desarrollo (uso de nidos, Protocolos de Mínima Manipulación, integración de los padres en los cuidados, etc.) desde 1996, atención a los niños moribundos con participación de la familia desde hace más de 10 años y Programa de Observación con la Madre de los recién nacidos con riesgo de infección, que ha evitado desde el año 2003 más de 1.000 separaciones al año. Además se realiza una política activa de promoción de la lactancia materna. Las actividades que se desarrollaron en estos aspectos lo largo del año 2006 son las siguientes:

1.1.- Proyecto "Atención Perinatal Centrada en la Familia", elaborado por los Servicios de Neonatología, Obstetricia y Anestesia, gestado a lo largo de 2006 y presentado a la convocatoria 2007 de proyectos del acuerdo del Consejo Interterritorial de distribución de fondos a las CC.AA. (Salud perinatal y género), presupuestado en 189.470 €. Los objetivos de este proyecto son: 1) incrementar el protagonismo de la mujer en el parto; 2) disminuir las separaciones de madres e hijos; 3) involucrar a los padres de forma activa en el parto.

El plan de trabajo incluye los siguientes aspectos: 1) durante el parto de bajo riesgo la mujer podrá elegir la posición más cómoda para parir; 2) reducir el número de episiotomías, rasurado y enemas; 3) proporcionar métodos alternativos de analgesia no farmacológica; 4) disminuir el número de separaciones madre/hijo. Para ello en las cesáreas de bajo riesgo la madre y el niño no se separarán y el niño irá, junto a la madre, en contacto piel con piel a la sala de reanimación; 5) disminuir el número de separaciones madre/hijo facilitando el tratamiento de algunas patologías en la habitación de la madre, por ejemplo la ictericia; 6) involucrar a los padres en el contacto piel con piel con su hijo tras el parto, en el caso de que no sea posible realizar contacto piel con piel con la madre; 7) los padres podrán permanecer acompañando a la madre durante la cesárea de bajo riesgo; 8) se facilitará la permanencia de los padres y madres en el Servicio de Neonatología mejorando los recursos disponibles en la actualidad.

1.2.- Participación de las familias en los cuidados:

- Consolidación de la ampliación a 24 horas de la posibilidad de permanencia de los padres en las salas de hospitalización. Visitas de otros familiares (hermanos y abuelos especialmente) en función de la cronicidad y gravedad de la patología.

- Nuevo documento de acogida para padres al ingreso, que incluye los siguientes apartados: plano del servicio, introducción, cuidados centrados en la familia, ¿cómo es el Servicio de Neonatología?, ¿quienes trabajamos en el Servicio de Neonatología?, ¿cuándo podrán visitar a su hijo?, ¿cuándo se informa a los padres sobre la evolución de su hijo?, ¿el niño podrá mamar?, ¿cuándo podrá la madre ver a su hijo?, ¿qué pueden hacer los padres para ayudar a su hijo?, ¿qué suelen experimentar los padres al tener a su hijo recién nacido ingresado?, teléfonos de contacto y página web de la liga de la leche.

- Distribución a los padres del libro "Antes de tiempo. Nacer muy pequeño", elaborado por el Servicio de Neonatología con el apoyo de la Obra Social de Caja Madrid y publicado en octubre de 2004. Se trata de un texto para padres de niños prematuros, en el que se explica cómo son los servicios de Neonatología, cuáles son los problemas médicos y emocionales habituales en estas situaciones y los sentimientos relacionados con las incertidumbres sobre el futuro de estos niños, desde la perspectiva de las familias.

1.3.- Apoyo a la lactancia materna

- Cursos de formación para personal sanitario: desde el año 2006 se imparten dos cursos al año en el propio Hospital Materno Infantil sobre apoyo a la lactancia materna, dirigidos al personal sanitario. Cuentan con la acreditación de OMS-UNICEF.

- Inclusión del objetivo Hospital Amigo de los Niños de OMS-UNICEF en los objetivos del Servicio. Medición de los indicadores utilizados por OMS-UNICEF para una primera autoevaluación en el año 2008.

- Elaboración y aprobación de un protocolo de lactancia materna del Área 11 y aprobación por parte de la Dirección del Hospital de una política de apoyo a la lactancia materna con el objetivo final de obtener el galardón de OMS-UNICEF "Hospital Amigo de los Niños".

- Desarrollo y apertura de un Banco de Leche Humana de donantes: en el año 2004 se elaboró un proyecto preliminar. Posteriormente se elaboró un informe para el Observatorio de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo. En el año 2006 se presentó el proyecto a la convocatoria de la Comunidad de Madrid para la distribución de

Fondos de Cohesión en Salud Perinatal, Los objetivos del proyecto son: 1) organización de la recogida, almacenamiento y dispensación de la leche de madre para su propio hijo hospitalizado, sin procesar ni analizar; 2) organización de la recogida, almacenamiento, pasteurización, control y dispensación de la leche humana donada para niños enfermos, bajo prescripción médica; 3) promoción de la lactancia materna; 4) evaluación y difusión de la experiencia.

1.4.- Elaboración de un protocolo de cuidados piel con piel según el método Madre Canguro, para recién nacidos prematuros. Adquisición de sillones adecuados y de 120 fajas elásticas de lycra de algodón de diferentes tallas. Supervisión del protocolo por la Dra. Charpak (CharpaK N, Figueroa Z. Técnica madre canguro. Guías de manejo. Kangaroo Foundation:

http://kangaroo.javeriana.edu.co/descargas/reglas_kmc_espanol.doc

Establecimiento del contacto piel con piel inmediato como práctica habitual en los partos tras el parto, en colaboración con las matronas del Servicio de Obstetricia.

1.5.- Medidas de mejora del macro y microambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales:

- Ampliación de la unidad de cuidados intensivos en 9 puestos con dotación suficiente de personal de enfermería. Nuevas salas con mejor aislamiento lumínico y acústico.
- Actualización y mejoras del Protocolo de Mínima Manipulación.

1.6.- Introducción de las escalas de dolor en las constantes vitales. A través del grupo de trabajo "Medicamentos en Neonatología" de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid se han diseñado y elaborado tarjetas para uso individual y carteles con las escalas de medición del dolor en recién nacidos (escala CRIES para valoración del dolor postquirúrgico en recién nacidos y escala PIPP para valoración del dolor tras procedimientos dolorosos en prematuros). Estas escalas se han distribuido a todos los Servicios de Neonatología de la Comunidad de Madrid en junio de 2007 para la inclusión de la medición de la intensidad del dolor en las constantes vitales medidas de forma rutinaria.

1.7.- Ampliación del programa de seguimiento para menores de 1.500 gramos al nacer a otros grupos de riesgo. Este programa, implantado en 1990, fue premiado con el Premio Reina Sofía de investigación sobre prevención de las deficiencias del año 2000 y en él se han incluido más de 1.000 prematuros con menos de 32 semanas de gestación o menos de 1.500 gramos de peso al nacer. En el año 2006 se planteó la necesidad de ampliar la población a seguir incluyendo otras patologías neonatales graves con riesgo de discapacidad a largo plazo.

1.8.- Programa de formación del personal sanitario del Servicio de Neonatología en técnicas especiales de Cuidados Centrados en el Desarrollo (NIDCAP). Se trata de un programa de intervención, conducido por profesionales entrenados en neurodesarrollo (Newborn Individualized Developmental and Assessment Program), basado en observaciones formalizadas del niño antes, durante y después de los procedimientos y cuidados. El observador valora la capacidad del niño para organizar y modular los cinco subsistemas (motor, autonómico, estados de vigilia-sueño-despertar-llanto, atención-interacción y la autorregulación) y de esta forma programa los cuidados de forma individualizada para favorecer su desarrollo. El cuidado estandarizado NIDCAP se encuentra implantado muchos países desarrollados como parte integrada del cuidado de los recién nacidos prematuros. Actualmente sólo hay en España (en Barcelona) otro Servicio de Neonatología en que se esté recibiendo formación en NIDCAP.

2.- Elaboración de Guías Clínicas y Protocolos multidisciplinarios.

2.1.- Guía de cuidados del recién nacido en las plantas de maternidad.

- Objetivos de la Guía: 1) definir los objetivos de los cuidados; 2) implantar o mantener sólo procedimientos justificados, bien definidos, unificados y evaluables; 3) facilitar el trabajo y la docencia del personal sanitario; 4) Implantar un control de calidad y de mejora continua; 5) elaborar una herramienta útil para medir las cargas de trabajo.

Los objetivos de los cuidados son los siguientes:

- Apoyar a los padres, especialmente a las madres en la crianza: facilitando el establecimiento del vínculo, evitando la separación de la madre y el hijo, promoviendo el amamantamiento, aconsejando sobre los mejores cuidados y

respetando las preferencias de madres y padres siempre que sea posible.

- Dar los mejores cuidados desde la perspectiva humana y científica.

- Metodología de elaboración: 1) revisión sistemática de todos los procedimientos en varios grupos de trabajo mixtos (médicos del Servicio de Neonatología, enfermeras de las plantas de la Maternidad y del Servicio de Neonatología); 2) presentación de documentos provisionales de los grupos de trabajo; 3) revisión de los documentos por el coordinador de la guía (médico neonatólogo) y la supervisión de enfermería; 4) presentación y discusión del documento en el Servicio de Neonatología y en las plantas de la Maternidad; 5) redacción definitiva; 6) revisión definitiva del coordinador y la supervisión de enfermería; 7) aprobación de la guía por la junta directiva del hospital; 8) implantación de la guía; 9) evaluación anual; 10) compromiso de revisión bienal del contenido.

- Contenido de la Guía: en 13 capítulos se describen aproximadamente 200 procedimientos según el siguiente esquema: introducción, objetivos, procedimientos, descripción de los procedimientos, eficacia de los procedimientos, riesgos de los procedimientos, excepciones, registros, fecha de la última actualización, autores y bibliografía.

2.2.- Protocolos multidisciplinares de prevención y control de la infección nosocomial y de manejo de catéteres en el Servicio de Neonatología, en el que participaron los servicios de Neonatología, Microbiología y Medicina Preventiva.

3.- Proyectos de investigación.

3.1.- Participación en el registro europeo EuroNeoStat, financiado por la Dirección General de Sanidad y Protección del Consumidor (DGSANCO) de la Comisión Europea, dentro del VI Programa Marco de Investigación para los años 2006-2008 y en la base de datos EuroNeoStat desde el año 2006. La base de datos EuroNeoStat es un sistema de información sobre recién nacidos de muy bajo peso creada por la Sociedad Europea de Neonatología / Sociedad Europea de Investigaciones Pediátricas (ESN / ESPR).

3.2.- Estudio del error de prescripción médica en un Servicio de Pediatría. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS PI020756) en los años 2003-2004. Implantación posterior de un sistema de comunicación voluntaria y anónima de errores.

3.3.- Participación en el proyecto de elaboración del "Research and training manual for surveillance of cerebral palsy in Europe-SPCE-2" y valoración de los resultados en un registro poblacional (ISCIII-FIS PI05/90006), así como en el "Programme of community action in the field of public health" de la Comunidad Europea para llevar a cabo el proyecto "European Information System to Monitor Short and Long Term Morbidity to Improve Quality of Care and Patient Safety for Very Low Birth Weight Infants".

3.4.- Estudio del proceso de la limitación del esfuerzo terapéutico en una unidad neonatal: desde la discusión a las consecuencias de la decisión (ISCIII-FIS PI051243). El objetivo fundamental de este proyecto es ver como afectan a los padres y a los profesionales las decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico desde el punto de vista emocional. Se pretende también, a la vista de los resultados, elaborar un protocolo consensuado de actuación.

RESULTADOS ALCANZADOS:

1.- Cuidados centrados en el desarrollo y apoyo a las familias

1.1.- Proyecto "Atención Perinatal Centrada en la Familia": a lo largo del año 2007 se ha acortado sensiblemente el tiempo de separación de los recién nacidos por cesárea, que ahora es de 4 a 6 horas habitualmente. La no separación depende de cambios estructurales en la reanimación de madres y en las plantas de la maternidad que se realizarán tras percibirse la ayuda económica fijada en el proyecto. La compra de los sistemas de fototerapia en cuna, para no separar a los niños con hiperbilirrubinemia que precisa tratamiento, está en curso. Una vez se disponga de estos dispositivos, la fototerapia se administrará en la habitación de la madre bajo la supervisión de la enfermería de la planta, de los neonatólogos y de los propios padres. Desde el año 2006 se vienen haciendo cuidados piel con piel, del tipo madre canguro, en los partitorios. Esta práctica se ha extendido progresivamente a todas las madres que lo desean. Además el Protocolo de Observación con la Madre de los recién nacidos que cumplen criterios de riesgo de infección ha evitado 1.000 separaciones al año aproximadamente.

El resto de objetivos planteados en el proyecto y que competen al Servicio de Neonatología se desarrollarán según lo previsto tras la percepción de las cantidades presupuestadas.

1.2.- Participación de las familias en los cuidados: la ampliación del horario de estancia de los padres a 24 horas es un hecho desde el año 2006, aunque hay limitaciones estructurales para hacer que las estancias prolongadas sean cómodas. En una futura ampliación del servicio en los próximos 2 años se prevé la construcción de zonas de estar para padres, suficientemente acondicionadas.

Las visitas de hermanos y otros familiares, fuera del horario habitual restringido, se hacen de forma individualizada, pero frecuente, especialmente en situaciones de cronicidad o de gravedad clínica que así lo aconsejen. Igualmente se permite de forma habitual la presencia de los familiares y otros acompañantes que lo deseen, de acuerdo con los padres, en caso de fallecimiento del recién nacido.

El documento de acogida para padres se entrega sistemáticamente en el momento del ingreso en el Servicio de Neonatología.

El libro "Antes de tiempo. Nacer muy pequeño", elaborado por el servicio con el apoyo de la Obra Social de Caja Madrid se ofrece gratuitamente a muchos de los padres con recién nacidos prematuros enfermos o muy inmaduros.

1.3.- Apoyo a la lactancia materna

- Cursos de formación: en el año 2006 y 2007 se han realizado 4 cursos en total, organizados por la Comisión de Lactancia del Área 11 de Madrid, a la que pertenece el Hospital. En ellos ha participado como docente personal sanitario de las plantas de la Maternidad, del Servicio de Neonatología y mujeres pertenecientes a la Liga de la Leche de Madrid. Aunque la inscripción estuvo abierta a otros colectivos, la gran mayoría de los asistentes fueron personal sanitario de la Maternidad o del Servicio de Neonatología. Todos los participantes recibieron la acreditación del curso básico de apoyo a la lactancia. En los próximos años se considerará obligado que todo el personal sanitario que lleve más de 6 meses atendiendo recién nacidos en el hospital haya hecho este curso u otro similar.

- Objetivo Hospital Amigo de los Niños: a lo largo de los años 2006 y 2007 se elaboró un protocolo hospitalario de lactancia materna, en el seno de la Comisión de Lactancia y en el Servicio de Neonatología. En el año 2007 la Dirección de Hospital aprobó una política de apoyo a la lactancia en la que específicamente se incluye el objetivo de alcanzar en los próximos años el galardón "Hospital Amigo de los Niños" de OMS-UNICEF.

- Banco de Leche Humana de donantes: la financiación para el proyecto fue concedida en noviembre de 2006. El presupuesto aprobado incluye 195.750 € para desarrollar el Banco en el primer año y 91.200 € de presupuesto de mantenimiento anual posteriormente. En este presupuesto se incluye todo el material, las obras de acondicionamiento, el soporte informático para la gestión del Banco y el personal adscrito al mismo (un neonatólogo con dedicación de 20 horas a la semana y dos técnicos con dedicación de 35 horas semanales).

Las obras de acondicionamiento del Banco de Leche, la compra del material y la formación de los técnicos se ha retrasado ligeramente por haber coincidido en el tiempo con las obras de ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que ha pasado de 10 a 19 puestos. Finalizadas éstas, están ya en avanzado estado de ejecución las obras del Banco de Leche y la compra de material. La contratación y formación de los técnicos se realizará en el último trimestre del 2007. En dicha formación participarán los responsables de la Red de Bancos de Leche de Brasil, la más extensa del mundo. También se están estudiando actualmente las opciones de gestión informatizada del Banco.

El banco se inauguró en enero de 2008 y está funcionando ya a pleno rendimiento.

1.4.- Protocolo de cuidados piel con piel según el Método Madre Canguro, para recién nacidos prematuros: implantación del protocolo en el año 2007. Se adquirieron las fajas de lycra de algodón y nuevos sillones para los padres. Actualmente el cuidado en canguro es práctica habitual con los recién nacidos prematuros, incluso con asistencia respiratoria (CPAP nasal o intubación endotraqueal), cuando los padres los desean. En la unidad es habitual ver tanto a padres como a madres con sus hijos haciendo "canguro". Pocos padres rechazan esta práctica, que resulta muy placentera para ellos y para los prematuros. El Servicio de Neonatología mantiene un estrecho contacto con la Dra. Charpak para mejorar estas prácticas. En los partitorios la práctica del contacto piel con piel desde el

nacimiento se ha generalizado también, siendo lo habitual, salvo que la madre la rechace o la situación clínica del recién nacido lo impida.

1.5.- Medidas de mejora del macro y microambiente en las nuevas salas de cuidados intensivos neonatales: las dos nuevas salas de cuidados intensivos tienen mayor aislamiento lumínico y mejores sistemas de iluminación individual, menos circulación de personas y menos ruido. Se ha adquirido nuevo material para el cuidado de los grandes prematuros y se han iniciado las prácticas de observación según los protocolos NIDCAP.

1.6.- Introducción de las escalas de medición de dolor en las constantes vitales: todos los profesionales de enfermería y médicos del Servicio de Neonatología disponen de forma individualizada de las escalas del dolor (puntuaciones CRIES y PIPP). En el último trimestre de 2007 se está empezando a incluir la medición de la intensidad del dolor en las constantes rutinarias en los postoperatorios y tras los procedimientos dolorosos.

1.7.- Ampliación del programa de seguimiento para menores de 1.500 gramos al nacer a otros grupos de riesgo: aunque se incluyen de forma individualizada recién nacidos con otros problemas, la ampliación del programa está todavía pendiente de elaboración y de dotación de recursos. La previsión es que se aborde en el año 2008.

1.8.- Programa de formación en técnicas de Cuidados Centrados en el Desarrollo (NIDCAP) para personal sanitario del Servicio de Neonatología: en el año 2006 una enfermera del Servicio de Neonatología realizó una estancia de 6 meses en el Sanatorio Otamendi (Buenos Aires), donde recibió la formación básica en NIDCAP a cargo de la Dra. Graciela Basso. Este centro es el único del mundo en el que se imparte formación en NIDCAP en español. En 2007 se contrató a la Dra. Graciela Basso para formar en nuestro Hospital en el nivel avanzado a esta enfermera y otras 4 personas en el nivel básico. La formación se lleva a cabo actualmente.

2.- Elaboración de Guías Clínicas y Protocolos multidisciplinares

2.1.- Guía de cuidados del recién nacido en las plantas de Maternidad. - Período de elaboración: 2005 – 2007. Aprobación en Comisión de Dirección: julio de 2007. Primera edición de la Guía: Julio 2007. Distribución a todo el personal sanitario de las plantas de maternidad, en el servicio de obstetricia y en el de neonatología: julio 2007. Supresión de procedimientos considerados inadecuados (paso sistemático de sondas nasogástrica y rectal, Baño/ducha en las primeras horas de vida, uso excesivo de jabón, cubrir el muñón umbilical con gasa, uso compartido de pomada oftálmica, falta de uso del Documento de Salud Infantil de la CAM): 2006. Implantación total o parcial de algunos protocolos (recepción e identificación, lactancia y alimentación, ambiente y cuidados, prevención, procedimientos de enfermería, exploración neonatal, situaciones especiales, pruebas y exploraciones complementarias, problemas sociales, actuación ante situaciones conflictivas, alta hospitalaria): 2006. Implantación definitiva de todo el contenido de la guía: último trimestre de 2007. Primera evaluación de los indicadores de calidad: 2008.

La edición actual de la Guía incluye un documento de 12 páginas con preguntas, respuestas, consejos, información y vocabulario referido a los cuidados de los recién nacidos y de las madres, traducido al rumano, al árabe, al chino y al inglés.

Los indicadores de calidad se clasifican en tres apartados: 1) Clasificación de los cuidados al ingreso (un indicador); 2) indicadores del apoyo a la lactancia materna relacionados la observación de tomas y con la iniciativa "Hospital Amigo de los Niños" de OMS-UNICEF (17 indicadores); 3) indicadores de cuidados y actividades preventivas (9 indicadores).

2.2.- Protocolos multidisciplinares de prevención y control de la infección nosocomial y de manejo de catéteres en el Servicio de Neonatología: fueron presentados y aprobados en los años 2005 y 2006. Se revisaron y actualizaron en el año 2007.

3.- Proyectos de investigación

3.1.- Participación en el registro europeo EuroNeoStat, financiado por la Dirección General de Sanidad y Protección del Consumidor desde 2006. Los datos de los recién nacidos con menos de 1.500 gramos en nuestro hospital se incluyen desde entonces en la base de datos EuroNeoStat cumpliendo todos los criterios de seguridad y confidencialidad. Un médico del Servicio de Neonatología se ocupa de recoger sistemáticamente los datos de los recién nacidos que deben ser incluidos en el registro y de enviarlos a la base EuroNeoStat. Los responsables de la base de datos central envían anualmente al

Servicio los resultados comparativos estandarizados respecto a las otras unidades europeas participante. Esta base se utilizará en el futuro para el control de calidad y para la realización de estudios y ensayos no promocionados por la industria farmacéutica.

3.2.- Estudio del error de prescripción médica en un Servicio de Pediatría. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (expediente: PI020756): desde el año 2004 se recogen sistemáticamente y se analizan los errores voluntaria y anónimamente comunicados por el personal sanitario del Servicio de Neonatología. El análisis anual de estos datos ha permitido diseñar algunas estrategias para disminuir los errores. Estas estrategias han permitido disminuir un 60% los errores de prescripción entre los años 2004 y 2005. Los resultados se han presentado en varias publicaciones y comunicaciones:

- *Quality of prescriptions in a Neonatal Intensive Care Unit*. 2005 Pediatric Academic Societies' Annual Meeting. May 14-17, Washington, DC.

- *Estudio de la calidad de las prescripciones médicas en una Unidad Neonatal*. Ponencia premiada en el XX Congreso Nacional de Medicina Perinatal, Las Palmas de Gran Canaria, 10 - 12 Noviembre 2005.

Los resultados 2005-2007 se presentarán en el Congreso Nacional de Perinatología en Granada en octubre de 2007 y está aceptada su publicación en la revista Neonatology.

3.3.- El Servicio de Neonatología junto con la Unidad de Epidemiología Clínica y el Sección de Neurología Pediátrica han elaborado el primer registro de parálisis cerebral con base poblacional de España (Registro del Área 11 de Salud). Este registro ha superado la evaluación del grupo SCPE (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe) y ha pasado a ser el registro europeo número 18. Participación en el proyecto de elaboración del "Research and training manual for surveillance of cerebral palsy in Europe-SPCE-2" y valoración de los resultados en un registro poblacional (ISCIII-FIS PI05/90006), así como en el "Programme of community action in the field of public health" de la Comunidad Europea para llevar a cabo el proyecto "European Information System to Monitor Short and Long_Term Morbidity to Improve Quality of Care and Patient Safety for Very Low Birth Weight Infants". Estos proyectos están actualmente en desarrollo y en ellos participan varios médicos del Servicio de Neonatología, de la Sección de Neurología Infantil y de la Unidad de Epidemiología Clínica.

3.4.- Estudio del proceso de la limitación del esfuerzo terapéutico en una unidad neonatal: desde la discusión a las consecuencias de la decisión (FIS ISCIII-FIS PI051243). Proyecto actualmente en desarrollo. Los resultados preliminares de este estudio se presentaron en el Congreso Nacional de Perinatología en Granada en octubre de 2007.

P15

CUIDADOS DEL PACIENTE CON CÁNCER. TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORESHEMATOPOYÉTICOS EN RÉGIMEN DOMICILIARIO EN PACIENTES CON HEMOPATÍAS MALIGNAS

Dr. Francesc Fernández Aviles.

Dpto de Hematología. Hospital Clinic. Barcelona.

En los últimos años se han conseguido notables avances en el manejo de los pacientes afectos de enfermedades hematológicas y oncológicas. La administración de quimioterapia antineoplásica más efectiva y específica, aplicable a pacientes con edades avanzadas, así como la mejora de la esperanza de vida de la población general ha ido condicionando un incremento considerable de la actividad, tanto de las Unidades de Hospitalización Convencional como de los Hospitales de Día. Con los objetivos de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, y reducir la presión asistencial hospitalaria y los costes sanitarios, en el mes de noviembre de 2000 se creó la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) del Instituto de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas (ICMHO) de nuestro Centro. Además, aprovechando la amplia experiencia de nuestro Servicio en el campo del Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH), se puso en marcha en el seno de la UHD un Programa de TPH Domiciliario, siendo en la actualidad una unidad de referencia única de España.

El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH), que consiste en la administración de dosis elevadas de quimioterapia y/o radioterapia seguidas de la infusión de progenitores obtenidos del

paciente previamente, es una práctica habitual en el tratamiento de numerosas enfermedades hematológicas. La toxicidad y mortalidad asociada al TAPH se ha reducido principalmente con el uso de progenitores hematopoyéticos obtenidos de la sangre periférica movilizada con factor de crecimiento de colonias granulocitarias (G-CSF), la administración de G-CSF tras la infusión de los progenitores y la existencia de mejores antibióticos antibacterianos. Además, en los últimos años se ha acumulado experiencia en el tratamiento antibiótico ambulatorio con el uso de modernos catéteres venosos centrales y de bombas de infusión intermitente portátiles. Todos estos avances han facilitado el desarrollo en algunos países de programas de TAPH ambulatorio o domiciliario que han demostrado ser factibles y seguros para los pacientes. Las principales ventajas comunicadas han sido la mejora de la calidad de vida de los pacientes y una reducción de los días de ingreso, de los costes y de la presión asistencial. Sin embargo, en todos ellos existían elevados porcentajes de reingresos (20%-72%), principalmente debidos a fiebre relacionada con la neutropenia. Los resultados clínicos, económicos y de calidad de vida percibida por los pacientes y sus cuidadores en nuestra Unidad fueron publicados en 2006 en *Journal of Clinical Oncology* dentro de un estudio caso-control realizado con los primeros 50 pacientes incluidos en nuestro programa.

RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS NECESIDADES DEL COLECTIVO AL CUAL VA DIRIGIDO

Los pacientes tratados con un TAPH de forma convencional permanecen ingresados en el hospital entre 3 y 4 semanas, con unas medidas de aislamiento medioambiental que limitan su calidad de vida. En los últimos años hemos aprendido que este aislamiento es eficaz en los pacientes que reciben trasplantes alogénicos pero no en los autólogos. Por ello, la atención domiciliaria de estos últimos permite realizar una asistencia de alta complejidad en el domicilio del paciente con la misma seguridad y eficacia que la hospitalaria, reduciendo así los días de ingreso, los costes del procedimiento, la presión asistencial y, lo más importante, permitiendo mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

Los Objetivos fundamentales del programa de TAPH Domiciliario del ICMHO del Hospital Clínic de Barcelona son:

- 1.- Mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida de los pacientes que precisan de un TAPH para el tratamiento de una enfermedad hematológica maligna.
- 2.- Integrar el tratamiento inherente al procedimiento dentro de su entorno familiar y social.
- 3.- Reducir la estancia del paciente en la Unidad de Trasplante, minimizando los reingresos.
- 4.- Reducir la presión asistencial y optimizar los recursos de la Unidad de Trasplante Hematopoyético.
- 5.- Disminuir los costes del TAPH respecto al procedimiento convencional realizado íntegramente en el hospital.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS:

Tal y como se ha comentado anteriormente, el programa de TAPH Domiciliario se lleva a cabo en el seno de la UHD del ICMHO y constituye una experiencia única en el ámbito estatal.

Recursos

- 1.- *Humanos*. Un médico especialista en Hematología-Hemoterapia y tres enfermeras. La atención médica se realiza desde el hospital por el médico responsable de la UHD en su horario laboral (de 9 a 17 horas) y por el hematólogo de guardia que es informado por el primero de la situación de los pacientes activos del programa. Las enfermeras asisten a los pacientes en el domicilio dentro de un horario que se extiende desde las 8:00h hasta las 22:00h, en turnos de mañana y tarde, de lunes a domingo.
- 2.- *Físicos*. Ubicada en el Hospital de Día del ICMHO, la UHD dispone de un pequeño despacho de trabajo para el médico y las enfermeras, con una parte destinada a almacén sanitario, así como de una habitación asignada al Hospital de Día del ICMHO, que dispone de una cama y un sillón para uso exclusivo del programa de TAPH Domiciliario, que permiten atender a un máximo de dos pacientes simultáneamente. Con esto evitamos la asistencia de nuestros pacientes al Servicio de Urgencias del hospital cuando presentan alguna complicación o necesitan recibir transfusiones de

hemoderivados. Para el desplazamiento de las enfermeras al domicilio de los pacientes se dispone de un automóvil. Un teléfono móvil permite mantener un contacto permanente con los pacientes y sus cuidadores.

Procedimiento

- 1.- Los criterios de inclusión en este programa son: 1.- Buen estado general del paciente valorado con la escala del ECOG inferior o igual a 2; 2.- Aceptación voluntaria del paciente mediante un consentimiento informado; 3.- Distancia domicilio-hospital no superior a 1 hora, en hora punta; 4.- Disponer de un cuidador durante las 24 horas del día.
- 2.- Régimen de acondicionamiento. El paciente candidato para ser incluido en el programa ingresa en la Unidad de Trasplante de nuestro Centro para recibir el tratamiento de acondicionamiento (quimioterapia intensiva con o sin irradiación corporal total) y la infusión de los progenitores hematopoyéticos autólogos criopreservados.
- 3.- Visita al domicilio. Mientras el paciente recibe el acondicionamiento, las enfermeras de la UHD realizan junto al cuidador una visita al domicilio, opcionalmente una habitación de hotel o apartamento en caso de pacientes sin residencia habitual en Barcelona, para asegurar que se cumplan las medidas higiénicas adecuadas (ej. evitar plantas y animales en el lugar donde se instalará el paciente hasta su recuperación hematológica) y para acondicionar un área del domicilio donde preparar la medicación intravenosa y los alimentos higiénicamente seguros.
- 4.- Educación del cuidador. Antes de que el paciente se desplace al domicilio para seguir los cuidados, el equipo de la UHD informa y entrena al cuidador principal en materia de normas de higiene y control de la temperatura corporal, ingesta de líquido y comida, deposiciones, diuresis y, por último, se hace especial hincapié en la importancia del soporte emocional al paciente durante su estancia en el domicilio.
- 5.- *Manejo del paciente en domicilio*. El día siguiente a la infusión de los progenitores (día +1 del TAPH), el enfermo es dado de alta hospitalaria para ser atendido diariamente en régimen domiciliario durante la fase de aplasia tras el acondicionamiento y hasta la recuperación de la función medular. En este periodo, las enfermeras atienden directamente al paciente una o dos veces al día, según las necesidades clínicas, realizando una valoración clínica exhaustiva (temperatura axilar, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presencia de mucositis, ingesta de alimentos y líquidos, control de diuresis y del número y consistencia de las deposiciones, cuidado del catéter venoso central, administración de fármacos intravenosos, proporcionar y registrar la toma de los fármacos por vía oral). Por otro lado, se obtienen muestras sanguíneas a través del catéter venoso central tres veces a la semana de forma rutinaria, o de forma más frecuente si las necesidades clínicas del paciente lo requieren, además de muestras urinarias o de heces si es necesario. Tras la visita domiciliaria y una vez se dispone de los resultados analíticos del día, la enfermera y el médico responsable de la UHD se reúnen para valorar la evolución del paciente, modificar la pauta de tratamiento y solicitar el soporte hemoterápico si es necesario. Posteriormente, el médico de la UHD contacta por teléfono con el paciente y cuidador para comentar la evolución clínica y los resultados analíticos.
- 6.- *Profilaxis antibiótica y tratamiento de soporte*. Los pacientes que realizan el TAPH íntegramente en régimen hospitalario permanecen ingresados todo el procedimiento en una habitación individual con aire filtrado-HEPA de la Unidad de Trasplante de nuestro Centro. Por el contrario, para el manejo de los pacientes tratados en régimen domiciliario se utiliza un aislamiento inverso (lavado de manos y mascarilla en el cuidador, enfermera y médico mientras el paciente presenta una cifra de neutrófilos inferior a 500/ml). La profilaxis antibiótica se inicia el primer día del acondicionamiento. Ésta incluye una quinolona (**ciprofloxacino** 500 mg/12h oral (p.o.) o **levofloxacino** 500 mg/24h p.o.) como descontaminación intestinal que se mantiene hasta que se produce la recuperación de la cifra de neutrófilos, **fluconazol** 50 mg/día p.o. hasta el día +30. En los casos con serología de herpes simple positiva, **aciclovir** 800 mg/12h p.o. Estos fármacos se administran por vía intravenosa si el paciente desarrolla una mucositis intensa (grado > 2 la clasificación de la OMS). La profilaxis para *Pneumocystis jirovecii* se realiza con **pentamidina** inhalada 300 mg/28 días, desde el día del inicio del acondicionamiento hasta el implante hematopoyético, seguido de

trimetoprima-sulfametoxazol, dos días a la semana y durante seis meses. En los pacientes atendidos en el domicilio ampliamos la profilaxis antibacteriana con la administración de **ceftriaxona** 1 g/día intravenoso (i.v.) desde el día +1 hasta el primer día del desarrollo de fiebre neutropénica o hasta que la cifra absoluta de neutrófilos supera los 1.000/ml en los que no presentan fiebre. Para acelerar la recuperación de la cifra de neutrófilos a todos los pacientes se les administra G-CSF a la dosis de 5 mg/kg/día i.v. desde el día +7 hasta que la cifra absoluta de neutrófilos supere los 1.000/ml dos días consecutivos. Por último, los pacientes reciben transfusiones de concentrados de hematíes y de plaquetas cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 8 g/dL y a 10.000/ml, respectivamente. Las transfusiones se realizan en la habitación reservada para el programa domiciliario.

7.- *Complicaciones más frecuentes y su tratamiento.* El dolor secundario a la mucositis, la fiebre neutropénica, las náuseas-vómitos y la diarrea son las complicaciones más frecuentes del TAPH. Ante cualquier complicación que presente el paciente éste se debe desplazar al hospital y así es atendido por el hematólogo responsable del programa o por el de guardia en la habitación reservada en el Hospital de Día. A continuación se detallarán los esquemas que se utilizan en la UHD para el tratamiento de estas complicaciones.

7.1. *Tratamiento del dolor por mucositis:* El inconveniente fundamental para el tratamiento del dolor por mucositis en estos pacientes es que hemos de utilizar pautas analgésicas que sean administradas por vía oral o percutánea, ya que el uso de fármacos i.v. (ej. metadona en bolus c/4 ó 6h) no es viable en la atención domiciliaria, y la perfusión programada de cloruro mórfico en bombas de PCA está siendo evaluada actualmente en enfermos ingresados.

1) *Enjuagues con lidocaína al 2%.* En dolor leve o como adyuvante al tratamiento sistémico.

2) *Sulfato de morfina de liberación controlada (MST⁰).* Se inicia con una dosis de 10-20mg/12h p.o., utilizando como tratamiento de rescate del dolor SEVREDOL⁰ (sulfato de morfina de liberación rápida) 10mg/4h p.o. Si el paciente requiere más de 6 tomas al día de este último fármaco se duplica la dosis basal de MST⁰. La dosis oral se puede administrar por vía i.v. aprovechando la visita domiciliaria (máximo cada 12 horas) utilizando cloruro mórfico en infusión de 1 a 2 horas a una dosis similar a la requerida de MST⁰.

3) *Parches de fentanilo.* Como alternativa al tratamiento con morfina oral podemos utilizar la vía percutánea con este fármaco con una dosis mínima de 2,5 mg cuando se inician los primeros síntomas. Aumentaremos la dosis según la respuesta y tolerancia. Hemos de tener en cuenta que la fiebre y la erupción cutánea pueden asociarse a un aumento significativo de la absorción del fármaco y provocar toxicidad. En caso de toxicidad la retirada del parche no se sigue de una interrupción del efecto del fentanilo ya que los niveles se mantienen durante varias horas (entre 13 y 22 horas), lo cual puede limitar su uso domiciliario.

7.2. *Tratamiento de la fiebre neutropénica en régimen domiciliario.* La conducta ante un episodio febril en estos pacientes será la misma que la adoptada en un paciente de las mismas características que realice el procedimiento en régimen de ingreso. El paciente deberá ser atendido en la habitación reservada en el Hospital de Día donde se procederá a la valoración clínica, así como a la solicitud de como mínimo:

- Hemograma, glucemia, creatinina, ionograma
- Hemocultivos a través de las luces del catéter y de una vena periférica, urinocultivo y coprocultivo si procede
- Radiografía del tórax en proyecciones frontal y lateral

Si el paciente no presenta datos clínicos de sepsis grave (signos de hipoperfusión cutánea, datos clínicos o analíticos de disfunción de un órgano, hipotensión (TA sistólica <90 mmHg o reducción > 40 mmHg del valor basal) o acidosis láctica, así como focalidad infecciosa (celulitis, neumonía, meningismo, etc.), se inicia, tras haber obtenido las muestras biológicas pertinentes para cultivos, monoterapia empírica con **piperacilina-tazobactam** 4,5 gramos/8h i.v. en bomba portátil de infusión intermitente (BII) y se continuará la asistencia domiciliaria. Si el paciente presenta alergia a los antibióticos beta-lactámicos, se administrará **meropenem** 1g/8h i.v. en BII. Este último antibacteriano, por su escasa estabilidad a temperatura ambiente, debe ser mantenido a una temperatura de 4 ó 5 °C utilizando una bolsa-nevera portátil. Cuando el paciente inicia el tratamiento del episodio febril se suspende la administración de ceftriaxona y se mantiene la descontaminación intestinal con una quinolona. A las 48h,

si el paciente sigue febril, hemodinámicamente estable y los hemocultivos evidencian la presencia de cocos gram positivos, se añadirá **teicoplanina** 400mg/12 horas i.v. (tres primeras dosis) y seguir con 400mg/día i.v. en domicilio. Si, por el contrario, el paciente sigue febril, hemodinámicamente estable y los hemocultivos son negativos o evidencian la presencia de gérmenes gram negativos se añadirá **amicacina** 15 mg/kg/día i.v. y se podrá continuar la asistencia en el domicilio.

Si a las 48h de estas medidas (96h del inicio de la fiebre) el paciente sigue febril y los hemocultivos siguen mostrando dichos gérmenes se debe sustituir el catéter venoso central y enviar la punta del mismo al Servicio de Microbiología para su cultivo.

Si a las 48h (6º día de fiebre) de estas medidas el paciente sigue febril y los hemocultivos siguen siendo negativos iniciaremos **fluconazol** 200 mg/12 horas i.v./p.o. Ante la sospecha de infección fúngica invasora (excepcionalmente) añadiremos **caspofungina** 70mg/24h i.v. el primer día y se continua con 50mg/24h o **voriconazol** 400mg/12h i.v./p.o. el primer día y seguir con 200mg/12h.

7.3. *Tratamiento de las náuseas y vómitos.* El 100% de los pacientes presentan náuseas y vómitos durante la administración del régimen de acondicionamiento. Tras la infusión de los progenitores hemopoyéticos (día +1), los pacientes continúan manifestando un cierto grado de clínica emética relacionada con la toxicidad gástrica inducida por el régimen de acondicionamiento y con el desarrollo de mucositis. La clínica digestiva alta suele ser "más molesta que grave", por lo que se puede manejar ambulatoriamente en la mayoría de casos. La primera opción será **metoclopramida** 10 mg/6h p.o. Si el paciente no puede realizar la toma del fármaco p.o. (recordar que en domicilio sólo se puede administrar la formulación i.v. de este fármaco un máximo de 2 veces al día), administraremos un fármaco antiemético i.v. con acción prolongada, por lo tanto compatible con la estructura de nuestra Unidad, como es **granisetron** 1 mg/24h i.v.

7.4. *Tratamiento de la diarrea.* Como consecuencia de la toxicidad intestinal inducida por el régimen de acondicionamiento, la neutropenia y la descontaminación intestinal (disbacteriosis), la diarrea es un síntoma frecuente en el TAPH. Al igual que con las náuseas y vómitos, suele ser "más molesta que grave" por lo que se puede manejar ambulatoriamente en la mayoría de casos.

1) *Diarrea sin fiebre.* Solicitaremos un coprocultivo con determinación de la toxina de Clostridium difficile en heces (si persiste la diarrea se deben volver a solicitar ampliando el estudio microbiológico a parásitos, microsporidios, rotavirus y adenovirus). El tratamiento se basará en una dieta astringente o famis, reposición de fluidos y electrolitos, así como en la administración de **loperamida** 2-4 mg después de cada deposición; máximo 16 mg/día p.o. Si la toxina de Clostridium difficile es positiva se iniciará **metronidazol** 250 mg/6 h p.o. durante 7 días. Con frecuencia se aísla Candida spp en heces y se administrará **fluconazol** 400 mg/día p.o. ó i.v. durante 7 días o hasta su negativización.

2) *Diarrea con fiebre.* En este caso ampliaremos el estudio microbiológico en heces con la obtención de hemocultivos. Si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, iniciaremos tratamiento antibacteriano empírico con **piperacilina-tazobactam** 4,5 g/8 h i.v. en BII junto a las medidas dietéticas y de soporte hidroelectrolítico necesarias, a la espera de los resultados microbiológicos. Una vez iniciado el tratamiento antibiótico, se podrá administrar **loperamida** a las dosis ya detalladas. Si existe aislamiento microbiológico y el paciente permanece clínicamente estable, se adaptará el tratamiento antibiótico al tipo de germen aislado y su antibiograma, y el paciente podrá continuar en domicilio.

8.- *Indicaciones de reingreso hospitalario.* Constituidas por todas aquellas situaciones emocionales o clínicas que no puedan ser tratadas adecuadamente en domicilio:

- a) Solicitud expresa del paciente o del cuidador.
- b) Náuseas, vómitos o diarrea no controladas con el tratamiento domiciliario o que condicionan alteraciones hemodinámicas o hidroelectrolíticas no compensables con el soporte domiciliario en los turnos de mañana y tarde.
- c) Mucositis intensa por la que el paciente no puede ingerir líquidos o sólidos y que requiere el inicio de nutrición parenteral total, así como tratamiento analgésico i.v. permanentemente.
- d) Inestabilidad hemodinámica, neumonía, distress respiratorio y/o cardíaco, etc.

9.- *Alta para seguimiento en el Hospital de Día de Hematología.*

Cuando el paciente no presenta actividad de ninguna de las complicaciones anteriormente mencionadas y la cifra de neutrófilos es superior a 1.000/ml, el paciente es dado de alta de la UHD y sigue controles ambulatorios en el Hospital de Día. Al alta se entrega un "cuestionario de satisfacción" interno tanto al paciente como al cuidador para evaluar su "calidad de vida percibida" durante la asistencia domiciliaria.

RESULTADOS ALCANZADOS

1.- Asistenciales.

En general, la UHD atiende una media de 20 casos nuevos al mes. Esto supone un importante ahorro en días de ingreso hospitalario y en horas de ocupación de Hospital de Día (ej. 1040 días de ingreso y unas 5.000 horas de Hospital de Día entre noviembre de 2000 y mayo de 2006). En relación al programa que nos atañe (TAPH Domiciliario), hasta el momento hemos atendido a 86 pacientes con hemopatías malignas de los cuales únicamente 10 (11,6%) han requerido de ingreso hospitalario, todos ellos por fiebre con respuesta inadecuada al tratamiento domiciliario habitual. Ninguno de estos pacientes ha reingresado en situación clínica grave ni ha fallecido durante la atención domiciliaria. Estos 86 pacientes, con una estancia mediana (extremos) en domicilio de 14 (2-27) días, han permitido reducir el ingreso hospitalario en un total de 1.263 días, permitiendo optimizar los recursos de la Unidad de Trasplante y agilizar los ingresos de pacientes que deben ser tratados con un trasplante alogénico o autólogo en régimen de ingreso.

Un estudio realizado en los 50 primeros pacientes, comparándolos con otros 50 con las mismas características clínicas atendidos íntegramente en el hospital en un mismo periodo de tiempo, nos permitió conocer que los pacientes con TAPH domiciliario presentaban una menor incidencia de fiebre neutropénica (76% vs. 96%; $p=0,008$), una duración más corta de la fiebre (2 (1-11) días en el grupo domiciliario comparado con 5 (1-20) días en el hospitalario; $p=0,00003$). El reingreso fue necesario únicamente en 4 (8%) de los pacientes atendidos en el domicilio, permitiendo una reducción de 18,6 días de hospitalización por paciente. Además, los gastos totales del procedimiento se redujeron en aproximadamente la mitad en el grupo domiciliario respecto al grupo tratado íntegramente en el hospital (3.345 € vs. 6.250 €, respectivamente; $p<0,00001$). Junto al análisis de los resultados clínicos y económicos, en este estudio también incluimos los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes y sus cuidadores. Contestaron 30 de los 50 pacientes incluidos en el estudio y los datos más relevantes fueron:

- 1.- Todos los pacientes y cuidadores se sintieron seguros.
- 2.- 29 (95%) de los pacientes volverían a escoger la atención domiciliaria del TAPH y recomendarían este procedimiento a otros pacientes.
- 3.- Las principales ventajas fueron un mayor confort (20), conservación del ambiente familiar (8), elección libre de las actividades (8), libre elección de alimentos permitidos (6) y la privacidad (4).
- 4.- Los principales inconvenientes fueron la ansiedad y el cansancio del paciente (6), los gastos de hotel o apartamento en pacientes no residentes en Barcelona (2), la ansiedad del cuidador (2).

2.- Científicos (no se especifican las comunicaciones a congresos)

Artículo original. "At-home autologous stem cell transplantation for hematological malignancies. Case-control comparison with total hospital care". Fernández-Avilés F, Carreras E, Urbano-Ispizua A, Rovira M, Martínez C, Gaya A, Granell M, Ramiro L, Gallego C, Hernando A, Segura S, García L, González M, Valverde M, Montserrat E. *Journal of Clinical Oncology* 2006 Oct 20;24(30):4855-61. Factor de impacto: 15,484.

Capítulo de libro. Fernández-Avilés F, Carreras E. TPH ambulatorio y domiciliario. En: Carreras E, Brunet S, Ortega JJ, Rovira M, Sierra J, Urbano-Ispizua A. Manual de Trasplante Hemopoyético, 3ª ed. Collbató, Barcelona: Ediciones Antares, SCP, 2004: 505-510.

Premio a las mejores prácticas clínicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto SNS06001-O con título: "Cuidados del paciente con cáncer. Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en régimen domiciliario en pacientes con hemopatías malignas".

P16

LOS HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN EN ANDALUCÍA COMO INSTRUMENTO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Celia Gómez González.

Directora General de Planificación y Financiación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, tiene como uno de sus objetivos prioritarios utilizar todos aquellos instrumentos a su alcance para mejorar la calidad de los servicios, conseguir un acceso equitativo a los recursos e incorporar aquellos aspectos que más demandan los usuarios y generan mayor satisfacción. Forma parte de este objetivo **acercar a la población la asistencia sanitaria especializada**, planteándose como parte de la consecución de este objetivo el modelo de **Hospital de Alta Resolución**.

Concepto

Los Hospitales de Alta Resolución se configuran como hospitales de proximidad, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos, o bien en áreas con gran crecimiento poblacional, con la finalidad de incrementar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios. Suponen una nueva estructura de atención sanitaria, que persigue mejorar la accesibilidad y la gestión, tanto en los medios diagnósticos como terapéuticos, potenciar la alta resolución mediante consultas de acto único, alternativas a la hospitalización tradicional, cirugía sin ingreso, disminuir los tiempos de respuesta y agilizar los circuitos de consultas y exploraciones, todo ello, en el marco de una estrategia de mayor eficacia y calidad asistencial, mediante nuevas estructuras funcionales por proceso que potencien la cooperación asistencial entre atención primaria y asistencia especializada.

Forma de gestión

Las características poblacionales y de cartera de servicios de estos centros obligan a una organización singularizada, adaptada a las necesidades de cada entorno geográfico, lo que exige una mayor capacidad de articular soluciones específicas en cada centro, así como herramientas de gestión de recursos que faciliten estas soluciones.

La incorporación de nuevas formas de gestión y organización como las Empresas Públicas Hospitalarias han permitido avances en la organización de la actividad y en la gestión de los recursos; la organización en áreas asistenciales integradas o el desarrollo de la consulta especializada de alta resolución. Se trata de aportaciones que han tenido su posterior extensión al resto de centros del Sistema Sanitario Público. Los Hospitales de Alta Resolución son centros pertenecientes a alguna de estas EEPP, dependiendo de su localización geográfica.

Cartera de Servicios

La Cartera de Servicios del Hospital de Alta Resolución se basa en una estructura flexible y compatible con las necesidades cambiantes de la población adscrita. Incluye procesos diagnósticos y terapéuticos de las áreas de conocimiento de un hospital básico

Los procesos diagnósticos y terapéuticos complejos, correspondientes a especialidades no incluidas en el Hospital de Alta Resolución, o estándolo que requieran medios no existentes, se derivan al hospital de referencia.

Organizan su actividad en áreas de consulta, hospitalización polivalente, quirúrgica, diagnóstica y urgencias. Además de las áreas de apoyo clínico, administrativo, no asistenciales y rehabilitación. En algunos casos se ubica también el centro de Atención Primaria.

Ubicación

Para la ubicación de los nuevos centros, se establecieron como criterios generales agrupaciones de municipios con poblaciones cercanas a los **30.000 habitantes** y cronas municipales **superiores a los 30 minutos**. Salvo en algunos casos que las características de gran crecimiento demográfico en zonas litorales, aconsejó incluir, asimismo, estas áreas.

Como resultado de la planificación de los centros, que atenderán a más de 1.700.000 de habitantes (más de un 20% de la población andaluza) y una vez que estén todos en funcionamiento, sólo el 1,1% de la población se encontrará a más de 30 minutos de un centro de atención especializada, correspondiente a 55 municipios. Esta

población pertenece a municipios localizados en zonas de montaña, dispersos y con poca población.

Transcurridos tres años de puesta en marcha del modelo, con 9 de estos centros en funcionamiento y 15 en proyecto, podemos avanzar resultados que ponen en evidencia la utilidad del mismo como herramienta de mejora del Sistema Sanitario.

P17

EKIALDE: NUESTRO RETO ES EL FUTURO

Eduardo González Lombide.

Director Gerente. COMARCA GIPUZKOA EKIALDE. Osakidetza.

Antes de entrar propiamente en la exposición, creo conveniente dimensionar previamente la Organización, para una mejor comprensión de la misma:

La Organización Osakidetza-Comarca Ekialde está integrada por 850 profesionales que llegarán a rondar los 1.000 con los últimos incrementos de plantilla debido a la disminución a 1500 el número de TIS por facultativo. Atienden a 450.000 habitantes de 19 Municipios del Territorio Histórico de Gipuzkoa y prestan su asistencia en **31 Centros de Salud** que se agrupan en **23 Unidades de Atención Primaria** todas ellas lideradas por un **JUAP o Jefe de Unidad de Atención Primaria**.

¿QUÉ MOTIVÓ LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA EXCELENCIA?

Partiendo de que **Osakidetza-Comarca Ekialde**, es una **organización sanitaria pública** de Atención Primaria que **orienta y desarrolla su sistema de gestión para satisfacer las necesidades de su Grupo de Interés y principalmente de los Pacientes**, éramos testigos de que la implantación, el desarrollo y consolidación de los **sistemas de gestión excelentes mejoraban los resultados de las empresas** que los utilizaban y, consecuentemente, concluimos que en nuestro caso **mejorarían los resultados en Salud** de la población.

Por ello **en 1999**, con el 1er. Plan Estratégico, **asumimos el Modelo de Excelencia** en la Gestión y orientamos la misma a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los Grupos de Interés y en especial los de pacientes y sociedad. Para desarrollar este modelo de gestión definimos el **PROYECTO HOBEBIDEAN** para lo que formamos varios **Grupos de Trabajo** integrados por líderes procedentes de la Dirección, de los Jefes de Unidad y de otras áreas quienes:

- Formularon la **Misión-Visión-Valores** en 2000
- Diseñaron e implantaron, en 2001, el **Mapa de Procesos**
- Realizaron **Autoevaluaciones** a nivel de Comarca y de Centros
- Potenciaron la implantación de **Sistemas Estandarizados de Calidad**

Este enfoque, que se asumió íntegramente en el año 2000 tras la decisión de dotarse de una metodología de gestión semejante a la utilizada en las Empresas excelentes, tuvo como referente **la Visión** de la Comarca. Ésta, tras varias revisiones, en la actualidad define a la Comarca como una Organización que aspira a estar entre los **referentes elegidos** por sus excelentes **Resultados en Salud**, por su **compromiso con la sostenibilidad y con la seguridad del Paciente** y por su capacidad de **innovación en proyectos clínicos y de gestión**.

El sistema de gestión, al que **llamamos HOBEBIDEAN**, que se desplegó a través del Proceso de **Mejora Continua**, **se basaba y se basa en satisfacer**, de la forma más eficiente y segura, las **necesidades** de todos nuestros Grupos de Interés y aquellas **expectativas** que puedan ser asumidas **sosteniblemente** por la Organización y subsidiariamente por el Sistema de Salud.

Nuestra Comarca, por lo tanto, asume públicamente este compromiso por medio de su **Misión**, su **Visión**, sus **Declaraciones** sobre Responsabilidad Social Corporativa, Seguridad del Paciente, Lactancia Materna y Medioambiente y su **adhesión** al manifiesto de Innovación.

¿CÚALES ERAN LOS OBJETIVOS DE HOBEBIDEAN?

Objetivo Principal

Como no podía ser de otra forma, nuestro principal objetivo era y es

desarrollar la Misión a través de un sistema de gestión de la excelencia para contribuir a la **mejora de 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. Este sistema de gestión asume como **principios para sus ciudadanos** los valores de la **igualdad, la universalidad, la equidad y la solidaridad** y para sí mismo los derivados de la **innovación** en la gestión de la **asistencia**.

Objetivos Complementarios

- Realizar una **Atención Integral e Integrada de los pacientes** por medio del cuidado de su salud, de sus vivencias ante la enfermedad y de un seguimiento conjunto de sus dolencias, en el ámbito familiar y social en el que se desenvuelve.
- Ser depositarios de la **confianza de los ciudadanos** por el trato, la accesibilidad, la claridad en la información y la cercanía de los servicios, garantizándoles respeto a sus creencias, a su personalidad y a su intimidad.
- Garantizar la **Seguridad de los Pacientes (SP)** y la **confidencialidad** de todo aquello que se conozca en función del desarrollo de la actividad sanitaria.
- Mantener un **comportamiento deontológico** con los pacientes, con la Sociedad y con las Personas de la Organización.
- Ser una **organización reconocida en su entorno** por su proactividad y disponibilidad para mejorar la **salud de los ciudadanos**.
- Inculcar en los profesionales las **culturas clínica y de gestión** en su actividad de **prestación de Asistencia Sanitaria** de Atención Primaria de Salud.
- **Desarrollar profesionalmente a las personas** de la Organización incrementando su competencia técnica, su responsabilidad y su comportamiento proactivo para **la resolución de los problemas de los pacientes**.
- Apoyar todas aquellas iniciativas que estén encaminadas a **asegurar el "know-how"** de la Organización manteniendo y mejorando el conocimiento de los profesionales y fomentando la creación de Protocolos, Guías de práctica Clínica, Sesiones Clínicas...
- Potenciar el **trabajo en equipo** como pilar fundamental de un estilo de Dirección basado en la confianza y respeto a las personas de la organización y en el **consenso** como base de la toma de decisiones.
- Hacer efectivo el sistema de gestión, por medio de la **orientación a la Mejora Continua y a la Innovación**, incrementando la participación de todos los Grupos de Interés, la coordinación, la descentralización y la delegación para así poder dotar de una mayor autonomía a las Unidades que integran la Comarca.
- Potenciar el **aprendizaje** sobre aquellas organizaciones que sean "best in class" en su orientación al Paciente.
- Promocionar la **innovación, el emprendizaje y el desarrollo tecnológico** para conseguir **mejorar la Asistencia**.
- Ser **eficientes en la Gestión** de los recursos materiales y en la Dirección de las personas que trabajan en la Organización.
- Asumir los principios de la **Responsabilidad Social Corporativa**.

¿QUÉ INSTRUMENTOS UTILIZAMOS PARA DESARROLLAR HOBEBIDEAN?

1. Liderazgo: Jefe de Unidad y otros Líderes

El **Jefe de Unidad de Atención Primaria o JUAP** constituye, para Osakidetza-Comarca Ekialde, **la piedra angular** de su sistema de gestión. Su figura se crea en 1996 y su cobertura posterior es resuelta en nuestra Comarca por el alto nivel de **implicación de los Líderes**. Una Organización dispersa y compleja como la nuestra requería de unos líderes fuertemente motivados e implicados en la Gestión de la Organización y por ello se optó, en el año 2001, por potenciar tanto la **descentralización** económica y de gestión de personas como la **delegación** y la **subsidiaridad** reforzando de este modo el **Liderazgo** en la figura del JUAP.

Se decidió también apoyar más al JUAP dando cabida a **otro tipo de líderes** orientando, de esta forma, el tradicional concepto jerárquico

hacia otro más horizontal. Como consecuencia de esta línea de fomento de **la participación e implicación** de las personas se ha conseguido pasar de 30 líderes en 2.000 a 66 en 2.003 y a 133 en 2008 y de tener únicamente como Líderes a miembros de la Dirección o JUAP a tener **responsables de:**

- Seguridad del Paciente
- Área de Atención al Cliente
- Formación
- Medioambiente
- Enfermería
- Historia Clínica informatizada
- Procesos
- Equipos de Mejora

que en **colaboración y coordinación con el JUAP** gestionan en equipo las Unidades.

El Jefe de Unidad así como sus líderes de apoyo realizan **reuniones** periódicas de Centro y con la Dirección con objetivos informativos, de feedback comunicativo, de toma de decisiones, motivacionales, etc. y las mismas están consideradas de **forma muy positiva** por ambas partes.

El Liderazgo, orientado hacia la mejora, constituye, por lo tanto, la columna vertebral operativa de la Comarca.

2. Política y Estrategia:

A raíz del **Plan Estratégico 1999-2002**, se comienzan a utilizar como herramientas para implantar el Sistema de Gestión en la Organización el **Contrato Programa, los Planes de Gestión Anual, los Contratos de Gestión Clínica y el Presupuesto**

- a. **El Contrato Programa**, que se despliega en el Plan de Gestión Anual, **orienta todas sus actuaciones a la mejora de los resultados en salud de las patologías** más prevalentes y de mayor morbi-mortalidad de los ciudadanos de la C.A.V.
- b. **El Plan de Gestión Anual de la Comarca** se constituye como el **referente de gestión de la Asistencia Sanitaria** para ese periodo.
- c. **Los Contratos de Gestión Clínica** (desplegados desde 2005 en todas las UAP de la Comarca) son fruto del **despliegue del Plan de Gestión Anual** de la Comarca en cada Unidad. Los contenidos de dicho Contrato, basados en el desarrollo de la **Oferta Preferente del Plan de Salud**, se han ido ampliando a lo largo de los años siguientes con objetivos propios de la Organización pactados entre la Dirección de la Comarca y las Jefaturas de las Unidades.
- d. **El Presupuesto en la Comarca se configura partiendo de los presupuestos agregados** de las Unidades y su finalidad es dar **cobertura al Plan de Gestión Anual y a los Contratos de Gestión Clínica**.

Los cuatro refuerzan su papel, como **instrumentos de gestión**, sobre todo a partir del **Plan Estratégico 2003-2007** (y siguientes) y de la puesta en marcha de **HOBEIDEAN**.

3. Personas: Gestión del Conocimiento, Competencias y Formación

Tanto desde las primeras encuestas de personas en el año 2002 como desde otras **medidas de percepción** indirectas se ha identificado la **importancia** que para las Personas y los Líderes de la Comarca y, por ende, **para la Sociedad** tiene la **formación continua**. Como respuesta a todo ello, dentro del Proceso Gestión de Personas y a instancias de la **Comisión Ejecutiva** se crea, en 2002, el **Subproceso de Formación** que da cabida dentro de su Equipo a las direcciones de los 3 estamentos y a profesionales de reconocida trayectoria en este campo. Fruto de sus trabajos se producen los mayores avances en este campo:

- Se implanta el **Plan de Formación Anual de Centro** y el **Plan agregado de Comarca**.
- Se sistematizan las **sesiones clínicas** reguladas en cada **Contrato de Gestión Clínica**.
- Se crea la **Semana de Formación** como principal foro técnico (a sus talleres-2008 han acudido 517 personas)
- Se desarrolla la **Gestión de Competencias de las Personas** con **Competencias específicas para los Líderes**.
- Se implanta la **Evaluación del Desempeño de las Personas** y la **Evaluación del Liderazgo** como fuente de mejora y entrada para el Plan de Formación.
- Se **regula** la asistencia a **congresos** y otras **actividades formativas** y sus dotaciones económicas dentro del Plan de Formación.

4. Alianzas

La Comarca, en aras a **mejorar la atención a sus pacientes** y en ocasiones a petición de sus profesionales, ha suscrito una serie de **Convenios, Acuerdos y Colaboraciones** de los que, por su extensión, expondremos únicamente aquellos que supongan una clara mejora para los pacientes o la Sociedad:

1. Desarrolladas con otras Organizaciones de Osakidetza

Protocolos de Derivación, Actuación, etc. con Hospitales de Referencia, Salud Mental, Emergencias

2. Desarrolladas en colaboración con otros Grupos de Interés

Seguridad del Paciente (SP) con el Ministerio de Sanidad/SEMFIYC, Acceso directo a Rehabilitación con la Fundación Matía, Prestación de Servicios con el ISM, Evaluación de tecnologías con Osteba (Servicio Vasco de Evaluación de Tecnologías sanitarias), Suministro de Materiales con las Residencias de Ancianos. etc.

5. Gestión de la Tecnología:

a. Sistemas de Información y Comunicación

En 2003 el Equipo del Proceso de Comunicación y el del proceso de Información completan el diseño, comenzado en 2002, de **ekialde.net**, la WEB de la Comarca, como canal de comunicación externa hacia la Sociedad (Portal de la Comarca) e interna (Portal del Profesional) gestionamos la:

- **Información ascendente:** Sugerencias, Quejas...
- **Información descendente:** Información General, Clínica, protocolos/guías, documentación
- **Información horizontal:** Foros clínicos, consultas, carpetas compartidas de documentación de las diferentes áreas, en la Web interna.

Desde el año 2002 el **Área de Gestión Sanitaria**, liderada por la **propietaria del proceso de Información**, distribuye entre todos sus profesionales la **revista EKIA** (revista de entrega personalizada que refleja los resultados de las encuestas de clientes, personas y sociedad).

b. Sistemas y Programas de apoyo a la Gestión

Sean propios o generales de la red:

- **Propios:** Cuadro de Mando de Comarca y de Unidad, Programa de Quejas-Reclamaciones de Clientes, Programa de Sustituciones
- **Generales:** Programa Osabide de gestión de la HªCª; Programa Bilbide de Gestión de Almacenes; Programa Eginbide de Gestión de la Contratación; Programa Aldabide de Gestión Económico financiera; Programa Gizabide de Gestión de las Personas; Programa Babesleide de Seguridad de Accesos, etc.

c. Medidas de Percepción

La Organización en su línea de **conocer** fielmente las **necesidades y expectativas** de los **Grupos de Interés** y en especial de los clientes utiliza, actualmente, **20 medidas de percepción:** encuestas y grupos focales, directas e indirectas, supervisadas por el **Propietario del proceso Voz de los Grupos de Interés** y por cada uno de los **propietarios de los subprocesos** (Voz de los Clientes, Voz de las Personas y Voz de otros Grupos de Interés).

6. Procesos

a. Hobeidean: Mejora Continua

Desde las distintas áreas de conocimiento y en sucesivas etapas, se desarrollan la **Misión-Visión y Valores** de la Organización (año 2000/2001), el **Mapa de Procesos** (2001) la **Gestión por Procesos** (2001/02) y el **Liderazgo** (2002). **En definitiva el proyecto HOBEIDEAN** que partir de ahora (2007) se constituye como **proceso de Mejora Continua** garantiza la **revisión del sistema y la implantación de todas las acciones de mejora**.

b. Gestión por Procesos y Equipos de Mejora

Los Procesos constituyen **la base de nuestro sistema de gestión**, su actualización se ha realizado en los años 2004, 2005 y 2006. Todas las mejoras fruto de la gestión de los Procesos o de las demás entradas se implantan por medio de Equipos de Mejora, generalmente liderados por el propietario del Proceso.

¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAMOS PARA DESARROLLAR HOBEIDEAN?

1. Actividades de Mejora

La **evaluación y revisión sistemáticas de Hobeidean** han generado numerosas **Acciones de mejora** implementadas a través

de los **Equipos de mejora**. Desde 2003, la Comisión Ejecutiva, aplicando los criterios de la **Matriz de Priorización de Mejoras**, ha seleccionado unas 40 al año de las que 66 han sido relevantes. Presentamos algunos ejemplos.

- Mejoras para los Clientes:** Apertura de consultas por la tarde, Página Web externa, Programa de Lactancia Materna, Visado de Recetas, Reflexometría digital, Implantación del Call-Center, Estandarización de los actos Médicos, tiempo de consulta, Protocolos y Guías de Práctica Clínica, Programa de Seguridad del Paciente, Retinógrafo y Tonómetro en AP., etc.
- Mejoras para las Personas:** Plan de Formación, Página Web interna, Programa de sustituciones, Semana de Formación, Gestión de Competencias, Centralización/ Automatización e Información de la Actividad Asistencial, Creación de nuevos tipos de Líderes, Beneficios sobre convenio, etc.
- Mejoras para otros G.I.:** Plazo de pago a proveedores, Protocolo de coordinación Socio-Sanitaria, ISO 14001, Implantación de la RSC, etc.

2. Seguridad del Paciente

Desde la Organización, en línea con nuestra **Misión** hemos decidido potenciar en colaboración con la Subdirección de Calidad de Osakidetza las actuaciones a realizar en el campo específico de la **Seguridad del Paciente**.

Estas actuaciones agrupadas en torno al **proyecto** denominado **BABESBIDEAN** tiene un factor diferencial, común con otros proyectos de enjundia de esta Comarca: la existencia de un dinamizador- responsable, en este caso de seguridad, denominado **BABESLE** en cada una de las 23 Unidades de la Comarca.

Para su funcionamiento contamos, por otro lado, con un **Grupo Operativo**, a nivel de Comarca, formado por 14 de estos mismos BABESLES. La puesta en marcha de este proyecto nos ha servido de estímulo para organizar la **1ª Jornada Estatal sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria** el pasado 13 de Junio en Donostia.

Además la Comarca promueve otras actividades relacionadas con la Seguridad del Paciente:

- **La participación** en el equipo de AENOR (elaboración de la **Norma ISO europea** de SP)
- **La difusión** de las actividades del Grupo Operativo en diferentes Congresos (p. ej. SECA)
- **Las labores docentes** internas en Osakidetza y en organizaciones de otras Comunidades.
- **La Investigación en SP**, estamos participando en el estudio **APEAS** a través de dos de nuestros centros de salud en Donostia.
- **La Evaluación de la Cultura de Seguridad**, también en estos dos centros.
- **La participación en el Grupo de Trabajo** de SEMFyC para Seguridad del Paciente (SP).

3. Innovación

Conscientes de que la Actividad Sanitaria está sujeta a **cambios sociales, tecnológicos y terapéuticos** constantes y de que la **Orientación al cliente** supone la asunción de muchos de estos cambios, la Comisión Ejecutiva ha creado, en el año 2007, un **"Foro Permanente de Inspiración para el Aprendizaje, Emprendizaje e Innovación"**.

Este Foro, dirigido por uno de nuestros profesionales médicos que ha destacado en esta área, está compuesto por 6 personas de la Comarca que destacan por su **espíritu emprendedor** y por su **implicación** con los objetivos de la Organización. Su función es **proponer** a la Comisión Ejecutiva aquellos cambios que puedan suponer **avances en la mejora de la Atención al Paciente en cualquiera de sus áreas**.

Asimismo la Gerencia ha sido distinguida con la participación en el Foro de Transformación Empresarial de **Innobasque** (Agencia vasca para la Innovación)

4. Reconocimiento: Como instrumento de implicación de las personas

En la Comarca, desde el año 2001, existe un **Plan de reconocimiento sistemático** que recoge los diferentes reconocimientos que se realizan y especifica cómo y quién los hace. Se trata de un Plan muy dinámico que año tras año va incorporando

nuevas sugerencias debido a la dificultad específica de nuestro gestión carente de reconocimientos económicos individuales y dirigida a personal funcionario.

5. Sistema de GMA: como instrumento de gestión

Siguiendo la línea marcada por la P&E la Comarca define, en 2004, el **subproceso Gestión Medioambiental (GMA)** para el desarrollo sostenible de la Sociedad y en 2005, inicia la implantación de un sistema de GMA.

Para llevar a cabo la implantación en los 31 centros se establece un plan de acción que incluye además de la formación la creación de una **red de Ekogidaris**, responsables de la GMA en cada centro y la Creación de la **Comisión Medioambiental**, a nivel de Comarca, que establece las acciones y los objetivos a conseguir.

En 2006, se obtiene la **Certificación ISO 14001** y la **certificación Ekoscan** (IHOBE) para los **31 centros de la Comarca y los Servicios Comunes** de la misma.

En 2007 nuestro sistema de GMA se incluye como **buena práctica** en la Web de innovación de Euskalit y obtiene el **Premio Europeo de Medioambiente. Sección País Vasco**.

¿QUÉ CONCLUSIONES HEMOS SACADO?

Queríamos conseguir, basándonos en nuestro 2º Plan Estratégico 2003-2007, **desarrollar un Sistema de Gestión de la Excelencia** dirigido a mejorar la asistencia al paciente. Para ello creamos en 2002 el Proyecto **HOBEBIDEAN** de Mejora Continua desarrollado en el seno del 2º Plan Estratégico.

¿QUÉ HEMOS CONSEGUIDO?

El proyecto Hobeidean nos ha servido para:

- **Asentar las bases de un sistema de Gestión basado en la Excelencia.** En 2003 obtenemos **+400 puntos** (1ª Organización de Atención Primaria en el Estado español) en evaluación externa de Euskalit-Agencia Vasca de Calidad y, además, asumimos el **compromiso de seguir mejorando** en los años siguientes.
En ese mismo año 2003 implementamos los siguientes proyectos:
 - **Preparación de la Memoria de Responsabilidad Social Corporativa (RSC)**
 - **Evaluación del Liderazgo** por medio de la Evaluación 360º de Competencias Directivas
 - **Evaluación del Desempeño** para el Personal
- **Consolidar, tras 3 años de trabajo, dicho Sistema de Gestión.** En 2006 logramos:
 - **La certificación ISO-14001** en los 31 Centros de Salud
 - **La certificación la ISO-9001** en 16 Centros
 - **La certificación medioambiental EKOSCAN** que otorga el Gobierno Vasco.
 - **La validación de la Memoria de RSC** 2005-2006, según G.R.I.
 - **+500 puntos** (1ª Organización de Atención Primaria en el Estado español) en la Memoria EFQM-2006 de nuevo en evaluación de Euskalit
 - **Finalizar todas los proyectos** iniciados en 2003
- **Reafirmar la opción de gestión elegida.** En 2007, fuimos distinguidos por la Fundación EFQM, junto a otras 17 organizaciones Europeas (4 de ellas españolas), como **Finalistas del Premio Europeo** (1ª Organización de un Servicio Nacional de Salud Europeo en obtener **+600 puntos** en evaluación externa EFQM)

Así, con el desarrollo de este proyecto, hemos podido objetivar la **efectividad de las mejoras implantadas a lo largo de estos 7 años**, provenientes de la implementación de los Planes Estratégicos, de la revisión del sistema de gestión, de las evaluaciones, de las medidas de percepción y del aprendizaje. Estos **resultados** se encuentran ampliamente descritos en nuestras **Memorias-EFQM** (que pueden consultar en nuestra pag. WEB) y constituyen un claro exponente de la **eficiencia de los mencionados sistemas** y de su aplicación concreta a los sistemas sanitarios.

¿CÓMO VEMOS EL FUTURO?

Y, por fin, en 2008 hemos dado un **salto cualitativo** por el que nos hemos orientado hacia la asunción de la **Innovación** como **centro y origen de la mejora** tomando como base indispensable la **consolidación definitiva de la gestión de la Excelencia**.

En definitiva el proyecto **HOBEBIDEAN** se ha constituido en **garante**

de la Mejora Continua y foco de Innovación ya que ha permitido el desarrollo del sistema asegurando la **implantación de sus acciones de mejora** procedentes del Sistema de Gestión y nos ha orientado indefectiblemente **hacia el nuevo reto de la Innovación**.
Creemos firmemente que lo que se comienza con ilusión se acaba con éxito.

SIMPOSIUMS

“EXPERIENCIAS EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ASISTENCIAL” en un Servicio de Medicina Intensiva.
Pedro Bernad Pérez, Ana Álvarez Hernández.
Servicio de Medicina Intensiva. MAZ. Zaragoza.

OBJETIVO

Partiendo de la premisa conocida de que toda mejora requiere un cambio, pero no todo cambio conlleva una mejora, tras la reestructuración física y funcional del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital MAZ de Zaragoza, el entusiasmo renovado nos lleva a un periodo de reflexión, en el que de forma paralela a la política de nuestro hospital, se decide la implantación de un programa de calidad asistencial en el año 2007, cuyo objetivo prioritario es mejorar la asistencia a nuestros pacientes de una forma normalizada a través de la certificación ISO 9001:2000.

MÉTODO

Se procedió a la asignación de los responsables del programa, formación de los mismos en los aspectos más relevantes de calidad asistencial y la Norma ISO 9001:2000, por parte del Departamento de Calidad de MAZ, transmitiéndose la información a los distintos miembros del servicio de medicina intensiva con el convencimiento de que una correcta difusión del proceso es parte fundamental de la integración del mismo. Se actualizó la cartera de servicios o catálogo de prestaciones y se realizó un listado de las actividades de mayor frecuencia e importancia delimitando las responsabilidades en relación a las funciones de cada categoría profesional, así como aquellas que son compartidas por todo el equipo. Se eligieron trece procesos considerados como importantes y se procedimentaron realizando flujogramas de actuación, documentación de los registros y de referencia, así como la información referida a cada paso del procedimiento. Se establecieron siete objetivos con sus indicadores correspondientes y siete indicadores no ligados a objetivos, cuya valoración se realizó trimestralmente. Al carecer de mediciones previas, algunos de los objetivos e indicadores se documentaron como punto de partida en nuestro servicio, y otros fueron establecidos para conseguir los estándares recomendados y publicados como indicadores de calidad por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y avalados por la Sociedad Europea de Medicina Intensiva.

Agrupamos los indicadores de forma que la recogida de datos por parte de enfermería no resultara una labor tediosa y supusiera una sobrecarga importante añadida a su trabajo asistencial.

Durante la incorporación del sistema de calidad asistencial se detectaron problemas en la realización de las actividades asistenciales, no conformidades, que se reflejaron debidamente cumplimentadas y se adoptaron las medidas para la corrección de los mismos en forma de acciones de mejora, valorándose durante el periodo establecido.

En la planificación inicial del programa de calidad concedimos especial relevancia a dos aspectos:

Evaluación de las cargas de trabajo de enfermería mediante una escala internacionalmente utilizada y por ese motivo útil como elemento de comparación: NEMS (Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score), buscando establecer una concordancia entre los objetivos que nos proponíamos y los recursos humanos utilizados para su consecución.

Monitorización de los incidentes y acontecimientos adversos, tomando como punto de partida el estudio multicéntrico llevado a cabo por el Grupo de Trabajo, Planificación, Organización y Gestión de la SEMICYUC y realizando posteriormente puntos de corte trimestrales en nuestro servicio.

CONCLUSIONES

- El elemento fundamental e imprescindible para llevar a cabo un programa de calidad asistencial es el recurso humano que

lo va a desarrollar, por lo que una adecuada información y motivación del equipo favorece su participación.

- La utilización de una normativa establecida conlleva un esfuerzo difícil de cuantificar en el periodo inicial, sin embargo, la percepción subjetiva de los miembros del servicio es de un elevado grado de eficacia y satisfacción.
- La medición objetiva de los parámetros asistenciales, objetivos e indicadores, dio como resultado un buen comienzo, y como proyección futura la necesidad de adaptarse al continuo cambio.

LAS MEJORES COMUNICACIONES DEL CONGRESO

EXPERIENCIAS DE ÉXITO EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Moderador: Jesús M^a Aranaz Andrés.*Presidente del Comité Científico del 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial*

Esta mesa de conferencias tiene un significado especial; las cuatro conferencias que la componen han sido calificadas de excelentes tras un riguroso proceso de selección "ciego", y aún tratando temática diferente comparten cuestiones esenciales: el corazón de todas ellas es la consideración del paciente como el elemento nuclear de la práctica clínica.

El trabajo "**Mejora de la accesibilidad mediante la visita telefónica en un centro de salud**", de Miguel Caldentey y colaboradores, tras una ingeniosa estrategia, aspira a garantizar uno de los pilares básicos del Sistema Nacional de Salud: la accesibilidad de los pacientes, y lo consiguen manteniendo la equidad.

El segundo trabajo, "**Auditoría clínica de la artroplastía total de cadera**" de Lafuente y colaboradores, es un genuino ejemplo de algo que en demasiadas ocasiones mantenemos de manera empírica, pero en su caso aportando evidencia: mejorando el proceso, se alcanzan mejores resultados.

El tercer trabajo, "**Cantando a dos voces: voz de las asociaciones de pacientes y voz de los directivos para la mejora de la seguridad clínica y de la calidad**" de M. Carreras y colaboradores, nos posiciona de lleno en un tema de rabiosa actualidad, la seguridad del paciente como componente crítico de la calidad asistencial. A la vez, se trata de una estrategia de participación ciudadana en la mejora de la calidad, que sirve de modelo para otros escenarios, pero que sobre todo evidencia que es no sólo necesaria, sino también posible, la complicidad con la comunidad para conseguir un cambio cultural, de tal modo que aceptándose la falibilidad de los profesionales, se utilice el error como fuente para la mejora.

El cuarto trabajo, "**Seguridad de pacientes, estrategia corporativa en osakidetza**", de Cantero González y colaboradores parece haber oído la voz que le precede. Es una excelente muestra de integración de programas, de acciones, de líneas programáticas configurando una estrategia corporativa que atiende tanto a la promoción de la cultura de seguridad como a la integración de sistemas de información, o a la formación de los profesionales. No se trata de un brindis al sol, sino de un ejercicio de reflexión acerca de la acomodación entre lo planeado y lo logrado.

Los cuatro trabajos de esta mesa constituyen un excelente banco de ideas para todos los profesionales que dedican parte de su tiempo, pero sobre todo su ilusión por mejorar día a día, para que los pacientes tengan la atención con la calidad que se merecen, abarcando desde la microgestión hasta la política sanitaria.

Estoy seguro que después de estos testimonios, nadie pondrá en duda que el paciente ha de ser un miembro más del equipo asistencial.

M53.1

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD MEDIANTE LA VISITA TELEFÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD

Miguel Caldentey, Gaspar Tamborero, María Teresa Millán, Catalina Crespo*, Beatriz Magro, Elisa Miró.

Centro de Salud del Coll d'en Rebassa. Palma de Mallorca. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut). * Ponente.

INTRODUCCIÓN

La mejora de la accesibilidad a los servicios de atención primaria es una de las áreas de mejora clásicas en este ámbito asistencial. La consecución de la cita para el médico de familia o la enfermera es uno de los aspectos básicos de la accesibilidad, que ha ido mejorando desde la tradicional solicitud de hora en persona en el propio centro a otros métodos (cita telefónica en el centro, call-centers centralizados, SMS, páginas web...) que, sin duda, han supuesto una mejora importante en el acceso a los servicios.

En cambio, son menos conocidas las experiencias que utilizan el teléfono como instrumento de resolución de demandas de los pacientes sin que requieran un contacto personal con un profesional sanitario. Este hecho, contrasta con las características de la atención

primaria que, desde un punto de vista empresarial, se podría asimilar a una empresa multilínea y multiproducto con un amplio catálogo de servicios, pero que no todos ellos requieren la clásica entrevista clínica médico o enfermera – paciente. Asimismo, el creciente desequilibrio entre el número de profesionales sanitarios y la presión de los usuarios agudiza el problema de la sobredemanda asistencial. En este contexto, podemos considerar el "tiempo del profesional" como un bien escaso que estamos obligados a optimizar, dado su alto coste de oportunidad.

En este sentido, por razones de eficiencia y de satisfacción del profesional y del usuario, es importante distinguir aquellas demandas de atención sanitaria que requieran un proceso asistencial con un contacto personal entre el usuario/paciente y el profesional de la salud, de aquellas otras -en general de carácter más burocrático-administrativo- que puedan solucionarse por otros medios alternativos, por ejemplo mediante teléfono.

El anterior razonamiento se apoya en el concepto de "gestión de la sustitución", que propone que lo que se pueda hacer desde recursos menos complejos no se haga en con dispositivos de más complejidad: sustituir actividades de médicos por enfermeras, sustituir hospital por primaria y sustituir tecnologías complejas por más sencillas... En nuestro caso, añadiríamos sustituir visita *vis a vis* por contacto telefónico.

OBJETIVOS

En este contexto, nuestro trabajo pretende mejorar la accesibilidad funcional, desburocratizar y agilizar la prestación de los servicios de atención primaria de nuestro centro de salud, mediante la implantación de la cita telefónica como medio de resolución de determinados tipos de demandas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito:

La experiencia se ha llevado a cabo en el centro de salud del Coll d'en Rebassa, perteneciente a la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (Ib-Salut). Es un centro urbano que dispone de dos Unidades Básicas de salud situado en Palma de Mallorca, acreditado para la formación de postgrado y que tiene una cobertura de unos 26.100 habitantes. El proyecto se inició a finales del 2006, estando actualmente en un período de expansión.

Procedimientos:

Una línea de investigación tradicional de nuestro centro de salud es la mejora de la calidad asistencial. El centro obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001-2000 (AENOR) y el Certificado IQ-Net para todos sus servicios (clínicos y no clínicos) el 7-7-2006, superando sucesivas reacreditaciones hasta la actualidad. Asimismo, el centro está incluido en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007 y 2007/2008 del Govern Balear, al superar la evaluación EFQM (agosto 2006).

Siguiendo esta línea de mejora que nos caracteriza, la "Comisión de Mejora Continua" del centro propuso la instauración de la cita telefónica como medio de resolución de determinadas demandas de los usuarios. Esta propuesta inicial fue ratificada por la dirección del centro y contó con el apoyo de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

Inicialmente, tras revisión de la literatura se pactaron por consenso del equipo los criterios de inclusión en "cita telefónica". Éstos fueron: bajas de pacientes procedentes del hospital (con informe), recetas de especialistas (con informe), consultas telefónicas no urgentes, recetas autorizadas por el médico de familia, resultados de analíticas, informes para inspección médica, fe de vida y partes de confirmación. El proyecto se pilotó en una Unidad Básica (Can Pastilla), participando el 100% de los profesionales de la misma (tres médicos de familia y dos enfermeras), con el apoyo del personal administrativo. Para la atención de este tipo de demandas se reservaron unos espacios específicos en las agendas de cada profesional (reservas de cita telefónica) al final de la programación diaria, anotando el personal administrativo el motivo de la solicitud. Al finalizar su actividad concertada el profesional sanitario valoraba la demanda de la agenda telefónica y la solucionaba mediante llamada telefónica, evitando la presencia del paciente. Inicialmente se programaron dos reservas de este tipo por cada profesional sanitario (médicos de familia y enfermeras). Al cuarto mes, ya se utilizaba al 100% por todos los

profesionales de la Unidad.

Los resultados obtenidos se valoraron mediante: disminución de la lista de espera, satisfacción de los usuarios (número de reclamaciones y agradecimientos) y satisfacción de los profesionales.

RESULTADOS

Debido a la gran demanda, a lo largo del año 2007 se ampliaron las reservas para cita telefónica, pasando de las dos por profesional iniciales hasta 5 por profesional a finales de año. Durante 2007, se efectuaron un total de 1.827 citas telefónicas.

Los tres principales motivos de la cita telefónica fueron: prescripción de recetas, gestión de partes de incapacidad temporal y resultados de analíticas (en especial urinocultivos).

Las listas de espera de los profesionales de la Unidad Básica han disminuido de 5-6 días de media en el 2006 (antes de la implantación del proyecto) a 2-3 días en el 2007.

La satisfacción de los usuarios (estimada por el número de reclamaciones) ha mejorado, constatándose una reducción del 50%. Asimismo, se han recibido dos agradecimientos por escrito con motivo de la implantación del proyecto.

Los profesionales manifestaron de forma unánime (sesión de evaluación del proyecto) su satisfacción con los resultados obtenidos. El personal de admisión manifestó la ganancia de calidad en el trabajo -tras la implantación de la agenda telefónica-, en especial gracias a la evitación de conflictos con los pacientes generados por las largas listas de espera previas, asimismo se ha personalizado más el contacto con el paciente y se ha producido una mayor integración con el personal asistencial. La percepción positiva de los profesionales sanitarios se centraba esencialmente en la sensación de eficiencia en las consultas al reservar la cita personal para aquellos procesos que así lo requerían, segregando las demandas más administrativas solucionables mediante teléfono.

A raíz de estos resultados en nuestra Unidad Básica, durante el año 2008 el proyecto se ha extendido a todo el centro de salud.

CONCLUSIONES

La cita telefónica ha contribuido a la mejora de la calidad y de la eficiencia de la atención al paciente, aumentando la satisfacción de los mismos y de los profesionales. Como valor adicional, el éxito de nuestra experiencia ha permitido extender el proyecto a todo nuestro centro de salud. Asimismo, a raíz de nuestros resultados la Gerencia de Atención Primaria ha propuesto la agenda telefónica como un objetivo institucional para todos los centros de salud del área de Mallorca en el 2008.

M53.2

AUDITORIA CLINICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Lafuente M. (1), Henere E. (1), Poal-Manresa A. (1), Madrid P. (2), Videla S. (3), Valdés-Casas JC. (1).

Cirujanos Ortopédicos y Traumatólogos (1), Enfermera Clínica (2), Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Farmacólogo Clínico UAB (3). Hospital Dos de Maig de Barcelona. Consorci Sanitari Integral.

El Hospital Dos de Maig (Consorci Sanitari Integral) es un hospital de la XHUP (Red hospitalaria de utilización pública) con 214 camas. Es un hospital asociado a la Universidad de Barcelona y ofrece formación de postgrado de medicina familiar y comunitaria.

El modelo organizativo del Hospital Dos de Maig se articula matricialmente en tres grandes ejes: coordinación asistencial, gestión por procesos y liderazgo clínico.

El Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología está formado por 18 médicos y 1 enfermera clínica. Los 9 médicos especialistas en COT tienen una dedicación particular a las diversas subespecialidades; dos de ellos tiene especial dedicación a la cirugía de cadera. Uno de estos especialistas es el responsable de calidad del servicio.

INTRODUCCIÓN

En el año 2006 se efectuó una Auditoría clínica de las 80 artroplastias totales de cadera (ATC) por patología degenerativa intervenidas en el Hospital Dos de Maig (HDM) durante el año 2005 para evaluar la calidad del procedimiento de ATC. En la auditoría se evaluó la desviación producida por los diversos indicadores de gestión (estancia media, índice de reingresos) y de práctica clínica (índice de luxación,

índice de infección) en relación a los estándares aceptados, con un seguimiento mínimo de 6 meses.

Los resultados de la auditoría mostraron que el índice de luxación ($p < 0.016$), así como la estancia media ($p < 0.001$) se hallaban desviadas en exceso respecto los estándares (Tabla 1).(6)

Tabla 1	ESTANDARS	2005
INDICE LUXACIÓN	3'10 (1) – 1'9% (2)	6'25%
INDICE INFECCIÓN	2 (5) – 0'2% (1)	2'5%
ESTANCIA MEDIA	10'4 (3) – 4'2 (4)	10'04 días
INDICE REINGRESOS	4'6% (1)	3'75%

Tras la auditoría, se acordó hacer determinadas modificaciones en el proceso asistencial así como en la práctica clínica de la ATC y efectuar una nueva auditoría. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo ha sido evaluar el impacto de las modificaciones implementadas como consecuencia de la auditoría del 2006. También ha sido un objetivo el comprobar la eficacia de la auditoría clínica, como técnica de gestión clínica, para mejorar la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el invierno de 2006 uno de los miembros del equipo de cirugía de la cadera del Servicio de COT realizó una estancia de perfeccionamiento en un centro extranjero de primer nivel en este tipo de intervenciones. A partir de marzo de 2006 se implantaron las mejoras de las técnicas operatorias obtenidas durante esta estancia, efectuando una sistemática planificación operatoria, así como una modificación de la técnica de abordaje quirúrgico y de la reconstrucción cápsulo-tendinosa (7) en el cierre de la herida operatoria. En mayo de 2006 se incorporó la Enfermería clínica en nuestro Servicio modificándose la trayectoria clínica de la ATC, a partir de marzo se introdujeron campos quirúrgicos de material plástico desechable en nuestro centro.

Entre mayo'06 y mayo'07 se implantaron 78 ATC implementando las modificaciones anteriormente descritas. Todas las intervenciones fueron realizadas por los dos cirujanos de cadera del Servicio, y todos los pacientes siguieron la nueva trayectoria clínica controlada por la enfermera clínica del Servicio.

A finales del 2007, cuando la última ATC tenía un seguimiento mínimo de 6 meses, se llevó a cabo una nueva auditoría clínica (2007). Se compararon los indicadores de gestión (estancia media, índice de reingresos) y de práctica clínica (índice de luxación, índice de infección). La diferencia entre los resultados de la auditoría clínica del 2006 y la auditoría clínica del 2007 se evaluó mediante la prueba de ji-2 para variables cualitativas y mediante la prueba de t-Student para variables cuantitativas. Un valor de $p \leq 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Todos los indicadores han mejorado en relación al año 2005 (auditoría 2006). El índice de luxación protésica se ha visto reducido del 6.25% hasta el 0% ($p = 0.025$) y el de infección del 2.5% al 1.27% ($p = 0.571$). La estancia media ha bajado de 10.04 días a 7.55 días ($p = 0.016$), y la estancia mediana ha bajado de 8 días (con un mínimo de 3 días y un máximo de 78 días) a 7 días (con un mínimo de 6 días y un máximo de 16 días). El índice actual de reingresos es de 0% mientras que en el año 2005 era del 3.75% ($p = 0.085$). Tabla 2

Tabla 2: 2005 (auditoría 2006) vs 2006/7 (auditoría 2007)	2005 (n=80)	2006-2007 (n=78)	P
INDICE LUXACIÓN	6,25%	0%	p=0,025
INDICE INFECCIÓN	2'5%	1'27%	p=0,571
ESTANCIA MEDIA	10'04 días	7'55 días	p=0,016
ÍNDICE REINGRESO	3'75%	0%	p=0,085

Respecto a los referentes estándar, también se han visto reducidos el índice de luxación protésica del 1.9% (el más bajo del estándar) hasta el 0% (p=0.221) y el índice de reingresos del 4.6% hasta el 0% (p=0.053). Mientras que los otros dos índices, infección y estancia media, se han situado en la parte central de la franja esperada o estándar. Tabla 3.

Tabla 3	ESTANDARS % (n)	2006-2007 (n=78)	P
INDICE LUXACIÓN	3'10 (61568) 1'9% (14314)	0%	0.1154 0.2215
INDICE INFECCIÓN	2 (765) 0'2% (61568)	1'27%	0.6555 0.0351
ESTANCIA MEDIA	10'04+4.7 días (940) 4'2+2 días (739)	7'55 días	
ÍNDICE REINGRESOS	4'6% (61568)	0%	0.0530

CONCLUSIONES

Los cambios instaurados en el proceso de ATC en nuestro centro, en base a la primera auditoría clínica efectuada, han repercutido de forma muy destacada en la mejora de la calidad asistencial. La segunda auditoría ha mostrado una mejora de los indicadores, tanto de gestión como de práctica clínica y en su gran mayoría la mejora ha sido estadísticamente significativa.

La auditoría clínica ha demostrado ser una técnica fundamental de la gestión clínica, que permite efectuar un seguimiento sistemático de la práctica clínica y contribuir a la mejora continua de la calidad asistencial.

Referencias:

1. Mahomed NN, Barrett JA, Katz JN et al.: "Rates and Outcomes of Primary and Revision Total Hip Replacement in United States Medicare Population" J Bone Joint Surg. Am., Jan 2003;85:27-32
2. Meek RMD et al: "Epidemiology of dislocation after Total Hip Arthroplasty. Clin Orthop Relat Res, Jun 2006; 447:9-18
3. XHUP Standards de Catalunya 2006
4. Antoniou J, Martineau PA, Filion KB et al.: "In - Hospital Cost of Total Hip Arthroplasty in Canada and the United States". J. Bone Joint Surg. Am., Nov 2004; 86:2435-2439
5. Salvati EA, Robinson RP, Zeno SM et al.: "Infection rates after 3175 total hip and total knee replacements performed with and without a horizontal unidirectional filtered air-flow system" J Bone Joint Surg Am., Apr 1982; 64: 525 - 535.
6. Valdés Casas JC, Henere E, Poal A, Olona N y Benet A: "Auditoría Clínica de la Artroplastia Total de Cadera en el Hospital Dos de Maig. Comunicación al XXV Congreso de Calidad Asistencial. Barcelona 16-19 Octubre 2007
7. Pellicci PM, Bostrom M, Poss R. Posterior approach to total hip replacement using enhanced posterior soft tissue repair. Clin Orthop Relat Res. 1988; 355:224-8.

M53.3

CANTANDO A DOS VOCES: VOZ DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES Y VOZ DE LOS DIRECTIVOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA Y DE LA CALIDAD

M. Carreras Viñas, J. Caramés Bouzán, B. García Cepeda, M. Lale Candal, F. Rubial Bernardez.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (A Coruña)

Objetivos:

Escuchar la voz del paciente y de los directivos, para incluir sus necesidades y expectativas en el plan de calidad y seguridad del hospital. Conocer los puntos débiles y fuertes, así como los aspectos a mejorar y su prioridad.

Introducción:

El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago en su Plan Estratégico Avante 2012 contempla la necesidad de desarrollar un **Plan de Calidad Global**, que garantice la **SEGURIDAD y la SATISFACCIÓN de los PACIENTES**.

La línea estratégica número dos del plan de Calidad define la **Orientación de los Servicios al Ciudadano y Gestión de la Satisfacción** y recoge los objetivos que nos van a permitir conocer los niveles de satisfacción de nuestros usuarios y profesionales, así como sus expectativas y necesidades, para poder dar respuesta a las mismas. Se abre con esta línea un **sistema de mejora de la participación de los usuarios y profesionales en la que se tratará de que su voz, sea un referente para realizar las acciones de mejora de la organización**.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio transversal descriptivo, en el que se utilizó metodología cualitativa mediante grupos focales para conocer expectativas, necesidades y áreas de mejora del complejo hospitalario y técnicas de análisis de viabilidad para la valoración y priorización de las acciones propuestas.

El estudio se realizó en dos partes: Una primera en la que las asociaciones de pacientes identificaron los puntos fuertes y débiles del complejo y plantearon las acciones de mejora y una segunda parte en la que los directivos del complejo realizaron el análisis de viabilidad.

La población objeto de estudio la constituyen las 34 Asociaciones de Pacientes del Área de Santiago de Compostela y los 15 miembros el Equipo Directivo del Complejo Hospitalario incluyendo al Director Gerente y hasta el nivel de Subdirección.

- *Identificación de Puntos fuertes, Puntos Débiles y Acciones de Mejora para el Plan de Calidad.*

Para conocer las necesidades y expectativas el día 15 de noviembre de 2007 desde las 9 a 15 horas, se celebró en las dependencias de nuestro hospital un taller al que se invitó a participar a todas las asociaciones de pacientes del área, mediante una carta-invitación emitida por el Director Gerente del Complejo. Se convocó asimismo al Equipo Directivo, a los Presidentes de las Comisiones Clínicas y a los responsables de los Servicios de Atención al Paciente, para recibir y acoger a las asociaciones al inicio de la sesión y para escuchar sus aportaciones al final de la misma. Se contrataron los servicios de intérpretes de lengua de signos que tradujeron de forma simultánea todo el contenido del taller para los miembros de la asociación de sordos.

Para la realización del taller, se contó con una moderadora, cinco coordinadores y un secretario que mediante un ordenador tomó notas de todo lo tratado. Se preparó un dossier de documentación para cada asistente que contenía información sobre el Complejo Hospitalario, la relación de las asociaciones invitadas, y los documentos donde figuraban las preguntas clave para el desarrollo del trabajo de grupo. Para valorar los **puntos débiles** del hospital la pregunta que se realizó fue: En su opinión, ¿Cuáles son los puntos débiles del Complejo Hospitalario, cuya existencia dificulta la puesta en marcha de un Plan de Calidad. Para obtener información sobre los **aspectos a mejorar** la pregunta fue: En su opinión, ¿Qué aspectos considera que se deben mejorar y tener en cuenta en el plan de calidad del hospital? Y para conocer los **puntos fuertes** de nuestra organización se preguntó: En su opinión, ¿Cuáles son los puntos fuertes del Complejo Hospitalario que permitan poner en marcha con éxito un Plan de Calidad?

El desarrollo del taller se inició a través de la moderadora, que presentó al Gerente del Complejo quien tras dar la bienvenida a los asistentes abrió la sesión, planteó el objetivo del taller, agradeció la presencia de las asociaciones y miembros del hospital y destacó la importancia de poder contar con su participación. A continuación intervino la Subdirectora de Calidad, para presentar las líneas básicas de configuración del Plan de Calidad y detallar las pautas para el desarrollo del taller con las asociaciones de pacientes presentes. Explicó como se iba a desarrollar el trabajo, en que consistía la técnica que se iba a utilizar, y mediante las preguntas abiertas que se recogían en los documentos estimuló a la participación de todos, para que cada una de las personas individualmente las contestara anotando sus respuestas en los documentos aportados.

Posteriormente cada asistente tuvo un turno de palabra para exponer los puntos identificados en los documentos. Todos los participantes explicaron los puntos débiles y fuertes que encontraban así como las acciones que consideraban que el Complejo debía tener en cuenta para mejorar. Las acciones de mejora fueron recogidas por el secretario de forma informatizada y durante la pausa contemplada para el café se dispusieron en un documento para que los asistentes las pudieran priorizar en la segunda parte puntuándolas del 1 al 10 según la importancia. En la segunda parte del taller se entregó a cada participante el documento que contenía la relación de todas las acciones de mejora para que lo pudiera priorizar y posteriormente entregar. Para finalizar el taller, se abrió otro turno de palabra en el que los asistentes pudieron expresar todos los temas de interés y realizar todos los comentarios que consideraron. Estos comentarios se transcribieron de forma literal por el administrativo en un documento que junto con los aportados por los participantes permitieron obtener una relación priorizada de acciones de mejora y la relación de puntos fuertes y débiles del Complejo. *Análisis de Viabilidad de las Acciones de Mejora*

El Análisis de viabilidad se realizó por los 15 miembros de equipo directivo a través de la valoración de 5 criterios: Coste, Rechazo, Factibilidad, Riesgo para el paciente, Impacto positivo social y estos a su vez se puntuaron en una escala de 5 grados para su priorización: La puntuación de cada criterio fue de 1 a 5 con valoraciones positivas para los criterios: factibilidad, impacto social y riesgos y con valoraciones inversas en los criterios coste y rechazo.

Una vez procesados los resultados, se analizaron en Comisión de Dirección y se dio el visto bueno para su inclusión en el plan de calidad como objetivos de mejora de la organización.

Resultados:

Fueron invitadas 34 asociaciones y asistieron 22, con un total de 44 miembros.

Como resultados de la participación se identificaron 88 puntos débiles, 48 puntos fuertes y 105 acciones de mejora de las que 43 fueron priorizadas con 9 ó 10 puntos.

En el mes de diciembre los directivos del hospital realizaron el estudio de viabilidad de las acciones de mejora identificadas, valorando de 1 a 5 los criterios: Factibilidad, Riesgo, Coste, Rechazo e Impacto social.

Se valoraron 76 acciones con viabilidad alta y 31 con viabilidad media.

La distribución de acciones priorizadas con alta viabilidad por tipología de actividad fué: Acciones relacionadas con la Organización el 19,8%; con Recursos Humanos 11,3%; con Estructura 11,3%; con Comunicación el 8,5%; con Incremento de Cartera de Servicios 7,5%; Con Tiempos de Espera 5,7%; con Información 5,7%; Con aspectos de Formación 5,7%; con Aplicación Protocolos 5,7%; Acciones de Coordinación 4,7%; Participación 3,8 %; Accesibilidad 3,8%; Hostelería 1,9%; Derechos 1,9%; Confort 1,9% y relacionadas con la señalización el 0,9%.

Las asociaciones de pacientes que participaron fueron:

Asociación de Bulimia e Anorexia (AGABAL); Asociación Compostelá de Esclerose Múltiple; Asociación de Enfermos de Crohn e Colitis Ulcerosa; Asociación Galega de Lupus; Asociación de Pais de Persoas con Trastorno do Espectro Autista; Asociación de Pais de Persoas con Discapacide Intelectual; Asociación de Persoas Xordas de Santiago de Compostela; Asociación de Celíacos de Galicia; Asociación Fonte da Virxe de Enfermos Mentais, Confederación Galega de Minusválidos; Asociación de Dano Cerebral de Compostela; Asociación de Síndrome de Down de Compostela; Asociación Galega de Fibromialxia; Asociación Galega de

Transplantados de Ril de Santiago; Unión Galega de Epilepsia; Asociación de Artritis Reumatoide; Cáritas; Asociación Galega para a Asistencia e Investigación de Trastornos de Personalidade; Asociación Galega de Enfermos po la Doazón de Órganos; Asociación Española contra el Cáncer; Asociación Gallega de Espina Bífida y Lesionados Medulares.

Puntos fuertes identificados por las asociaciones:

- Coordinación interdisciplinar muy buena.
- Equipo de material adecuado en los servicios, enhorabuena por el funcionamiento del servicio de Urodinamia.
- Personal altamente cualificado y excelente atención en los servicios de neurología.
- Muy bien el funcionamiento del servicio de atención al paciente.
- La descentralización de Servicios como Analíticas, Sintrom...que es muy buena
- Lista de espera razonable por la puesta en marcha de turnos de tarde.
- El respeto a la intimidad de los pacientes (Tanto en el hospital como en las camas y camillas)
- Rapidez y exactitud en los resultados de análisis, al que se puede acceder por vía informática.
- Vinculación con la Universidad, en materia de investigación.
- Buen funcionamiento de la UCI.
- Autoevaluación e interés por seguir mejorando.
- Instalaciones nuevas y actuales y tecnología muy avanzada.
- Unidad de Gastroenterología Pediátrica: muy bien, trato excelente a los pacientes
- Personal sanitario altamente cualificado, con especialistas de reconocido prestigio dentro y fuera de nuestras fronteras
- No hay tanta saturación como en otros centros hospitalarios.
- Hay una mejora tecnológica en el servicio de Urgencias (hace que mayor numero de personas sobrevivan cuando tienen lesión cerebral)
- Buena organización de servicios y departamentos en general
- Tablón de anuncios para diferentes departamentos
- Servicio de limpieza y acondicionamiento muy bueno
- La comida bien, pero en algunas salas viene fría
- Cuidados que satisfacen a familiares y pacientes
- Trato humano del paciente por parte del equipo que nos trata en el Departamento de Reumatología (Hospital de Día). Este Departamento desde el momento en que entras hasta que sales (cada 60 días que tienes revisión) sales con todo hecho: análisis, revisiones...
- En caso de hospitalización tenemos una atención inmejorable por parte de médicos, enfermeras, auxiliares...
- El equipo de enfermeras que nos lleva tiene para nosotros una importancia excepcional, puesto que entienden cada gesto de dolor que podamos manifestar, son formidables.
- El equipo sanitario (médicos, farmacéuticas, enfermeras, auxiliares...) de Oncología es excelente. El ambiente de atención personal es excelente

Acciones de Mejora detectadas por Asociaciones y Análisis de viabilidad realizado por directivos:

El análisis de la viabilidad de las acciones de mejora realizado por el equipo directivo del hospital y que se presentó a la Comisión de Dirección y posteriormente a la Comisión de Calidad para su conocimiento, consenso y validación, presentó los siguientes resultados:

- Se recibieron 14 aportaciones, de las que se desechó una por incompleta, por lo que la viabilidad ha sido valorada por 13 de los 15 directivos de primer nivel de la organización, por ello la puntuación máxima a alcanzar por cada uno de los criterios fue de 325 puntos y la más baja de 65.
- Con estos parámetros se consideró que las acciones valoradas con menos de 130 puntos tuvieran viabilidad baja, entre 130 y 195 viabilidad media y a partir de 195 viabilidad alta.
- Ningún criterio consiguió 325 puntos y ninguno se situó en 65. El criterio más viable obtuvo 269 puntos y el resto en su totalidad estuvieron por encima de 130 puntos.
- Se valoraron 76 acciones con alta viabilidad.
- De las 76 acciones se excluyeron a priori 12 por haber sido

valoradas con un 1 en el criterio de factibilidad por alguno de los miembros del grupo, por lo que fueron consideradas como no factibles.

Como consecuencia del análisis la Comisión de Dirección aprobó para que se contemplaran en el Plan de Calidad del hospital como objetivos de mejora los que se detallan a continuación.

OBJETIVOS DE MEJORA PARA EL PLAN DE CALIDAD:

- Establecer protocolos de pautas básicas de actuación del personal sanitario respecto a determinadas enfermedades, incluyendo la información y formación comprensible a pacientes y familiares y la escucha del paciente sobre:
 - Enfermedad celíaca y la dieta asociada; discapacidad mental; autismo; discapacidades físicas; enfermedades crónicas; trastornos de personalidad; fibromialgia
- Establecer un protocolo de actuación para informar sobre el síndrome de Down en el momento del nacimiento.
- Establecer un protocolo de actuación para la comunicación adecuada de diagnósticos graves.
- Proporcionar productos aptos para celíacos en las cafeterías de los hospitales.
- Establecer un protocolo de actuación del personal sanitario relativo al trato humano con los pacientes y el respeto a sus derechos e integridad.
- Establecer un protocolo sobre la necesidad de informar a los pacientes acerca de las pruebas a realizarles.
- Establecer protocolos para regular la presencia y la colaboración de familiares en el trato a los pacientes de determinadas patologías en el hospital (autismo)
- Definir la guía de práctica clínica de síndrome de Down.
- Mejora del mobiliario y condiciones de los espacios de espera.
- Abrir un foro participativo de pacientes para aportar mejoras y espacios de intercambio permanente con las asociaciones.
- Establecer canales y pautas de interacción para la coordinación de los especialistas hospitalarios con el personal de atención primaria para el seguimiento de determinadas enfermedades (esclerosis múltiple)
- Especialización en síndrome de Asperger en servicios psiquiátricos.
- Mejorar los medios de identificación y localización de los servicios en el hospital.
- Mejorar la detección prenatal de determinadas enfermedades (síndrome de Down)
- Mejorar el diagnóstico precoz de las enfermedades celíacas y crónicas.
- Simplificar las tramitaciones de los pacientes para establecer citas.
- Agilizar la atención: realizar las pruebas complementarias en un mismo día.
- Simplificar y agilizar la tramitación de documentación solicitada por los pacientes: establecer un procedimiento para regular la entrega de documentación requerida por los pacientes
- Formar e informar a los pacientes sobre los tratamientos de patologías prevalentes o graves.
- Establecer un procedimiento para informar a los pacientes de la existencia de asociaciones de pacientes y/o recursos socio-sanitarios relacionadas con la enfermedad.
- Establecer un procedimiento para regular la colaboración de las asociaciones de pacientes en el establecimiento de programas de sensibilización de determinados procesos.
- Abrir un libro de agradecimientos.
- Crear espacios de intercambio permanente con las asociaciones de pacientes.
- Ofrecer comida a los cuidadores de pacientes crónicos con repetidos ingresos.
- Intensificar las intervenciones de atención temprana en niños con discapacidad priorizando la atención psicológica
- Establecer un procedimiento de información a pacientes sobre el desarrollo de procesos hospitalarios.
- Establecer un procedimiento para regular el establecimiento de un médico de referencia como coordinador del proceso.
- Reducir el tiempo de espera para la asignación de especialista.
- Reducir el tiempo de estancia hospitalaria, creando o mejorando el sistema de atención y seguimiento a domicilio.
- Establecer protocolos de regulación de atención preferente en

las esperas de consultas y urgencias a las personas con discapacidad, especialmente con graves problemas de comportamiento asociadas.

- Adaptar las citas para revisiones médicas de seguimiento al tiempo recomendado por el facultativo especialista responsable del paciente.
- Eliminar las barreras físicas existentes en todo el recinto hospitalario para permitir la accesibilidad de pacientes discapacitados físicos o psíquicos (espacios interiores, aparcamiento)
- Potenciar la dedicación del médico al paciente analizando los tiempos de consulta y proponiendo acciones de mejora.
- Utilizar nuevos medios para la comunicación con los pacientes (aviso por mensaje de texto de cambios de cita y cualquier tipo de información)
- Reducir el tiempo de espera previo a las consultas en las salas de espera del hospital.
- Considerar las circunstancias específicas de los pacientes de determinadas enfermedades para establecer citas (riñón: para extracción de analíticas es necesario tomar el "Sandimun" dos horas antes de la extracción)
- Establecer las pautas de seguimiento y asistencia en enfermedades que requieren una atención continua (daño cerebral)
- Contemplar en los planes de formación las peculiaridades de distintos colectivos.
- Adaptar la identificación de unidades y áreas en el hospital a pacientes discapacitados (letreros en Braille).
- Establecer protocolos de atención preferente en las esperas de consultas y urgencias a las personas con discapacidad, con graves problemas de comportamiento asociadas.
- Asegurar la comunicación a los pacientes de cambios en citas de consultas.
- Reducir el tiempo de espera en urgencias previo al ingreso en planta.
- Crear centros de día para enfermos mentales de adaptación al medio tras el alta hospitalaria, como nexo de conexión entre hospital y domicilio.
- Proporcionar formación y educación sanitaria a pacientes y familiares.
- Mejorar la coordinación entre PAC- urgencias hospitalarias-laboratorio.
- Mejorar el acceso al recinto hospitalario: parking, accesos, transportes
- Mejorar el servicio de atención temprana para atender todos los aspectos bio-psicosociales (Down)
- Crear la unidad de epilepsia.
- Reducir la lista de espera quirúrgica.
- Analizar los tiempos de espera en colas para la petición presencial de citas en los distintos servicios para la propuesta de mejoras.
- Potenciar los tratamientos rehabilitadores fundamentales para la recuperación del paciente (daño cerebral).
- Establecer horarios de tarde en el servicio de atención temprana para conciliar la vida familiar.
- Mejorar la infraestructura para mayor comodidad de los pacientes (consulta de enfermería de digestivo)
- Incrementar los recursos humanos y atención pediátrica, y dotación de un psicólogo en la unidad de trastornos alimentarios.
- Establecer medios de consulta directa y atención telefónica para enfermos crónicos.
- Establecer protocolos para regular el traslado directo al paciente psiquiátrico a áreas psiquiátricas en la recepción en urgencias.
- Proporcionar un servicio fijo de intérpretes de lengua de signos española para personas sordas y para personas sordo-ciegas.
- Realizar la vía clínica para pacientes con trastorno de personalidad.
- Proporcionar información y formación sobre la epilepsia para evitar la marginalidad de los pacientes epilépticos.
- Potenciar la investigación.
- Establecer una línea especial a través de mensajería para aviso a ambulancias y 061 (personas sordas y sordo-ciegas).
- Proporcionar la información escrita bilingüe (gallego,

castellano y Braille).

- Mejorar el transporte colectivo de pacientes crónicos.
- Presencia de intérprete en las ambulancias o personal con conocimiento en lengua de signos.
- Creación de una unidad específica para tratamiento especializado de pacientes con trastorno de personalidad.
- Facilitar la comunicación con personas sordas en los espacios hospitalarios con paneles visuales informativos (En las consultas poder ver el nombre de forma visual en paneles informáticos).
- Establecer un protocolo específico en servicios de urgencias para hacer el aislamiento de pacientes trasplantados.
- Poner en marcha un sistema para que pacientes con deficiencias audiovisuales puedan pedir ayuda en caso de quedar aislados en los ascensores.
- Establecer un turno de diálisis nocturna.
- Establecer un protocolo para sistematizar el ingreso directo de los pacientes epilépticos sin tener que pasar por primaria o urgencias.

Conclusiones

La participación de los representantes de los pacientes fue muy rica, y como resultado del taller se han incluido en el plan de calidad todas las acciones de mejora a modo de objetivos específicos. El plan de calidad y seguridad del hospital se ha enriquecido con la aportación de los pacientes.

Existe coincidencia entre las acciones de mejora identificadas por las asociaciones, con líneas de ya identificadas en el hospital.

El plan funcional del complejo, actualmente en fase de redacción ha incluido el incremento de plazas de aparcamiento. El plan director recogerá la eliminación de barreras para los colectivos de sordomudos y ciegos.

Todas las asociaciones coincidieron en agradecer y dar la enhorabuena por la iniciativa, les resultó altamente gratificante que se les escuchara y solicitaron no perder el contacto con la institución y seguir participando de las decisiones del hospital. Se sintieron gratamente sorprendidos por haberles escuchado.

Los profesionales que han participado en el estudio han mostrado también su satisfacción por los resultados obtenidos. La aportación de los directivos para la realización de la viabilidad de acciones, les vincula al desarrollo plan de calidad y mejora su participación y liderazgo.

El involucrar a las asociaciones de pacientes en la realización del plan, genera relaciones de colaboración que pueden resultar altamente beneficiosas para la seguridad clínica, estamos trabajando en la edición y difusión de documentos para canalizar a través de las asociaciones aspectos de seguridad de medicamentos y de seguridad quirúrgica entre otros.

M53.4

SEGURIDAD DE PACIENTES, ESTRATÉGIA CORPORATIVA EN OSAKIDETZA

Cantero González D, Alvarez Morezuelas MN, Madariaga Estensoro L, González Llinares R, García Urbaneja M.

Subdirección de Calidad de Osakidetza. Organización Central de Osakidetza. Vitoria-Gasteiz.

INTRODUCCIÓN:

Hablar de conceptos claves relacionados con la seguridad como son daño, riesgo o error no es algo novedoso de la última década, ya que han sido tratadas desde hace siglos por varios filósofos o personas destacadas. En la vida diaria ninguna de nuestras acciones están exentas de riesgo y tampoco en la práctica sanitaria. Por eso la frase que se atribuye a Hipócrates "*Primum non nocere*", ante todo no dañar, es uno de los principales preceptos que a todo estudiante de medicina se le enseña y que debe hacer reflexionar sobre los posibles daños que sus acciones, en cualquier intervención, puedan provocar. En Osakidetza la seguridad tampoco es un concepto novedoso. Ya en el Plan de Calidad de Osakidetza 03-07, se incluía la seguridad como una dimensión de la calidad que articula objetivos específicos y la misión de los procesos asistenciales. Este documento recogía el desarrollo de planes corporativos como el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN), planes de prevención de úlceras por presión y caídas, el Plan de Hemovigilancia, la declaración de EA causados por medicamentos y

la monitorización de las complicaciones en unidades asistenciales. Este año Osakidetza inicia su cuarto ciclo de planificación estratégica, el Plan Estratégico 2008-12, que incorpora una línea específica en Seguridad Clínica y que pretende potenciar aún más, el despliegue de estrategias encaminadas a la prestación mas segura de nuestros servicios.

No cabe duda que el empuje que ha tenido, tiene y tendrá esta línea de actuación en nuestro ámbito, viene marcado por un contexto internacional en el que la seguridad del paciente y su impacto, han pasado al centro de la escena mundial. A raíz de la publicación y de la trascendencia a los medios de comunicación de informes publicados en los 90, comenzó un movimiento importante en pro de la Seguridad del Paciente. Esto hizo que las organizaciones sanitarias internacionales y los sistemas de salud, miraran y copiaran a aquellos sectores no sanitarios, como el aeronáutico o el de la energía nuclear, que llevaban tiempo trabajando en gestión de riesgos, y que en la actualidad son industrias que proporcionan una actividad más segura.

El desarrollo de una cultura de seguridad mediante la sensibilización de los profesionales, el uso de herramientas de gestión de riesgos y de sistemas de notificación de incidentes, son algunos ejemplos de las estrategias adoptadas por el sector sanitario de todo el mundo.

Por todo ello hoy en día la Seguridad de Pacientes se considera un aspecto clave de las políticas de calidad de los sistemas de salud y por ello es un objetivo fundamental de los gestores sanitarios. Las principales organizaciones internacionales, como la OCDE, el Consejo de Europa o la Organización Mundial de la Salud, entre otras, han incluido este tema en su agenda de prioridades. En el propio Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Seguridad de los Pacientes es una de las prioridades recogidas y desde hace unos años se está desplegando una estrategia específica en coordinación con sociedades científicas y con las Comunidades Autónomas. Los estudios nacionales ENEAS (Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la hospitalización) y APEAS (Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud), este último de referencia mundial, han servido para conocer la prevalencia de EA en el Sistema Nacional de Salud y cual es la naturaleza de los mas frecuentes.

En el año 2006 y a raíz de este movimiento internacional, Osakidetza inició un proyecto de investigación financiado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco, Osteba, que constituiría el proyecto piloto y el preámbulo del despliegue de la estrategia corporativa en Seguridad del Paciente de Osakidetza en los últimos años y que es el que describimos a continuación.

OBJETIVOS

1) Implantar en Osakidetza una estrategia para promover la cultura de seguridad e integrar la gestión de riesgos en la gestión de procesos, a través de:

- La creación de una cultura de seguridad
- La formación de los profesionales en herramientas de gestión de riesgos, capacitándoles para hacer análisis de las debilidades del sistema y de los sucesos adversos ocurridos, así como de ser capaces para proponer mejoras.
- Implantación de un sistema de notificación y aprendizaje en seguridad de pacientes.

2) Desarrollo de las líneas específicas en seguridad clínica: Planes de Vigilancia Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN), prevención y monitorización de úlceras por presión y caídas, gestión por procesos en la hemotransfusión, monitorización de eventos ligados a la medicación así como la revisión del proceso de gestión farmacoterapéutica.

METODOLOGÍA:

Osakidetza es un ente público de derecho privado desde 1998, formado por unos 23000 profesionales distribuidos en 31 organizaciones de servicio entre hospitales, comarcas de atención primaria, organizaciones de salud mental extrahospitalaria y la organización central que dan servicio a mas de 2 millones de habitantes. Desde 1992, en Osakidetza, ha existido un compromiso explícito con la calidad y el desarrollo de planes orientados a la mejora continua, adoptando el modelo de gestión de la calidad total EFQM y elaborando guías metodológicas que contribuyen a identificar y mejorar los procesos más importantes. Todo ello ha evolucionado, y

ha llevado a que contemos con numerosas organizaciones con certificaciones en la norma ISO 9001:2000, que 14 organizaciones hayan superado los 400 puntos del modelo EFQM, 3 hayan superado los 500 puntos, uno ha obtenido el galardón "Prize" y otro ha sido "Finalista- Award". Con todo ello podemos afirmar que en Osakidetza existe una cultura de la calidad.

1). La fórmula para desplegar la estrategia corporativa en Seguridad de Pacientes consiste en hacer un despliegue en cascada coordinado e iniciado desde la Subdirección de Calidad de Osakidetza en colaboración con las Subdirecciones de Atención Especializada y de Atención Primaria. Sin embargo el verdadero protagonismo corre a cuenta de cada una de las organizaciones sanitarias (OS) que participan, y aprovechando las iniciativas en pro de la seguridad que en algunos de ellos comenzaban a producirse.

Este despliegue se ha estructurado en diferentes etapas en función del nivel asistencial del centro:

- A) Despliegue en la atención hospitalaria y en Emergencias (inicio año 2007).
- B) Despliegue en la atención primaria y salud mental extrahospitalaria (inicio año 2008).

En ambas etapas se han incluido las siguientes fases:

1. Presentación de las líneas de trabajo a las gerencias de las organizaciones de servicio.
2. Cada una de las organizaciones que decide participar en esta estrategia diseña el despliegue en su organización.
3. Diseño y desarrollo de un Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad de Pacientes (SNASP). Este sistema anónimo y local permite recoger los EA y facilitar el análisis de los mismos en torno a la seguridad del paciente. La gestión de estos sistemas y de sus registros es local, mientras que la Subdirección de calidad de Osakidetza sólo recibe información acerca de las buenas prácticas implantadas en la organización.
4. Formación- Acción (FOAC). Formación teórico- práctica de un grupo corporativo de referentes procedentes de cada una de las organizaciones. Acción: los referentes son los encargados de desplegar la estrategia en su organización trasladando los conocimientos y habilidades adquiridas en el grupo corporativo a cada una de sus organizaciones. La formación impartida desde la Organización Central consiste en una formación teórica y práctica que abarca los siguientes contenidos:
 - Conceptos básicos en seguridad del paciente
 - Manejo de las herramientas de gestión de riesgos (AMFE y Análisis causa raíz-protocolo de Londres).
 - Beneficios de los sistemas de notificación y experiencia acumulada en nuestro entorno. Implantación del SNASP.
 - Desarrollo del Plan de Acción. Incorporación de buenas prácticas.

Paralelamente a la estrategia descrita anteriormente y junto con la Asesoría de enfermería de Osakidetza, se aborda la seguridad del paciente, centrada en la continuidad de los cuidados, del siguiente modo:

- A) Talleres de prevención de úlceras por presión (UPP) y caídas para diplomados universitarios en enfermería (DUEs). En las sesiones de difusión del protocolo de UPP se imparte un módulo en seguridad clínica que aborda conceptos básicos en seguridad. Durante el año 2008 está planificada la difusión del protocolo de caídas y en esta difusión se aprovechará para difundir la cultura de seguridad clínica a los profesionales sanitarios.
- B) Curso específico en Seguridad Clínica como formación continuada para DUEs y auxiliares en enfermería.

2). Otros abordajes específicos en materia de seguridad son también:

- PVPCIN: Orientación a la mejora continua de los planes (que existen desde 1999 y han sido sometidos a dos evaluaciones externas en 2000 y 2004). El contar con una herramienta de autoevaluación de estos planes contribuye a su óptima gestión.
- Impulsar y motivar en el uso de herramientas que favorezcan la prevención de los EA por el uso de medicamentos, como el "Cuestionario de autoevaluación del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales".

- Implantar la gestión por procesos corporativa en el proceso de Hemotransfusión.
- Promover ámbitos de difusión e información para los profesionales mediante un boletín específico de seguridad clínica y un espacio dedicado íntegramente a la seguridad en la intranet corporativa.

RESULTADOS:

1) Estrategia para promover la cultura de seguridad e integrar la gestión de riesgos en la gestión de procesos.

Alcance de la estrategia

- Durante el desarrollo de la primera edición que se inició en el año 2007, se organizó una sesión para las gerencias de todas las organizaciones de servicio de Osakidetza. A esta sesión asistió el 66% de los directivos convocados (gerente, dirección médica y dirección de enfermería), a los cuales se les presentó la estrategia corporativa que se estaba iniciando y se les sensibilizó en conceptos claves de cultura de seguridad de pacientes. Posteriormente se han hecho sesiones locales con los directivos para fomentar su participación y reforzar el proyecto.
- Durante estos dos últimos años están participando el 96% de las organizaciones de servicio (OS) del Ente: 7/7 Comarcas de Atención Primaria, 2/2 organizaciones de Salud Mental Extrahospitalaria y 17/18 hospitales (11/11 H.Agudos; 2/3 H.Medica-larga estancia; 4/4 H. Psiquiátricos) y Emergencias.
- Por cada una de estas organizaciones de servicio se ha creado una unidad funcional, excepto en una de las organizaciones donde existen dos unidades dado el tamaño y característica de la organización. Entendemos por unidad funcional como el grupo de trabajo que forma y sensibiliza a los profesionales de su organización, recoge EA en seguridad, analiza estos eventos y pone en marcha planes de mejora. Con todo ello contamos con 28 unidades funcionales y en algunos centros se han desarrollado comisiones de seguridad específicas (medicamentos).
- Estas 28 unidades funcionales están constituidas por 135 profesionales multidisciplinares (directivos, médicos, enfermeras, farmacéuticos, técnicos de calidad y personal administrativo) 92 pertenecientes al ámbito hospitalario y 43 al ámbito de primaria y salud mental extrahospitalaria. Cabe destacar la participación del 100% las unidades de calidad como apoyo metodológico y del 83% de los servicios de farmacia hospitalaria.
- Estos 135 profesionales han asistido a las sesiones corporativas de formación-sensibilización y se han encargado de realizar formación en cascada a 2520 personas que junto con las personas formadas en continuidad de cuidados esta cifra alcanza las 4200 personas (aproximadamente un 18% de Osakidetza) formadas en seguridad clínica (datos a junio 2008). Dado que el lanzamiento del proyecto en atención primaria y en salud mental extrahospitalaria aún no ha finalizado, a que existen diversos foros y jornadas organizados en Osakidetza donde se incluyen módulos y sesiones de seguridad clínica, y especialmente a que este proyecto tiene y seguirá teniendo una continuidad en el tiempo, es de esperar que la cifra sea mayor y siga creciendo.

Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad de Pacientes (SNASP)

- En el 2006 se diseñó junto con el grupo de profesionales del proyecto Osteba una herramienta de notificación y aprendizaje en seguridad de pacientes cuya principal característica es que se trata de un sistema anónimo, general y local en su implantación y gestión. La herramienta está diseñada en Access y contiene campos, en su mayoría desplegables, agrupados en dos pestañas o apartados, 1) el primero recoge toda la información sobre el suceso ocurrido que puede estar relacionado con cualquier aspecto que entrañe un riesgo para el paciente: medicamentos, procedimientos quirúrgicos, hemoderivados, etc. 2) el segundo apartado pretende recoger los factores que contribuyeron a la ocurrencia del suceso y que nos ayudarán a realizar un análisis lo mas completo posible. Tan sólo dos campos son obligatorios de cumplimentar: la fecha de notificación que se autoregistra y el campo libre de

descripción del suceso que sin su cumplimentación no se guarda el registro. La notificación de un suceso haciendo registro en las dos pestañas no lleva mas de 10 minutos.

- Desde la primera versión piloto del sistema para atención hospitalaria en el 2006 se han elaborado cuatro adaptaciones del SNASP. Uno específico para las organizaciones sanitarias de atención hospitalaria con sus correspondientes mejoras, otro para una unidad neonatal (coordinadora del EuroNeoSafe, proyecto de la UE en seguridad del paciente en neonatología), otra para las comarcas de atención primaria y otro para las organizaciones de salud mental extrahospitalaria. Se ha distribuido la herramienta al 100% de los centros que han participado y actualmente en 13 de las 27 OS se recogen los EA a través del SNASP diseñado para ello y en 4 de ellas se utilizan los sistemas de recogida de incidencias que ya disponían para la gestión de procesos y certificación ISO. En un total de 17 OS se recogen y analizan EA en seguridad del paciente.

Formación y aplicación de herramientas de Gestión de riesgos, FOAC.

- El esquema de formación seguido ha sido el mismo para la fase piloto y las subsiguientes etapas. Estas sesiones no son meras sesiones de formación teórico-prácticas, sino que también son sesiones de intercambio de experiencias del proyecto y de seguimiento del despliegue. Proporcionando a las organizaciones participantes de una fuente de información y de ayuda cercana. La formación fue distribuida en 5 sesiones de 5 horas cada una. Estas sesiones se dividen en dos partes: una parte de formación teórica en la que los docentes imparten conceptos básicos o hacen una puesta en situación, y una segunda parte donde los asistentes asumen el protagonismo y donde ensayan las habilidades o herramientas aprendidas.
- Para conseguir un máximo aprovechamiento o aprendizaje y para potenciar el despliegue en las organizaciones de servicio, se proponen una serie de actividades a realizar en sus organizaciones. Estas actividades consisten básicamente en: crear un grupo de seguridad, hacer formación-sensibilización, implantar un sistema de recogida de información de EA, utilizar las herramientas de análisis de riesgos en procesos y en casos reales, y por último implantar mejoras detectadas por las herramientas de análisis.
- Una de las herramientas de gestión de riesgos impartida es el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Los centros deben elegir un proceso susceptible de riesgo y realizar el AMFE. El 90% de las organizaciones participantes han realizado al menos un AMFE y de estos el 70% han elegido el proceso farmacoterapéutico, parte de él o el proceso relativo a un fármaco específico. Los anticoagulantes son los fármacos que mas han preocupado a los profesionales sanitarios (de entre los AMFEs relacionados con farmacoterapia, el 26% hacían referencia a anticoagulantes)
- Como herramienta de análisis de causas ante la ocurrencia de un evento adverso, la formación se centró en el "Protocolo de Londres" de Ch.Vincent, ya que se trata de una herramienta muy completa y mas sencilla de utilizar que otras. Haciendo uso de los sistemas de información y recogida de EAs, principalmente de los sistemas de notificación específicos de seguridad de pacientes (SNASP), las organizaciones están utilizando el Protocolo de Londres para analizar e identificar los factores contribuyentes de nuestros sistemas. Hasta la fecha se han recogido al rededor de 515 incidencias en seguridad de pacientes y de estas el 53% están analizadas (datos de marzo 2008).
- A pesar de que la segunda etapa del lanzamiento del proyecto aún no está concluida, hasta la fecha 14 organizaciones (51%) han implantado recomendaciones derivadas de los AMFEs y/o del análisis causal de los EAs.

2.) Otros resultados derivados

- Los profesionales de Osakidetza han recibido y se han implicado activamente en el proyecto de seguridad a la vista de las diversas jornadas que se han organizado no sólo desde la Organización Central, sino también en jornadas organizadas por los hospitales o comarcas de atención primaria y que han

sido destacadas por número de asistentes y por los ponentes invitados. También los documentos de difusión- formación que algunas OS han elaborado o las secciones en seguridad clínica que se han creado en algunas webs de nuestros centros.

- Destacamos la buena acogida que ha tenido el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales" 2007. Esta herramienta que apareció en pleno desarrollo del proyecto con atención hospitalaria ha sido utilizada por 10 de nuestros hospitales (55% de los hospitales de Osakidetza) y están previstas reuniones de análisis de los resultados obtenidos.
- Todos los hospitales de agudos y media larga estancia han iniciado el proceso de orientación de los PVPCIN hacia la mejora continua, dotándolos de estructura de proceso, e integrándolos en el mapa de procesos de cada organización. Así mismo se ha construido una herramienta de autoevaluación capaz de detectar áreas de mejora para el centro en materia de infección nosocomial.

CONCLUSIONES

Varias son las conclusiones que podemos extraer de la experiencia cosechada por Osakidetza.

- La primera de ellas es que nuestra sólida estructura en gestión por procesos y la cultura de calidad que existe en nuestra organización ha facilitado la acogida de las herramientas de gestión de riesgos. Aquellas organizaciones con mayor calado de cultura de calidad se han convertido en expertos en el uso de herramientas de gestión de riesgos y el avance del proyecto ha sido mas acelerado. Pero también podemos extraer conclusiones en sentido inverso, y es que el proyecto de seguridad ha mejorado la disposición de los clínicos a adoptar la gestión por procesos como herramienta de mejora de la seguridad y de la calidad del servicio.
- La formación-sensibilización y el dar el protagonismo a cada OS para adaptar el proyecto a las características de cada una, han sido claves de éxito para conseguir los objetivos del proyecto. A la vista de los resultados obtenidos podemos concluir que aquellas organizaciones sanitarias que han hecho mayor difusión de la cultura de seguridad son también aquellas donde mayor y mejor acogida ha tenido el uso de herramientas de gestión de riesgos. En especial se ha observado como la sensibilización y la formación, ha sido y es, la mejor fórmula para romper las barreras a la notificación de EAs. Por otro lado la diversidad existente en la red en cuanto a las metodologías adoptadas por cada una de las OS, es un banco de experiencias muy enriquecedor para definir la estrategia futura para toda la organización.
- A pesar de que acogemos este resultado con ilusión y buenas perspectivas para el futuro, somos conscientes de que aún queda mucho camino por recorrer. A corto plazo nos planteamos valorar si es posible un sistema único de comunicación de los sucesos adversos (seguridad pacientes) y de las no conformidades-incidentes (gestión de procesos y norma ISO 9001:2000) o si es necesario gestionar estos casos en sistemas independientes. Las experiencias con las que contamos parecen reflejar la posibilidad de hacer uso de un sistema sencillo y general (seguridad y gestión por procesos-ISO) que nos permitan hacer análisis de EAs y de ahí mejorar nuestros sistemas. A medio plazo creemos que será necesario dar soporte a las unidades funcionales, en formación, en información actualizada, etc, para poder avanzar en la diseminación de la cultura de seguridad en cada uno de los centros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Osakidetza. Plan de Calidad 2003-2007. Estrategia de Mejora. Osakidetza. Diciembre 2002
- Osakidetza. Plan Estratégico 2008-2012. De la Excelencia a la Innovación. Osakidetza. 2008
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is Human: Building a Safer Health Care System. Committee on Quality of Health Care in America. IOM.1999
- World Health Organization. <https://www.who.int/patientsafety/en/> (Acceso, el 8 de julio de 2008)

5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Abril 2007.

6. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. Madrid Ministerio de Sanidad y Consumo; 8-9 de febrero de 2005.

7. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

8. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

9. Pérez MJ, Iruretagoyena ML, González-Llinares R, Cantero D, Alcalde G, Manzano A et al. *Desarrollo y evaluación de herramientas para la seguridad del paciente que puedan ser incorporadas en la gestión de procesos asistenciales*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-03.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

NUEVOS RETOS PARA LA MEJORA CONTINUA.

Mikel Ugalde

Director de EUSKALIT, Fundación Vasca para la Excelencia.

Observamos en nuestro entorno que hay 4 retos o 4 propuestas que tienen más presencia que otras en el ambiente y que pueden ser fuentes para la reflexión y para la acción de las organizaciones, tanto del ámbito de la salud, como de cualesquiera otros:

- La calidad
- La excelencia en la gestión
- La responsabilidad social
- La innovación

La calidad

En los años 80, diversos sectores de actividad industrial, tanto en Europa como en Estados Unidos, se vieron amenazados por la llegada de productos procedentes de Japón, Taiwan, Corea del Sur y otros países asiáticos. La Comunidad Europea animó a las empresas industriales a que implantaran Sistemas de Calidad basados en las normas de la serie ISO 9000 para así mejorar la calidad de los productos europeos. También hubo quien pensó que exigir a los proveedores locales la certificación de dichos sistemas y establecer ésta como uno de los criterios de compra, podría servir para levantar una barrera de tipo técnico para la entrada en Europa de productos procedentes de empresas no certificadas. Miles de empresas europeas implantaron estos Sistemas de Calidad y los certificaron en la década de los años 90, pero sus competidoras también lo hicieron con igual diligencia y celeridad...

Desde la industria, la implantación de los Sistemas de Calidad se ha ido extendiendo rápidamente a las empresas de servicios y también a las entidades de titularidad pública. La mayoría de las personas opinan que estos sistemas les han ayudado a trabajar con más organización y rigor, los ven útiles y los van mejorando continuamente. Algunas se quejan de que generan papeleo y burocracia

En algunos casos los sistemas de calidad se implantaron "de prisa", con el principal propósito de "obtener un certificado" y sin la debida participación, en su génesis, de las personas que deben aplicarlo y luego mantenerlo vivo y actualizado. Con ello se han generado algunas percepciones erróneas acerca de qué son y para qué sirven estos sistemas. Hay quien proclama, incluso, que la calidad mata la creatividad y la innovación y que los procedimientos generan burocracia e impiden evolucionar a la organización.

La Norma ISO 9.001 y otras que establecen los requisitos de los Sistemas de Calidad son suficientemente flexibles – quienes las interpretan, a veces, no lo son tanto - para que cada organización pueda definir cuál es el grado de documentación que necesita para funcionar debidamente. Escribiendo lo estrictamente necesario para preservar nuestro conocimiento y poderlo compartir y dotándonos de una mecánica que nos permita irlo mejorando con agilidad para tenerlo actualizado, no cabe duda de que un Sistema de Calidad es una inversión altamente rentable. Quienes no lo perciban de esta manera, tienen una oportunidad entre sus manos.

En el año 2.000 se publicó una nueva versión de estas normas ISO 9.000. En ella se propone la gestión basada en procesos y también reduce el número de los "procedimientos obligatorios" que recogía la versión anterior. Algunas organizaciones, que ya cumplían con los requisitos anteriores, se limitaron a dibujar un mapa de procesos y relacionarlo con los procedimientos previos, sin apenas modificar su sistema.

La gestión basada en procesos puede aportar, en muchas organizaciones, grandes ventajas frente a la manera más "tradicional", basada en una estructuración de la organización en base a agrupar en cada área a los especialistas de una determinada materia. El paso de un modelo hacia el otro vemos que se va haciendo lentamente y a veces la gestión por procesos es una adenda paralela al sistema tradicional, que sigue siendo el imperante para dirigir la organización. Después de establecer su Sistema de Calidad, algunas empresas han desarrollado Sistemas de Gestión Medioambiental, de Prevención de Riesgos Laborales, etc. A veces los han desarrollado personas diferentes y se han convertido en "mundos paralelos" con insuficiente integración entre ellos, redundancias e ineficiencias.

La excelencia en la gestión

Al terminar la II Guerra Mundial, los americanos pudieron acceder a las actas de las reuniones de la jefatura del ejército japonés y comprobaron, con asombro, que pocos meses después de haberles forzado a entrar en la guerra con su ataque a Pearl Harbour, los japoneses eran plenamente conscientes de que iban a perderla. Se dieron cuenta de que habían minusvalorado el potencial industrial de los Estados Unidos. Las técnicas de "producción en masa" sumadas a la utilización masiva en los procesos de fabricación de técnicas estadísticas como las tablas de muestreo y el Control Estadístico de Procesos, desarrolladas en la década de los años 30, permitían a la industria americana fabricar mucho más material de guerra y de mejor calidad que el japonés.

El general Mc Arthur, nombrado gobernador de Japón, se marcó como objetivo facilitar que sus empresas pudiesen desarrollar una industria competitiva, capaz de dar sustento a la numerosa población del país. Se tradujeron muchos libros americanos sobre gestión y se realizaron visitas a Estados Unidos. Edward Deming, Joseph Juran y otros expertos americanos enseñaron en Japón a empresarios y directivos los métodos más avanzados de control de la calidad, producción y gestión. En 1951 la JUSE (Union of Japanese Scientists and Engineers) lanzó el primer Premio a la Calidad, el Premio Deming, cuyo propósito era identificar a las empresas más avanzadas para que pudieran servir de ejemplo al resto del tejido industrial.

Los japoneses no sólo fueron buenos discípulos que aplicaron con rigor lo aprendido de los americanos sino que, además, evolucionaron y desarrollaron otras muchas metodologías de gestión en las décadas siguientes: 5S, 7H, poka yoke, kaizen, Just in Time, círculos de calidad, métodos Taguchi, Total Productive Maintenance, Quality Function Deployment, minicompañías, Hoshin Kanri,... Estas metodologías tienen una base científica y técnica que promueve el rigor en la gestión, pero lo más destacado de ellas es que, además, impulsaron y facilitaron que los trabajadores se sintieran mucho más partícipes del proyecto empresarial, implicándose en la mejora continua de sus actividades. Los nipones acuñaron el término Company Wide Quality Control para denominar a todo este entramado de metodologías de gestión.

Con todas estas iniciativas, muchos sectores de la industria japonesa – y también de otros países de su órbita de influencia en Asia - se convirtieron en líderes a nivel mundial. A comienzos de los años 80 los americanos reaccionaron, visitaron Japón, acuñaron el término Total Quality Management y comenzaron a aplicar bajo esta denominación los conceptos y metodologías que importaron del país del Sol Naciente. En 1987 el Congreso de los Estados Unidos aprobó la ley por la que se creó el Premio Nacional Malcolm Baldrige con el propósito de identificar y difundir las mejores prácticas de gestión de las empresas americanas, al igual que hicieron los japoneses décadas antes.

En Europa se produjeron dos reacciones. La primera estuvo basada en los Sistemas de Calidad. La segunda reacción se produjo desde la iniciativa privada y 14 grandes empresas crearon en 1988 la European Foundation for Quality Management (EFQM) para impulsar el Total Quality Management en Europa. La EFQM desarrolló y publicó en 1991 su Modelo de Gestión y en 1992 entregó por vez primera los Premios Europeos a la Calidad Total. Después modificó sus

denominaciones, siendo actualmente "the EFQM Excellence Model" y "EFQM Excellence Award".

En diciembre de 1992, por iniciativa del Gobierno Vasco, se constituyó la Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad, siendo nuestra denominación actual EUSKALIT – Fundación Vasca para la Excelencia.

Los primeros debates del Patronato de EUSKALIT fueron acerca de si debía impulsar los Sistemas de Calidad basados en Normas ISO o la Calidad Total. Existía ya una clara determinación por las grandes empresas industriales vascas de apostar por estas normas ISO y de exigirlo además a sus proveedores y también había subvenciones de la administración pública. Por ello se entendió que ya existían fuerzas que harían avanzar rápido su despliegue y, si bien, se decidió apoyarlo organizando cursos sobre estas normas, se optó por poner el foco en el largo plazo y comenzar a difundir en Euskadi los conceptos y metodologías de Calidad Total / Excelencia. En 1997 desarrollamos un esquema de reconocimientos, basados en el Modelo EFQM y su escala de medición de 0 a 1.000 puntos: la "Q de plata" para organizaciones que superen los 400 puntos y la "Q de oro" para las que superen los 500. Posteriormente desarrollamos el "diploma de compromiso con la excelencia", como nivel previo.

A mediados de 2008, 151 organizaciones disponen de este diploma, otras 138 han logrado la Q de plata, 29 la Q de oro y 15 más han obtenido reconocimientos en el EFQM Excellence Award. Es notable la diferencia en cuanto al grado de avance de unas y otras, pero todas ellas no han hecho sino cubrir algunas metas volantes en el camino – imposible de finalizar – hacia la excelencia.

El Modelo EFQM no se debería "implantar" como tal. El modelo es una fuente de inspiración para que los equipos directivos identifiquen conceptos que pueden serles útiles para reforzar su sistema de gestión o dirección de su empresa u organización. Y siempre, al servicio de los objetivos estratégicos que hayan definido.

A los diferentes elementos que componen este modelo se les asigna una puntuación fija, con vistas a evaluar a los candidatos a los premios o reconocimientos. Pero la trascendencia real de cada uno de los conceptos que propone el modelo EFQM, es diferente para cada organización y depende de cómo puedan contribuir al logro de los objetivos estratégicos que se haya marcado. Es función de la Dirección el determinarla.

Como marco conceptual "la excelencia" engloba tanto a la calidad, como a la Responsabilidad Social o la innovación. Como fuentes de inspiración para reflexionar y detectar ideas que puedan enriquecer los sistemas de gestión, los Modelos de Excelencia abarcan el más amplio espectro de conceptos y son muy útiles para tener una visión global. La contrapartida es que "el que mucho abarca poco aprieta". Por ello para profundizar en el conocimiento que incorporan los modelos de excelencia, se debe recurrir a otros modelos, guías y normas y, por supuesto, a la aplicación de metodologías y herramientas.

Además de las algo más de 300 organizaciones que han recibido algún reconocimiento a la excelencia, calculamos que otros centenares realizan autoevaluaciones basadas en el Modelo EFQM y que son más numerosas las que aplican metodologías de Calidad Total en el País Vasco. La mayoría avanzan por convicción y buscando la mejora de la eficiencia y competitividad. Los reconocimientos pueden ayudar a traccionar del esfuerzo de mejora en la organización y a reforzar el espíritu de equipo, debidamente utilizados. O a reforzar el desdén y el descrédito, al menos en parte de la plantilla, si perciben que su búsqueda obedece a intereses personales o que se sobrevalora su importancia una vez logrados, en lugar de servir como un mecanismo para reconocer el esfuerzo realizado hasta el momento y de renovar "los votos" para seguir mejorando.

También en el ámbito de la excelencia, como en los Sistemas de Calidad, vemos intérpretes del Modelo EFQM que, con una visión restrictiva del mismo, van proponiendo recetas estándar, sugiriendo "cómo ganar puntos" lo más rápido posible o planteando fórmulas del tipo "si no haces esto, no pienses en..." al margen de las verdaderas necesidades de la organización a la que aconsejan. Estudiar, estudiar mucho, recurriendo a las fuentes originales, puede ser el camino para evitar que bienintencionados inconscientemente incompetentes nos despisten con sus sugerencias.

La Responsabilidad Social Empresarial (RSE)

Diversos foros e instituciones promueven, al menos desde la década

de los años 80, la Responsabilidad Social. Términos como Sostenibilidad, Desarrollo Sostenible o Responsabilidad Empresarial se utilizan con significados muy cercanos o similares. El libro verde de la Unión Europea para la RSE la define como "la integración voluntaria por parte de las empresas de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y en las relaciones con sus interlocutores.

Se habla de las 3 dimensiones de la RSE:

- la responsabilidad económica: integridad, transparencia, desarrollo de proveedores locales,...
- la responsabilidad social: formación y desarrollo de las personas, apoyo a programas de la comunidad,...
- la responsabilidad ambiental: prevenir y reducir impactos ambientales, consumo de energía,...

En el País Vasco son, en general, las grandes empresas que ofrecen productos o servicios a numerosos usuarios o consumidores y también aquellas que puedan tener mayor impacto medioambiental las que están desarrollando iniciativas más activas en el ámbito de la RSE. Por otra parte hay un grupo de empresas y organizaciones de todo tamaño y sector que comenzaron a utilizar el Modelo EFQM como marco de referencia hace bastantes años que también han desarrollado formas de actuación avanzadas en las 3 dimensiones de la RSE.

Desde diferentes entidades de la Administración Pública vasca, al igual que desde la española o europea se es consciente del espacio de mejora aún existente y se siguen poniendo en marcha nuevas iniciativas que refuerzan la amplia bibliografía y ejemplos de buenas prácticas existentes.

Es claro que el capitalismo ochocentista que consideraba a las personas como un recurso más a explotar va quedando para los libros de historia. Pero la evolución social en valores y hábitos que hemos experimentado en las últimas décadas, la democratización de la posibilidad de acceder a la información y distribuirla y el poder de los consumidores, elevan continuamente la rampa que deben ascender algunas organizaciones para cumplir con las 3 dimensiones de la Responsabilidad Social.

La innovación

Es un concepto que siempre ha estado presente en la literatura de gestión y en las prácticas empresariales. Recientemente se le está prestando mayor atención desde diferentes instituciones y organizaciones en la comunidad europea, que ha definido a 2009 como el año de la innovación.

Hay definiciones de la innovación, como es el caso de la que expresa el Manual de Oslo, que la conciben con un sentido muy amplio como "todo cambio o mejora que se produce en la empresa tanto en producto, proceso, marketing u organización". Otras son más restrictivas o concretas y la entienden como "la capacidad de una organización de generar nuevos productos o servicios de éxito en el mercado".

Quienes optan por una definición global, suelen distinguir entre los cambios de gran calado o "innovación radical" y los menores o "innovación incremental", que también se ha venido llamando "mejora continua".

Centrándonos en la más concreta de las definiciones, para que una organización desarrolle su capacidad de generar nuevos productos o servicios exitosos, debe actuar en estos aspectos:

- La estrategia de la organización debe formular las ideas directrices acerca de cómo orientar la innovación definiendo los nuevos negocios, mercados, productos o servicios prioritarios y estableciendo planes de actuación y dotándolos de recursos.
- Los líderes deben crear una atmósfera y cultura en la organización que facilite y propicie el desarrollo de iniciativas innovadoras. Para que éstas se den es necesario explorar ámbitos desconocidos asumiendo riesgos e incertidumbres y conviviendo con ellos, obteniendo resultados dispares y aprendiendo tanto de los éxitos como de los fracasos. Por tanto los líderes deben hacer compatibles la gestión rigurosa, sistemática y ordenada en unos aspectos, con la búsqueda, la incertidumbre y la experimentación en otros.
- Los clientes son una de las principales fuentes de inspiración para el desarrollo de nuevos productos y servicios. Averiguar sus necesidades y expectativas actuales y futuras, comprender sus inquietudes y dificultades y observar cómo

utilizan los productos y servicios que actualmente les suministramos son fuentes inagotables de nuevas ideas. Asimismo debemos analizar a los clientes de nuestros clientes, cuando existan.

- Involucrar al mayor número posible de personas en la identificación de oportunidades, su análisis y materialización, estableciendo para ello sistemas de selección, adiestramiento, comunicación, retribución y reconocimiento que lo potencien. Podemos hacer que la atmósfera y cultura innovadoras vayan calando hasta las actividades cotidianas de las personas.
- Hay que establecer procesos que sean capaces de desarrollar y transformar las ideas en productos y servicios que, aportando un mayor valor añadido, tengan éxito en el mercado. Desde los procesos de I+D se pueden generar ideas que den lugar a innovaciones, pero su principal aportación suele ser la de dar respuesta a aquellas necesidades u oportunidades que se han detectado en el mercado y no se pueden cubrir con los conocimientos ya existentes en la empresa.
- El rápido desarrollo de la tecnología y especialmente las tecnologías para la información y la comunicación (TICS), nos abre nuevos campos con gran potencial innovador para nuestros productos y servicios.
- La correcta gestión de alianzas y de relaciones con proveedores puede incrementar sobremanera la capacidad propia de desarrollar nuevos productos o servicios, permitiendo afrontar oportunidades que no serían factibles de abordar en solitario.
- Por último es necesario establecer indicadores u otros mecanismos que nos permitan evaluar los resultados que estamos logrando y si alcanzamos los objetivos que nos habíamos marcado. Teniendo en cuenta que, a menudo, tiene lugar un importante desfase en el tiempo entre la puesta en marcha de las iniciativas innovadoras y el logro de los resultados y que hasta que no vemos estos no podemos anticipar si una iniciativa será una "innovación" o un "innochasco".

Estos aspectos son complejos de abordar y para hacerlo es preciso que la organización tenga ya resueltos otros elementos más básicos de su sistema de gestión. Es necesario contar con un sólido sistema que haga que las actividades operativas regulares funcionen sin contratiempos. Es necesario que la Dirección no consuma su tiempo y energías en resolver las cuestiones del "día a día" sino en crear el futuro. Es necesario que los objetivos y la estrategia de la organización sean conocidos y compartidos por las personas. Es necesario que exista confianza entre las personas. Es necesario que las personas tengan un excedente de capacidad que les permita aprender, comunicarse, reflexionar, aportar ideas y desarrollar proyectos innovadores, teniendo directrices de hacia dónde deben dirigir sus esfuerzos. Es necesario que las personas no teman al fracaso y a sus consecuencias si se han esforzado genuinamente. Lograr todo esto es fruto de muchos años de ir mejorando nuestro sistema de gestión. Cuando lo hayamos conseguido podremos dar un paso más y evolucionar hacia una organización realmente innovadora.

Conclusiones: retos pendientes.

Es bastante notable la diferencia existente entre el conocimiento acerca de cuáles son los elementos clave para el cuidado de la salud de cada uno mismo y el maltrato al que normalmente nos sometemos en la realidad.

En el ámbito de la gestión también es notable la diferencia entre las mejores prácticas de gestión, que están debidamente documentadas y recogidas en la bibliografía frente a las prácticas comúnmente realizadas.

Probablemente la causa raíz última de ambos fenómenos sea similar y si tratamos de averiguarla, como decía Juran, seguramente nos introduciremos en un terreno pantanoso y nos perderemos. Con su pragmatismo, Juran recomendaba actuar en un nivel anterior, más concreto. En el ámbito de la gestión podríamos:

- **Desarrollar un único sistema de gestión de la organización.** Un sistema de gestión basada en procesos, que se vaya enriqueciendo y ampliando a medida que se incorporan nuevas prácticas de gestión. Que la estrategia se

despliegue a través de él. Que las responsabilidades y las aportaciones de cada persona a la organización se vertebren en él.

- **Reflexionar globalmente.** Utilizar periódicamente – al menos durante una década - el Modelo EFQM u otros de los modelos de Excelencia existentes. Utilizarlo como marco global para reflexionar los equipos directivos acerca de cuáles son sus principales fortalezas y áreas de mejora en gestión. Ser selectivos a la hora de decidir qué fortalezas se deben consolidar y reforzar o qué áreas de mejora se deben abordar, teniendo para ello como referencia los objetivos estratégicos marcados. Utilizar las evaluaciones externas para contrastar el avance logrado y ampliar la visión de nuestra realidad.
- **Aprender y aplicar.** Para abordar las áreas escogidas, aprender mediante libros, normas ISO, guías de Responsabilidad Social, cuestionarios específicos para reforzar el diagnóstico en un área, participando en encuentros y compartiendo experiencias, visitando empresas avanzadas, contratando a especialistas,...y aplicar las numerosas metodologías de gestión actualmente disponibles para abordar las áreas seleccionadas.
- **Innovar.** Cuando dispongamos de un sólido sistema de gestión, podremos canalizar buena parte de nuestra energía a imaginar y crear nuevos productos, servicios, relaciones, proyectos,...nuevo futuro. Y así podremos abordar la parte más compleja – las etapas de montaña – del camino hacia la excelencia.

COMUNICACIONES ORALES



M1.01

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR DESTINADO A PRIMEROS RESPONDEDORES SANITARIOS EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL.

A. Escribá Bárcena, M. J. Luengo Alarcia, S. Sánchez Alonso, Á. Alonso Ovies, C. Vaquerizo Alonso, J. Álvarez Rodríguez.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.
mudesc@yahoo.es

INTRODUCCIÓN: El adecuado manejo de las paradas cardiopulmonares es un indicador de calidad asistencial hospitalaria. Un 0,4-2% de los pacientes ingresados precisan resucitación cardiopulmonar (RCP), casi un 50% fuera del área de Cuidados Críticos. La mortalidad y las secuelas pueden reducirse mejorando la respuesta asistencial durante la parada, optimizando la "Cadena de Supervivencia? intrahospitalaria (principalmente la desfibrilación y el soporte vital básico precoces) por los primeros respondedores sanitarios destinados en áreas donde la primera atención en caso de parada dependa directamente de su intervención.

OBJETIVOS: 1. Difundir el Plan de RCP vigente al personal sanitario y transmitirles la importancia de su participación activa. 2. Facilitar la utilización de los carros de paradas y desfibriladores disponibles en el Centro. 3. Desarrollar un Plan de Formación Continuada y actividad docente destinado primeros respondedores sanitarios.

MÉTODO: Para cumplir los objetivos se han desarrollado los siguientes pasos: a) Creación de un Comité de RCP Intrahospitalario b) Análisis de la situación actual e identificación de oportunidades de mejora en la RCP hospitalaria c) Creación de un proyecto dirigido específicamente al personal destinado en Plantas de Hospitalización con tres líneas de actuación: 1. Difundir el Plan de RCP y su importancia como indicador de calidad asistencial 2. Facilitar el acceso y utilización al equipamiento disponible (carros de paradas) 3. Elaboración de un Plan de Formación Continuada adecuado a sus necesidades. **RESULTADOS:**

1. Difusión del Plan de RCP: 1a) Se presentó el Plan de RCP en Sesión General Hospitalaria, con sus principales objetivos. 1b) Se incorporó el Plan de RCP a la Intranet hospitalaria para su acceso universal. 1c) Se diseñaron y distribuyeron dípticos informativos al personal sanitario.

2. Facilitación del acceso a los carros de paradas y desfibriladores: 2a) Se diseñaron y colocaron carteles de señalización de los carros de paradas en las Plantas para facilitar su visualización. 2b) Se incorporaron en los carros manuales de actuación rápida para manejo del desfibrilador. 3. Plan de formación continuada: 3a) Se diseñaron y distribuyeron en los controles de Enfermería posters con los algoritmos de RCP. 3b) Se incorporaron los algoritmos a la Intranet. 3c) Se realizaron cursos de formación ajustados a la capacitación y responsabilidad de los participantes.

CONCLUSIONES: la elaboración de un proyecto de educación en RCP destinado específicamente al personal sanitario de Plantas de Hospitalización convencional facilita su participación activa en los protocolos de RCP como primeros intervinientes y mejora su adecuada realización y la calidad asistencial.

M1.02

EL IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL DE LA ORGANIZACIÓN

E. Olaetxea Urizar, F. Serna Rodríguez, M. Ortiz Ruiz De Loizaga, C. Beitia Fernández.

OSAKIDETZA-ORGANIZACIÓN CENTRAL.
esther.olaetxeaurizar@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: El plan de formación corporativo de Osakidetza en el ámbito del personal de administración y servicios generales se nutre de las necesidades formativas de cada una de las organizaciones del Ente, gestionadas en el proceso de formación. El diagnóstico de necesidades de formación se realiza partiendo de las líneas estratégicas de la corporación, incorporándose en el plan aquellas que dan respuesta a los distintos objetivos estratégicos, entre ellos el de "Calidad Total".

OBJETIVOS:

1) Asegurar la alineación de las acciones formativas incluidas en el plan de formación con el Plan Estratégico de la corporación.

2) Orientar los objetivos, metodología docente y diseño pedagógico de las acciones formativas a la interiorización en la organización de actitudes, herramientas y habilidades para su aplicación directa en proyectos de calidad. 3) Procurar el impacto de las acciones formativas en la consolidación del sistema de gestión de calidad total a través de la consecución por las diferentes OS de reconocimientos en el ámbito de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: El diseño del plan de formación en su conjunto se realiza de conformidad con los procedimientos asociados a la ejecución de las actividades de los tres subprocesos que componen el proceso de formación. Una vez realizado el diagnóstico de necesidades de formación y realizado el oportuno análisis de coherencia con el plan estratégico se determinan las acciones formativas. En los dos últimos planes de formación aprobados se han incorporado metodologías innovadoras en la gestión de las acciones formativas, con carácter general y en particular en la formación en las áreas temáticas relacionadas con la formación en calidad, con el objeto de conseguir un impacto más directo en la organización: FOACs, sesiones prácticas con grupos naturales, acciones formativas orientadas a proyectos concretos, planes específicos para colectivos concretos, formación en puesto de trabajo.

RESULTADOS: Como consecuencia de las acciones formativas realizadas en el ámbito de calidad, en este apartado se expondrán los resultados y los indicadores más significativos. En lo que respecta a la evaluación, además de la valoración obtenida de las encuestas de satisfacción se han implementado otras herramientas de medición, como por ejemplo, evaluación del docente, seguimiento en puesto de trabajo de la aplicabilidad de la formación o encuestas a mandos.

CONCLUSIONES: En este apartado se expondrán las conclusiones relativas a la posible contribución de estas acciones formativas en la consecución de los objetivos estratégicos, así como elemento facilitador para la obtención de reconocimiento en el ámbito de la Calidad.

M1.03

ENCUESTAS DE CALIDAD DE UN VIDEO-SIMULACRO DE UNA CATÁSTROFE EXTERNA

E. Alonso Formento, C. Thomson Llisterri, A. Torres Celda, F. Galve Royo, L. Gómez Gómez, A. Martínez Oviedo.

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.
ealonsof@salud.aragon.es

Objetivos: El objetivo es la difusión del Plan de actuación en catástrofes externas de nuestro Hospital, la actualización del mismo, la formación del personal del Hospital, la realización del primer simulacro de una catástrofe en nuestro Hospital, y una evaluación mediante encuesta escrita personal a participantes y videntes.

Material y métodos: Basándonos en el plan de actuación en catástrofes de nuestro Hospital, realizamos un simulacro real de la asistencia en el Hospital Obispo Polanco de Teruel de un accidente de un autobús con 46 pasajeros, con un total de 160 participantes.

Posteriormente se distribuyen encuestas escritas de autoevaluación del Plan de catástrofes y del vídeo-simulacro. **Resultados:** Como innovación en Calidad queremos exponer el vídeo de dicho simulacro que dura aproximadamente 30 minutos.

Se realizaron 95 encuestas escritas. Del total el 78,26% eran mujeres. Respecto a la edad el grupo de edad más frecuente es de los 40 a 50 años.

A todos ellos se les preguntó qué tipo de catástrofe consideran más probable, y el orden de más a menos probable fue en primer lugar el accidente de tráfico, el segundo una epidemia, y el tercero el accidente ferroviario.

Un 74,2% de los participantes en el simulacro habían oído hablar del Plan de Catástrofes de nuestro Hospital, pero sólo el 33,3% se lo habían leído. Tras la realización del simulacro el 64%. Consideran que de 1 a 10 el grado de preparación de nuestro Hospital antes de la realización del vídeo-simulacro ante una catástrofe era de 5,13, y de 6,78 tras él. Al preguntarles sobre la información que les había aportado el vídeo-simulacro nos puntuaban de un 7,48.

Un 72,4% de los videntes del vídeo encuestados conocían que el Hospital disponía de un Plan de Catástrofes. El 55,2% de ellos creen que estamos preparados para una catástrofe similar. Nos dan una puntuación al vídeo de 8,07 sobre 10, y en información un 7,45 sobre 10. El grado de confianza que les inspira la atención sanitaria ante una catástrofe es de 7,38.

Conclusiones:

No hay ningún hospital que esté preparado para una catástrofe. Es fundamental en una catástrofe una asistencia previamente planificada y una exquisita organización. Con la realización de estos simulacros su grabación y posterior emisión dentro y fuera del Hospital y la evaluación de los mismos se consigue la mentalización, una mayor difusión del Plan de catástrofes a todo el personal implicado, y mejor formación del mismo.

M1.04**ESTABLECER UNA LINEA DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA**

M. Caldentey Tous *, G. Tamborero Cao, S. Cibrián Sánchez, J. M. Méndez Guillaumet, M. Servera Gornals, S. Martín Delgado.

CENTRO DE SALUD COLL D'EN REBASSA

mcaldentey@ibsalut.caib.es

OBJETIVO: Establecimiento de una línea plurianual en calidad.

ÁMBITO: Centro de salud (CS) urbano y docente de Mallorca de 26100 habitantes.

MÉTODOS: Los servicios de un centro de salud, no únicamente deben ser asistenciales, sino deben ser completados con otras actividades como son la docencia y la investigación operativa. Por otra parte, investigar mediante líneas de investigación estables como la calidad y de forma plurianual ha demostrado importantes ventajas sobre la investigación aislada y de carácter oportunista. Entre otros resultados permite: mejorar la calidad de los servicios a largo plazo, actuar como elemento motivador para el profesional, facilitar el trabajo en equipo y mejora difusión de la imagen del centro ante nuestros clientes, entre otros. En un centro de salud docente es relevante el volumen en la calidad de investigación, trabajar mediante líneas estables, como la calidad, permite la obtención de productos de investigación, que pueden incrementar la motivación profesional, actuar como instrumento de mejora y unificar metas de investigación para todos los profesionales del centro.

RESULTADOS: La línea de calidad del Centro de Salud ha generado en el período 2005-2007: 29 comunicaciones en Congresos (21 comunicaciones en formato póster y 8 comunicaciones orales), 5 artículos en revistas médicas, 3 ponencias y 2 premios. Además de la realización de un libro con la participación del 55% de los profesionales del Centro de Salud. Se obtuvieron dos certificaciones externas: la Certificación de Calidad ISO 9001-2000 (AENOR) y el Certificate IQ-NET, el 7-7-2006 y la inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007 del Govern Balear, al superar la evaluación EFQM (agosto 2007).

CONCLUSIONES: La investigación operativa en calidad permite a medio y largo plazo una mejora de los servicios y prestaciones del centro, e incrementa los contenidos curriculares de los profesionales. Se ha implantado en el centro de salud, con participación de todos los estamentos y con alianzas estratégicas con instituciones externas.

M1.05**ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2 DE MADRID EN 2007**

E. Bartolomé Benito, F. Escudero Batalla, M. Á. Rodríguez Martínez, B. Carra Meana, Y. Martínez Cervantes, M. J. García-Amado García.

Gerencia Atención Primaria Área2.

elena.bartolome@salud.madrid.org

Objetivo: Formar a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EEAP) y Unidades de Apoyo (UA) de Atención Primaria del Área 2 de Madrid en el proceso de mejora continua y en las herramientas de calidad que garanticen una atención de calidad y permitan aumentar el desempeño de la Organización.

Material y método: Se diseñó en 2007 un programa de formación a profesionales sanitarios mediante una estrategia de formación de formadores. Se consigue acreditación de la Agencia Lain Entralgo (3,9 y 7,1 créditos respectivamente). A lo largo del año se implanta en 11 equipos y 6 unidades de apoyo. Posteriormente se evalúa el impacto conseguido con esta actuación. En 2008 se establecen líneas de acción en las áreas de mejora detectadas.

Resultados: Durante el año 2007 se forman 25 Responsables de Calidad de todos los EEAP (22) y 3 UA (40 horas, 30 horas presenciales y 10 horas a distancia). Los Responsables formados

diseñan un programa educativo descentralizado en los EEAP y UA de 30 horas (15 horas presenciales y 15 horas a distancia) en 12/ 21 EEAP y en 4/5 UA. Se forman 318 (43%) profesionales y se realizan 16 proyectos de mejora que se presentan en un certamen (III Premio a la Innovación y a la Calidad). Entre todos los proyectos se detectan más de 40 problemas. Finalmente se abordan: gestión pacientes sin cita, gestión de residuos, comunicación interna, implantación de programas institucionales y cartera de servicios. Se ponen en marcha 8 líneas de actuación. En la estrategia de mejora se han priorizado 2 áreas: Incompleta formación y falta seguimiento de las medidas implantadas. Medidas correctoras:

- Formación de Responsables de Calidad en 2008 en centros en los que no se impartió la docencia (porque cambió el Responsable) o refuerzo en equipos que no se han atrevido a hacerlo (2) para alcanzar 100% de EEAP y UA formadas.
- Evaluación de proyectos 2007 en junio de 2008 y creación de grupo de trabajo en proyectos comunes de gestión sin cita con las mejores prácticas resultantes.

Conclusiones: Mediante esta estrategia se va a conseguir en dos años formar a más del 70% de los profesionales de Atención Primaria del Área 2. Aplicando el ciclo de mejora en las distintas etapas del proceso formativo, se consiguen alcanzar los resultados docentes deseados. La elevada participación de profesionales y la aplicación en proyectos de mejora es el mayor exponente de ello.

M1.06**FORMACIÓN BASADA EN UN ENFOQUE INTEGRAL.- EXPERIENCIA PILOTO PARA EL COLECTIVO DE CELADORES**

F. Serna Rodríguez, C. Beitia Fernández, M. Ortiz Ruiz De Loizaga, E. Olaetxea Urizar.

OSAKIDETZA-ORGANIZACIÓN CENTRAL

francisco.sernarodriguez@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: El plan de formación de Osakidetza para el personal de administración y servicios generales está estructurado en distintas áreas temáticas, que pretenden cubrir las necesidades formativas detectadas en el diagnóstico realizado anualmente en el conjunto de las organizaciones. Dichas acciones están alineadas con el plan estratégico, dando respuesta a los distintos objetivos que lo componen. En el plan de formación para el año 2008 se están incorporando metodologías innovadoras, entre ellas introducir, como experiencia piloto, un enfoque integral de la formación de un colectivo, en este caso el de celadores.

OBJETIVOS: 1) Diseñar un enfoque integral de la formación que cubra de forma planificada el conjunto de las competencias (habilidades, conocimientos y actitudes) requeridas para el desempeño de una función. 2) Posibilitar la actualización permanente y la asunción de nuevos conocimientos y técnicas por parte del personal celador. 3) Contribuir a la integración del personal celador en el conjunto del equipo humano implicado en la satisfacción del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para el diseño del plan de formación integral para celadores, se ha creado un grupo de trabajo en el que han participado los responsables de personal celador de las organizaciones de servicios en que este personal es más significativo, por número o por características de la función desempeñada. Se ha censuado el contenido del plan de formación y las áreas a abordar en cada uno de los módulos identificados. Al objeto de establecer la metodología docente y programas se han formado tres grupos de expertos. Dado que se han combinado distintos enfoques pedagógicos (audiovisuales, role playing, etc.) se han incorporado al proyecto expertos en el diseño de audiovisuales, dinámicas grupales y de comunicación.

RESULTADOS: La implantación del plan integral de formación para el colectivo de celadores se ha iniciado en este ejercicio y en el plazo de tres años pretende cubrir el 100% del colectivo. Para el seguimiento y control del plan se han establecido objetivos y metas específicas asociadas a aspectos tales como la participación en las acciones formativas, la satisfacción con la formación recibida y la aplicabilidad de los conocimientos y habilidades adquiridos.

CONCLUSIONES: Se constata la idoneidad y la necesidad de un plan específico de formación dirigido al personal celador que permita la actualización permanente de los conocimientos y competencias en su ámbito, constituyendo por un lado un factor de reconocimiento del desarrollo profesional y por otro un instrumento de mejora en la calidad del servicio al usuario.

M1.07

FORMACIÓN CONTINUADA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. EXPERIENCIA CON UN MODELO DINÁMICO AJUSTADO A LAS NECESIDADES DEL ALUMNADO CON APOYO DE GRABACIONES EN VIDEO

A. Escribá Bárcena, C. Velayos Amo, M. D. M. García Gálvez, M. D. M. Pérez Chamizo, T. Saldaña Fernández, J. Álvarez Rodríguez.
Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada
mudesc@yahoo.es

INTRODUCCIÓN: La enseñanza de soporte vital (SV) a profesionales sanitarios mejora la supervivencia en las paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias. Las necesidades e inquietudes formativas varían según la categoría profesional y área de trabajo. Presentamos un proyecto de formación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) ajustado a las necesidades específicas de cada alumno aprovechando la información ofertada por la historia clínica digital y grabaciones en video.

OBJETIVOS:

1. Identificación por el Comité de RCP de las prioridades en actividad docente del Hospital.
2. Diseño y desarrollo de cursos de RCP adecuados a las necesidades del hospital.
3. Aprovechar las posibilidades de la historia clínica digital para adaptar los escenarios prácticos a la actividad asistencial del alumnado.
4. Aprovechar la disponibilidad de grabaciones en video para las prácticas.

MÉTODO:

1. Realización por el Comité de RCP de un Proyecto de Actividad Docente.
2. Identificación de las necesidades formativas según categorías profesionales y áreas hospitalarias.
3. Diseño de los cursos y oferta a la Unidad de Docencia.
4. Presentación, aceptación y acreditación por la Fundación Laín Entralgo.
5. Selección para cada curso ofertado de alumnos con necesidades e inquietudes formativas comunes. Adaptación de los contenidos prácticos a cada grupo.
6. Análisis de resultados: encuestas de satisfacción al alumnado.

RESULTADOS: Se realizaron cursos periódicos de SV Básico Instrumentalizado y SV Avanzado. En cada curso se adaptaron los contenidos prácticos a las necesidades formativas del alumnado, con dos tipos de prácticas específicas: a) Presentación de videos realizados por el profesorado previamente, con casos simulados con errores habituales en la realización de RCP para su análisis crítico por el alumnado. b) Prácticas de casos reales: preparación de escenarios con apoyo de un maniquí de RCP, carro de paradas y soporte informático. Los casos clínicos (historia, pruebas complementarias) se obtuvieron en la historia clínica digital de pacientes atendidos en áreas de actividad asistencial del alumnado. Las prácticas se grabaron en video y fueron visualizadas por los alumnos para su análisis crítico. Al finalizar cada curso se realizaron encuestas de conocimientos y de satisfacción según formato de la Agencia Laín Entralgo y una encuesta específica de opinión sobre la aplicación del soporte en video a las prácticas.

CONCLUSIÓN: La formación continuada con cursos individualizados apoyada con grabaciones en video garantiza la capacitación individual de los profesionales sanitarios en los conocimientos y habilidades necesarios para realizar una resucitación adecuada, y tiene un alto nivel de aceptación por parte del alumnado.

M1.08

FORMACIÓN EN CALIDAD METODOLÓGICA DE CUIDADOS ENFERMEROS APLICADOS A PACIENTES DIABÉTICOS

A. Monclus Muro* (0), C. Chaverri Alaman (1), G. Lordan Ibarz (2), M. Aguerri Martínez (3), P. Calderon Grau (4), O. Guallarte Herrero (2).

(0) centro salud barbastro, (1) centro salud binefar, (2) centro salud monzon rural, (3) centro salud ainsa, (4) gerencia atención primaria.
monclusa@hotmail.com

OBJETIVO: Estandarizar Cuidados Enfermeros a Pacientes Dependientes aplicando una metodología de registros según Modelo de Necesidades Básicas. Evaluar cumplimiento criterios de calidad en

registros enfermeros exigidos en Contrato Gestión del Sector.

MATERIAL Y MÉTODOS: Curso Taller de 15 horas de duración coincidiendo con incorporación enfermeras a A. Primaria procedentes de A. Especializada priorizando su asistencia junto con 1 enfermera por E.A.P. Desarrollo teórico del Modelo Enfermero elegido y desarrollo de casos prácticos (eligiendo pacientes diabéticos por su prevalencia en Consulta Enfermera) aplicando las distintas fases del Proceso Enfermero alternando los métodos expositivos y demostrativos.

Se entrega documentación con fundamentos teóricos y casos prácticos.

Encuesta de satisfacción de asistentes.

Evaluación de Hª Clínicas de pacientes Dependientes Severos fuesen o no Diabético transcurridos 6 meses de actividad formativa.

RESULTADOS: De las enfermeras asistentes (19) al Curso todas contestaron la encuesta final.

El resultado se puntuó de 1 a 10 y se hizo promedio en todas las respuestas.

Adecuación de objetivos /contenido 8,67; Material didáctico utilizado 8,07; Recomendación del curso a otros compañeros 9,19; calificación global del curso 8,94.

Evaluación de Hª Clínicas: No evaluados con antelación registros de Proceso Enfermero por lo que no es posible comparar. En el año 2007 y del total de Hª Clínicas evaluadas en el Sector el 86% tenían una Valoración Enfermera con 5 de las 14 Necesidades del Modelo enfermero elegido y tenían al menos desarrollado 1 DxE con Intervenciones (NIC) y Objetivos (NOC) el 67%. La evaluación se hizo por muestreo.

En el C.Gestión del año 2007 el objetivo era:

Valoración enfermera 5 Necesidades Básicas. 50%.

DxE con Intervenciones y Objetivos. 25%.

CONCLUSIONES:

1. - Es necesario continuar con la formación Metodológica orientada ya de una manera clara hacia los Planes de Cuidados informatizados en OMI para conseguir una Estandarización de los registros Enfermeros.
2. - Es imprescindible mantener un LIDERAZGO que estimule continuamente todos los cambios que deben producirse en la orientación del trabajo enfermero hacia las demandas de la sociedad tan cambiante.
3. - El mantenimiento de una continuidad en la Formación en forma de Talleres, teléfono como apoyo en las dudas, etc., propicia el que se mantenga la necesidad de mejorar para adecuar calidad asistencial a demanda / satisfacción social.

M1.09

IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN SERVICIO DE FORMA PERIÓDICA EN LA DISMINUCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS

Vidal T, Cisnal M, Arch O, Hornero A, Soriano A, Torrens.
LLHospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.
tvidal@csub.scs.es

Introducción: La contaminación de hemocultivos por microorganismos de la piel comporta una importante carga de trabajo, mayor consumo de antibióticos y prolongación de la estancia hospitalaria. Por ello, la tasa de contaminación de los hemocultivos es un indicador de calidad asistencial. La formación continuada y la información periódica de dichas tasas son las herramientas básicas en la prevención de la contaminación. Las tasas de contaminación previas al 2002 en nuestro centro se habían situado en el 8% mientras que se ha considerado el 3% el estándar de contaminación de la Sociedad Americana de Microbiología (ASM).

Objetivos: Determinar el impacto de un programa de reducción de contaminación de hemocultivos en un hospital universitario de tercer nivel, con cerca de 30.000 ingresos anuales.

Metodología: a) Vigilancia prospectiva de hemocultivos con valoración individual de los contaminados. b) Información mensual a las unidades de alto riesgo y al resto de unidades anualmente. c) Formación continua en el propio servicio haciendo énfasis en los puntos más importantes.

Resultados: Conjunto del hospital: tasas de contaminación año 2002 (4.6%), 2003 (4.8%), 2004 (3.8%), 2005 (3.8%), 2006 (3.2%) y 2007 (3.5%). En UCIS: 2005 (6.2%), 2006 (5.1%) y 2007 (5.1%). En el área

de Urgencias: 2005 (3.4%), 2006 (2.8%) y 2007 (2.7%).
 Conclusiones: La tasas de contaminación varían en función del área hospitalaria. El programa de control ha sido una herramienta eficaz para mantener las tasas globales de contaminación cercanas al estándar sugerido por la ASM.

M1.10

IMPACTO DE UN MÉTODO PARTICIPATIVO COMO ESTRATEGIA EN LA FORMACIÓN PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS

C. Solano Villarubia, C. Moreno, P. Coca, C. Mendez, E. Gomez, C. Alonso.

Area1 AP. SERMAS.
 ggarzon.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVO. Determinar el impacto de la formación con una estrategia participativa orientada a tres objetivos: formar en conocimientos básicos sobre la gestión por procesos, disminuir el grado de incertidumbre / temor para la puesta en gestión y propiciar una percepción positiva sobre su utilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS. Emplazamiento: un Área de Atención Primaria. Año 2008

Diseño: Taller de 5 horas de formación en gestión por procesos a profesionales de atención primaria (AP) que iban a asumir la propiedad de un proceso y ponerlo en gestión. Se diseña con metodología participativa y con técnicas de investigación en aula y evaluación pre y post mediante cuestionario.

Participantes: 60 profesionales de todas las categorías que propuestos por su equipo de AP iban a asumir la propiedad de un proceso y ponerlo en gestión.

Intervención: El taller formativo se estructuró en dos partes:

1ª parte: Elementos de un proceso. Técnica: en grupos de 5-6 personas se identifican los elementos que responden a la pregunta ¿Qué hacer, qué tener o qué tener en cuenta para hacer una tortilla de patata en un restaurante?. En la puesta en común el docente va agrupando los elementos de acuerdo a los componentes de un proceso y después reorganiza los conceptos en torno a los elementos básicos de un proceso.

2ª parte: DAFO. Con el mismo método se respondió a la pregunta ¿Cómo funciona cada elemento de los explicados en el punto anterior en un restaurante de lujo y en uno "barato"? En la puesta en común el docente va colocando en una tabla con las entradas positivo/negativo y interno/externo por consenso con el grupo. Después reorganiza los conceptos para identificar las áreas de mejora prioritarias y los siguientes pasos metodológicos.

Evaluación: Mediante un cuestionario autocumplimentado antes y después de la formación se midieron:

- El grado de incertidumbre/temor, con escala de 0 a 10.
- El grado de utilidad percibido, con escala de 0 a 10.
- El nivel de conocimientos, mediante 15 preguntas tipo test con 3 respuestas posibles y sólo una correcta.

Análisis estadístico. Comparación de 2 medias. Corrección de Welch para varianzas inhomogéneas.

RESULTADOS. La incertidumbre mejoró un 14 % ($p < 0,05$). La percepción de utilidad se incrementó un 11 % ($p < 0,01$). El nivel de conocimientos mejoró un 64 % ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES. La formación en gestión por procesos con metodología participativa mejora la incertidumbre, la percepción de utilidad y los conocimientos básicos.

M1.11

LA CALIDAD EN 20 MINUTOS: CURSO "EXPRESS" PARA PRINCIPIANTES

M. C. Calvo Rojas* (0), J. Riba Cebrián (1), I. Porta Rey (1), M. Sancho Gomez (1), M. D. Martín Jiménez (1), M. J. Quesada Sánchez (1).

(0) null, (1) CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAN VIDALET.
 ccalvo.cp.ics@gencat.cat

JUSTIFICACIÓN: En muchos centros de atención primaria existen comisiones que trabajan la mejora continua de la calidad. La dificultad de implantar las mejoras decididas en dichas comisiones por la poca aceptación y motivación del resto de personas del equipo nos llevó a idearnos una formación rápida, amena y sencilla que motiva al personal y facilita la implantación de las mejoras. Esta comunicación es un resumen adaptado en 8 minutos de un curso "express" de 20

minutos.

OBJETIVOS:

- Facilitar los conocimientos y herramientas básicas sobre metodología de Calidad.
- Motivar sobre el tema de la calidad a todo el personal de un centro de atención primaria, con independencia de su calificación y nivel profesional.

MATERIAL Y MÉTODO: Sesión de power point en la que se relata la historia de una familia que tiene un problema doméstico (PROCESO) que resuelve realizando todos los pasos de la metodología de la mejora continua de la calidad: En la comida hablan del problema (Brain storming) y deciden analizar la situación, recogiendo datos (Planilla de incidencias) y analizando las posibles causas (Diagrama de Ishikawa). Con todo ello (Diagrama de Pareto) determinan las causas a atacar. Planifican y diseñan unas mejoras (Diagrama de flujo) que implantan con un cronograma.

RESULTADOS: Gran nivel de aceptación por parte de todo el personal, consiguiendo poner en marcha varios proyectos de mejora asistencial en los CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, con participación activa de numerosos miembros del equipo.

M1.12

LA IMPORTANCIA DE LA FORMACION EN CALIDAD: EVOLUCIÓN Y VALORACION POR LOS PROFESIONALES

P. Gimenez Lamban (0), E. Jimenez Callejo (1), M. L. Vela Marquina (0), A. Monreal Hajar (0), J. R. Garcia Mata (0).

(0) H. U. "MIGUEL SERVET", (1) A.PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II.

mgimenez@salud.aragon.es

Objetivo: Realizar un estudio comparativo de los últimos años para conocer la evolución de las actividades formativas directamente relacionadas con la calidad asistencial en el hospital universitario Miguel Servet y sector Zaragoza II.

Se abordan los siguientes parámetros.

- Número de actividades realizadas
- Horas lectivas
- Evaluación de la formación en calidad

Materiales y Método: En el hospital universitario Miguel Servet y posteriormente el sector Zaragoza II, existe una comisión de formación continuada con responsables de todas las divisiones. Éstos, junto con los coordinadores de formación, proponen el plan de formación continuada anual.

El plan de formación recoge las actividades necesarias para facilitar el cumplimiento del plan estratégico, del contrato de gestión, de los objetivos de los servicios, y las propuestas de los profesionales recogidas en las encuestas de evaluación y a través de los mandos intermedios.

Para planificar la formación, es necesario evaluar las acciones realizadas. Para ello se efectúa una revisión de las actividades relacionadas con la calidad desde el año 2003 en relación con los cursos totales y un estudio de las encuestas de satisfacción de las actividades formativas en el área de calidad desde el año 2004 hasta el 2008.

Resultados: Desde el año 2003 hasta el 2007 (*) las acciones formativas se han duplicado:

- Acciones totales de 56 a 101, supone un aumento del 80%
- Acciones calidad: de 19 a 40, supone un aumento del 110%
- Horas lectivas totales de 1546 a 3032, un aumento de 96%
- Horas lectivas en el área de calidad de 398 a 528, un aumento del 50%

(*) (en el año 2007 se incluyeron los cursos de Prevención de Riesgos Laborales como Formación Continuada)

Evaluación de las acciones del área de calidad: de media, todas las actividades formativas están valoradas por encima de 7,5, con una media global de 8,1. Las mejor valoradas son comunicación y atención al usuario (9,2 y 8,6 respectivamente).

Conclusiones: Se han potenciado las acciones formativas relacionadas con la calidad al existir responsables que asumen a la vez tareas de formación continuada y de calidad.

Se constata una mayor implicación de la organización en el área de calidad como instrumento para impulsar sus objetivos.

La excelente valoración de las actividades de comunicación y atención al usuario coincide con la necesidad que perciben los usuarios en mejorar estos aspectos.

M2.01

¡LEVANTATE Y ANDA! UNA POSIBILIDAD REAL Y CÓMODA PARA EL PACIENTE INMEDIATAMENTE DESPUES DE UN CATETERISMO CARDIACO DERECHO E IZQUIERDO DESDE LA EXTREMIDAD SUPERIOR

M. C. Ferrer Gracia, J. Sánchez-Rubio Lezcano, J. G. Galache Osuna, J. A. Diarte Miguel, I. Calvo Cebollero, L. Placer Peralta.
Hospital Universitario Miguel Servet.
mcferrergacia@yahoo.es

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: El acceso radial (AR) para el cateterismo izdo (CI) permite la deambulación precoz y disminuye las complicaciones vasculares, mejorando el confort y la seguridad del paciente. Sin embargo en la mayoría de los que precisan un cateterismo cardíaco izdo y dcho (CD), el acceso venoso inclina a muchos hemodinamistas al abordaje femoral que obliga a reposo en cama prolongado e incrementa la posibilidad de complicaciones. Nuestro objetivo es demostrar que el acceso al CD a través de una vena de la extremidad superior, asociado o no al AR, es seguro y eficaz y mejora el confort del paciente tras el procedimiento.

MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo de todos los pacientes a los que realizamos CD desde las VA con o sin CI por AR entre febrero-06 y mayo-08. Cuantificamos el porcentaje de éxito inicial, la duración del procedimiento (tiempo de escopia), complicaciones vasculo-nerviosas (periprocedimiento y a las 24h) y el confort percibido por el paciente.

RESULTADOS: 81 pacientes (P): 59 (72,8%) varones, la edad media 60 ± 11 años y superficie de corporal de $1,85 \pm 0,2$ m². Los principales motivos de solicitud del cateterismo fueron: diagnóstico de miocardiopatía 27,2%, pre-trasplante cardíaco 24,7% y pre-cirugía valvular 23,5%. Los calibres de los introductores fueron: 7F (68 P, 84%), 5 F (11P), 8 F (2P). Hubo 3 cross-over a vena femoral: 2 por fallo en la progresión del introductor debido a válvula venosa, 1 por un drenaje anómalo de la vena axilar. En 18 pacientes se utilizó una guía para avanzar el Swan-Ganz (los puntos de mayor dificultad fueron en 10 pacientes la vena axilar y en 6 en la subclavia). La mediana del tiempo de escopia fue de 1,1 minutos (rango IC 0,7-1,95). En 47 P se realizó además coronariografía por AR homolateral. En la compresión venosa la mediana fue 5 minutos (rango IC 5-10) la gran dispersión se debe a mayores tiempos en los pacientes con anticoagulación previa (13 P) o con coronariografía en el mismo procedimiento (anticoagulación en cóctel radial). La deambulación se inició en sala inmediatamente después del procedimiento e inmovilizamos el codo durante 2h. No se registraron complicaciones en las primeras 24 h (incluimos: vasculares, neurológicas, dolor local).

CONCLUSIONES: El Cateterismo Derecho mediante punción de las venas antecubitales es una técnica segura, rápida y que satisface al paciente (movilización precoz, ausencia de dolor y complicaciones) tanto aisladamente como asociado a la punción arterial de la misma extremidad.

M2.02

¿AUMENTA EN NUESTRO HOSPITAL LA INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN?

B. De Andrés Gimeno, J. R. Martínez Alonso, M. Alonso Duran, T. Segovia Gómez, R. Molina Silva, M. Revuelta Zamorano, D. Montserrat Capella.

Hospital Universitario Puerta de Hierro.
bandres.hpth@salud.madrid.org

OBJETIVO: Analizar los resultados de incidencia y prevalencia de úlceras por presión en pacientes de riesgo (UPPpacr) durante los años 2004 - 2007. Evaluar efectividad de las acciones para reducir la incidencia de UPPpacr.

MATERIAL Y MÉTODO: Al ingreso del paciente se realiza valoración del riesgo de desarrollar UPP según escala de Norton modificada. Si el paciente presenta úlceras u obtiene una puntuación menor a 14, se debe abrir registro de seguimiento y/o prevención de UPP. Semestralmente y durante el ingreso de los pacientes se evalúa el cumplimiento de la apertura del registro mediante auditoria en las Unidades.

El registro se envía mensualmente a la Unidad de Calidad. Los datos se introducen en una Base de Datos Access. Los resultados se obtienen mediante análisis estadístico con SPSS.

Acciones puestas en marcha para disminuir la incidencia de UPPpacr:

1) creación en 2005 de la Unidad de Úlceras por Presión, 2) cursos y sesiones formativas anuales, 3) adquisición en 2006 de 12 superficies especiales de manejo de presión.

RESULTADOS: En 2004 la cumplimentación del registro fue del 73,1%. En 2007 del 77,6%. La tasa de registros en relación a ingresos totales ha aumentado: 2004: 7,4% n = 1194; y en 2007: 11,04% n = 1846.

La incidencia de pacientes que desarrollan úlceras intrahospitalarias ha sido: 2004: 17,4%; 2005: 18,1%; 2006: 21,8%; 2007: 18,7%, sin embargo la tasa de notificación de registros de prevención se mantiene estable en 80%.

Aumenta la tasa de pacientes que ingresan con UPP extrahospitalaria: 2004: 20,8% y 2007: 24,2%. El % de pacientes de riesgo que al ingreso presenta una puntuación de Norton < de 10 (riesgo muy alto de UPP) es de un 35%.

La mortalidad de los pacientes con riesgo fue: 2005 de 16,1% y en 2007 de 18,4% siendo la incidencia de UPP en los pacientes fallecidos en 2005 de 16,3% y en 2007 de 18,9%.

CONCLUSIONES: Aunque sabemos que la incidencia de UPPpacr también depende de factores fisiopatológicos del paciente, los datos reflejan un leve aumento de la incidencia de aún a pesar de las acciones puestas en marcha para su reducción. La mejora de la notificación aumentará la fiabilidad de los datos obtenidos. No obstante, el benchmarking con otros centros pensamos que todavía no es posible debido a utilización de escalas de valoración de riesgo distintas, notificación desigual y diferente perfil de pacientes según el centro.

M2.03

¿CÓMO GESTIONAMOS LA MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD ACREDITADO?

M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, L. Palacios Llamazares, N. Hernández Vidal, E. Lorente Ten, I. Muño Bové.

ABS Salou.
mgen@camfic.org

Objetivo:

Describir los mejoras relacionados con la gestión de la medicación en un servicio de urgencias de un centro de salud acreditado según los estándares de la Joint Commission Internacional (JACHO).

Descripción estándares:

Nuestro centro fue acreditado en 2004 y reacreditado 2007 por la JACHO. El uso de la medicación se basa en los estándares: 1-La organización identifica una selección adecuada de medicamentos para la prescripción: Existen procedimientos que regulan la prescripción de medicamentos, reforzando la política de fármacos del Centro. 2-La preparación y entrega de medicamentos está sujeta a la ley, regulación, licencia y a los estándares profesionales: Política de no muestras de ningún medicamento en el centro. 3- La preparación y administración de medicamentos están controladas: Procedimiento de control de estupefacientes. Se encuentran en una caja fuerte en la zona de urgencias con un libro de registro de entradas, salidas y incidencias. 4-La organización dispone de un sistema de gestión de la medicación: Procedimientos relacionados con el almacenaje, seguridad, control de caducidades y conservación de los medicamentos en relación a su refrigeración con control de temperatura diario. Procedimiento envases multidosis, rotulación fecha de caducidades una vez abiertas las cremas, colirios, suero terapia y antisépticos. Medicación ordenada alfabéticamente con registro de las caducidades, anotando la caducidad más próxima. 5- Los efectos de la medicación de los pacientes se supervisan continuamente: Procedimiento de seguridad en la administración de fármacos en urgencias. Incluye normas que debe saber enfermería antes de su administración. Para administrarlo la enfermera precisa de un registro escrito del tratamiento médico en la historia para evitar posibles errores tanto de dosis, de fármaco o entre pacientes; normas antes de la aplicación del tratamiento (verificar orden por escrito, identificar paciente, preguntar alergias, informarlo del tratamiento que se le realizará) y normas de preparación de la medicación (leer rótulo del cajetín del fármaco y comprobar que sea el de la orden médica, si se administra endovenosa se debe rotular en el suero el fármaco que se administra, dosis y hora) y evaluar su efectividad (efecto terapéutico o deseado y efectos secundarios). Elaboración de un manual de regulación del equipamiento, material sanitario y medicamentos en la zona de urgencias.

Conclusiones: El cumplimiento de los estándares según la JACHO en la gestión de la medicación, en un servicio de urgencias, son un buen instrumento para hacer las cosas bien y garantizar una asistencia de calidad para el paciente y seguridad al profesional.

M2.04

¿COMO INTRODUCIR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL?

E. Sola Miravete *, J. Rebull Fatsini, R. Claramonte Porcar, M. Juan Aguilar, A. I. Martín Vicente, A. Grau Àvila.

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

esola.htvc.ics@gencat.net

Introducción: La Seguridad del Paciente (SP) es una estrategia prioritaria del SNS. y evidentemente de nuestro hospital. El programa de seguridad de nuestro centro y las líneas estratégicas se han definido desde diferentes fuentes.

Objetivo: Describir la metodología de introducción de la SP, las líneas estratégicas y las áreas de actuación implantadas en un hospital de nivel II.

Metodología: En el plan de calidad 2005-2007 se introdujo como línea estratégica la SP. Se definieron las áreas prioritarias de actuación y su implantación: 1. Identificación del paciente (brazalete, lateralidad en sitio quirúrgico) 2. Seguridad del medicamento. 3. Prevención de infección 4. Situaciones específicas (prevención caídas i úlceras por presión). Se diseñó un plan de formación para introducir la cultura de la seguridad: medición a través de cuestionario de la cultura en el centro, la participación del centro en proyectos de seguridad (ámbito nacional e internacional). La SP se integró en la gestión por objetivos, como objetivo específico de servicio. Para su implantación y difusión contó con un grupo impulsor (unidad de calidad-dirección médica comisión de calidad).

Resultados: Los objetivos conseguidos en materia de seguridad (marzo de 2008) son: - Indicador de resultados proyecto ENEAS 2005: 8.9% de efectos adversos en hospitalización "Participación en el proyecto de seguridad" Indicadores de buenas prácticas (2007) resultados encuesta clima de seguridad (133 encuestas): 6 (1-10). Cultura de seguridad: Curso de seguridad anual y seminarios formativos. Resultados específicos por áreas prioritarias: - 1. Identificación del paciente 89.1%. -2. Seguridad medicamento: Creación del grupo impulsor notificación, existencia protocolos de administración segura de medicamentos, controles de caducidad y buena conservación en todo el centro. -3. Acciones de control y prevención: programa VINCAT, observaciones lavado de manos: en un 49% se realizó el lavado antes y en un 91% después -4. Registros de caídas, prevalencia UPP 5.4% y acciones preventivas.

Conclusiones: La introducción de la cultura de seguridad en el plan de calidad 2005-2007 y su planificación estratégica ha sido útil para: 1. crear cultura en nuestro centro, 2. integrar las acciones de seguridad en líneas estratégicas dentro de un plan general y difundirlo en la organización, 3. implicar políticas de liderazgo claras. En definitiva involucrar a los profesionales proactivamente: prevenir y mejorar.

M2.05

¿CUIDAMOS LAS INDICACIONES DE FÁRMACOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL?

R. Sánchez-Garrido Escudero, M. I. Rodríguez Idígoras, J. Sepúlveda Muñoz, A. I. Calderón Durán, I. Medina Cáliz, P. Ruiz Esteban, J. L. Martínez González.

Delegación Provincial de Salud. Málaga.

rsanchezgarrido@hotmail.com

Objetivos: Estimar la prevalencia de enfermos en TAO, tratados con fármacos que interaccionan con anticoagulantes, dentro de los grupos estudiados, en la provincia de Málaga durante el año 2006.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo de una muestra de 896 pacientes, obtenida mediante un muestreo sistemático con arranque aleatorio del total de pacientes, sometidos a tratamientos anticoagulantes orales y controlados en los centros de salud de la provincia. La información se obtiene de la historia clínica digital.

El trabajo se desarrolló en toda la provincia de Málaga.

Para estimar la prevalencia del uso de fármacos que interfieren con los anticoagulantes orales, hemos utilizado la guía protocolizada de uso de fármacos de los servicios de hematología de los hospitales de la provincia de Málaga.

Resultados: Con respecto a los fármacos potenciadores de los anticoagulantes, el grupo de analgésicos y antiinflamatorios, el 3,7% de los enfermos anticoagulados usan AAS. El uso de Piroxicán (0,1%), Indometacina (0,6%) y metamizol (4,9%) es menor que los antiinflamatorios más aconsejados, Ibuprofeno-Naproxeno (11,2%) y Diclofenaco (14,7%).

Para la dislipemia, los fármacos menos aconsejados para su uso son: Fibratos (1,5%), lovastatina (0,9%) y Simvastatina (8,2%). Ello contrasta con el uso de Pravastatina (5,7%) que es el hipolipemiante de elección en enfermos con tratamiento anticoagulante oral.

La Amiodarona es utilizada por el 5,5% de los enfermos. Dentro del grupo de IECA, es recomendado y destaca el uso de Enalapril (22,3%), Captopril (4%) y Lisinopril (3,1%) frente a IECAs menos recomendados, como son Benazepril (0,1%), Fosinopril (0,1%) y Quinapril (0,5%).

El uso de Sulfonilureas destacan Glibenclamida (6,2%), Glicazida (2,1%) y Glimepirida (0,7%), frente a Acarbosa (1,2%) y Metformina (10,8%), siendo estos últimos más recomendados.

En el grupo de fármacos del Aparato Digestivo, los antiácidos Almagato-Malgadrato son usados por el 8,4% de los enfermos. La recomendación de uso de Pantoprazol (5,8%) frente a Omeprazol (29,7%) que suele recomendarse menos, aunque hay controversia en cuanto a su uso, ya que es conocido su efecto potenciador frente a la Warfarina y no frente a Acenocumarol, de mas amplio uso en nuestro entorno.

Conclusión: El uso de fármacos con mayor capacidad de interacción con los anticoagulantes orales presenta valores muy altos en los grupos antiulcerosos, antidiabéticos y antiinflamatorios. Debido a la complejidad de las interacciones es difícil predecir la respuesta individual a los fármacos, por ello es necesario realizar un control farmacológico en los pacientes anticoagulados y evitar la polimedización.

M2.06

¿DEBERÍAN FIARSE LOS GESTORES DE HOSPITALES DEBENÍAN DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES?

J. Beltrán Peribáñez (0), N. Martínez Lizaga (1), M. I. Rodrigo (2), B. Abadía Taira (1), S. Boro Peiro (3), E. Bernal Delgado (1).

(0) Departamento de Salud. Gobierno de Aragón, (1) Instituto Aragonés Ciencias de la Salud, (2) Hospital de Navarra, (3) Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

jbeltranp@aragon.es

Objetivo: Comparar el comportamiento de seis indicadores de Seguridad de Pacientes (PSI) en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

Métodos: Estudio transversal. Población-ámbito: Altas hospitalarias (Hospitales SNS) entre 2003-2004. Resultado principal: Riesgo de padecer un resultado adverso (definido según The Agency for Healthcare Research and Quality) atribuible a los cuidados de salud. Se evaluaron los siguientes PSI (nivel hospitalario): Mortalidad en DRG de baja mortalidad (PSI_2), Úlcera por Presión (PSI_3), Infecciones debidas a cuidados médicos (PSI_7), Fractura de cadera postoperatoria (PSI_8), Tromboembolismo Pulmonar y Trombosis Venosa Profunda postoperatoria (PSI_12) y Sepsis en Paciente Quirúrgico (PSI_13). Factores Subyacentes: a) relacionados con el paciente (edad, sexo y comorbilidad); b) hospitalarios (tamaño, docencia, "terciarismo"). Fuentes de Información: Datos administrativos (informes al alta hospitalaria) entre 2003-2004 y datos de las características hospitalarias (Encuesta Nacional de Hospitales 2004). Análisis: a) la magnitud del fenómeno se estudió por el riesgo de incidencia de resultados adversos (nivel hospitalario) b) las diferencias entre proveedores hospitalarios por el componente sistemático de variación (CSV) c) atribuir las diferencias a las características del paciente mediante modelos de regresión logística d) la influencia del proveedor hospitalario en la variación de los resultados adversos, con modelos de Análisis Multinivel e) modelos de Regresión Binomial Negativa para determinar la sensibilidad de cada PSI.

Resultados: 275 hospitales estudiados produjeron más de 6.000.000 de altas. De estas, formaban parte del denominador de cada indicador entre 259.000 y 3 millones. El riesgo (tasa cruda) para cada PSI variaba entre 0,01 (PSI_08) y 0,59 (PSI_03). El CSV fue moderado-alto para casi todos indicadores (entre 0,22 -PSI_12- y 0,92 -PSI_07-).

En cada PSI las características individuales explicaron parte de la varianza: valores de ROC entre 0.70 (PSI_07) y 0.94 (PSI_13). El efecto del nivel hospitalario fue de moderado alto (varianza explicada por el hospital entre 13% (PSI_02) y 28% (PSI_13). La sensibilidad de los indicadores mostró entre 17 hospitales por encima de lo esperado (PSI_12) y 39 (PSI_02).

Conclusiones:

1) La variación sistemática media-alta y los efectos estadísticos a nivel hospitalario sugieren que los PSI pudieran ser una herramienta para analizar la variación de efectos adversos entre proveedores hospitalarios del SNS. 2) Gran parte de la variación es explicada por características del paciente, esto implica la necesidad de ajuste por las mismas. 3) Es necesario considerar las características del hospital en los análisis. 4) La sensibilidad de los PSI tiende a ser baja. 5) La forma de codificar de los hospitales influye en las tasas.

M2.07

¿SON NECESARIAS LAS AUDITORIAS INTERNAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN?

J. M. Ablanedo Suárez, M. J. Zapico Baragaño, L. Piniella Collada, B. Blanco Díaz, M. T. Prada Rocas, A. Lombardía Iglesias.

Hospital Valle del Nalón.

josemanuel.ablanedo@sespa.princast.es

INTRODUCCIÓN: El plan estratégico del Hospital Valle del Nalón incorpora la gestión por procesos como factor clave para la mejora continua. El estar inmersos en el proceso de acreditación por Joint Commission Internacional nos lleva a normalizar nuestro proceso de hospitalización teniendo en cuenta para ello los estándares de calidad que dicha organización establece.

OBJETIVOS: Medir el grado de implantación y cumplimiento del proceso de hospitalización. Conocer las áreas de mejora de nuestro proceso. Determinar la utilidad de las auditorias internas como herramienta para la evaluación de procesos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: descriptivo/transversal.

Ámbito de estudio: unidades de hospitalización/tres días.

Muestra: total pacientes ingresados y personal de las unidades.

Material: distintos formularios de auditoria interna. Historia clínica abierta (episodio actual).

Método: revisión de variables adaptadas del modelo Joint Commission y de los indicadores del proceso de hospitalización del hospital. La evaluación se realizó en dos vertientes: revisión global de las unidades (ej. intimidad, caducidades, uso antisépticos) y revisión individual de historias clínicas (ej. valoración enfermera al ingreso, reevaluación diaria del paciente médica y de enfermería, consentimiento informado correctamente cumplimentado).

RESULTADOS: Se revisan 136 historias clínicas, 8 unidades de hospitalización, UVI, URGENCIAS y QUIRÓFANO.

Se obtiene una batería de indicadores clave del proceso.(36 indicadores).

Se monitoriza la evolución del proceso con datos cuantificables para la mejora: (ej. valoración al ingreso del riesgo social: 2007 (77,6%), en 2008 (75%); riesgo de UPP: 2007 (91,8%), en 2008 (92,6%), valoración del riesgo de caídas 2007 (96,9%), en 2008(85%).

Mejora continua del instrumento de medida: inicio abril 2007 (historias revisadas, 132) revisión agosto 2007(100), febrero 2008(155), abril 2008(136) con introducción de nuevas variables en cada una de las revisiones.

CONCLUSIONES: Según nuestros resultados, las auditorias internas son necesarias y útiles como herramienta de mejora en el proceso de hospitalización.

Permiten conocer el grado de difusión, implantación, y cumplimiento del proceso, aumentando la implicación del personal en el seguimiento del mismo.

La práctica periódica de las auditorias internas genera una mejora continua de la calidad asistencial.

M2.08

5 MILLONES DE VIDAS: LA CAMPAÑA "PROTEGER 5 MILLONES DE VIDAS EN EL COMPLEJO H.DE SANTIAGO"

M. Carreras Viñas, J. Caramés Bouzán, B. Garcia Cepeda, F. Rubial Bernardez, A. L. Fernández Eroles, J. Rubio Álvarez.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

mercedes.carreras.vinas@sergas.es

Introducción: El Plan Estratégico del CHUS establece la participación del complejo hospitalario en el programa "Cinco millones de vidas" organizado por el Institute for Health improvement.

La campaña persigue proteger a pacientes de 5 millones de incidentes y requiere registrarse y comprometerse en trabajar en cualquiera de los 12 objetivos que propone.

Material y Métodos: Se analizó la situación del hospital con relación a los objetivos de la campaña se propuso asumir los doce objetivos.

El método de trabajo para su desarrollo fue a través de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales expertos en las áreas y que voluntariamente decidieron participar y dinamizar el proyecto. Dirigidos por un líder realizan funciones de definición de los objetivos y líneas de acción, edición, difusión, formación, plan de puesta en marcha de acciones, evaluación, realización de propuestas de mejora y comunicación de resultados obtenidos.

Resultados: Se constituyeron 11 equipos, con un total de 123 profesionales; 44 médicos, 6 farmacéuticos; 2 farmacólogos; 9 residentes; 56 enfermeras y 6 auxiliares.

Se iniciaron acciones para conocer el diagnóstico de la situación actual con relación a los doce objetivos.

Se pactaron los indicadores para medir los resultados de los objetivos/ acciones a desarrollar y hemos iniciado las mediciones para el cuadro de mando.

Se pactaron las acciones a llevar a cabo en cada uno de los 11 equipos.

Se inició el trabajo de desarrollo de los planes de acción.

Se desarrollaron e implantaron políticas y procedimientos para la mejora de los objetivos.

Conclusiones: El proyecto es ambicioso y no está exento de dificultades.

Las propuestas de mejora son ricas y viables.

Algún objetivo choca con problemas organizativos que exige mejorar.

Es necesario apoyo metodológico, recursos y estructura para conseguir resultados, también coordinación para evitar duplicidades o conflictos de intereses con otros órganos asesores del hospital.

M2.09

A QUÉ ATRIBUYEN LOS ERRORES CLÍNICOS LOS PACIENTES

J. J. Mira Solves (0), S. Lorenzo Martínez (1), M. Ziadi Trives (0), J. Vitaller Burillo (0), L. Ortiz Henarejos (0), V. Pérez Jover (0).

(0) Universidad Miguel Hernández, (1) Fundación Hospital, Alcorcón. jose.mira@umh.es

OBJETIVO: Analizar por qué creen los pacientes que se producen EA en la práctica clínica en los hospitales.

METODO: Estudio descriptivo, basado en encuestas a 182 pacientes quirúrgicos. La selección del centro se basó en hospitales que contaban con circuitos de evaluación de la calidad ya implantados. Estudio de campo realizado en el primer trimestre de 2008. Para determinar la orientación de las preguntas, se analizó, mediante técnicas de investigación cualitativa, la percepción de los pacientes sobre la seguridad clínica en los hospitales. Dado que los pacientes encontraron dificultades para discriminar entre efectos secundarios, errores clínicos y efectos adversos en sentido más amplio (por ejemplo debidos a fallos de sistema), y acorde al uso más generalizado, se optó por preguntar sobre errores en la atención sanitaria.

El procedimiento consistió en enviar la encuesta junto a un sobre con franqueo en destino. Muestreo aleatorio proporcional (precisión del 5%, $p=q=0,50$ y un 95%). En los análisis se excluyeron a quienes no habían respondido, al menos, al 70% de las preguntas. Se recurrido a Chi-Cuadrado, controlando los factores de confusión de sexo y edad. Para considerar significación estadística se han fijado valores de $p<0,05$ bilateral al 95% de confianza.

RESULTADOS: 182 pacientes (43,9% mujeres, 36,3% mayores de 70 años) respondieron a la encuesta (tasa de respuesta 28%). 6,5% de error de estimación. Un 89,7% (IC: 85,1%-94,2%) se declararon satisfechos con la asistencia sanitaria recibida. Para un 44,8% (IC: 36,5%-53,0%) los errores en la atención sanitaria se deben, fundamentalmente, a la falta de tiempo para atender a todos los pacientes. Un 26,7% (IC: 19,0%-34,4%) atribuye los errores clínicos a la desorganización del hospital, para un 19,2% (IC: 12,2%-26,2%) son debidos a insuficientes medios o recursos terapéuticos, 16,3%

(IC: 9,7%-22,9%) creen que la fatiga o cansancio de los profesionales están en su origen y sólo un 6,3% (IC: 2,0%-10,7%) los atribuyen a una escasa formación de los profesionales.

Hombres y mujeres valoran las causas de forma similar ($p>0,05$). Los más jóvenes tienden a pensar que la falta de tiempo ($x^2=16,51$, $p=0,011$) y la fatiga o cansancio ($x^2=12,93$, $p=0,044$) son causa directa y probable de los errores clínicos. Hallamos una estrecha relación entre insatisfacción y considerar como más probable causa de error la desorganización ($x^2=17,99$, $p=0,001$).

CONCLUSIONES: Los pacientes atribuyen a causas externas a los profesionales (falta de tiempo y a la desorganización del hospital) la mayoría de los efectos adversos de la práctica clínica.

M2.10

ABORDAJE CORPORATIVO DE LA MEJORA CONTINUA EN LOS PLANES DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE OSAKIDETZA

D. Cantero González, M. García Urbaneja, I. Comisión.

ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA

DAVID.CANTEROGONZALEZ@osakidetza.net

OBJETIVOS: La infección nosocomial representa una de las entidades de que mayor impacto produce en la seguridad del paciente. En 1999, se constituyeron en todos los hospitales de Osakidetza, los Planes de Vigilancia Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN), como un conjunto de buenas prácticas consensuadas técnicamente en la Comisión INOZ. Casi diez años después, el seguimiento de los planes, incluidas dos evaluaciones externas, ha posibilitado alcanzar un grado de madurez tal, que se requiere una nueva orientación, tanto de las actividades como de los resultados del Plan, a un ciclo de mejora continua.

MÉTODOS:

Se establecieron dos estrategias complementarias: 1) Un grupo de trabajo que incluyese todos los coordinadores de los planes y las unidades de calidad, para su formación en gestión por procesos. Cada centro constituyó un grupo de trabajo para orientar a procesos su Plan. 2) Revisar los criterios utilizados en las evaluaciones externas para reorientarlos hacia una herramienta de autoevaluación, como instrumento capaz de detectar áreas de mejora del plan. Esta herramienta se complementa con una jornada en la que los centros exponen los puntos fuertes de cada uno de sus planes.

RESULTADOS:

- Se han realizado 5 sesiones con el grupo de trabajo corporativo que han servido para compartir experiencias en cuanto a los diferentes abordajes de rediseño del plan en los diferentes hospitales. Cada centro ha constituido un grupo para la definición y seguimiento del Plan liderado por el coordinador.
- El Hospital de Zumarraga obtuvo la certificación ISO 9001-2000 de su PVPCIN. Su experiencia ha ayudado a otros centros.
- Se ha construido un documento de autoevaluación, y una herramienta informática que permite a los centros conocer los resultados de su autoevaluación al finalizar su cuestionario, y poder realizar benchmarking con los hospitales de la red.
- Se han establecido 5 dimensiones del plan: Enfoque y estructura, Bioseguridad ambiental, Proceso asistencial, Limpieza, desinfección y esterilización, Resultados en Infección. Cada una de ellas tiene estructura PDCA.

CONCLUSIONES:

- La experiencia ha ayudado a los hospitales a orientar a procesos el PVPCIN. Disponer de objetivos anuales y someter al plan a una revisión en función del cumplimiento de esos objetivos aportará sin duda nuevo valor a la lucha contra la infección.
- Disponer de herramientas que permitan la autoevaluación y el benchmarking en materia de infección nosocomial es, además de innovador, una herramienta útil para la mejora continua.

M2.11

ACTIVIDADES DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

A. Pardo Hernández, A. Carmen, M. Javier, M. Lobete, J. Dodero, M. A. Centellas.

Consejería Sanidad Comunidad Madrid.

alberto.pardo@salud.madrid.org

Objetivo: Identificar y analizar las actuaciones realizadas por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) de las Gerencias del Servicio Madrileño de Salud durante el año 2007.

Material y método: La Subdirección General de Calidad, a través de un grupo de expertos, ha establecido un formato de recogida de datos de las UFGRS.

El sistema de información se articula en dos apartados: organización y actividad de la unidad. En el caso de la actividad, a su vez, se divide en tres grandes apartados: promoción de la cultura de seguridad, identificación y análisis de casos y prácticas seguras implantadas.

Las Gerencias han facilitado la información de forma semestral (julio y diciembre 2007). La información ha sido analizada por miembros de la Subdirección General, que procedieron a su depuración y al análisis de las variables.

Resultados: Se ha recibido el informe de actuaciones de las UFGRS de las 37 Gerencias: 11 de Atención Primaria, SUMA 112 y 25 de Atención Especializada, con un total de 271 profesionales.

Todas las UFGRS tienen una estrategia con objetivos y el número medio de reuniones anuales fue de 2,4 (rango 2-13) en A. Primaria y 6,3 reuniones (rango 1-16) en Especializada.

Durante el año 2007 las Unidades han realizado un total de 564 actividades formativas; y de éstas un 47% corresponde a sesiones, un 37% son seminarios, talleres o jornadas y el 16% restante cursos.

En el 58% en Primaria y en el 76% de Especializada, las Gerencias utilizan un sistema de notificación de incidentes. Además, se utilizan otras fuentes como las reclamaciones, la comunicación oral o los registros de caídas y úlceras por presión.

Se han identificado 874 incidentes de los que el 47% se han analizado con el siguiente resultado: Primaria destaca el tratamiento médico y la admisión en las etapas del proceso y la medicación como causa. Especializada: destaca el tratamiento médico y quirúrgico en las etapas del proceso y la medicación y la organización como causas.

Durante el 2007 se han implantado un total de 152 prácticas seguras específicas y 41 prácticas seguras generalizables (13 prácticas en Atención Primaria y 28 en Atención Especializada).

Conclusiones: Las UFGRS están constituidas en todas las gerencias. Las unidades realizan actividades de difusión de la cultura, identificación de incidentes, con su correspondiente análisis, y establecen prácticas seguras para su tratamiento.

M2.12

ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. Pérez Oller, M. J. Martínez De La Peña, M. C. López Cabezas, C. Valls Montal, R. Carrera Goula, F. Arrufat Nebot.

CONSORCIO HOSPITALARIO DE VIC.

qualitat@chv.cat

En el contexto actual de motivación por la Seguridad del Paciente, un aspecto de gran interés son los errores de medicación (EM). En el CHV, desde la Unidad de Calidad, hemos elaborado un plan de acción dirigido a detectar y analizar estos EM, intentando buscar puntos de mejora.

Objetivo: Detectar la incidencia de EM en nuestro centro, analizando las diferentes fases del proceso de medicación (prescripción informatizada, dispensación desde Farmacia a las plantas de hospitalización, preparación y administración por parte de enfermería).

Material y métodos: Se han recogido los datos obtenidos del análisis de las diferentes fases durante el año 2007, en trabajo multidisciplinar. Errores de prescripción y dispensación: análisis realizado por Farmacia. Errores de preparación y administración: análisis coordinado por el Técnico de Riesgos con la colaboración de personal de Enfermería, que realizó un estudio observacional de la preparación y administración de la medicación. Análisis de los exitus secundarios a problema hospitalario (ESPH) y de las reclamaciones de Atención al Cliente que estén relacionados con EM: análisis coordinado por el Técnico de Terapéutica. Los resultados se expresan en porcentaje sobre los casos analizados en todos los puntos excepto en el análisis de ESPH y reclamaciones, expresadas en valor absoluto.

Resultados: Errores de prescripción 790/154003 (0,51%). Errores de dispensación 223/36382 (0,61%). Errores de preparación y administración 21/300 (7%). ESPH relacionados con EM: 0.

Reclamaciones relacionadas con EM: 5.

Conclusiones: Aunque los parámetros detectados son concordantes con la literatura, se han iniciado diferentes procesos de mejora de cada uno de los procesos implicados: cursos de formación sobre el aplicativo informático de prescripción, prescripción por protocolo, alertas por duplicidad-dosis máxima-interacciones-alergias, y protocolo de correcta preparación y administración de fármacos. Así mismo, se ha creado un grupo multidisciplinar de seguimiento (grupo de prevención de EM) y se ha puesto en marcha un sistema de comunicación voluntaria de EM por parte del personal implicado.

M3.01

ÁMBITO SOCIO SANITARIO HOSPITALARIO: INDICADORES COMO GARANTIA DE CALIDAD

I. Román Medina.

Unidad de Gestión de la Calidad.

iroman@gesma.caib.es

Objetivos: diseño de los indicadores de calidad sociosanitarios Para qué indicadores de calidad en el ámbito sociosanitario. No son suficientes los indicadores de actividad asistencial de los hospitales de agudos. Existe un espacio, un hueco para desplegar la medida del perfil sociosanitario de carácter hospitalario bajo el paraguas del compromiso con la calidad. Por supuesto que sí, y no sólo para diseñar sin más nuevas parrillas de indicadores sobre las cuales volcar datos sino para ampliar y consolidar en este nuevo escenario, la medida rigurosa de lo que hacemos y cómo lo hacemos en el campo de la fragilidad, la dependencia y la cronicidad de las personas mayores que en un momento dado utilizan un recurso sociosanitario hospitalario.

En la evolución de la aplicación de los modelos de calidad en las organizaciones, ha sido una constante los esfuerzos realizados para conseguir y asegurar resultados óptimos en la atención sanitaria hospitalaria. Cuando ya se reconoce y acepta el enfoque sociosanitario, su fortaleza futura y la personalidad propia en el conjunto de la asistencia sanitaria, sigue pendiente el despliegue técnico normalizado (Indicadores, Rug-RAI). Para ello deberemos adoptar, modificar o innovar los instrumentos de medida específicos para la actividad hospitalaria sociosanitaria.

Metodología: En este congreso nos proponemos presentar los indicadores sociosanitarios de calidad desarrollados tras un análisis exhaustivo de las diferentes opciones, propuestas i bibliografía. Los indicadores, en número de 60, recogen los aspectos esenciales de la atención y cuidado relacionados con la hospitalización de personas mayores, derivadas de hospitales de agudos, con el componente del estrés de la enfermedad crónica, con un alto grado de dependencia o en la etapa terminal de la vida, se trata de pacientes con una fragilidad y un riesgo implícito.

Conclusiones:

El diseño conceptual se presenta en varios bloques elementos:

Indicadores que miden la calidad de la atención al paciente y familia. Total 29

Indicadores de evaluación. Total 10

Indicadores de estructura y organización. Total 2

Indicadores de trabajo en equipo. Total 8

Indicadores de UVASS. Total 6

Este conjunto de indicadores recoge entre otros desde la valoración inicial de las necesidades del paciente, hasta los diferentes riesgos o elementos de seguridad a detectar en los ancianos como la desnutrición o el maltrato. Incluye también aspectos de derechos y ética, educación al paciente y familia, trabajo y organización del equipo.

M3.02

ANÁLISIS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO PALIATIVO CON OXÍGENO DOMICILIARIO

R. Andújar Espinosa*, J. M. Sánchez Nieto, R. Bernabeu Mora, P. García Torres, A. Carrillo Alcaraz.

HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER.

juanm.sanchez3@car.m.es

La oxigenoterapia paliativa domiciliaria (OPD) se ha convertido en los últimos años en una modalidad creciente de terapia domiciliaria aunque carece de suficiente evidencia científica.

Objetivo: Analizar el uso de la OPD en el área sanitaria I + VI de

Murcia mediante medición de criterios científico-técnicos.

Metodología

OPD: utilización de oxígeno en domicilio para alivio de disnea en pacientes sin insuficiencia respiratoria.

Estudio Observacional prospectivo serie de casos. Población: todos los pacientes con OPD del área de salud I + VI de Murcia en consulta de terapias domiciliarias. Dimensión: calidad científico-técnica. Fuente: documentos clínicos (DC). Herramienta: Consulta monográfica de Terapias Respiratorias (CTR), oxímetro (Spiro Pro-Jaeger, Germany), formulario con Criterios (Cr) y Subcriterios (SubCr): Cr1: existencia en DC de necesidad de OPD. Cr2: descripción de cómo debe administrarse el oxígeno, SubCr 2a: horario, SubCr 2b: interfase, SubCr 2c: sistema, SubCr 2d: flujo; Cr3: existencia de hipoxemia en la evaluación (pulsioximetría < 90%), Cr4: descripción en DC del motivo de la OPD. Análisis estadístico: variables expresadas como media $\pm$ desviación estándar y porcentajes. Comparación entre variables Chi2 y T Student.

Resultados: Estudiamos 50 pacientes: 32 varones (64 %), 18 mujeres (36 %). Edad: 75.8 $\pm$ 10 años (46-93). Oximetría media: 92 $\pm$ 4 (72-99). Diagnósticos más frecuente: neoplasia 24 casos (48%), Cardiopatías 11 (22%) y enfermedades neurológicas 11 (22%). Los servicios más prescriptores: Medicina Interna: 18 (36%) y Oncología 16 (32%). En 42 pacientes (84%) existía DC con necesidad de OPD (Cr 1). La descripción técnica la OPD (horario, flujo, fuente y interfase) se realiza bien en 3 casos (6%). Los subcriterios se cumplen en SubCr2a: (horario): 25 casos (50%), SubCr2b (interfase): 31 (62%), SubCr2c (sistema): 3 (6%) y SubCr2d (flujo): 38 (76%). Existe hipoxemia en el momento de la indicación en 13 pacientes (26%) (Cr3). Se describe el motivo de indicación de OPD en 14 pacientes (28 %).

Conclusiones: 1ª La causa más frecuente de oxígeno paliativo en nuestra área es la neoplasia, y el servicio que más lo indica medicina Interna. 2ª Se detectan importantes incumplimientos de criterios en esta forma de administración de oxigenoterapia domiciliaria. 3ª El sistema para administrar oxígeno y el motivo de indicarlo no consta en la gran mayoría de casos.

M3.04

AUNAR ESFUERZOS ENTRE HOSPITAL Y JUSTICIA PARA DISMINUIR LOS SUICIDIOS

R. Carrera Goula, J. Jiménez Nuño, F. Arrufat Nebot, F. Camps Sañé, M. Gay Pastor, A. Anglada Arisa.

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC.

qualitat@chv.cat

En el año 2006 el Mapa Sanitario, Sociosanitario y de Salud pública de Cataluña 1999-2004 presentó datos significativamente superiores de mortalidad en mujeres con trastorno mental, en nuestra población de referencia (153.200 hab). Nuestro Centro, el Consorcio Hospitalario de Vic (CHV), cuenta con una experiencia de más de 20 años, en la revisión de la mortalidad y dispone de un grupo estable de profesionales que analizan de forma sistemática y metodológica el 100% de los exitus, con el fin de detectar áreas de mejora.

Objetivo: Analizar el 100% de los suicidios de la población de influencia para proponer acciones que mejoren la salud de la población.

Metodología: Se ha establecido un Convenio de colaboración entre el Departamento de justicia y el CHV en el ámbito de la medicina legal (2006) para activar una comisión mixta para elaborar líneas de trabajo y la revisión bibliográfica del tema: responsable de Calidad CHV, forense, Director de Salud mental CHV.

Se ha descrito el circuito de relación hospital - justicia (comunicado del suicidio) que cumplimentan los forenses.

En 2007 se ha incluido disminuir el % de suicidios, como resultado de salud en el plan estratégico del CHV. Se analizan todos los casos que en alguna ocasión han sido atendidos por Psiquiatría, según sistemática preestablecida. Se han analizado las tentativas detectadas en urgencias. Se analizan los pacientes diagnosticados como trastorno mental severo (TMS) desvinculados del programa. Se han realizado sesiones informativas de sensibilización de los profesionales del CHV en el día mundial de prevención del suicidio. Se inician en junio de 2008 sesiones para profesionales de primaria. Resultados:

- Suicidios por 100.000 hab: Tasa Cataluña 2002-2005: (7,3). Nuestra comarca: 2004 (12,29), 2005 (7,05), 2006 (11,55), 2007 (9,37), ene-

abril 2008 (3,92).

- Conseguido el objetivo estratégico 2007: disminuir un 10% menos que en 2006 (obj < 10,4).

- Reuniones de la comisión mixta: 2006 (2), 2007 (5), ene-abril 2008 (2).

- TMS desvinculados: 5.1% (obj <5%)

- Tentativas: 26

Conclusiones: El análisis sistemático de todos los suicidios permite una visión general de los posibles ámbitos de mejora, potenciando la relación entre niveles.

La revisión sistemática permite detectar circuitos y valoraciones de pacientes insuficientes. Se propone valorar escala de riesgo en el alta de psiquiatría agudos.

Es un tema de interés para los profesionales y su inclusión como objetivo estratégico posibilita aumentar las mejoras.

El trabajo conjunto entre hospital y justicia ha enriquecido las propuestas de mejora.

M3.05

BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN DEL GERIATRA EN EL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA

B. Gamboa Huarte, V. Canales Cortes, C. Lapresta Moros.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

bgamboa@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera en el anciano tiene una alta prevalencia en nuestro medio. Los costes directos se elevan a 5.592,15-11.957,08 euros por proceso. No están perfectamente determinados los gastos de la atención continuada y los gastos indirectos (sociales). Este grupo de población presenta elevadas comorbilidad asociada (3,87) y mortalidad intrahospitalaria (5-10%) y al año (30%). Las características del anciano aconsejan orientar el abordaje hacia una intervención interdisciplinar sobre un cliente medico-quirúrgico. La intervención del geriatra ayuda a la consecución de los objetivos marcados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, de intervención. Población diana: ancianos afectados de fractura de fémur proximal ingresados en el servicio de traumatología. Grupo Intervención (GI): muestra a la que se le realizó valoración en el preoperatorio o postoperatorio por el geriatra y seguimiento hasta el alta. Grupo de comparación (GNI): definido como ancianos ingresados por fractura de fémur proximal no seguidos por el geriatra en el proceso que se obtuvo mediante muestra aleatoria de la población diana a la que no se le realizó la intervención.

Marco temporal: 1 de enero al 31 de diciembre de 2005.

Análisis estadístico: se usaron los test Chi cuadrado de Pearson y test de Fisher para comparación de proporciones y los test t de Student y U de Mann-Whitney para comparación de medias. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0.

RESULTADOS: 282 ancianos: 100 del GI y 182 del GNI. Ambos resultaron comparables respecto a edad, sexo, procedimiento y GRD. La estancia media total del GI fue 14,73 días y la del GNI 15,68 días ($p=0,162$).

La estancia media postquirúrgica del GI fue 10,60 días y la del GNI 12,10 días, diferencias estadísticamente significativas ($p=0,015$). La mortalidad intrahospitalaria del GI fue del 5% y la del GNI fue del 13,2%, diferencias estadísticamente significativas ($p=0,030$).

Se hizo también análisis desglosado por GRD y procedimientos.

CONCLUSIONES:

1.- El abordaje integral, con una orientación medico-quirúrgica (traumatológica y geriátrica), desde el inicio del proceso minimiza la incidencia de efectos adversos, reduciendo la estancia media y la mortalidad intrahospitalaria.

2.- El mejor control, ya sea en actitud preventiva o de intervención, de la comorbilidad favorece la reducción de los costes hospitalarios y el incremento de la satisfacción del usuario.

M3.06

CALIDAD EN ORTOGERIATRÍA: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DESNUTRICIÓN E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

A. C. Sanjoaquin Romero, E. Ubis Diez, A. Grau Barrull, M. Lopez Hernandez, E. Santorroman Jovellar.

Hospital de Barbastro, Barbastro.

acsanjoaquin@salud.aragon.es

OBJETIVO: Determinar la situación nutricional al ingreso hospitalario. Describir los factores de riesgo asociados a desnutrición. Analizar las complicaciones postoperatorias en función del estado nutricional. Valorar la efectividad de la intervención nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y prospectivo longitudinal de los pacientes >70 años, que ingresan en Traumatología de H Barbastro por fractura de cadera. Variables: sexo, edad, domicilio previo, cuidador principal, índice de Barthel (IB) previo/al alta/ a los tres meses, test de Pfeiffer, valoración nutricional mediante puntuación en índice CONUT y Valoración subjetiva global(VSG), factores de riesgo de malnutrición, complicaciones postoperatorias, estancia y destino al alta.

RESULTADOS: de 149 pacientes que ingresan se seleccionaron 37 pacientes. Edad media 83,7 $\pm$ 7,11 años 67,7% mujeres. El 83,8% residían en domicilio, cuidador principal: cónyuge 16,2%; hijos 35,1%, residencia 13,5% Fallecieron 8,3% y de los que sobrevivieron: 61,7% regresaron a domicilio, 24,2% aresidencia y 18,1% a Unidades de Media/Larga estancia. La estancia media de 14, 46 días, desde la intervención 8,44 días. Los factores de riesgo de malnutrición más frecuentes: estreñimiento 78,4%, polifarmacia 64,7%; bajo nivel económico 51,4%; edentulismo 48,7%; incontinencia urinaria 45,9%, demencia 45,9%, Depresión 40,9%. Presentaban disfagia al ingreso 18,9%. Previo al ingreso el 10,8% presentaban dependencia moderada-severa (I.Barthel<60); al alta 62,1% y a los tres meses 48,6% Al ingreso deterioro cognitivo 45,9% y el 83,8% presentaban desnutrición moderada severa según CONUT, a los tres meses 26,4%. La VGS determinaba riesgo o malnutrición moderada-severa 77,8%. Recibieron suplementación 86,5%. Presentaron complicaciones postoperatorias 59,5% de las cuales las más frecuentes: infección respiratoria 27%, ITU 21,6%, UPP 16,5%. Significación estadística $p < 0,05$: albúmina al ingreso y cáncer, albúmina al ingreso y depresión, albúmina al ingreso y complicaciones respiratorias, CONUT >4 y xerostomía, VSG C y complicaciones postoperatorias, VSG B y C con síndrome de inmovilidad, VSG C y complicación Infección urinaria, complicaciones postoperatorias y destino residencia, presencia de ACV y demencia con IB al alta.

CONCLUSIONES:

1.Es necesario detectar precozmente a los pacientes en riesgo de malnutrición o malnutridos y establecer un plan de tratamiento para disminuir la incidencia de complicaciones postoperatorias, el grado de dependencia y la institucionalización.

2.La fractura de cadera genera institucionalización.

3.La intervención nutricional mejoran los parámetros bioquímicos de la desnutrición.

4.La existencia de patologías que generan dependencia condiciona peor situación funcional al alta.

M3.07

CUANDO PERDER ES EL PREMIO

M. J. Gil Train, S. López, R. Enguita, L. Huertas, E. Lamote Degignon.

Servicio Aragonés de Salud

majegiltra@gmail.com

En el congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial del año pasado presentamos una evaluación de la factibilidad del proyecto ATCCAPO.

En la fase de pilotaje de la factibilidad del estudio no estaba previsto realizar una evaluación de resultados. Sin embargo, la impresión subjetiva de las profesionales que lo llevaron a cabo fue que estaban siendo positivos, por lo cual se decidió hacer un análisis descriptivo de los resultados.

Material y métodos: Las actuaciones llevadas a cabo consistieron en:

- Evaluación inicial de peso, talla, perímetro abdominal (PA), índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA) y cuestionarios de calidad de vida, autoestima y ansiedad/depresión.

- Plan de trabajo consensuado con la paciente y encaminado a la modificación de hábitos utilizando técnicas cognitivo-conductuales

- Sesiones de relajación en grupo

- Visitas de seguimiento

Se han revisado los datos de veintiocho pacientes de tres centros de salud, dos urbanos y uno rural. Período de seguimiento: 15 meses. Un 94% eran mujeres entre 22 y 73 (media 52,1 y mediana 54 años), todas ellas con un IMC entre 30 y 40 (media 33,7). Para valorar si

después de la intervención se habían producido cambios se preguntó acerca de los hábitos dietéticos y de ejercicio físico y se midió el peso, el PA, el IMC, y la TA.

Resultados: Un 68% modificó sus hábitos dietéticos y un 71,4% los de ejercicio físico.

Un 96,5% disminuyó su IMC y un 87,5% su peso y en un 25% la reducción fue igual o superior al 10% del peso inicial.

El PA inicial y final sólo se midió en el 64,3% de las pacientes, y de éstas el 83% experimentó una reducción promedio de 4,1 cm. (entre 1 y 20 cm.)

Un 82% redujo su tensión arterial máxima y un 78.6% la mínima, aunque sólo el 41% eran hipertensas y en ellas el 75% se redujo a niveles normales.

La impresión subjetiva de las profesionales es que la calidad de vida, la autoestima y el estado emocional parecieron mejorar, pero no se ha podido evaluar con el suficiente rigor.

Conclusiones: Al tratarse de un estudio descriptivo no es posible establecer relaciones causa-efecto, pero los datos observados, junto a la buena acogida por parte de las pacientes y el entusiasmo de las profesionales que están llevando a cabo el proyecto parece que permiten albergar esperanzas respecto a la utilidad y eficacia de este proyecto.

M3.08

DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN. MEJORANDO RESULTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.

F. Ojeda Pérez, J. Astor, M. Girvent Vilarmau, E. Lineros, S. Cortes, E. Canovas.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.

fojeda@fhag.es

INTRODUCCIÓN: El banco de sangre de cordón funciona desde 1995 con la finalidad de obtener células madre para trasplante.

En nuestro centro la primera donación se efectuó 18 de marzo de 1999 y desde entonces estamos incluidos como centro colaborador en el Programa de Donación de Sangre de Cordón de Catalunya.

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS: Previa autorización de la madre, se obtiene una muestra de sangre del cordón umbilical del recién nacido normal, inmediatamente después de pinzar el cordón umbilical y antes de que se produzca el alumbramiento (placentario). Todo el procedimiento así como las garantías de bioseguridad están protocolizadas por el programa. El Banco de Sangre de Cordón, recoge periódicamente las bolsas mantenidas en frío para su posterior traslado al centro de almacenamiento y procesado.

Información complementaria esta disponible en:

http://www.bancsang.net/ca/donants/donacio_cordo.html

Este programa necesita de una conducta proactiva de la totalidad del personal que atiende tanto la gestación, donde se produce la primera información, como el parto donde se efectúa el acto de donación.

La conducta preactiva puede ser observada de una manera indirecta mediante el computo de bolsas recogidas (donaciones: 1 bolsa por donación) y la cantidad de sangre obtenida en el proceso, así como la calidad de la misma, criterios que se resumen en las muestras aceptadas.

RESULTADOS: Una gráfica resume la donación de sangre en los últimos años en nuestro centro, así como las muestras aceptadas sobre el total de muestras obtenidas, demuestra que en el 2005 se produce una preocupante caída tanto en el número de donaciones como en el número de bolsas aceptadas por el banco.

Esta situación se ha reconducido con dos medidas básicas y una complementaria:

1. Nombramiento de Coordinador médico y coordinadora de matronas.
2. Inclusión de la recogida de sangre de cordón para donación dentro de los objetivos contemplados en los incentivos.

Complementaria: Información: tanto del procedimiento como de los resultados obtenidos con seguimiento trimestral.

Estas medidas han conducido a una mejora sustancial tanto en el número de bolsas obtenidas como procesadas y por tanto aceptadas.

CONCLUSIÓN: Una conducta proactiva respecto a la donación de sangre de cordón obtiene efectos mesurables en los resultados del programa.

M3.09

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

O. Ordás Lafarga, L. A. Hijós Larraz, D. Ara Laúna, S. Isasi De Isasmendi Pérez, M. J. Andrés Soler, A. Castellanos De Mur, M. Giménez Sender.

Centro salud de Grañen.

E-mail autor principal : luishijos@monegros.net

OBJETIVOS: El objetivo fué el lograr una estrategia de mejora de calidad en el tratamiento farmacológico de pacientes hipercolesterolémicos, verificando la disminución de los niveles séricos de colesterol en pacientes que han recibido tratamiento farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: El diseño se planteó como un estudio retrospectivo de cohorte histórica. Se crearon 3 grupos según la prescripción por primera vez de las normas higiénico-dietéticas o tratamiento farmacológico hipolipemiente: estatinas y fibratos; los grupos fueron GHD, GTI y GTII, respectivamente.

Se valoraron las diferencias antes y después del tratamiento y las diferencias intergrupos.

Los sujetos del estudio son pacientes incluidos en el servicio 309 del Salud: hipercolesterolemia. Fueron un total de 348 pacientes.

Respecto a la instrumentalización, las variables dependientes fueron el colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, el cociente colesterol total/HDL, y el RCV según las tablas de Framingham.

Los momentos de medida de las variables dependientes fueron:

-GHD. Primera medida en el momento diagnóstico; segunda medida el primer control tras el diagnóstico.

-GTI y GTII. Primera medida en el momento de inicio del tratamiento farmacológico, segunda medida el primer control tras iniciar el tratamiento farmacológico.

RESULTADOS: Se aprecia una disminución significativa de las cifras de colesterol total, colesterol LDL y colesterol total/HDL en los grupos donde se realizó tratamiento higiénico-dietético y tratamiento farmacológico. La disminución en el GTI fue de 55,98 mgr/dl en colesterol total, en LDL de 50,37 mgr/dl y en colesterol total/HDL de 1,42 mgr/dl.

La reducción de la probabilidad del RCV según la tabla de Framingham fue de un 2,93% en el grupo de las estatinas, y dentro de este, en Atorvastatina un 2,43%, Pravastatina 3,15% y Simvastatina un 3,36%.

CONCLUSIONES: El tratamiento con estatinas es efectivo para la disminución del colesterol total, LDL y la fracción colesterol total/HDL. Podemos considerar constatada la disminución del colesterol sérico en los pacientes con tratamiento con estatinas, ya que hay diferencias intragrupo (antes-después) e intergrupo (comparación con GHD). La disminución del riesgo cardiovascular se ha verificado en las Tablas de Framingham, existiendo diferencias entre los grupos.

Los datos obtenidos con respecto a la disminución del nivel sérico de colesterol, colesterol-LDL y fracción colesterol total/colesterol HDL son coincidentes con los objetivos planteados en el estudio, tanto en el grupo de medidas higiénico dietéticas como en el grupo estatinas se produce una disminución significativa de estos parámetros. Con respecto a los niveles de colesterol-HDL, no se evidencia un aumento significativo.

M3.10

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿INCERTIDUMBRE O NUEVAS EVIDENCIAS?

F. J. Pérez-Rivas* (0), P. Magán-Tapia (1), A. Pastor Rodríguez-Moñino (0), M. Beamud-Lagos (0), M. Ochandorena-Juanena (0), V. Zumajo-Gijón (0).

(0) Gerencia Atención Primaria Area 11 de Madrid, (1) Hospital 12 de Octubre.

jperez.gapm11@salud.madrid.org

OBJETIVO: Describir la cobertura vacunal en los distintos grupos de población, cuantificar la incidencia de gripe en esos grupos y evaluar la efectividad de la vacunación antigripal en relación con la incidencia del síndrome gripal (SG) y su repercusión sobre el número y la duración de Incapacidades Temporales (IT).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes durante cinco temporadas de vacunación consecutivas.

Población: Total de la población, con historia clínica informatizada (OMI-AP), del Área Sanitaria 11 de la Comunidad de Madrid.

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

Análisis de los datos: Se ha realizado una descripción de la cobertura vacunal y la incidencia de SG según grupo de edad y riesgo por temporada y de forma global. La efectividad de la vacuna se ha valorado según el riesgo relativo (RR) para desarrollar el SG y el número de pacientes con IT entre población vacunada y no vacunada. **RESULTADOS:** La cobertura de vacunación antigripal osciló entre el 49,5% en pacientes mayores de 60 años y el 24,8% en menores de 60 años pertenecientes a grupos de riesgo (GR). La incidencia de SG en las personas vacunadas fue de 9,2 casos por mil habitantes y en las no vacunadas de 12,4 casos por mil habitantes. El RR de padecer un SG entre los vacunados frente a los no vacunados para la totalidad de la población en todo el periodo de estudio fue 0,74 (IC95%: 0,71-0,76). Cuando desagregamos por grupos de edad encontramos que en población mayor de 60 años RR=1,57 (IC95%: 1,47-1,66); en menores de 60 años, en los no pertenecientes a GR RR=1,15 (IC95%: 1,09-1,20) y en los que sí pertenecen a GR RR=0,79 (IC95%: 0,72-0,86).

En relación con la IT, los pacientes vacunados presentaron un número de IT, por diagnóstico de gripe, notablemente inferior a los no vacunados, con un RR de 0,54 (IC95%: 0,43-0,67). **CONCLUSIONES:** Las coberturas alcanzadas son en general inferiores a las deseables, especialmente en el grupo de pacientes menores de 60 años pertenecientes a GR.

La vacunación antigripal es efectiva en el grupo de población < 60 años perteneciente a GR, pero se comporta como factor de riesgo en población < 60 años no perteneciente a GR y especialmente en los mayores de 60 años.

Las campañas de vacunación antigripal deben incorporar estrategias específicas para mejorar la captación de población < 60 años pertenecientes a GR.

Es necesario diseñar ensayos clínicos o estudios prospectivos que permitan corroborar los resultados de este estudio.

M3.11

EN BUSCA DE LA MEDIDA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE HIPERCOLESTEROLÉMICO

L. A. Hijós Larraz, O. Ordás Lafarga, C. Figueras Ara, I. Abadía Corvinos, A. Mendoza Escuer, F. Aranguren Martínez De Morentín, V. Pedrera Román.

Centro Salud de Grañén.

luishijos@monegros.net

OBJETIVO: Después de priorizar como área de mejora el proceso del paciente incluido en el programa de atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia, se marcó como primer objetivo identificar cual sería el mejor instrumento para evidenciar el riesgo cardiovascular en este tipo de pacientes y que fuera sensible a la intervención terapéutica, con el fin de poder evidenciar más fácilmente la mejora en el riesgo cardiovascular.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio retrospectivo siendo la variable estudiada RCV según las tablas seleccionadas: Framingham, Regicor, Dorica y Score.

Los sujetos del estudio fueron los pacientes incluidos en el servicio de hipercolesterolemia de la zona de Salud de Grañén. Se asignaron a tres grupos, según el tratamiento hipolipemiente que seguían: medidas higiénico-dietéticas (GHD), estatinas (GTI) o fibratos (GTII). Se valoraron las diferencias intragrupo y las diferencias intergrupos para la verificación de las mismas.

RESULTADOS: El total de pacientes incluidos en el servicio 309 en el año 2006 era de 348, cumplían criterios de inclusión 229 (65,8%). Los principales motivos de exclusión del estudio fueron falta de datos en la historia que imposibilitaban el cálculo del RCV (40,3%) y los pacientes fuera de rango etario (38,7%).

Las diferencias fueron:

-Tabla SCORE. Se hallaron diferencias significativas en el GTI, con una disminución del 0,76. Las diferencias entre GHD, GTI y GTII no son significativas.

-Valoración RCV Tabla REGICOR. Se encontraron diferencias significativas en el GHD (0,63) y en GTI (1,19).

Las diferencias entre los grupos no son significativas.

-Valoración RCV Tabla DORICA. Solamente se encontraron reducciones significativas en el GTI (1,64). Las diferencias entre los grupos no son significativas

-Valoración RCV Tabla Framingham:

- Puntuación total: Aparecen diferencias significativas en el GTI siendo la disminución de 1,98 puntos.
- Probabilidad: La reducción del RCV fue significativa en el GTI (2,93).

En ambos casos, las diferencias entre GHD, GTI y GTII son estadísticamente significativas

CONCLUSIONES: En el seguimiento del paciente hipercolesterolémico mediante la valoración del RCV, observamos que se producen diferencias significativas en los grupos GTI, y en los subgrupos de atorvastatina, pravastatina y simvastatina en la utilización de las Tablas Framingham y adaptadas (REGICOR), apareciendo menos grupos con diferencias significativas en las Tablas SCORE y DORICA. Por una parte deberemos valorar que estas diferencias se pueden deber a los diferentes rangos encontrados según sea la tabla usada (SCORE: 0-26; REGICOR: 2-29; DORICA: 0-44; Framingham total: 2-35; Framingham probabilidad: 2-42) o a las diferentes variables utilizadas en su cálculo.

M3.12

EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LA PIELONEFRITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EJEMPLO DE BUENA CALIDAD ASISTENCIAL, AUNQUE MEJORABLE

J. A. Pérez Arbej*, M. I. Cameo Rico.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

jpapeza@salud.aragon.es

OBJETIVO: La pielonefritis aguda (PA), en especial la no-complicada (PANC), es un proceso perfectamente conocido y descrito en la literatura médica. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se resuelve eficazmente con antibióticos. Se persigue definir la situación real del manejo de las PA ingresadas en un Hospital Terciario y detectar posibles oportunidades de mejora.

MATERIAL y METODOS: Estudio retrospectivo de pacientes que al alta hospitalaria fueron diagnosticados de PA, en HCU LOZANO-BLESA, durante dos años (noviembre-2005/octubre-2007). Analizamos sexo, edad, estancia, servicio, patologías asociadas, diagnóstico, cultivo y sensibilidad bacteriana, tratamientos y evolución. Definimos como criterios de calidad la estancia hospitalaria (S=2-3 días), el porcentaje de cultivos (S>95%), cultivos positivos (S>80%), la terapia empírica con amoxi/clavulánico o cefalosporinas o fluorquinolonas y la curación en PANC (S>95%).

RESULTADOS: Se revisaron 118 historias clínicas con diagnóstico de PA, (80,5% mujeres, edad media 34 años). El diagnóstico se realizó en Urología (35,5%), M.Interna (21,1%), Pediatría (21,1%), Obstetricia (16,1%) y otros servicios (5,9%). El 55% fueron PANC, con estancia media de 5,66 días y el 45% PAC, estancia 7,5.

El diagnóstico fue por la clínica en el 82,2%. Se realizó cultivo en el 80,5%, con 58,9% de positividad. El germen más frecuente fue E.coli (82%).

El resultado del antibiograma mostró alta sensibilidad, salvo amoxicilina y ticarcilina (57,7% de resistencias) y Ac.Nalidixico (29,2% de resistencias).

Tratamiento empírico en el 100%, con cefalosporinas (44,8%), amoxicilina/clavulánico (28,9%) y ciprofloxacino (10,1%).

Curación clínica: 97% de PANC y 88,6% de PAC.

CONCLUSIONES:

-El manejo global de la PA es muy satisfactorio en nuestro Hospital, acorde con la literatura actual, a pesar de la dispersión por servicios, -El diagnóstico suele ser clínico y el germen más frecuente el E.coli, con las resistencias habituales (Amoxicilina, Ticarcilina). Con tratamientos empíricos correctos, la tasa de curaciones es alta.

-Se aprecian varias oportunidades de mejora: Estancia en PANC (5,6 días, S=2-3); tasa de cultivos (80,5%, S>95%); nivel de positividad (58,9%, S>80%).

-Sería necesario, pues, mejorar la tasa de estudios microbiológicos pre-tratamiento, instruyendo al paciente a recoger una muestra de orina antes de iniciar la toma de antibiótico, para realizar urocultivo precozmente.

-Caso de ser muy complicado daremos preferentemente amoxicilina/clavulánico y de segunda opción cefalosporinas o fluorquinolonas.

-En las PANC debería reducirse la duración del ingreso hospitalario. En nuestro Servicio de Urología tenemos en marcha un programa de reuniones con los MAP en Centros de Salud, tratándose, entre otros temas, el aquí presentado.

M4.01

¿CUALES SON LAS CAUSAS DEL RETRASO EN LA VISITA DE LOS FAMILIARES DE LA UCI?

M. T. Romero Mariscal.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.
mayte.rmariscal@gmail.com

1. Introducción: El ingreso y la estancia en una unidad de cuidados intensivos suponen una situación de gran estrés y ansiedad tanto para el paciente como para su familia. Diversos estudios señalan que uno de los aspectos que ocasiona más angustia es el tiempo de espera para la información médica y para la visita familiar.

En nuestra unidad existen dos horarios establecidos para la visita de los familiares: de 13:30-14:00 y 19:00-20:00.

2. Objetivos:

1.- Evaluar los retrasos que ocurren en la visita familiar de los pacientes ingresados en la UCI.

2.- Evaluar las causas del mismo.

3.- Proponer soluciones de mejora.

3. Material y métodos: De diciembre de 2007 a enero de 2008 se recogió información sobre la visita de las familias. Se distinguió: turno de mañana o turno de tarde, así como víspera de festivo/festivo o laborable. Se valoraron variables cuantitativas: tiempo de retraso de la visita familiar, nº de personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares) y cualitativas: causas del retraso. Una vez analizados los resultados se difundieron entre el personal y se propusieron algunas acciones de mejora.

4. Resultados:

-Turno de mañana: *Días de retraso 50%

*Tiempo medio de retraso 24 minutos (tiempo mínimo de 15 minutos y máximo de 40 minutos)

*Causas: -Información médica (50%)

-Ingreso/Reingreso/Traslado de paciente (38%)

-Técnicas/Valoraciones de otras especialidades (27%)

*Mayor en días laborables (58%) con media de 3.7 médicos, 4.8 enfermeras, 3.2 auxiliares, por 8.4 pacientes.

-Turno de tarde: *Días de retraso 34%

*Tiempo medio de retraso 15 minutos (mínimo de 10 minutos y máximo de 30)

*Causas: -Técnicas de enfermería (35%)

- Sin causa aparente (28%)

- Ingreso/Reingreso/Traslado (28%)

*Mayor retraso también en laborables (54%) con media de 2 médicos, 5 enfermeras y 3 auxiliares, por 8 pacientes.

5. Conclusiones: Existe mayor retraso en la visita en el turno de mañana respecto a la tarde. La causa principal en el primer caso es el retraso en la información médica, y en el turno de tarde las técnicas de enfermería, en muchos casos, ambas causas subsanables con algunas propuestas de mejora: coordinar el final de la información médica con el personal auxiliar, retrasar o adelantar técnicas o pruebas diagnósticas no urgentes de otras especialidades no urgentes (pruebas de imagen), de igual modo con técnicas de enfermería no urgentes.

M4.02

¿ESPERAR A QUE SE ME PASE ES LA MEJOR SOLUCIÓN? ACTITUD DE LAS ARAGONESAS ANTE LOS SÍNTOMAS DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

I. Calvo Cebollero* (0), A. Lukic (0), M. V. Fustero Fernández (1), M. Bárcena Caamaño (1), J. M. Millaruelo Trillo (2), E. Moreno Esteban (0).

(0) Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza), (1) Centro de Salud Cariñena (Zaragoza), (2) Centro de Salud Torrero La Paz (Zaragoza).

icalvoc@ya.com

Objetivos: Las mujeres con un síndrome coronario agudo (SCA) tardan más en ponerse en contacto con el sistema sanitario. A ello contribuye el desconocimiento que tienen de la importancia de la enfermedad cardiovascular (ECV) en la población femenina.

El grupo PAMYC (Programa Aragonés de Mujer y Corazón) con el objetivo de conocer si las mujeres de nuestra Comunidad Autónoma identifican las ECV como problema de salud y primera causa de muerte en la mujer, si reconocen los síntomas de un SCA y, si en caso de sentirlos, reclamarían asistencia urgente, diseñamos una encuesta para en base a sus resultados planificar las acciones de mejora oportunas.

Material y métodos: Llevamos a cabo una encuesta telefónica, semiestructurada a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en Aragón. Error muestral de $\pm 3\%$, nivel de confianza del 95% y $p = q = 0,5$. Muestreo por estratos, con una selección aleatoria dentro de cada estrato, definido por dos criterios: grupos de edad y municipios por número de habitantes.

Resultados: Sólo un 5,1% de las encuestadas identifica la ECV como principal problema de salud y sólo el 15,3% como primera causa de muerte de las mujeres. Un 24,1% creen tener menos probabilidad de sufrir un ataque cardíaco por ser mujer. Una de cada cuatro mujeres entre los 66 y 80 años no reconocen los síntomas de un ataque al corazón. Las mujeres entre 66 y 80 años y las mayores de 80, contestan que solicitarían ayuda urgente solo en 60,7 y 55,9% respectivamente.

Conclusiones: Las mujeres en Aragón infravaloran la ECV como problema de salud y causa de mortalidad. La mayoría sabe cuales son los síntomas de un SCA pero parece que no se perciben como candidatas a padecerlo. Las de más riesgo son las que más desconocen los síntomas y las que con menos frecuencia pedirían ayuda urgente. Los integrantes del grupo PAMYC consideramos necesario establecer acciones correctoras que mejoren la percepción de la ECV en la mujer y acorten la demora atribuida a la paciente en el síndrome coronario agudo.

M4.03

¿LA SATISFACCIÓN GENERAL ES REPRESENTATIVA DE LAS SATISFACCIONES PARCIALES?

A. Gómez Palmero, L. A. Sangrador Arenas, J. M. Oto Terrer, R. Fraile Castela, F. Revilla Ramos, A. Villar Caramés.

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

bec-gompalan@jcytl.es

OBJETIVO: Valorar si existe relación entre los resultados de satisfacción general que perciben los usuarios de los distintos ámbitos de estudio y el índice de percepción de las satisfacciones parciales generado mediante diferentes técnicas de análisis multivariante.

MATERIAL

El material para la obtención de los datos ha sido una batería de encuestas que se utilizan para estudios de evaluación de la satisfacción de los usuarios del Sistema Regional de Salud, todas dirigidas a usuarios directos excepto la de pediatría que se dirige a los padres de los usuarios.

MÉTODO: Obtenemos de la batería de encuestas:

1. El índice de satisfacción general de forma directa.

2. Los datos para la construcción del índice de percepción de las satisfacciones parciales. Se aplican dos técnicas estadísticas de análisis multivariantes diferenciadas en dos pasos consecutivos:

- Análisis de componentes principales de variables categóricas con el fin de reducir el número de variables de estudio. Se definen con ello unas nuevas variables artificiales llamadas dimensiones.
- Regresión lineal múltiple para obtener los coeficientes de importancia o impacto de cada variable sobre la variable dependiente.

- Se aplica a continuación el test de comparaciones de Wilcoxon para valorar si existen diferencias entre el indicador de satisfacción general y el índice de percepción de las satisfacciones parciales.

- Los intervalos de confianza del índice de satisfacción general permiten determinar si contienen o no el índice de percepción de las satisfacciones parciales.

RESULTADOS: Gráficamente se observa que pueden existir diferencias entre cada par de muestras relacionadas en algunos de los ámbitos de estudio. El test no paramétrico de Wilcoxon verifica que las diferencias observadas en la gráfica son significativas en todos los ámbitos de estudio, excepto en pediatría.

CONCLUSIONES: La satisfacción general es una indicador que

posiblemente sobreestima la percepción del usuario en relación a la que éste tiene de cada uno de los servicios de forma desagregada. El indicador de satisfacción general obtiene resultados más altos cuando los encuestados son usuarios asistenciales que cuando evalúan la asistencia recibida por sus hijos.

M4.04

ACTUALIZACIÓN DE MATERIAL PSICOEDUCATIVO (TALLER DE MEDICACIÓN): PARTICIPACIÓN DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA.

M. Martínez Llorente, C. Gracia Bercero, A. García, L. Cortés, M.J. Malo, L. Castillo.

Unidad de Media Estancia de Salud Mental.
mmartinezl@aragon.es

JUSTIFICACIÓN: Actualmente se está realizando una actividad terapéutica grupal para fomentar la autonomía en la toma de medicación de los pacientes de la Unidad. Dicha actividad consta de unas sesiones teóricas y otras prácticas. Para dinamizarla utilizamos un video didáctico en el que vemos como pacientes ficticios hacen preguntas relacionadas con la medicación a los profesionales. Este material lo vemos poco actualizado tanto en contenidos como en estética e incluso en algunas situaciones ya que está enmarcado en otro contexto temporal y cultural. Debido a esto vemos la necesidad de realizar un video en la unidad en el que van a intervenir pacientes y profesionales.

OBJETIVOS:

- Mejorar el beneficio que los pacientes obtienen de la actividad "Taller de medicación" a través de materiales adaptados por ellos a su contexto socio-cultural y sus necesidades terapéuticas.
- Aumentar la implicación de los pacientes en sus programas de rehabilitación.
- Estimular las habilidades sociales y expresivas.
- Desarrollar el rol de co-terapeuta en los pacientes participando en la elaboración de un material audiovisual que se va a aplicar en la rehabilitación de otros usuarios de la Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Elaboración de guión con contenidos adaptados.
- Realización de role-playing preparatorios con los pacientes.
- Grabación del video.
- Montaje y edición del material grabado.
- Visionado del resultado final.
- Utilización del material en próximos grupos terapéuticos.

RESULTADOS EVALUABLES:

- Consentimiento informado de los pacientes participantes.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- Autonomía en la gestión de la medicación.
- Repertorio de habilidades expresivas y relacionales.
- Grado de cohesión grupal y de implicación individual en la dinámica de la Unidad.
- Grado de satisfacción con la actividad manifestada por los pacientes

CONCLUSIONES: Utilidad terapéutica valorada por profesionales y pacientes de una actividad que implica una participación activa del paciente y una adaptación individualizada de materiales psicoeducativos.

M4.05

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA: ¿QUÉ OPCIÓN PREFIERO?

C.* Pérez-Romero, G. Carmona-López, V. Baena-González, A. Caro-Martínez, E. Fernández de la Mota, R. Sanz-Amores.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
carmen.perez.easp@juntadeandalucia.es

OBJETIVOS. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía está impulsando el desarrollo de Instrumentos de Ayuda para la toma de Decisiones (IATD), facilitando la participación del paciente en las decisiones que afectan a su salud, aportándole información sobre su enfermedad así como de los riesgos y beneficios de cada alternativa de tratamiento. Se abordan en primer lugar los tratamientos oncológicos, donde el éxito de las terapias puede depender de la comprensión y valoración que el paciente haga de las diferentes opciones posibles. Se presenta el diseño y validación de un IATD

dirigido a hombres diagnosticados de cáncer de próstata en estadio inicial: Alternativas de tratamiento para el cáncer de próstata. ¿Qué opción prefiero?.

MATERIAL Y MÉTODOS. El desarrollo del IATD se ha realizado en cinco fases:

1. Análisis de la receptividad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) sobre la incorporación de IATD en el Proceso Cáncer de próstata.
2. Revisión de IATD desarrollados en otros países y selección de uno de ellos.
3. Adaptación transcultural del IATD seleccionado al entorno del SSPA.
4. Validación del IATD en el SSPA: pilotaje y evaluación de la idoneidad de su diseño y contenidos y del efecto de su uso en el proceso de toma de decisiones.

RESULTADOS. Evaluación del diseño y contenidos:

- Atractivo diseño del IATD.
- La calidad en la información clínica que contiene es elevada.
- Para los pacientes el instrumento resuelve sus dudas (95%), el lenguaje es sencillo y asequible (92%) y resume la información esencial para tomar la decisión (92%).

Efecto sobre el proceso de toma de decisiones:

- Buena acogida del IATD por los pacientes.
- Ofrece información relevante que prepara al paciente para la toma de decisiones.
- Facilita la labor en consulta y la comunicación con el personal facultativo.

- Cambios destacables de actitud en los pacientes: mayor información, tranquilidad y manifestación de preferencias.

- La ausencia de conflicto decisional en los pacientes es elevada (88,93): sentimiento de apoyo (92,82), seguridad en la decisión (86,88), disponibilidad de información (90,51).

CONCLUSIONES. Al mejorar la información y aumentar la tranquilidad del paciente, el IATD facilita la comunicación en la consulta y la toma de decisiones. Pacientes y profesionales coinciden en recomendar la utilización del IATD para fomentar la participación en la toma de decisiones.

M4.06

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES, EN UN SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES: 2005-2008

A. Hernando Uzkudun, J.R. Aginaga Badiola, M.J. Preciado Barahona, Arantza Aranzabal Conde, I. Gurrutxaga Arriola, P. Busca Ostolaza.

Hospital Donostia, San Sebastián.
AMAIA.HERNANDOUZKUDUN@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: El análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción realizada a los pacientes que son atendidos en los Servicios de Urgencias son una fuente de información para valorar la percepción de nuestro servicio y para detectar aquellas áreas de mejora.

OBJETIVOS: Analizar la evolución de los resultados de la encuesta de satisfacción desde 2005 a 2008.

Detección de las áreas de mejora.

METODOLOGÍA: Realización de encuesta anual telefónica de 54 preguntas, por una empresa externa, valorando la atención recibida en el servicio.

Comparación de resultados obtenidos en los cuatro últimos años.

RESULTADOS: Hemos mejorado y/o mantenido valoración positiva >90% (porcentaje de pacientes que responden positivamente a la pregunta): El trato es confidencial (2005: 95,3%, 2008: 99%), se respeta la intimidad (98,9-98,5%) y el personal médico y de enfermería es amable y respetuoso (96,9-98% y 96,8-99,5%). Los pacientes volverían aunque pudieran elegir otro servicio (94,8-97,5%). Que se cumplan o superen las expectativas de los pacientes (97%). La limpieza (97,2-97,8%). La ayuda que prestan el personal en la admisión (94,9-96,2%). Los conocimientos y la competencia de los profesionales (92,5-96,5%). El interés para escuchar y comprender los problemas del paciente (93-95,9%). La claridad de la información sobre lo que deben hacer en casa los pacientes (92,3-95,4) y la claridad del informe al alta (98,6-91,8%). La asistencia en general (94,8-94,9%). La claridad de la información sobre el ingreso o traslado a otro centro (91,9-92,9%) y las explicaciones del médico, en general

(89,1-93,3%). La oportunidad de estar acompañado (87,3-92,5%). Se han detectado como áreas de mejora (valoración positiva menor del 90%). Prioridad alta: La información del tiempo estimado de espera para ser atendido (17,7%), La valoración del tiempo de espera en Urgencias desde que se decide el ingreso en el Hospital (60,5%), El tiempo de espera hasta la atención médica (65,4%).

CONCLUSIONES: La monitorización anual, análisis, exposición a todos los miembros del servicio y la puesta en marcha de acciones de mejora, en relación con las áreas deficitarias detectadas, nos ha permitido mejorar desde 2005 a 2008 el número de preguntas con valoración positiva, mejorando además el porcentaje de respuesta en las áreas deficitarias.

Los aspectos que consideran más importantes siguen siendo el trato, la competencia del personal sanitario, el tiempo de espera y la información recibida.

M4.07

ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

J. M. Montón Dito*, M. C. Valdovinos Mahave, E. Monforte Zafón, C. Sánchez Polo, I. Lorda De Los Rios, P. Martínez Trivez.

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

jmmonton@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Conocer las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI y su valoración acerca de los cuidados y capacidad del personal, con objeto de realizar una mejora en los procesos susceptibles.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se realizó en una UCI Polivalente del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Se diseñó y validó una encuesta de satisfacción con 17 preguntas, basada en la CCFSS (Critical Care Family Satisfaction Survey), distribuida en 5 subgrupos: confianza, información, proximidad, apoyo y confort. Se realizó una estadística descriptiva y correlaciones bivariadas entre variables.

RESULTADOS: En un primer periodo, durante un plazo de 6 meses, se distribuyeron 101 encuestas a los familiares que habían visitado regularmente a los pacientes ingresados durante más de 48 horas. La edad media de los familiares encuestados fue de 51 años. El 40% correspondió a hijo/a y el 37% a cónyuge. El 67% eran mujeres. Un 75% de los encuestados convivía habitualmente con el paciente. En una escala de 1 a 5, las variables mejor puntuadas fueron: cuidado recibido (4,41), competencia médica (4,26), competencia enfermería (4,29), información médica (4,02) y trato recibido (4,26). La valoración global fue muy alta (4,17).

Las variables con peor puntuación fueron: conocimiento del nombre del equipo de enfermería (2,52) y médico (3,22), información de enfermería a los familiares (3,48), valoración de la sala de espera (3,04), y que los familiares pudieran colaborar en el cuidado del enfermo (3,13). Las variables que más influyeron en la puntuación global con correlación significativa, hacían referencia al apoyo recibido y a información médica.

La sala de espera no determinó de forma significativa el valor de la puntuación global. Ante estos resultados, se propuso un plan de mejora de las variables peor puntuadas, se individualizó el apoyo a los familiares, se reorganizaron las visitas según propuesta de los familiares y se introdujeron mejoras en la sala de espera.

Durante otro periodo de 6 meses, se distribuyeron 109 encuestas, en las que se observó una mejora sobre la puntuación de las variables modificadas; así como de la puntuación global de satisfacción.

CONCLUSIONES: La valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI puede medirse con encuestas de satisfacción. Una adecuada y comprensible información médica; así como el trato y el apoyo recibido por los familiares, tienen más importancia en el grado de satisfacción, que aspectos relacionados con el confort, como la sala de espera.

M4.08

ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN TRAS CIRUGÍA SUSTITUTIVA BILATERAL DE RODILLA EN UN TIEMPO

V. León Muñoz, E. Salmerón López, M. J. Riquelme Bernal.

Fundación Hospital, Cieza.

vleonmd@gmail.com

Objetivo. La satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Además, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

Atendiendo a diferentes publicaciones (Borden, Lombardi, Macario y Pavone) los resultados clínicos en artroplastias totales de sustitución de rodilla (ATR) bilaterales en uno o dos tiempos son comparables, no existiendo un incremento de riesgo. En nuestro medio la ATR bilateral en un tiempo es una práctica clínica anecdótica. Objetivo primario: encuesta de satisfacción a pacientes intervenidos en un tiempo.

Material y método. Por un lado, estudio retrospectivo de diferentes variables clínicas, analíticas y económicas en dos series de pacientes (n en cada serie = 10) en los que se ha implantado ATR en ambas rodillas en uno o en dos tiempos. Estudio analítico mediante SPSS v15.0 para Windows. Por otro lado, encuesta telefónica de satisfacción a los pacientes intervenidos en un tiempo.

Resultados. Asumiendo un riesgo alfa de 0,05 hemos obtenido resultados significativos en las variables edad, estancia hospitalaria, coste medio y valores de Hb a las 6 y 24 horas de la intervención (puede existir sesgo en éstos últimos por el cambio de política transfusional realizado en nuestro Centro). Por el contrario no ha existido diferencia en lo que respecta al balance articular pre y postoperatorio, al tiempo de intervención y al tiempo de ocupación de quirófano, al sangrado por rodilla y al requerimiento transfusional global.

Conclusiones. Los resultados preliminares de nuestra experiencia indican que, en casos seleccionados, sin modificar la infraestructura de la mayoría de los Centros Hospitalarios de nuestro medio, es una cirugía asumible, aunque serán necesarios estudios analíticos clínicos y de gestión más profundos para implantar la cirugía protésica bilateral de rodilla en un tiempo como una técnica de rutina. Existe, en nuestra experiencia, un elevado grado de satisfacción de los pacientes, aunque el escaso número de casos obliga a valorar dicho dato con prudencia.

M4.09

BARÓMETRO DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA

L. Sanchez Robles*, P. Rubio Sastre, A. Faura Martinez, L. Calleja Pérez, J.L. López Morales.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.

leycal@eurest-colectividades.com

OBJETIVOS: Con el barómetro de calidad pretendemos averiguar en qué aspectos del servicio de alimentación al paciente se concretan deficiencias, a fin de definir, desarrollar e implantar un sistema orientado al aumento de la calidad percibida por el paciente hospitalizado.

METODOLOGIA: Se realiza un estudio retrospectivo y comparativo entre los resultados de las encuestas de calidad realizadas en los años 2006 y 2008 a los pacientes hospitalizados. Análisis sobre las 81 y 150 encuestas respectivamente.

Como factor diferencial entre uno y otro año se produce la incorporación de un dietista y un nutricionista al servicio de alimentación, creando un equipo multidisciplinar de 6 profesionales, que crean un nuevo código de dietas, elaboran y calibran menús, y realizan la petición de dietas a pie de cama mediante PDA.

La encuesta consta de varios apartados con los cuales se realiza una comparativa que analiza variables como: sabor, limpieza y presentación de la comida, cantidad servida, variedad de los menús, atención recibida y temperatura.

RESULTADOS: A la vista de los resultados obtenidos en el apartado relativo a la percepción de la calidad, el sabor de los alimentos es calificado como bueno o muy bueno un 5% más en 2008 que en 2006; en relación a la temperatura de la comida, es en 2008 donde se registra una disminución de un 7% de la calidad en la percepción de los encuestados, que la califican, no obstante, como buena o muy buena; la variedad de los menús en comida y cena se mantiene estable aumentando un 3% en merienda. En general, la valoración global es buena aumentando en un 4% en 2008 respecto a 2006, con un porcentaje de respuesta del 73% de los encuestados.

CONCLUSIONES: El informe realizado comparando datos de los dos años, muestra altos niveles de satisfacción respecto a la limpieza,

presentación de los menús y calidad de la comida ofrecida por nuestro servicio.

La realización de este tipo de encuestas permite separar las distintas ingestas que se realizan a lo largo del día y localizar en cuales debemos mejorar.

Sólo conociendo donde existen los problemas, podemos introducir mejoras que lleven a subsanarlos.

M4.10

BARRERAS PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LAS DECISIONES CLÍNICAS: COMPARATIVA ENTRE LAS PERCEPCIONES DE MÉDICOS Y PACIENTES

J. J. Mira Solves (0), S. Lorenzo Martínez (1), F. Palacio Lafuente (2), V. Pérez Jover (0), M. Ziadi (3), E. Ignacio (4).

(0) Universidad Miguel Hernández (Elche), (1) Fundación Hospital, Alcorcón, (2) Centro de Salud de Ondarreta. San Sebastian. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, (3) Universidad Miguel Hernández (Elche), (4) Universidad de Cádiz.

jose.mira@umh.es

Objetivo: Comparar la percepción de los pacientes frente a los médicos acerca de cuáles son las principales barreras para una participación activa en las decisiones clínicas.

Metodología: Estudio descriptivo en el que, como primer paso, se conducen 4 grupos focales con pacientes y otros 4 con médicos de 4 provincias distintas. Temáticas abordadas: ¿qué haría falta para que los profesionales puedan ayudar a los pacientes a participar en las decisiones clínicas?. En total participaron 58 pacientes y 74 médicos. Estos mismos sujetos respondieron a una encuesta de 16 preguntas que contenían un listado de posibles barreras a las participación en la toma de decisiones (puntuando: 0 nada; 10 totalmente relevante). Se recurrió al estadístico t-student considerando diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

Resultados: Pacientes: 53,45% mujeres y un 46,55 % de hombres, media de edad de 43 años. Médicos: 43,30% mujeres y 52,70% de hombres, media de edad de 44 años. Pacientes y médicos priorizan como barreras más importantes para que el paciente pueda participar en las decisiones clínicas (porcentaje de respuesta que supera el valor 8 de la escala): que al paciente un médico le diga una cosa y otro médico otra diferente (pacientes: 67,24%; médicos: 64,86%), que el médico utilice un lenguaje demasiado técnico (pacientes: 65,51%; médicos 64,86%), y que el médico tenga muchos pacientes esperando y que no tenga mucho tiempo (pacientes: 70,69%; médicos: 72,97%). Además pacientes y médicos coinciden en que el sexo del paciente o del médico no influye como barrera para que el paciente pueda intervenir en la toma de decisiones clínicas. Del total de 12 elementos evaluados únicamente hemos hallado diferencias significativas entre ambos grupos respecto a que el paciente tenga confianza ciega en el médico (media del paciente 7.28; media del médico 5.61; $t = -3,499$, $p = 0,001$), que existan dificultades con el idioma (6.48, 7.69; $t = 2,615$; $p = 0,010$).

Conclusiones: Médicos y pacientes parecen coincidir en la mayoría de las barreras para que el paciente pueda ejercer su autonomía en las decisiones clínicas. Las señaladas como más importantes tienen que ver con la información que el médico facilita al paciente, y la falta de tiempo en la propia consulta para que el paciente pueda participar de las decisiones.

*Estudio financiado por FIS ref PI060574 y PI061180.

M4.11

CALIDAD DE VIDA EN DIABÉTICOS: CÓMO ESTÁN Y CÓMO SE SIENTEN

R. Gómez Navarro*, J. Albiñana Tarragó, N. Belenguer Andres**, M. J. Navarro Julián**.**

* Médico; ** DUE C.S.

Teruel Rural.

ragona@ya.com

OBJETIVO: Analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de nuestros pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) y la influencia que el nivel de control de la enfermedad y las patologías asociadas ejercen sobre la percepción que el paciente tiene sobre la misma.

MATERIAL Y METODO: Diseño: Estudio de cumplimiento de criterios del Gedaps y descriptivo transversal de CVRS mediante cuestionario. Sujetos: Todos los pacientes DM2 atendidos por el EAP, con > 1 año

de evolución. Excepciones: deterioro cognitivo, esperanza de vida limitada, inmovilizados o que manifestaran su negativa a participar.

Mediciones principales: Se evaluó cumplimiento de los objetivos de control propuestos por el Gedaps. Se recogieron los antecedentes personales en relación con las patologías crónicas incluidas en Cartera de Servicios. Se les interrogó utilizando el cuestionario genérico de medida de la CVRS viñetas COOP/WONCA.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 98 pacientes. Grado de control: Hgb A1c $< 7\%$: 50%; Colesterol Total < 200 mg/dl: 68,4%; LDL-Colesterol < 100 mg/dl: 26,5%; HDL-Colesterol > 40 mg/dl: 69,4%; Triglicéridos < 150 mg/dl: 86,7%; T.A. $< 130/85$ mmHg: 53,1%; abstinencia tabaco: 90,8%. El 44,9% sólo tenían una patología crónica además de la DM, siendo la HTA la más frecuente (17,3%). CVRS: 51,1% pueden caminar despacio; 52% no se ven afectados por problemas emocionales; 69,4% no tienen nada limitada sus actividades sociales; 57,1% no tienen ninguna dificultad para realizar sus actividades cotidianas; 69,4% considera que su estado de salud ha permanecido igual durante los últimos 15 días; 42,9% no ha tenido nada de dolor; 44,9% considera que su salud es buena. El 40,8% de los pacientes se encuentran en el intervalo de 10-15 puntos en la valoración global del cuestionario. No hemos encontrado ningún tipo de asociación entre las variables puntuación total de CVRS y género, edad, número de criterios de control cumplidos o número de patologías acompañantes a la DM.

CONCLUSIONES: EL perfil medio de nuestros pacientes, cumple el objetivo en 4,4 de los 7 criterios. Puede caminar a paso rápido, sus sentimientos le molestan un poco, sus actividades sociales se ven afectadas ligeramente por su estado de salud, tiene un poco de dificultad para realizar sus actividades cotidianas, su estado de salud se mantiene estable, tiene un dolor ligero, y considera que su estado de salud es muy bueno.

M4.12

CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

A. Más Castillo, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrián, J. E. Calle Urrea, T. Ramón Esparza, P. Nieto Martínez.

Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

adelia.mas@carm.es

OBJETIVOS: La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud (SMS) incorporan en 2008 un instrumento para conocer la calidad percibida del usuario de Consultas Externas Hospitalarias con el fin de obtener un perfil de la situación actual de la asistencia, Establecer indicadores a nivel de cada Centro y SMS e Identificar oportunidades de mejora y orientar las medidas de intervención. Este trabajo presenta los resultados obtenidos en su primera aplicación.

MATERIAL Y METODO: Población a estudio: Usuarios de Consultas Externas del SMS que han acudido a consulta durante los días 14, 16, 18, 22, y 24 de enero.

Muestreo: Sistemático con arranque aleatorio por día de la semana.

Tamaño de la muestra: 1800 entrevistas, 200 por hospital.

Instrumento: Cuestionario estructurado elaborado por la Subdirección de Calidad asistencial, cumplimentado mediante entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI). Las llamadas se realizaron a las 48h de haberse producido la visita.

El trabajo de campo se realizó durante los días 17 al 31 de enero.

RESULTADOS: Se han realizado 4.187 llamadas con descuelgue. Tasa de sustitución: 74,9%.

Características de la muestra: 62% de mujeres, 32,7% de 65 años o más, 61,3% sin estudios o con estudios primarios.

Satisfacción media: 8,74 sobre 10.

Puntos fuertes (cumplimientos por encima del 85%):

Fecha y hora de la cita adecuadas (91,3% y 91,3%); Respeto de la intimidad (97,8%); Tiempo dedicado por el médico (89,5%); Interés del médico por aclarar todas las dudas (88,6%); Profesionalidad y Trato del personal sanitario (92,8% y 93,7%); Profesionalidad y Trato del personal administrativo (88,3% y 89,0%); Limpieza de las consultas y aseos (96,2% y 87,4%).

Si pudieran elegir volverían a la misma consulta el 92,2% de los encuestados.

Puntos débiles (incumplimientos por encima de 15%):

Excesivo tiempo de espera para pasar a la consulta (52,3%);

Desconocimiento del nombre del médico que le atendió (51,0%); Historial y resultados de pruebas no siempre a disposición (17,5% y 16,1%); No obtener receta al finalizar la consulta (42,8%); Temperatura desagradable (15,7%); Cartelería confusa (18,5%).

CONCLUSIONES: Esta nueva herramienta ha permitido:

-Conseguir información actual de la calidad percibida por los usuarios de las Consultas Externas en los hospitales del SMS.

-Establecer indicadores a nivel de cada Centro y SMS que se incorporarán en el próximo contrato de gestión.

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

M5.01

CALIDAD INTEGRAL EN PROTECCION RADIOLOGICA DEL PACIENTE

C. Navarro Romero (0), J. M. Blanch Malet (0), J. A. Guell Ubillos (0), J. Devesa Pardo (0), E. Martinez Barreda (0), L. Corpas Ribera (1).

(0) Mutua Universal, (1) GESTISA.

cnavarro@mutuauuniversal.net

1. OBJETIVOS: Mutua Universal es titular de Cien instalaciones de radiodiagnóstico médico ubicadas en sus Unidades Asistenciales de toda la geografía nacional.

El Plan de Calidad Radiológica (PGC), además de dar cumplimiento al Real Decreto de Criterios de Calidad en Radiodiagnóstico, incluye numerosos procedimientos para controlar eficazmente los requisitos legales de calidad y protección radiológica de cada instalación.

La compleja diversidad de actividades que requiere cumplir estos procedimientos, motivó en 2007 el establecimiento de un Sistema de Gestión Radiológica que integrara el control de las prácticas radiológicas realizadas, los procedimientos de calidad establecidos y el control continuo de los Indicadores Globales de Calidad definidos en el Protocolo Español de Control de Calidad en radiodiagnóstico: Dosis al paciente, Calidad de la Imagen y Tasa de Rechazo.

El objetivo se ha alcanzado por medio del establecimiento del Sistema de Gestión Radiológica de Mutua Universal (SiGeRMU), que incluye la medición individual de las dosis recibidas por los pacientes aplicando el Sistema DOSES de Dosibiológica.

2.- MATERIAL Y MÉTODO: El SiGeRMU -desarrollado en colaboración con la UTPR GESTISA- consiste en un sistema informático que registra las prácticas radiológicas realizadas, así como la información necesaria para procesar en continuo los Indicadores Globales de Calidad, permitiendo diagnosticar y analizar preventivamente las desviaciones que se produzcan.

El Sistema DOSES (DOSimetry Skin Entrance System) desarrollado por Dosibiológica e integrado en SiGeRMU, permite asignar individualmente dosímetros de termoluminiscencia (totalmente radiotransparentes) a los pacientes. El dosímetro se coloca en el centro del haz de cada proyección, tras lo que se identifica su código individual asociándose automáticamente al registro del paciente, de modo que, tras ser leído, queda registrado el valor de la dosis medida en el historial del paciente.

3.-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La medición individualizada de las dosis recibidas por los pacientes, está permitiendo certificar que las dosis son inferiores a los valores de referencia legales, así como establecer valores de referencia para las técnicas no definidas en la norma o asignar dosis efectivas en pacientes con riesgos específicos, como mujeres en edad fértil.

El análisis de las dosis medidas en diferentes instalaciones en relación con las técnicas usadas ha permitido un plan de optimización de las prácticas radiológicas, a fin de garantizar en todos los centros la menor dosis posible a los pacientes, con la adecuada calidad de imagen.

M5.02

CARACTERÍSTICAS DEL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA (CM) EN HOSPITALIZACIÓN AGUDA MÉDICO-QUIRÚRGICA

A. Franco Vidal, J. García González, A. Parrillas Moreno, J. M. Díaz Pérez.

Hospital Universitario Central de Asturias.

calidad.gae4@sessa.princast.es

Objetivo: Conocer las características de la aplicación de CM en el

hospital como base para el desarrollo e implantación de un protocolo de actuación.

Metodología: Fase 1. Grupo focal de profesionales expertos para identificar áreas de mejora y elementos de apoyo para una intervención posterior. Fase 2. Estudio de incidencia en pacientes ingresados al menos 24 horas en unidades de hospitalización con alta prevalencia de CM (identificada previamente) para determinar sus características (frecuencia, duración, motivo, material, contención farmacológica, supervisión, información a paciente/familiares y resultados asociados). Pilotaje con 21 pacientes. Se presentan resultados con intervalos de confianza al 95% (entre paréntesis).

Resultados: Fase 1: La CM es una medida frecuente aunque no indiscriminada con repercusión en la calidad y seguridad del paciente, mal vivida por éste y que conlleva problemas con los familiares. Es una decisión tomada principalmente por personal de enfermería sin consentimiento informado de paciente y/o familia. No se dispone de protocolo de indicación y supervisión siendo necesaria su implantación así como la formación del personal implicado. Fase 2. Seguimiento de 6104 ingresos con una incidencia de 43 (38-49) casos por 1000 ingresos. El 50% eran > 75 años. En un 65% (59%-71%) había afectación intensa del estado de conciencia. En un 50% la CM se aplicó en las primeras 48 horas postingreso. La duración total media fue de 32 horas (27-36) y el 50% de los pacientes sufrieron 2 ó más contenciones. En un 4.5% (2%-7%) de los casos con una sola contención ésta duró más de 24 horas seguidas. Los criterios de aplicación fueron agitación, riesgo de caídas y de arrancamiento de vías utilizándose mayoritariamente contención parcial y no acompañándose de contención farmacológica en un 34.7% (28.6%-40%). La supervisión frecuente por personal sanitario se dio en el 4% (1.6%-6.3%) de los casos. La CM podría considerarse adecuada (por indicación, mecanismos y supervisión) el 2.7% (0.7%-4.6%) de los casos. En un 87,5% (82.5%-90.6%) no se informó al paciente y en un 57.7% (51%-63%) no estaba presente la familia. No se identificaron complicaciones asociadas en el 98.1% (96.5%-99.8%).

Conclusiones: Las medidas de CM se utilizan principalmente para evitar caídas y arrancamiento de vías, en pacientes con alteraciones del estado de conciencia e inquietud psicomotora, predominante mayores de 70 años. Las garantías para su aplicación deben ser mejoradas incluyendo cuidados para prevenir complicaciones, principalmente de tromboembolismo, dada su duración.

M5.03

CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, ¿TERRITORIO COMANCHE? PARA EL REPROCESADO DEL MATERIAL DE UN SOLO USO

R. López Barrachina, C. Gabarre, E. López -Reyes, M. Fernández Gil, M. P. Carruesco, E. Gamisél.

HOSPITAL DE BARBASTRO.

rlopezba@aragon.es

OBJETIVOS:

-Establecer la cantidad y el tipo de material de un solo uso que se reesteriliza.

-Determinar el impacto económico del reprocesado durante un año.

-Esclarecer si esta práctica ahorra dinero al centro hospitalario o, por el contrario, incrementa el gasto y el riesgo para el paciente, además de situar al hospital fuera de la ley.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se detectaron ingentes cantidades de material de un solo uso que eran sistemáticamente reprocesadas en la Central de Esterilización. Para estudiar el problema se diseñó una base de datos con SPSS con las siguientes variables, recogidas por las auxiliares de la central durante 14 meses: tipo de material reprocesado, cantidad, día y servicio que lo solicitó. Para realizar la valoración económica se calculó el valor de una carga estándar de esterilización por peróxido de hidrógeno, método habitual para estos materiales (15 bisturís o 25 piezas pequeñas de material/carga). El precio total: 25 - 30 €/carga.

RESULTADOS: Se reesterilizaron 795 objetos diversos: 41,4% electrobisturís (se reprocesaban hasta 3 veces) y 14,5% quitagrapas. El servicio más implicado: Quirófano (60,6%). El precio total del reprocesado, de haberse comprado nuevo: 8.518€. El valor económico de la reesterilización: 1.215€. El 23% del material hubiera costado 202,65€ de haberse comprado nuevo. Reprocesarlo costó 230€, por lo tanto, se gastaron 27€ de más. En algunos objetos, como los quitagrapas, no se ahorró nada, porque resultan gratuitos al

adquirir las grapadoras.

CONCLUSIONES.

-La esterilización por peróxido de hidrógeno es la más cara, pero el tipo de material hace inviable otro tipo de reprocesado.

-Se reprocesan muchos objetos cuyo valor económico, si se adquieren nuevos, es bajo pero que aumentan su cuantía cuando son reesterilizados. Además, el riesgo de daño de los objetos y de alteraciones en su posterior funcionamiento puede ser muy alto y no se garantiza que queden residuos del agente esterilizante.

-Una cierta cantidad de material reesterilizado (pistolas de ultracisión, tesios incompletos, etc) de bastante valor económico, incrementan mucho el valor de la factura total de material nuevo, y reprocesados suponen un ahorro considerable, pero también un riesgo importante para el paciente.

-Los servicios hospitalarios no conocen el catálogo de material esterilizable.

-La Central de Esterilización se debe negar por sistema a reprocesar el material de un solo uso.

-Si la reesterilización obedece a caducidad del material, hay que controlar meticulosamente ésta.

M5.04

CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA EN EL CONTROL DEL STOCK DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

J. Caballero Espín, M. J. Clemente Laserna, M. J. Mestre Almarcha, S. Fernandez Álvarez, M. C. Pérez García, M. Á. Martínez Bueno.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.

jcaballeroespín@hotmail.com

OBJETIVOS:

- Mejorar la organización del Stock fijo de medicamentos en las plantas de hospitalización para facilitar su utilización de forma segura y cómoda, así como el buen control y conservación del mismo.

- Mejorar la seguridad del paciente, y tratar de disminuir o evitar los efectos adversos de la acción enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO: Tras la identificación de la oportunidad de mejora en Junio del 2007, y el análisis del problema, se elaboran 10 Criterios de Calidad, sobre conservación, clasificación, identificación y seguridad de los medicamentos.

La unidad de Estudio es el Botiquín de medicamentos de las plantas de hospitalización.

Los proveedores serán enfermeros y supervisores.

El proceso evaluado es el acto de revisión del botiquín de planta.

Los datos se recogen por Observación Directa. Son datos de proceso.

La dimensión estudiada es la Científico-técnica.

La Unidad de Estudio serán las 18 Unidades de enfermería, universo total de estudio.

La Evaluación es Interna, Concurrente y Cruzada.

RESULTADOS: En la 1ª Evaluación (Julio 07) se realizan dos visitas a las 18 plantas (N=36) separadas por quince días, se obtiene que cuatro criterios (C5, C8, C10, C7) no superan el 6% del cumplimiento y tan sólo tres de ellos (C6, C4 y C9), superan el 50 % de cumplimiento. Se realiza un análisis participativo de los resultados y se establece que las causas de los incumplimientos son la falta de concienciación sobre el tema y falta de información.

Como medidas correctoras se elabora material informativo. Se expone y facilita a los supervisores de las unidades estudiadas para que lo difundan en sus unidades. Transcurridos veinte días de dicha exposición (Diciembre 07) se realiza la 2ª Evaluación, siendo la unidad de estudio igual a la primera evaluación (N=36).

Se obtiene como resultados que la frecuencia acumulada de incumplimientos en la 1ª es de 258, siendo 162 en la 2ª. Hay que destacar que el Criterio 3 (un fármaco por cajetín) tiene una mejora relativa del 83%, y en el criterio 1 y 2 de 55%, existiendo mejora prácticamente en todos los criterios.

CONCLUSIONES:

- Se consigue una mejora significativa en los criterios referidos a la seguridad y la clasificación en el stock de medicamentos, lo que supone una mejora en la seguridad del paciente.

- Se ha logrado la implicación institucional y del personal de enfermería en la seguridad clínica.

- Obtención de indicadores para un plan de Monitorización de la Calidad posterior.

M5.05

CICLO DE MEJORA ASOCIADO A LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

R. Arrieta* (0), M. C. Serrano (0), E. Soler (0), T. Omiste (1), P. Arazo (1), R. Abad (0).

(0) Servicio de Farmacia Hospital Miguel Servet, (1) Unidad Enfermedades Infecciosas.

rarrieta@salud.aragon.es

Introducción y Objetivo: El servicio de farmacia junto a la unidad de enfermedades infecciosas acordó establecer un programa para la mejora de la utilización de medicamentos en esa unidad que consta de tres fases: 1ª Analizar los errores asociados al sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria. 2ª Difundir los resultados a todos los profesionales implicados y establecer medidas de mejora. 3ª Aplicar las medidas y reevaluar el proceso. En este trabajo se presentan los resultados de la primera fase.

Material y Métodos: Se compararon semanalmente (variando el día de revisión) durante un periodo de 10 semanas la hoja de información farmacoterapéutica obtenida del programa informático del servicio de farmacia, la hoja de administración de enfermería y la orden médica original. En el análisis intervinieron un médico, un farmacéutico y una enfermera de forma que ninguno analizaba su propio trabajo. Cualquier discrepancia con la orden médica se consideraba un error, analizándose en cada caso la etapa del proceso implicada, el profesional, el tipo de error y el grupo terapéutico del fármaco implicado. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados: Se analizaron un total de 107 pacientes con un total de 969 fármacos revisados y 1759 dosis. El número de fármacos erróneos fue de 112 (11,6%) con 230 dosis (13,1%). La tasa de error por paciente fue de 1,1. Se observa una disminución estadísticamente significativa del número de errores detectados en las últimas semanas de la valoración respecto a las primeras 5 semanas. Las etapas más implicadas fueron la transcripción por parte del farmacéutico con un 42,5% y por parte de enfermería con un 30,1%. El tipo de error más frecuente fue la omisión de medicamentos que se produjo en un 23,9% de los casos seguido por la duración inadecuada en un 18,6%. Por grupo terapéutico el más implicado fue el grupo N: Sistema Nervioso en un 48,7% de los casos. Un 43,4 % de errores se debían a fármacos condicionados al estado clínico del paciente.

Conclusiones: La implicación de todos los profesionales en la observación ha contribuido al fomento de una cultura de seguridad en la unidad, que se manifiesta en la disminución del nº de errores durante el periodo de estudio. Esta forma de revisión permite detectar fundamentalmente errores debidos a la transcripción de la orden médica.

M5.06

CICLO DE MEJORA EN LA CUMPLIMENTACION DE FORMULARIO DE CATETERES VENOSOS EN SELENE

M. L. Martínez Caballero, M. G. Lucas Salmerón, A. M. Sánchez Fernández, G. Escribano Sánchez, M. T. Marín García, H. Fernández Abellán.

Fundación Hospital, Cieja.

mariag.lucas@carm.es

OBJETIVOS: Tras la implantación del programa informático SELENE en la unidad de Medicina Interna de nuestro Hospital en el año 2006, detectamos errores en los registros de catéteres venosos, influyendo en el cuidado de los mismos. Por esto nos pusimos como objetivo: Evaluación y mejora del registro del formulario de catéteres venosos en Seleno.

METODO: En un marco muestral de un mes se recogen de manera aleatoria simple 60 casos dados de alta y previamente ingresados en una unidad de hospitalización que hayan precisado durante el ingreso cambio de vía periférica. Los datos son revisados en el soporte informático para registro de la historia de enfermería.

Descripción de componentes de estudio: criterio 1: registro de la fecha de inserción del catéter venoso periférico (cvp); criterio 2: registro del calibre del cvp; criterio 3: registro de la zona de inserción; criterio 4: registro del motivo de retirada del cvp; criterio 5: registro de fecha de retirada del cvp.

Aclaraciones a los criterios: criterios 1 y 5: en la fecha debe constar día, mes y año. criterio 3: debe registrarse la zona anatómica de

inserción. Criterio 4: se escribirá en observaciones de enfermería la causa de la retirada del catéter: flebitis, extravasación.

Indicación facultativa, pérdida accidental.

Resultados: el grado de incumplimiento de los criterios evaluados es c4(43.68%),c5(31.03%),c3(13.79%),c2(8.05%) y c1(3.45%).

Tras evaluar los datos se determinan tres acciones correctoras que se aplican a los criterios c4 y c5: reunión informativa a todo el personal de enfermería donde se informan las carencias observadas, realización de un procedimiento de enfermería donde se recogen las pautas a seguir en caso de retirada de cvp, sesión formativa donde se da a conocer al personal de enfermería el nuevo procedimiento, colocación de carteles recordatorios en las dependencias de enfermería. Resultados: el grado de incumplimiento de los criterios evaluados es c4(43.68%),c5(31.03%),c3(13.79%),c2(8.05%) y c1(3.45%).

RESULTADOS: Reevaluación: c4(37.50%), c3(25%), c5(20.83%), c2(8.33%), c1(0.83%).

CONCLUSIÓN: Se observa una mejoría en la calidad en la cumplimentación del formulario de cvp. Implicación del personal de enfermería de la unidad. La evaluación de protocolos nos proporciona áreas de mejora con el objetivo de aumentar la calidad asistencial.

M5.07

COMISIÓN DE SEGURIDAD CLÍNICA: UN CAMBIO EN LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN

T. Giménez-Júlvez (0), J. Martín* (0), J. R. García Mata (0), C. Seguridad Clínica (1).

(0) Hospital Universitario Miguel Servet, (1) Sector Zaragoza II.
tgjulvez@gmail.com

OBJETIVOS: Transformar la Comisión de Mortalidad de un hospital terciario en la Comisión de Seguridad Clínica de un sector sanitario con el fin de optimizar esfuerzos, potenciar el cambio en la cultura de la organización y en la práctica clínica de nuestro entorno. Ampliar el panel de indicadores a monitorizar que englobe no sólo indicadores de mortalidad sino de seguridad clínica tanto en atención especializada como en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Partimos de un análisis de situación de la Comisión de Mortalidad con estudio de la composición y de la evolución del panel de indicadores de los últimos años. Se elabora un reglamento nuevo y se incorporan nuevos profesionales con especial relevancia en el ámbito de la seguridad clínica para lo cual se definen perfiles y se selecciona al personal. Se establecen grupos de trabajo para la elaboración del nuevo panel de indicadores de seguridad clínica y la organización de actividades de formación e investigación en esta materia.

RESULTADOS: Se ha creado la Comisión de Seguridad Clínica. Se ha elaborado un reglamento de funcionamiento propio y se han incorporado nuevos perfiles (anestesia, cuidados intensivos, farmacia, medicina preventiva, urgencias y atención primaria) a los ya existentes. Se han planteado 5 líneas de objetivos y se está trabajando sobre ellas: 1) Diseño del nuevo panel de indicadores que incluye áreas de mortalidad, medicamento, cuidados, urgencias, intensivos, infecciones y atención primaria, 2) Formación para los profesionales de la Comisión (un 38% realiza un curso reglado de Seguridad Clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo) y para que éstos actúen en programas de formación de formadores, 3) Diseño de sistemas de notificación e información de efectos adversos, 4) Impulso de actividades de investigación y 5) Detección de situaciones mejorables y propuesta de acciones de mejora.

CONCLUSIONES: El Sector se ha dotado de un instrumento para el enfoque de la Seguridad Clínica con una gestión global del riesgo. La Comisión de Seguridad Clínica actúa como facilitadora de la formación de sus miembros y de la extensión en la cultura de la organización mediante programas de formación de formadores. La incorporación de una parte de los profesionales más directamente involucrados y el desarrollo de un panel de indicadores con áreas más amplias permite una mayor implicación del personal y una monitorización más extensa sobre la seguridad del paciente.

M5.08

COMITÉ DE MORTALIDAD DE LA CORPORACIÓN SANITARIA PARC TAULI, SABADELL. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS (2004 - 2007)

G. Navarro*, N. Combalia, J. Vivancos, Resto De Miembros Del Comité De Mortalidad.

Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell

gnavarro@tauli.cat

Introducción: La función del comité de mortalidad (CM) es el estudio científico de la mortalidad, analizando el proceso asistencial de los pacientes que fallecen en el hospital, con el fin de obtener datos epidemiológicos que permitan ampliar el conocimiento sobre el proceso de la muerte, comparar la mortalidad observada con la esperada, detectar disfunciones en el proceso asistencial, analizar sus causas y detectar la mortalidad hospitalaria evitable. El objetivo final es mejorar la calidad de la asistencia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio realizado en la (CSPT) con una población de referencia de aproximadamente 400.000 habitantes y una tasa de mortalidad de 1,17% sobre las altas (1620 exitus el 2004 y 1745 el 2007).

El CM revisa sistemáticamente todos los exitus ocurridos en algunas unidades, y además los exitus de pacientes de otras que cumplen criterios preestablecidos. Las variables recogidas en la revisión se refieren al proceso asistencial, al proceso de la muerte y a los exitus relacionados con un algún problema hospitalario (ERPH).

Resultados: Los casos revisados por el CM han ido aumentando progresivamente en el periodo estudiado, pasando de 351 exitus en el 2004 (22% de la mortalidad) a 1179 en el 2007 (71%), de los que el 81,82% corresponden a hospitalización de agudos, el 98,51% a urgencias, 10,02% a curas paliativas y 4,10% a socio-sanitario.

Se detecta una baja tasa de autopsias: 3,75% en hospitalización de agudos y 1,48% en urgencias en el año 2005, que se ha conseguido aumentar a un 6,71% en hospitalización de agudos y un 3,75 % en Urgencias en el 2007.

En el análisis de la mortalidad se han detectado ERPH por complicaciones de las técnicas diagnósticas o terapéuticas, infecciones nosocomiales y problemas organizativos estructurales. Se observa una baja incidencia de problemas relacionados con incidentes nocivos imprevisibles. Conclusiones: El CM ha ido incrementado el número de casos revisados y el porcentaje de autopsias realizadas, lo que ha permitido detectar incidencias en el proceso asistencial que le han llevado a proponer una serie de mejoras en cuanto al proceso asistencial y al proceso de la muerte de los pacientes.

*(M.Colomer, R.Comet, B.Dalmau, O.Garcia, T.Gili, J.Guindo, ML.Iglesias, M.Martinez, M.Navarro, M.Ormaza, E.Poyato, M.Raurich, P.Rebasa, MA.Villarino).

M5.09

CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL PACIENTE ADULTO: OBJETIVO DE SEGURIDAD CLÍNICA

M. Boix Ricart*, M. Bueno Domínguez, M. Fabregas Vallverdú, C. Ortiz Castellón, X. Fort Barbará.

CMQ REUS

mboix@grupsagessa.com

Objetivos: Elaborar un protocolo para el manejo del dolor en el paciente adulto intervenido en nuestro centro. Dicho centro tiene unas particularidades propias diferentes de un centro hospitalario convencional: Diversidad de patologías, diversidad de profesionales que actúan también como propios clientes del centro, estructura no jerarquizada, variabilidad de procedimientos quirúrgicos y anestésicos y miscelánea de uso de medicación.

Material y métodos Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar: anestesiista, enfermera, farmacéutica y dirección de calidad. Soporte y consulta de especialistas de diferentes disciplinas.

Recogida de datos con un estudio prospectivo de diferentes variables en los pacientes intervenidos durante un mes: tipo de intervención y profesional, tipo de anestesia y profesional, tipo de analgesia y revisión del curso de enfermería para constatar la presencia de dolor. Revisión bibliográfica y recopilación de protocolos de analgesia.

Implantación en los registros de enfermería de la quinta constante, el dolor. (escala EVA)

Elaboración del protocolo de analgesia, difusión e implementación.

Resultados: Se ha elaborado un protocolo de analgesia en el paciente

adulto quirúrgico, consensuado con diferentes profesionales de diferentes disciplinas. El protocolo consta de: Introducción, definición de dolor, efectos secundarios del dolor, medida del dolor, normas básicas para el tratamiento del dolor, protocolo de analgesia, farmacología de los principales analgésicos, tratamiento de los efectos secundarios más frecuentes y una tabla resumen.

Además para facilitar su implementación, se ha impreso en etiquetas la prescripción de los tres niveles de analgesia y el facultativo no ha de transcribir ninguna orden, sino que ha de marcar el tratamiento analgésico escogido. Existen tres niveles de analgesia dependiendo del valor del dolor (EVA), variando estos según tipo de especialidad quirúrgica y vía de administración.

Conclusiones: Resulta un protocolo dinámico, de fácil manejo, aceptado por los diferentes profesionales, que aumenta la seguridad en el manejo de dosis, frecuencia y vía de administración y sobre todo mejora el nivel de analgesia de los pacientes intervenidos ante la gran variabilidad de prescripción analgésica. Lo destacable también del protocolo es que la prescripción mediante etiquetas adhesivas disminuye errores de transcripción y de interpretación.

M5.10

CUANTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

J. Alcaraz Martínez, J. C. García Caravaca, F. J. Sierra Prefasi, O. Ortiz González, M. García López, A. Moreno Pastor.

Hospital Morales Meseguer.

julian.alcaraz2@carm.es

Objetivo: El objetivo del trabajo es identificar eventos adversos derivados de la atención recibida en el servicio de urgencias en pacientes ingresados en nuestro hospital. Se pretende con ello estimar la incidencia de eventos adversos y además identificar las principales causas de los mismos.

Metodología: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo en el que se ha tomado como muestra todos los pacientes ingresados desde urgencias que fueron dados de alta la semana del 6 al 12 de Junio de 2006. Para la detección de casos con sospecha de EA se utilizó la guía de cribado del Proyecto IDEA, utilizada también en el estudio ENEAS por J. Aranaz y colaboradores. Posteriormente se han evaluado por personal médico del servicio de urgencias, utilizando la información sobre el proceso en urgencias de la historia clínica y los eventos adversos achacables a este periodo de tiempo que constan en la misma. Los resultados se han analizado con ayuda del programa estadístico G-stat 2.0.

Resultados: Se ha obtenido una muestra de 186 casos de pacientes, con una edad media de 55,8 años. El total de historias con al menos un positivo en la guía de cribado, es de 65 (34,9% del total). De los 19 puntos, el que más positivos tiene es el 1, (hospitalización previa), con 40 casos (21,5%). El factor de riesgo más frecuente es la colocación de catéter venoso periférico, 165 casos (88,7%), seguido de sonda urinaria cerrada con 31 casos (16,7%).

Respecto a eventos adversos analizados, se han evidenciado en 21 casos (11,2%) y en 1 caso un incidente sin consecuencias para el paciente. De ellos, 3 casos claramente tuvieron su origen en el servicio de urgencias, 11 en planta y en 8 casos no está claro el origen. La información obtenida sobre el evento adverso en la historia fue calificada de insuficiente en el 36,3% de casos.

La causa más frecuente de evento adverso ha sido la flebitis (36%) seguida de la extravasación de la vía venosa (18%).

Conclusiones: Las causas más frecuentes han sido flebitis y extravasación de la vía. En muchos casos es difícil determinar si el origen del evento adverso está o no en el servicio de urgencias.

Becado mediante el Convenio de colaboración entre el MSC y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. BOE 32 de 6-2-2007 y BORM de 6-11-2007.

M5.11

CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

C. Silvestre Busto (0), J. Gost Garde (1), F. J. Lameiro Couso (2), E. Layana Etxezuri (1), F. J. Abad (1).

(0) Comarca Gipuzkoa Ekialde-Osakidetza, (1) Hospital de Navarra, (2) Hospital Virgen del Camino.

carmen.silvestrebusto@osakidetza.net

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de las medidas emprendidas por la administración, instituciones y centros para mejorar la seguridad de los pacientes a través de la mejora, a medio plazo, de la cultura de seguridad de profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA: Diseño antes-después con muestras independientes, mediante dos encuestas anónimas en 2007 y 2009, de captación de opiniones y creencias sobre seguridad de los profesionales implicados en la asistencia en centros de salud y hospitales de 10 CCAA. Se utiliza el cuestionario HSOPSC de la AHRQ adaptado.

RESULTADOS: Se han recogido respuestas de 999 profesionales, Especializada (ESP): 580 (Enfermeras(Enf): 326, Médicos(Med):254), Atención Primaria (AP): 419 (Enf: 188, Med: 231).

Consideran inaceptable el nivel de seguridad de su centro: 12% (ESP:11%, AP:14%, Enf:10%, Med:15%).

La dimensión mejor valorada es Trabajo en equipo en la unidad/servicio/centro:68% de valoraciones positivas; mientras que la peor valorada Plantilla Suficiente:34%. Se identifican como áreas fuertes, el Respeto entre compañeros, el apoyo en la Unidad/Servicio y la Preocupación del jefe inmediato por los problemas de seguridad en los pacientes y como áreas de mejora: la Plantilla insuficiente y la Sobrecarga de trabajo.

Se aprecian diferencias significativas entre médicos y enfermeras en la valoración positiva de las dimensiones Percepción global de la seguridad del paciente, Enf.:50%, Méd.:42%; Frecuencia de eventos notificados, Enf.:45%, Méd.:35%; Acciones y medidas preventivas emprendidas por los jefes, Enf.:69%, Méd.:64%; Aprendizaje organizacional y mejora continua, Enf.:53%, Méd.:47%; Colaboración entre Unidades/Servicios, Enf.:43%, Méd.:49%; Plantilla suficiente, Enf.:37%, Méd.:31%. También existen diferencias significativas en la valoración entre la Atención Primaria y la Especializada en Trabajo en equipo AP:63%, ESP.:72%; Respaldo de los gestores para la seguridad del paciente AP:50%, ESP.:43%; Plantilla AP 37%, ESP.:32% y Colaboración entre Unidades/Servicios, AP:50%, ESP.:43%; de valoraciones positivas respectivamente. Las diferencias entre médicos y enfermeras de Primaria son escasas y entre los de Especializada abundantes.

CONCLUSIONES: Se aprecia una forma diferente de valorar el entorno de la seguridad del paciente entre niveles y entre estamentos. Sin embargo se hace patente un fuerte acuerdo para evidenciar tanto las debilidades del sistema - sobrecarga de trabajo por plantilla insuficiente- como las fortalezas la calidad personal de los profesionales- en la valoración que hacen de sus compañeros y jefes inmediatos.

M5.12

CULTURA DE SEGURIDAD: COMPARACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

J. Alcaraz*, A. Carrillo, A. López, S. Raigal, M. Moreno, R. M. Martínez.

Hospital Morales meseguer.

968246333@telefonica.net

Introducción: La presencia de una adecuada cultura de seguridad entre el personal sanitario que trabaja en los hospitales es una de las recomendaciones fundamentales para asegurar una adecuada seguridad de los pacientes. El objetivo del presente estudio es analizar la cultura de seguridad de dos unidades hospitalarias, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Urgencias (UU) de un hospital universitario.

Métodos: Durante un mes se distribuyó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Cultura (Agency for Healthcare Research and Quality) previamente adaptado y validado por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia a todo el personal médico y de enfermería de UCI y Urgencias de nuestro Hospital. El cuestionario fue entregado y recogido en mano por los investigadores. Este cuestionario consta de 42 ítems con respuestas mediante escala Likert (1 a 5) que eran reagrupadas en respuesta positiva, neutra o negativa. Los ítems eran agrupados en 12 dimensiones, además se media la calificación global de la seguridad y características sociodemográficas del personal. Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar y como porcentajes $\pm$ intervalos de confianza al 95%. La comparación entre variables se ha realizado mediante prueba de Ji2 de Pearson y T de Student.

Resultados: Se recogieron 150 encuestas, 55 en UCI (100% de respuestas) y 95 en UU (85% de respuestas). El 67% eran mujeres y la edad media de 33 ± 6 años. Las respuestas positivas para todas las dimensiones estudiadas fueron menores del 70% en ambas unidades. Las dimensiones que mostraron diferencias significativas entre las unidades fueron "Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio" (64.5 ± 6.5% de respuestas positivas en UCI y 56.3 ± 5.1% en UU; p:0.050), "Dotación de personal" (28.6 ± 6.2% y 17.4 ± 3.9% respectivamente; p:0.001), "Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad" (50.5 ± 6.8% y 36.8 ± 4.9% respectivamente; p:0.015) y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (11.5 ± 4.1% versus 16.8 ± 3.5% respectivamente; p:0.001). La calificación global del clima de seguridad de la unidad no varió significativamente entre UCI y UU (6.5 ± 1.3 y 6.4 ± 1.7 respectivamente; p:0.853).

Conclusiones: En la UCI y Unidad de Urgencias de nuestro hospital existe una opinión generalizada de que el clima de seguridad presenta debilidades importantes.

M6.01

¿ES PERTINENTE INVESTIGAR LAS RELACIONES ENTRE MÉDICOS E INDUSTRIA FARMACÉUTICA?

J. Moliner Lahoz (0), J. Mozota Duarte (1), L. Casaña Fernandez (1), J. M. Abad Diez (2), D. Judez Legaristi (3), M. J. Rababaque Hernandez (4).

(0) Hospital de Barbastro, Barbastro. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, (1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, (2) DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO ARAGON, (3) AREA SANIDAD DELEGACION GOBIERNO ARAGON, (4) MEDICINA PREVENTIVA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA. JMOLINERL@ARAGON.ES

Objetivos. Analizar qué opinión tiene un grupo de médicos formado por líderes de opinión sobre la pertinencia en nuestro medio de estudiar las relaciones entre la industria y los médicos, determinar las tasas de respuesta a la encuesta realizada por e-mail y cuantificar las relaciones entre esos médicos y la industria durante el último año.

Material y método. Encuesta vía correo electrónico a 373 médicos autores de artículos en revistas médicas españolas en 2007. La relación médico-industria se midió preguntando al médico qué ha recibido de la industria en el último año, el valor en euros, y cuántas visitas recibe de representantes de la industria. Se analizaron las variables edad, sexo, comunidad autónoma, y ámbito de trabajo (atención primaria, hospital, universidad, etc.).

Resultados. La tasa de respuesta fue del 28,2%. El 76,8% de los que respondieron fueron varones, el 61% trabaja en un hospital de más de 500 camas, y el 40% en las Comunidades de Madrid o de Cataluña. Los años de experiencia laboral variaban entre 4 y 42 (media 21).

El 90,5% consideraron pertinente el estudio. El 3,2% rechazaron participar por desacuerdo con la metodología. El 92,8% ha recibido algo de la industria en el último año: el 62% de los médicos afirma haber recibido ayudas para la inscripción a congresos, el 61% para viajes y alojamiento, y el 60% para libros o material de formación continuada, muestras gratuitas (48%), invitaciones en restaurantes (46%) y honorarios por impartir charlas o conferencias (44%). El valor medio de lo recibido fue de 900 euros (60 - 12.000 euros). Por sexos, las mujeres reciben más muestras gratuitas, y los varones más honorarios por trabajo o por incluir pacientes en ensayos. Los médicos de hospitales reciben más ayudas que los de atención primaria, sobre todo viajes a congresos e invitaciones en restaurantes. El número de visitas de representantes (en promedio 5 a la semana) se asocian con mayor percepción de ayudas.

Conclusiones. La relación entre médicos e industria es intensa, corroborando las hipótesis y con datos similares a los estudios recientes de Campbell en EEUU. La tasa de respuesta es baja, aunque la rapidez y facilidad del estudio son ventajas valorables. La gran mayoría de los médicos consideran adecuado continuar investigando en las relaciones entre médicos e industria.

Estudio financiado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, como proyecto asociado al Programa Uso Racional del Medicamento (PIURM07/13).

M6.02

¿LOS PLANES DE CUIDADOS GARANTIZAN LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA?

M. L. Hospital Ibáñez, C. Arellano Sanchez, E. Galvez Alvarez, C. Noya Castro, I. Serrano Trillo.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

mlhospital@salud.aragon.es

Introducción.- Desde hace varios años la "calidad" se ha convertido en una constante en el sistema sanitario de salud. Dentro de las dimensiones que la configuran están la competencia profesional y la satisfacción de los profesionales.

Siendo los "cuidados" la función específica de los enfermeros se hace preciso redefinir/reorientar la práctica clínica hacia los "cuidados centrados en los pacientes".

Esta innovación pasa por diseñar y consensuar un nuevo sistema de trabajo basado en metodología científica que se plasma de forma práctica en los PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS.

Objetivos: Determinar si los Planes de Cuidados estandarizados son garantía de calidad desde la perspectiva de la enfermera asistencial. Determinar el grado de satisfacción de las enfermeras al trabajar con metodología científica.

Material y Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Ámbito de estudio. Unidades de hospitalización donde se está trabajando con Planes de Cuidados Estandarizados.

Población.- Enfermeros fijos, interinos y contratados de dichas unidades.

Criterios de exclusión.- a) Unidades donde se han implementado los P.C.E. en el año 2008 y b) enfermeros de refuerzo de todas las unidades.

Cronograma.- Febrero-Mayo 2008.

Instrumentalización.- El trabajo se lleva a cabo a través de un cuestionario elaborado por el equipo y corregido por personal experto del propio hospital. Consta de 12 preguntas con tres o cinco opciones de respuesta.

Análisis estadístico.- SPSS 12.0.

Resultados.- Resultados.- De los 145 cuestionarios entregados se ha obtenido una tasa de respuesta de 76.5% (n=111). Un 55,9% (n=62) de enfermeras consideran que a través de los Planes de cuidados se individualizan de forma mas coherente los cuidados frente a un 15,3% (n=17) que dicen que no están de acuerdo. Si son garantía de calidad un 40,5% (n=45) dicen que sí frente a un 26,1% que dicen que no. Así mismo un 58,6% (n=65) coinciden en que están mas satisfechas mientras que un 10,8% (n=12) dicen que no.

Conclusiones.- A través de los resultados obtenidos se observa que los Planes de Cuidados Estandarizados son una herramienta eficaz para desarrollar de forma individualizada e integral los cuidados al mismo tiempo que se consigue mejorar la calidad y satisfacción de las enfermeras al poder desarrollar sus competencias profesionales de forma más científica e independiente.

M6.03

¿QUE OPINA EL CLIENTE INTERNO EN RELACIÓN A UNA ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN EXTERNA DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD?

M. Gens Barberá, E. Vidal Esteve, N. Hernández Vidal, T. Anglés Segura, L. Palacios Llamazares, F. Gallego De La Cruz.

ABS Salou.

mgen@camfic.org

Objetivo: Analizar la opinión del profesional en relación a un proceso de acreditación externa en calidad asistencial según los estándares de la Joint Commission International (JACHO) aplicables a atención primaria.

Material y métodos: Nuestro centro de salud fue acreditado en calidad en 2004 y reacreditado en 2007 según la JACHO. Se realiza una encuesta a todo el cliente interno formada por 16 preguntas cerradas (si/no). Se analizan los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: n°=38 Médicos (m) 13, Enfermería (e) 11, Administrativos(a) 14. Preguntas:1) Te ha aportado conocimientos: 100% m y e; 78,5% a, 2) Implica más seguridad en tu trabajo habitual: 90% m y 90,9 % e y 85,7% a; 3) Crees que es un sistema de acreditación de calidad adaptado a la realidad sanitaria a nivel de atención primaria: 90% m, 81,8% e y 100% a; 4) Es un buen instrumento

de mejora: 100% m,e y a, 5) Es un catalizador de cambios internos: 80 %m, 100%e y 92,8%a; 6) Fortalece el trabajo en equipo: 100% m,e y a; 7) Transmite imagen de calidad a los usuarios y entidades del entorno: 100% m, 90,9%e y 92,8% a; 8) Involucra a los profesionales en una cultura de mejora: 100% m,e y a; 9) Tiene en cuenta aspectos de seguridad y prevención: 100% m,e y 92,8% a; 10) Ofrece seguridad jurídica a posibles reclamaciones: 100% médicos, 63,6% e y 85,7% a; 11) Los profesionales aprecian la seguridad de tener procedimientos claros que ayudan a la práctica diaria: 100%, e y a; 12) Reconocimiento nacional e internacional: 100%, 90, 9%e y 85,7% a. 13) Dificultad para adaptarse a la cultura de escribir y describir los procedimientos/protocolos: 10%, 36,6% e y 21% a; 14) Necesita recursos humanos y económicos extraordinarios: 100% m, 72% e y 57% a; 15) La motivación se tiene que mantener alta: 100% m, e y a, 16) Demasiado anglosajón 90% m, 81,8%e y 50% a.

Conclusiones Todo los profesionales coinciden que es un buen instrumento de mejora, integra a todos dentro del círculo de mejora continua y se sienten más seguros en su trabajo diario al tener todos los procesos regulados mediante procedimientos claros; eso sí es importante una motivación alta para poder afrontar dicho proceso de acreditación. Una opinión concreta de una persona del equipo: "La Joint me ha enseñado a poner orden en los procesos que hacemos sin darnos cuenta, estructurando cada procedimiento con sentido (valor añadido). Tengo sensación de pertenecer a un grupo que quiere crecer con espíritu constructivo y dinámica positivista, y esto es contagioso. Estoy orgulloso y agradezco tener esta posibilidad de crecimiento profesional".

M6.04

¿SIRVE PARA ALGO UN PROGRAMA DE INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD?

R. Hernández Díaz (0), M. B. Abadía Taira (0), I. Barrasa Villar (0), E. Altarribas Bolsa (0), D. Serano Peris (1), J. M. Cucullo López (2), A. Tarí García (3).

(0) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, (1) Atención Primaria Sector III de Aragón, (2) Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza, (3) Centro de día Romareda, Zaragoza.
rhernandezd@aragon.es

Objetivo: Conocer el impacto del Programa de Iniciativas de Mejora de la Calidad (PIMC) del SALUD en nuestro Sector e identificar áreas de mejora para su desarrollo y al apoyo metodológico de la Unidad de Calidad al programa.

Métodos: Se diseñó un cuestionario con 10 preguntas cerradas referidas a estas dos áreas: el desarrollo los proyectos de mejora y el apoyo de la Unidad de Calidad. Cada respuesta ofrecía cuatro posibles respuestas en una escala tipo Likert. Se podían añadir comentarios en texto libre. Además contenía tres preguntas abiertas para opinar sobre lo mejor y lo peor del PIMC y aportar sugerencias de mejora.

La encuesta se envió por correo electrónico a los 63 responsables de los 89 proyectos aprobados en el Sector Zaragoza III en el período 2004-07.

Resultados: Respondieron el 33 % de los encuestados (21/63). El 66% manifestaba que había tenido muchas o bastantes dificultades para impulsar su proyecto y pese a que el 82% decía haber tenido apoyo del resto del equipo y que el 91% consideraba cumplido el calendario propuesto, solo el 64% reconocía que su proyecto estaba completamente implantado y con resultados. No obstante, para el 90% de los encuestados, el proyecto había contribuido a mejorar algún aspecto de su trabajo y para el 96 % su inclusión en el PIMC había supuesto un estímulo profesional.

Respecto a la Unidad de Calidad, el 64% respondió haber tenido apoyo metodológico y el 91 % se manifestaban satisfechos con él.

Para los encuestados, lo mejor del PIMC es poder contar con una vía que canaliza iniciativas profesionales y obtener apoyo metodológico y económico y lo peor la limitación de las cuantías, la lentitud de los trámites, el trabajo que suponen y su escasa difusión. A la Unidad de Calidad, le piden un contacto más cercano con los equipos para estimular el desarrollo de los proyectos, facilitar más formación en calidad y mejor comunicación e información entre los participantes.

Conclusiones: El PIMC es percibido como un instrumento que introduce mejoras en el trabajo habitual y ayuda a la autorrealización de los profesionales. Las mejoras que habría que introducir en dicho programa tienen que ver con: la aceleración la resolución y concesión

de las ayudas, el aumento la dotación económica, la disponibilidad de tiempo para acometer el trabajo, el reforzamiento del apoyo metodológico y la mejora de la formación en calidad.

M6.05

ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

M. Á. Moreno De La Hidalga*, P. Herrera Carral, C. Fariñas Álvarez, J. C. Garrido Gómez, D. Acón Royo, B. Ceballos Pérez.

Hospital Sierrallana.

mmoreno@hsl.scsalud.es

OBJETIVOS: Facilitar la integración del nuevo trabajador al Hospital y a la Unidad a la que se incorpora. Conocer el grado de implantación del Protocolo de Acogida.

MÉTODOS: En la línea de Mejora Continua de la Calidad en el año 2002, desde la Dirección de Enfermería se puso en marcha el Protocolo de Acogida al Personal de Nueva Incorporación (contratado por primera vez). Posteriormente dicho Protocolo se ha ido adaptando al resto de categorías profesionales del Hospital. Se ha constituido un Grupo de Trabajo, que aplicando la metodología REDER del Modelo EFQM desarrolla la referida línea de acción. Las actividades incluidas en el Protocolo, y evaluadas son: La recepción del nuevo trabajador; la entrega del Manual de Acogida, específico por categoría profesional, la realización de la visita guiada, la recepción por la persona responsable del Protocolo, en la Unidad a la que ha sido asignado y la opinión del nuevo profesional, ante la recepción realizada y la información recibida. La evaluación del protocolo se realizó mediante un cuestionario autocumplimentado que valora los distintos aspectos incluidos en el programa.

RESULTADOS: Desde su inicio el Protocolo ha ido integrando paulatinamente a los Facultativos, Personal de Enfermería, Fisioterapeutas, Personal del Área de Gestión, Administrativos, Celadores, Técnicos Especialistas, MIR y alumnos de FP. Inicialmente la información se daba en soporte papel, y posteriormente en formato electrónico, lo que nos ha permitido ahorrar papel y ampliar la información entregada. Para el Personal de Enfermería, se ha incluido en el Protocolo la programación de una serie de Talleres de Capacitación Básica previos a su incorporación. En 2007, globalmente, el 100% de los profesionales del centro son recibidos de acuerdo al "Protocolo de Acogida". Respecto a la opinión sobre la utilidad del mismo, de los que han respondido a la pregunta (67 profesionales), 63 lo consideran útil o muy útil (94,0%). No obstante, este resultado varía según categorías: es el 100% en Técnicos, Celadores y Facultativos, mientras que en Administrativos es de 71,4% y en Enfermería de 94,1%. Tras las acciones emprendidas en 2006, la tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción ha mejorado en todas las categorías, aunque sigue siendo inferior al 40% en los facultativos y administrativos.

CONCLUSIONES: Todos los profesionales de nueva incorporación son acogidos según el Protocolo, que es valorado muy positivamente. La metodología REDER, nos permite identificar áreas de mejora y actuar sobre ellas.

M6.06

CALIDAD EN EL CONSEJO GENÉTICO OFERTADO A LAS PACIENTES QUE PADECEN CANCER DE MAMA Y OVARIO. VENTAJA: REPERCUSIÓN EN LA DISMINUCIÓN SU ANSIEDAD.

M. T. Calvo Martín, A. Rodríguez Valle, M. D. Miramar Gallart, S. Izquierdo Álvarez*, A. Herrero Ibañez, M. J. Alcaine Villarroja, M. Bassecourt Serra.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

sizquierdo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: El consejo genético en predisposición hereditaria al cáncer es el proceso de información y comunicación no directiva a las personas o familia en situación de riesgo de cáncer en lo que se refiere a probabilidad de presentar o transmitir a su descendencia una determinada susceptibilidad a desarrollar una neoplasia, sobre sus implicaciones sobre la posibilidad de realizar un diagnóstico molecular y sobre cuáles son las medidas disponibles para la prevención y el diagnóstico precoz. El consejo genético está basado en los principios de autonomía, confidencialidad y privacidad.

OBJETIVO: Desarrollar un protocolo interno de colaboración entre el Servicio de Oncología Médica y la Unidad de Genética Médica para realizar un consejo genético de "calidad" garantizando el bienestar de

las pacientes que padecen cáncer de mama/ovario o con antecedentes familiares y posibilidad de padecerlo.

METODOLOGÍA: Se siguieron guías de práctica clínica y consejo genético en el cáncer de mama/ovario y diversos mecanismos de control de calidad establecidos.

RESULTADOS: El protocolo interno desarrollado está compuesto por 5 etapas principales: a. Derivación de la paciente a la Consulta de Genética Médica y su protocolo de actuación. b. Información y valoración del riesgo. c. Diagnóstico molecular. d. Recomendaciones de prevención y reducción del riesgo. e. Seguimiento y evaluación. Después de recibir el consejo genético la paciente entiende lo que es la predisposición hereditaria al cáncer y comprende las posibilidades de transmitir esta predisposición; sabe cuál es el riesgo personal y cuál es la probabilidad de desarrollar la enfermedad, junto con las implicaciones para la familia; dispone de información para decidir realizar o no un diagnóstico molecular de la predisposición hereditaria y conocer cuáles son las potenciales implicaciones para la persona y sus familiares; conoce las diferentes opciones y la efectividad de las medidas de detección precoz y de prevención disponibles para disminuir el riesgo; dispone de información para decidir las medidas de prevención y detección precoz más apropiadas de acuerdo con su riesgo de cáncer de mama/ovario y recibe el apoyo psicosocial para la persona y su familia.

CONCLUSIONES: Se evita la incertidumbre y la ansiedad generada y se ofrece la posibilidad de informar y asesorar al resto de familiares. Posibles riesgos: pérdida de privacidad, posibles trastornos psicológicos como el sentido de culpa. Es importante el establecer unos indicadores de calidad para la evaluación de los resultados asistenciales de las pacientes con cáncer de mama/ovario.

M6.07

CALIDAD Y COMUNICACION EN ENFERMERIA

M. Ruescas Redondo, R. M. Ramirez Lopez.

HOSPITAL DE LA ZARZUELA - SANITAS HOSPITALES.

mruescas@sanitas.es

En Enero de 2.007 toma forma el Comité de Calidad de Enfermería, cuyo objetivo fundamental es la creación, adecuación, monitorización y seguimiento de un cuadro de indicadores relevantes para la evaluación de los estándares de buena práctica marcados por la Dirección de Enfermería, que permitan la detección de áreas de críticas y la estandarización del proceso de mejora continua de la calidad en el hospital dentro del área de Enfermería.

Como sistema de información y transmisión de nuevos procedimientos de actuación y calidad se utiliza la publicación en la Intranet del hospital de todos los documentos.

En Diciembre de 2.007 el comité aborda la planificación y objetivos en temas de calidad para el año 2.008. se establece como prioridad la monitorización de los procedimientos instaurados en el pasado año midiendo el nivel de implantación de los mismos.

Previamente a esta evaluación, decidimos revisar el modelo de comunicación utilizado en el área de calidad. Por ello, y como paso previo a la definición de indicadores, se decide comprobar el grado de conocimiento por parte de los distintos profesionales de los procedimientos introducidos.

Objetivos: Conocer el estado actual de la comunicación interna percibida por los profesionales en el área de calidad de enfermería, definiendo posibles estrategias futuras de mejora percibidas por los propios profesionales y que facilite su implicación en temas de calidad, creando las bases necesarias y suficientes para implementar una cultura de la calidad en el hospital.

Metodología Resultados: descripción estudio/encuesta comparativa, midiendo antes y después la implantación de un programa de comunicación interna. Con este objetivo se elaboro un modelo de encuesta, anónima, con 4 niveles y objetivos diferenciados:

- I. 10 ítems que reflejaban los flujos de información recibida.
- II. 6 preguntas específicas sobre contenidos de procedimientos elaborados.
- III. Se solicitaba opinión sobre sistemas y modelos de comunicación en temas de calidad (tipo de soporte adecuado para transmitir la información)

Conclusiones: Ante los resultados del estudio es fundamental establecer, previamente, un plan de comunicación interna y desarrollar unos canales adecuados que permitan una comunicación fluida que fomente la fiabilidad en la información que asegure

conseguir los objetivos del hospital en todos las áreas de calidad, pudiéndose convertir en un elemento motivador que favorezca la participación de los profesionales en temas relacionados con la gestión asistencial y la mejora continua de la calidad.

M6.08

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A CONFLICTOS ÉTICOS

E. Aguirre De La Peña, E. Peña Rodríguez, G. Alejandro Lázaro, J.

Carrasco Rodríguez, M. Esteban Tudela, M. I. García Rodríguez.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO.

eaguirre@sescam.jccm.es

OBJETIVO: Determinar el grado de conocimientos y actitudes de los profesionales de Atención Primaria (AP) ante determinados conflictos éticos que pueden surgir en su práctica diaria, así como la necesidad de creación de un Comité de Ética Asistencial (CEAS).

METODO: Estudio descriptivo transversal, mediante la aplicación de un cuestionario anónimo y autoadministrado, elaborado ad hoc, formado por 10 preguntas, algunas de respuestas múltiples, y datos de filiación, que fue remitido por correo interno a los profesionales, junto a una carta de presentación. Población: Profesionales de medicina, de enfermería y de las unidades administrativas de todos los Centros de AP y consultorios del Área de Toledo.

RESULTADOS: Del total de profesionales del área contestaron la encuesta 231 (tasa de respuesta del 30,55%). 64% mujeres, con una media de edad de 42,30 años. El 45,5% eran enfermeros, 38,4% médicos y el 16% administrativos. El 57,8 % de los profesionales contestaron que nunca o rara vez se les plantean conflictos éticos en su práctica habitual. El 38% dicen tenerlos con cierta frecuencia y sólo el 5,2% a diario. El 73,4% confesaron ser creyentes. No se ha encontrado relación estadísticamente significativa con las creencias religiosas y una mayor o menor detección de conflictos. Por categorías, destaca que todos los médicos afirmaron haber tenido conflictos éticos, en contraste con el 57,8% de las enfermeras a las que rara vez o nunca se les había planteado, y al 83,3% de los administrativos que reconocieron esta misma circunstancia (chi cuadrado = 37,025; p<0.0001).

La distribución por tipo de conflictos éticos detectados fue: confidencialidad 27,4%, terminales 20%, incapacidad laboral 16%, certificados 10,2%, autonomía 10%, objeción 10% e industria 6,4%. En lo referente a la creación de un CEAS, el 91,5% de los profesionales lo consideran útil o muy útil.

CONCLUSIONES: Llama la atención que más de la mitad de los encuestados reconocen no tener conflictos éticos o que rara vez los han tenido. ¿Quiere eso decir que la medicina está deshumanizándose? ¿Que el trato con los pacientes se está volviendo automático, burocrático?. La consideración sobre el CEAS nos lleva a impulsar su desarrollo en nuestro Área en un corto periodo de tiempo, como instrumento para garantizar una asistencia sanitaria de alta calidad científico-técnica, humanizada y cercana al usuario.

M6.09

CUANTIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA Y PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE MEJORA POSTERIOR

P. Ochoa Calvo*, R. Vial Escolano, E. Garcia-Arilla Calvo, P. Mesa Lampre.

Hospital Geriátrico San Jorge de Zaragoza .

pochoac@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Analizar si los médicos de Atención Primaria (M.A.P.) de Zaragoza conocen y utilizan la Consulta Externa del Servicio de Geriatria del Hospital San Jorge de Zaragoza. Conocer la satisfacción de los M.A.P. con la respuesta dada por parte de los geriatras. Estudiar posibilidades de mejora en la comunicación entre Geriatria y Atención Primaria. Elaborar un proyecto de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y transversal. Periodos entre diciembre 2007-marzo 2008 (Zaragoza urbana) y abril 2008-junio 2008 (Zaragoza rural). Información telefónica del proyecto a los coordinadores de los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.) de Zaragoza (urbanos y rurales). Posterior envío de carta explicativa con cuestionario anónimo para cada M.A.P. del E.A.P. (total 585 M.A.P. - 348 urbanos y 237 rurales-). En el cuestionario se recogen opciones de mejora en la comunicación y otras variables (conocimiento de la

consulta externa, su utilización, motivos de derivación y satisfacción ante la respuesta recibida).

RESULTADOS: Se reciben 338 cuestionarios (57.8% del total de encuestados), 211 urbanos (60.6% de los urbanos enviados) y 127 rurales (53.6%). De los recibidos, 87.9% (69% urbanos -97% de los que responden- y 31% rurales -72.4% de los que responden-) conocen nuestras consultas externas. Del total de respuestas, 269 (79.6%) han remitido pacientes en el último año (69.9% de ellos de 1 a 5 pacientes). Motivo de remisión más frecuente: valoración geriátrica integral (73.4%). Se resuelve el problema en el 60% de las consultas y satisfacción percibida en el usuario en 75.4% de los cuestionarios. Correo electrónico como mejora en la comunicación en 48.8% de respuestas. Tras analizar resultados, propuesta de plan de mejora para la consulta externa en pacientes mayores de 80 años, con pluripatología y diagnóstico de demencia, aceptado por el SALUD.

CONCLUSIONES:

1. Opinión favorable del M.A.P. respecto a la respuesta recibida por parte del especialista en Geriatria.
2. Motivos de derivación ajustados a la cartera de servicios ofrecida por la especialidad de Geriatria.
3. Posibilidades de mejora en la comunicación si disponibilidad de comunicación por correo electrónico.
4. Puesta en marcha de un proyecto de mejora en SALUD, siendo necesario definir el campo de comunicación que permita cumplir la Ley de protección de datos.

M6.10

DISEÑO Y CERTIFICACIÓN EN EL ENTORNO ISO 9001:2000 DE UN PROCESO PARA LA GESTIÓN DE QUEJAS DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL LA FUENFRÍA RELATIVAS A SITUACIONES DE RIESGO PSICOSOCIAL

M. D. C. Anton Boix*, P. González, L. Pascual, R. López, P. Villada, C. Maroto, J. Contreras.

HOSPITAL LA FUENFRÍA, CERCEDILLA.

mcanton.hfff@salud.madrid.org

OBJETIVO: Descripción del proceso de diseño, implantación y certificación de la gestión de quejas relativas a situaciones de riesgo psicosocial en el Hospital la Fuenfría, según la NORMA ISO 9001:2000.

MÉTODOS: El mecanismo de implantación se inició en Abril del 2008. Los pasos a seguir han sido: revisión de la normativa de aplicación, descripción de las competencias, diseño de borradores en el seno del grupo de mejora de Alianzas y Recursos, definición del ámbito de aplicación ?situaciones protegidas-, y desarrollo/ trazabilidad/proceso/ trámite de la queja. El ámbito de aplicación del procedimiento se circunscribe a las situaciones discriminatorias o lesivas que se produzcan en el marco de las relaciones laborales del Hospital La Fuenfría. Se ha diseñado un sistema de evaluación que se incluye en el Proceso que se sustenta en el análisis de los siguientes indicadores: número de quejas presentadas, número de quejas admitidas a trámite, número de quejas tramitadas con propuesta de medidas correctoras.

RESULTADOS: el proceso de certificación concluye en el 2008. El beneficio de la implantación del proceso en el Hospital La Fuenfría se obtiene a través de la prevención de las situaciones que inducen riesgo psicosocial.

CONCLUSIONES: Dentro del Plan de Calidad del Hospital La Fuenfría y en el contexto de la certificación global del mismo, la implantación de un procedimiento para la gestión de quejas relativas a situaciones de riesgo psicosocial pone de manifiesto la vocación claramente correctora y el interés de adoptar las medidas para su eliminación o reducción en el contexto del despliegue de una nueva política de RR.HH. De esta manera se pretende favorecer en la plantilla actitudes que incitan a un comportamiento incorrecto, promoviendo la gestión conforme a elevados estándares de integridad y en cumplimiento de todas las leyes y reglamentos. La gestión de personal podrá ganar en eficacia y equidad, lo que ha de traducirse en una mejora de los servicios, y en la apuesta por una mejora de la gestión de la calidad en la actividad ordinaria del Hospital lo que supondrá avanzar significativamente en la profundización del cambio cultural que significa la gestión del Plan estratégico del Hospital bajo el enfoque de la mejora continua.

M6.11

EL PROCESO DE ACOGIDA: ANÁLISIS ESTADÍSTICO

M. S. Parrado Cuesta.

Hospital de León, León.

sparrado@hleu.sacyl.es

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de satisfacción que el proceso de acogida (programa Mentoring) tiene entre los profesionales. El proyecto ha contado con una subvención I+D+I en materia de gestión sanitaria concedida por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León en 2007.

MATERIAL Y MÉTODO: Se diseñó la encuesta de evaluación.

Análisis de 137 encuestas recogidas entre el 1 y el 31 de diciembre de 2007.

Se construyeron indicadores de proceso (medición anual).

Se impartió el Curso "Desarrollando el Plan de Acogida del Complejo Asistencial de León".

RESULTADOS: La encuesta se dividió en 14 ítems. Los resultados muestran que tanto el Plan de Acogida como el Manual, son un elemento altamente valorado entre los profesionales. Esta valoración viene motivada no sólo por la utilidad que el Manual pueda tener durante su vida laboral, sino por el sentido de pertenencia a la organización que se instaura con el Plan de Acogida.

El 87,59% afirma que ha leído el Manual de Acogida y el 86% valora positiva o muy positivamente la utilidad, claridad y redacción del mismo. Un 70% afirma que el Manual le ha ayudado a conocer la Misión del hospital y el 91% considera el trato recibido como altamente satisfactorio.

Respecto al curso de formación, la importancia que los alumnos dan al Plan de Acogida es de un 9,5 sobre 10, pudiendo resumirse en:

1. La valoración del PA se modifica radicalmente cuando se conoce y entiende el objetivo del proceso.
2. Los trabajadores consideran que una buena acogida es fundamental.
3. Es necesario hacer extensiva la formación del Plan de Acogida a todos los profesionales.

CONCLUSIONES: Los resultados confirman la importancia de los procesos de acogida. Los profesionales demandan acciones de estas características y las valoran positivamente tanto para la organización como para su crecimiento personal, considerando que ayudan a crear buenos profesionales y a mejorar el clima laboral y están dispuestos a participar en los mismos, ya sea como tutores informales de formación o en la forma que se proponga y estime conveniente.

Son las administraciones las que, a la vista de los resultados, han de seguir promoviendo proyectos de acogida que no se queden en meros trámites administrativos y que vengán a potenciar la integración y la motivación de nuestros profesionales, utilizando una herramienta de gestión cuya utilidad y beneficios ya han sido ampliamente constatados por otras organizaciones.

M6.12

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA LABORAL. EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

R. M. Salazar De La Guerra (0), M. Carnicero Bujarrabal* (1).

(0) HOSPITAL GUADARRAMA, (1).

rsalazar.hgua@salud.madrid.org

Objetivos: La satisfacción laboral es el conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación laboral. El objetivo general del estudio es conocer los hechos y opiniones del conjunto de profesionales del hospital para analizar y diagnosticar la Calidad de Vida Laboral en el Hospital de Guadarrama.

Material y método: Para el estudio de la Calidad de Vida Laboral se ha utilizado la escala Q-Labors. Esta escala está compuesta por 56 ítems que pueden ser valorados con cinco opciones de respuesta, representando el uno el total desacuerdo y el cinco el total acuerdo. La suma de todas las respuestas dadas a cada uno de los ítems puede considerarse como indicador de la CVL.

Los ítems están agrupados en 10 factores obtenidos mediante análisis factorial (Relaciones jerárquicas. Interpersonales, horario y vida personal, realización profesional, medio físico y tecnológico, cooperación entre unidades, planificación y gestión, Relación con los pacientes, incentivación y promoción y sobrecarga laboral.

La escala va dirigida a todo el personal del hospital, entregada en mano, en el mes de junio, acompañada de una carta de presentación

enviada por el Director Gerente del hospital en la que se explicaban los objetivos del estudio. Los formularios se depositaron en dos urnas cerradas, que se situaron en puntos de acceso del hospital. Resultados: Se han recogido un total de 81 formularios, de los que 76 han resultado válidos para la investigación, lo que representa un 27% de respuesta.

Los ítems mejor valorados son los que se refieren a la comunicación, la potenciación del trabajo en equipo y apoyo del responsable directo, aunque no se considera que se estimule la innovación ni que se reciba la felicitación por el trabajo bien hecho.

Relaciones interpersonales; todos los ítems han sido valorados por encima de la puntuación criterio.

Horario y vida personal; Se ha considerado que el horario no dificulta la vida personal y familiar, ni afecta a la salud de los trabajadores.

Planificación y gestión; El ítem que hace referencia a la información sobre los objetivos que deben alcanzarse en el propio puesto de trabajo ha sido bien valorado.

Relación con los pacientes, los ítems de este factor son los mejor valorados de la escala.

Conclusiones: Los tres aspectos mas destacados son situación laboral; Años de ejercicio de la profesión y años en el puesto actual. El resto de criterios estudiados no presentan diferencias significativas.

M7.01

ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN LA RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS EN LOS INFORMES DE ASISTENCIA DE URGENCIAS

J. A. Oliva Vicedo, B. Losada Marrodoan, M. Cecilia Rodríguez, R. Da Ponte Gonzalez, C. Romero Montenegro, E. Llobet Barberí. HOSPITAL DOS DE MAIG.

antoni.oliva@sanitatintegral.org

Introducción: El análisis de la variabilidad en la practica asistencial constituye un elemento clave para evaluar la calidad asistencial y establecer las correspondientes acciones de mejora, en base a los resultados obtenidos.

Objetivos: Conocer el grado de variabilidad en el registro de diferentes parámetros clínicos en los informes de asistencia de Urgencias, en pacientes con destino ingreso hospitalario.

Material y Métodos: En el año 2007, se definieron, por parte del equipo médico de Urgencias, las patologías, así como los parámetros que serían objeto de control. Las patologías y parámetros establecidos fueron: (ICC) Insuficiencia cardiaca (1-Presión Arterial, 2-Saturación Oxígeno, 3-practica de ECG y 4-Rx tórax, 5-Escala NYHA y 6-respuesta diurética), (EPOC) Enfermedad pulmonar crónica (1-Frecuencia respiratoria, 2-escala GOLD, 3-criterios Anthonissen), (AVC) Accidente vascular cerebral (1-temperatura, 2-glicemia, 3-presión arterial, 4-saturación oxígeno), (NM) Neumonía (1-frecuencia respiratoria, 2-escala FINE), (AS) Asma (1-peak-flow) y (TC) Traumatismo craneal (1-escala Glasgow). Se estableció un grupo de médicos para su control. En base al registro informático del Centro, se han revisado los informes de asistencia de los pacientes cuya codificación coincidía con las patologías definidas en este estudio, valorándose como correctos la existencia de los parámetros en el informe. Los resultados se incluían en una aplicación informática de libre consulta por parte de los profesionales de urgencias y eran comentados en las sesiones de servicio.

Resultados: Se revisaron un total de 729 informes, con un cumplimiento global del 60.4%. Por patologías se observó: ICC 69% (1:79%, 2: 82%, 3:87%, 4:98%, 5:25%, 6:45%), EPOC 62% (1:58%, 2:64%, 3:85%), AVC 71% (1:76%, 2:42%, 3:84%, 4:82%), NM 66% (1:51%, 2:81%), AS 65%, TC 44%. El grado de cumplimiento ascendió de forma progresiva desde el 47,4-52,7 % en los primeros 2 meses, hasta valores de 66,3-70,6% al final del estudio. Se observa un menor cumplimiento (< 50%) en la incorporación de las escalas clínicas NYHA y Glasgow y el control de la respuesta diurética en ICC. Cabe destacar el bajo valor de registros del control de glicemia en AVC.

Conclusiones: La incorporación de los parámetros clínicos en los informes de asistencia debe considerarse un factor clave para la calidad asistencial, especialmente si consideramos que la información reflejada en dichos informes es necesaria para otros profesionales encargados de la continuidad asistencial y las readmisiones en Urgencias.

M7.02

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL. 2004-2007. LA IMPORTANCIA DE UN PROTOCOLO CONJUNTO HOSPITAL-AMBULATORIO

F. Ojeda, S. Cano, M. Girvent, E. Lineros, S. Cortes, D. R. Gemma. HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.

fojeda@fhag.es

INTRODUCCIÓN: A finales de 2004 se instauro en Catalunya un protocolo de anticoncepción de emergencia basado en la administración postcoital de una dosis de levonorgestrel. Este protocolo incluía la administración de el tratamiento, también, desde los servicios de urgencias gineco-obstetricos de los hospitales de la red publica.

OBJETIVO: observar y medir el impacto del protocolo en el volumen de urgencias ginecobstétricas de nuestro hospital.

METODOLOGIA: Hemos recogido los datos correspondientes a 2004-2007. El número de visitas generadas con motivo de solicitud de anticoncepción postcoital. Así como una encuesta entre los profesionales del servicio que prestan su labor en urgencias gineco-obstétricas.

RESULTADOS: En la tabla 1 se resumen los datos evaluados desde la instauración del programa. Se observa un crecimiento importante con cierta estabilización a partir de 2007 alrededor de 600 visitas, lo que representa 500 visitas anuales más que se concentran en fines de semana y festivos o sus vísperas.

Tabla 1. Anticoncepción postcoital en HGG

ANTICONCEPCIÓ D'EMERGENCIA	2004	2005	2006	2007
PREVIO AL PLAN	103			
LEVONORGESTREL DOSIS UNICA	460			678 585

Problemas de la instauración de protocolo.

Iniciales:

Desconocimiento por los profesionales del protocolo. Desarrollo posterior de la sistemática del mismo.

Problemas de objeción de conciencia, respecto a la anticoncepción postcoital. Problemas relacionados con la "menor madura".

Incremento de la actividad en urgencias resumida en la tabla 2.

Tabla 2. Urgencias ginecobstétricas y anticoncepción postcoital

	2004	2005	2006	2007
Urgencias	9096	9460	10849	11218
Anticoncep	206	460	678	585

Dudas respecto al registro de información y su confidencialidad.

Se han reconducido los principales, pero queda el incremento de actividad en unas urgencias ya de por si sobrecargadas y en los momentos más críticos (fines de semana, festivos y sus vísperas).

Aquí es donde ha jugado un papel importantísimo la coordinación con el dispositivo del PASSIR (ambulatorio) que ha permitido regular el flujo de mujeres que precisan el tratamiento hacia sus centros, pudiendo actuar el servicio de urgencias como soporte en el horario restante.

DISCUSIÓN: Soluciones internas: facilitar el tratamiento en urgencias generales. Soluciones externas: facilitar el tratamiento en farmacias (en algunas es más grave y potente el problema de la objeción).

CONCLUSIONES: El protocolo de anticoncepción postcoital ha significado una notable mejora en soporte a la salud pública pero con el coste añadido de una sobrecarga en los dispositivos de urgencias ya de por si muy presionados.

M7.03

ATENCIÓN TELEFÓNICA URGENTE ESPECIALIZADA: UNA FORMA DE MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

E. Coma (0), R. Comabella (1), S. Zayas (2), I. De La Haba (2), A. Ceresuela (3), R. Ciurana (4).

(0) INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA.HOSPITAL DURAN Y REYNALS, (1) INSTUT CATALA D'ONCOLOGIA.HOSPITAL DURAN Y REYNALS, (2) INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA. HOSPITAL DURAN Y REYNALS, (3) CENTRAL DE LLAMADAS ICO24H.ADVANCE MEDICAL-BARCELONA, (4) CENTRAL DE LLAMADAS ICO24H. ADVANCE MEDICAL-BARCELONA.
ecoma@iconcologia.net

Introducción: Desde octubre del 2007 los pacientes del Hospital Duran y Reynals (DiR), del Instituto Catalán de Oncología (ICO) disponen de una central de llamadas (ICO 24h) para la atención telefónica

urgente especializada. Los pacientes reciben la instrucción que ante una urgencia no se desplacen, llamen a la ICO24h, donde contactan con un médico que les valora y les indica si necesitan una visita urgente y a qué nivel asistencial. ICO24h se complementa con un servicio de visita urgente especializada (USAC) ubicado en el Hospital DiR.

Objetivos: (1) Describir el perfil del paciente usuario de ICO 24horas, (2) Analizar los resultados clínicos de la implantación.

Métodos: Tipo del estudio: descriptivo, prospectivo. Periodo: 1 de Octubre 2007 al 9 de Mayo 2008. Ámbito: Hospital oncológico con área de referencia de 1 millón de habitantes. Población: pacientes que han utilizado ICO 24h durante el período definido. Metodología: Se presentan las variables descriptivas agrupadas por motivo de atención, características clínicas, de derivación y resolución del problema. El personal de enfermería de la USAC ha realizado un seguimiento de los casos y una llamada de control buscando respuesta al grado de satisfacción, grado de resolución y detección de necesidades.

Resultados: Del total de 2738 llamadas recibidas, el 52% eran hombres con una edad media de 59+ 13 años. Entre las enfermedades de base destacan cáncer de mama 17%, cáncer de pulmón 14% y cáncer colo-rectal (11%). El 57 % estaban recibiendo quimioterapia. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: dudas terapéuticas (27%), fiebre (16%) y vómitos (7%). El 58% de los casos se resolvieron telefónicamente, el 25% se derivaron al SUH, el 12% se derivaron a la USAC y el 5% a la asistencia primaria.

Se ha realizado un total de 1872 llamadas de control. En cuanto a la satisfacción el 100% se consideraron bien atendidos por el personal de ICO 24h. El 86% consideró resuelto el problema, el 12% tenían el mismo estado, 10 casos habían sido éxitos y 4 estaban peor. De los pacientes que tenían el mismo estado el 13% fueron citados a una visita urgente en la USAC para revaloración.

Conclusiones:

1.- El perfil del paciente usuario de ICO24h es el de un paciente afectado de cáncer que presenta dudas del tratamiento o de manejo de síntomas.

2.- La atención telefónica urgente especializada se muestra como una herramienta de trabajo eficaz y eficiente en la valoración de las urgencias oncológicas.

M7.04

CALIDAD ASISTENCIAL EN EL MANEJO REHABILITADOR DEL ICTUS EN FASE SUBAGUDA.E. DESCRIPTIVO

MS*. Alonso Martín, A. Esteve Arrien, G. Flores Sánchez, J. Minaya Sainz, T. Díaz Zorita, R. Salazar De la Guerra.

HOSPITAL GUADARRAMA.

malonso.hgua@salud.madrid.org

OBJETIVOS: evaluar variabilidad en el manejo del ictus subagudo entre dos Unidades de Recuperación Funcional en Hospital de Media Estancia, una con pacientes geriátricos y otra (geriátricos y adultos) e implantar áreas de mejora en la calidad asistencial.

MÉTODOS: Estudio descriptivo. Muestra aleatorizada: 40 pacientes con Ictus en fase subaguda ingresados en dos Unidades de Recuperación Funcional durante 2007. Se excluye uno de cada grupo (por exitus y traslado). Se recogen datos demográficos, parámetros clínicos, de valoración geriátrica (Índice de Barthel: IB, Índice de Pfeiffer: IPF) y problemática social.

RESULTADOS: El perfil de pacientes primera/segunda fue: 60 años 100/50%, sexo femenino 53/60%, ictus isquémico 100/63% y demora media desde ictus hasta ingreso en la unidad 22.6/35.3 días. No hubo diferencias en los signos y síntomas clínicos excepto el control de tronco al ingreso. El IB previo al ingreso^{1ª/2ª} fue similar en ambos grupos (88 VS 88.75%). El IB medio al ingreso y al alta fue de 19.75/42.72 en la primera planta (ganancia neta 21.5) frente a 27.55/61.25 en la segunda, (ganancia neta 32.2). Pacientes sin deterioro cognitivo: 25% en primera frente al 90% en la segunda planta. La estancia media fue de 88.45 días en la primera frente 74.45 días en la segunda. El 100% de los pacientes realizó fisioterapia, 85.33% terapia ocupacional y 85.26% logopedia en la primera planta, frente a 95.47%, 90.37% y 70.40 % en la segunda. El Nº de sesiones medias perdidas en la primera y segunda planta fué de 14 y 7 días respectivamente. Al alta se detectaron problemas sociales en un 20% en la primera planta frente a 10% de la segunda.

CONCLUSIONES: La muestra es heterogénea por edad, lo que

dificulta la evaluación de los resultados con respecto a este parámetro.

La dependencia al ingreso fue severa en ambas plantas, con mayor ganancia funcional y menor estancia media en la segunda planta.

Los recursos del tratamiento rehabilitación fueron mayores en la primera planta. Los factores de mal pronóstico rehabilitador fueron el control de tronco y el deterioro cognitivo.

Áreas de mejora: identificación de objetivos de manejo individualizado al ingreso y seguimiento, por el equipo interdisciplinar, a través de la monitorización de la curva de ganancia funcional, hasta su consecución con la finalidad de optimizar los recursos empleados y mejorar la calidad asistencial de la rehabilitación.

M7.05

CALIDAD DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS EN FINES DE SEMANA Y FESTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

M. Estepa Muñoz*, M. Á. Rodríguez Martínez, G. Gómez Montero, R. González Gascón, M. Cid Artigas, A. Sebastian Palomino.

Gerencia de Atención Primaria Área 2 de Madrid

mestepa.gapm02@salud.madrid.org

OBJETIVO: Sistematizar el proceso de Atención Continuada (AC) para garantizar desde Atención Primaria una atención de calidad a los usuarios que precisan cuidados enfermeros domiciliarios durante los fines de semana y días festivos. Dentro de este objetivo nos planteamos estos objetivos específicos:

- Proporcionar una guía actualizada del proceso de AC.
- Identificar turnos de trabajo y facilitar la resolución de incidencias, tanto de recursos humanos como materiales.

MATERIAL Y METODO: Se constituye un grupo de trabajo entre marzo y abril de 2007 que procede a la revisión de documentos de actuación del área y bibliografía existente. Mediante la metodología PDCA nos aseguramos de mantener una mejora continua.

Se realizó un diagrama de Ishikawa identificando los factores que influyen en este proceso para diseñar el procedimiento para la AC. Con ellos se diseñó un proceso para cada zona del Área.

La implantación se realizó mediante sesiones formativas a los profesionales de AC y envío de información a los Centros de Salud (CS) implicados. Para su evaluación se definieron indicadores y se constituyó un grupo coordinador con un cronograma de reuniones de seguimiento.

RESULTADOS: El procedimiento recoge:

- Circuito de notificación de avisos.
- Planilla anual en la que se especifican turnos de asistencia, datos de contacto y notificación cambios de turno.
- Actualización de las retribuciones.

Un miembro de la Dirección de Enfermería coordina el proceso con el apoyo de dos enfermeras del equipo referentes para cada una de las zonas de atención (urbana y periurbana).

Se ha establecido un circuito de notificación de incidencias a los centros implicados en las mismas.

Han disminuido las incidencias relacionadas con la falta de material. Ha mejorado la comunicación interna entre los diferentes profesionales que atienden a un mismo paciente.

Han disminuido las incidencias del SUMMA 112 referentes a avisos domiciliarios no realizados.

CONCLUSIONES: La implantación de este proceso ha supuesto la mejora en la identificación de problemas respecto a la AC.

La comunicación entre las enfermeras del CS y las de AC es más directa y fluida. Se ha valorado positivamente la figura de un referente en Dirección de Enfermería y en cada una de las dos zonas.

Las reuniones han resultado satisfactorias para las enfermeras de AC ya que se ven apoyadas y satisfechas.

Se ha conseguido una mayor adherencia laboral de las enfermeras implicadas debido a las mejoras retributivas realizadas.

M7.06

COMUNICACIÓN URGENCIAS Y UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN: MEJORANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y EL CLIMA LABORAL

L. V. García Cachafeiro*, C. Sáez Sierra, G. Velasco Zamorano, R. Montero Miguel, C. Jiménez Nuevo, F. Núñez Crespo.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

lgarcia.hflr@salud.madrid.org

OBJETIVO: Mejorar la comunicación entre profesionales de urgencias y unidades de hospitalización médica describiendo un flujo de comunicación adecuado que mejore el clima laboral.

MÉTODO:

1. Identificar cualitativamente (lluvia de ideas / espina de pescado) mediante el grupo focal formado por profesionales de ambos servicios las causas que producen comunicación inefectiva entre los profesionales del SUH y UHM.
2. Medir las causas identificadas por el grupo mediante una encuesta de opinión.
3. Priorizar causas de comunicación inefectiva según Pareto.
4. Proponer acciones de mejora para la comunicación entre profesionales implicados en los procesos.
5. Implantar las acciones diseñadas.
6. Evaluar mediante una encuesta de opinión el resultado de introducir las acciones propuestas.

RESULTADOS: Se identifican como principales causas contribuyentes a la comunicación inefectiva: El uso continuado del teléfono (que interrumpe la actividad asistencial numerosas ocasiones), la necesidad de adecuar la información que los profesionales de enfermería se intercambia sobre los pacientes que requieren ingreso y que el profesional de urgencias que informe sobre el paciente que requiere ingreso sea el responsable del paciente.

Como acción de mejora para dar solución a estos problemas se propone el diseño de un formulario para el traslado del paciente desde urgencias a unidad de hospitalización en la Historia Clínica Informatizada (selene) donde el enfermero responsable del paciente en el momento que se indique el ingreso pueda reflejar la información relevante para la continuidad en la asistencia (ítems acordados en el grupo focal entre los enfermeros de UHM y SUH), utilizando como herramienta la informática y no el teléfono.

CONCLUSIÓN: Las herramientas de la calidad proporcionan una forma sencilla de abordar problemas y llegar a soluciones de consenso que mejoran la comunicación entre profesionales y aseguran la continuidad asistencial al paciente.

M7.07

CONTINUIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA: PAPEL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASO

R. Fernández Salillas, A. Rodríguez Ortega, Y. Valverde Alcántara, C. Martínez López.

Institut Català d'Oncologia.
rosinafs@iconcologia.net

INTRODUCCIÓN: Las Unidades Funcionales de Atención Oncológica son Unidades Asistenciales en las que participan profesionales de diferentes hospitales y servicio. La finalidad es abordar las patologías oncológicas dentro de un proyecto global. Los objetivos son: establecer una estrategia de diagnóstico y tratamiento primario consensuado, reducir los intervalos de diagnóstico y tratamiento; y llevar una asistencia orientada a la consecución de estándares clínicos.

Estas Unidades cuentan con profesionales de enfermería para asegurar tanto la provisión de curas durante el proceso de atención oncológica como el cumplimiento de las diferentes etapas del mismo. La enfermera gestora de caso es la figura de referencia para las pacientes durante todo el proceso oncológico.

OBJETIVOS:

1. Proporcionar información, soporte y curas a la paciente contribuyendo, desde un punto de vista clínico, a la asimilación de la información proporcionada por el personal facultativo, dando soporte y cuidado para favorecer un afrontamiento eficaz a la nueva situación.
2. Controlar, mediante el rol de gestora de caso, los circuitos que sigue la paciente para que se desarrollen según lo previsto, evitando o resolviendo barreras organizativas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Entrevista de contacto para informar y explicar el diagnóstico y secuencias de los tratamientos.
2. Seguimiento de las curas de enfermería durante todo el tratamiento primario (cirugía, quimioterapia, radioterapia).
3. Coordinación con los distintos profesionales que participan en el proceso para garantizar la secuencia y los intervalos.
4. Cierre del proceso terapéutico e indicaciones para facilitar su incorporación a su vida cotidiana.

RESULTADOS: Durante el período 1995-2007 se han atendido un total de 6028 pacientes con cáncer de mama. El tratamiento primario ha sido la cirugía en el 64 % y quimioterapia u hormonoterapia en el 36 %. De las pacientes operadas, un 67 % ha realizado tratamiento radioterápico posterior.

De las 3985 operadas un 71 % han conservado la mama, 48,2 % han sido sometidas a ganglio centinela y un 35 % han sido operadas en régimen ambulatorio.

1524 pacientes han sido tratadas con quimioterapia primaria, y 1343 han seguido quimioterapia adyuvante.

El intervalo entre la 1 visita y el diagnóstico ha sido de 2 días. Entre el diagnóstico y el primer tratamiento han transcurrido 20 días.

Todo ello ha representado un promedio 8 visitas por paciente.

CONCLUSIONES: La incorporación de la enfermera gestora de caso facilita una mejor atención y coordinación de los distintos niveles asistenciales en el tratamiento primario del cáncer de mama.

M7.08

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA GAP ALBACETE/SESCAM

A. Cuevas Alcañiz, A. Lopez Escribano, M. T. Copete Gonzalez, R. Muñoz Sanchez-Villacañas, J. Garcia Aranos.

GERENCIA ATENCION PRIMARIA DE ALBACETE.
acuevas@sescam.jccm.es

INTRODUCCIÓN: La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud regula que la atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel (Art 13.1). Esta misma inquietud se refleja en la agencia de calidad del SNS y dentro del plan de calidad del SESCAM 2007. La continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria es un proceso clave para el éxito de la organización y la obtención de sus resultados. Desde el pasado 30 de abril se pone en funcionamiento en la GAP Albacete la continuidad de cuidados de enfermería.

OBJETIVO: Describir el grado de implementación del servicio de continuidad de cuidados de las GAP Albacete.

Identificar las áreas de mejora durante el proceso de pilotaje.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño y tipo de estudio. Estudio Observacional Descriptivo.

Periodo de estudio: 30/04/2008 - 28/05/2008.

Emplazamiento: Hospitales de Hellín y Villarrobledo. ZBS Bonillo, Hellín, Munera, Ossa de Montiel y Villarrobledo.

Selección de sujetos: Paciente con alta hospitalaria de enfermería en los centros hospitalarios de referencia.

Fuentes de información y registro: Turriano (Sistema información de atención primaria SESCAM) y Webserver Hospital de Villarrobledo y Hellín.

RESULTADOS:

Hospital de Villarrobledo:

160 altas hospitalarias en el periodo de estudio, de las cuales 102 fueron acompañadas de alta de enfermería (63.75%). El 100% son trasladadas a su enfermería de referencia que en 81 casos procede a la visita domiciliaria, 79.46 % de visitas frente al total de altas recibidas y un 50.62 % frente total de pacientes.

Hospital de Hellín:

495 altas hospitalarias en el periodo de estudio, de las cuales 14 fueron acompañadas de alta de enfermería (2.8 %). El 92.85% (13 casos) son trasladadas a su enfermería de referencia que en 12 casos procede a la visita domiciliaria, 92.30 % de visitas frente al total de altas recibidas y un 2.42 % del total de pacientes.

CONCLUSIÓN: Igual que la bibliografía consulta la continuidad de cuidados posibilita una mejor atención sanitaria y favorece la comunicación interprofesional por lo que se recomienda la puesta en marcha de este proyectos dentro del modelo de atención comunitaria. Visto el primer mes de implementación se detectan las siguientes áreas:

Necesidad de un plan de actuación en ambos centros hospitalarios y especialmente el Hospital de Hellín que incremente el numero de altas hospitalarias con alta de enfermería.

M7.09

COORDINACIÓN ENTRE EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
R. Jiménez Sánchez, I. Perez Cano, I. Del Cura González, T. Sanz Cuesta.

Area 9 Atención Primaria. Madrid.
 rjimenezs.gapm09@salud.madrid.org

Objetivos: Evaluar la coordinación entre Atención Primaria (AP) y Equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Área sanitaria.

Sujetos: Pacientes incluidos en programa 5/02/2007-05/05/2008. N= 262.

Intervención: Se elaboró un Programa coordinado de Cuidados Paliativos entre los hospitales de referencia, AP y el ESAD previo a la puesta en marcha del dispositivo. Se presentó en los 22 EAP.

Se acordó un circuito de derivaciones desde los distintos dispositivos que se iniciaba con el envío de informe clínico por fax al ESAD. Independientemente del origen de la derivación, tras recibir el informe clínico se contactaba por teléfono con el médico de familia (MF) del paciente y se proponía realizar visita conjunta AP/ESAD, consensuando tras valorar al paciente el seguimiento: a) EAP: pacientes en situación basal estable, con posibilidad de intervención posterior del ESAD, b) seguimiento conjunto o c) ESAD.

RESULTADOS: La petición de asistencia al ESAD se realizó en 43,5% pacientes desde el EAP (42% el médico, 1,5% el trabajador social), 36% al alta hospitalaria, 19% consulta hospitalaria y 1,5% de residencias.

La edad media de los pacientes fue 71,7 años (IC 95%:70,1-73,3) siendo el 69% varones. El 95% tenían patología oncológica. Situación basal medida por Índice Karfsnosky de: 30% el 14,5%; 40-50% el 32,5% y 60% el 26%. En 197 pacientes se intentó programar una primera visita conjunta, realizándose en 69 (35%). El 75% se realizó con el MF, 20% con MF y enfermera EAP y el 4% sólo con enfermera EAP. El seguimiento se realizó en el 37% de los pacientes por ESAD, 27% por EAP y 36% de forma compartida.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre haber realizado la primera visita conjunta y las siguientes variables: nivel de asistencia que ha derivado el paciente al ESAD ($p=0,017$), haber realizado un contacto telefónico previo al fax ($p<0,001$) y el tipo de seguimiento que se ha realizado al paciente ($p<0,001$).

Han fallecido en el domicilio el 17% de los pacientes seguidos por el EAP, el 33% de los seguidos por el ESAD y el 45% de los que se siguen de forma conjunta ESAD+EAP ($p=0,005$).

CONCLUSIONES: Realizar una primera visita conjunta ha sido una excelente herramienta para lograr la coordinación EAP/ESAD y el seguimiento compartido del paciente.

El seguimiento conjunto aumenta el número de pacientes que fallecen en el domicilio.

M7.10

DISEÑO IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DEL MAPA DE PROCESOS "GESTIÓN DE CUIDADOS" EN EL ÁREA V DE SALUD(MURCIA)

C. Castillo Gómez, C. Garcia Bernabeu, G. M. Martínez Soriano, J. J. Arnau Alfonso.

Hospital Virgen del Castillo.
 carmen.castillo@carm.es

INTRODUCCIÓN: En enero del 2005 comenzamos un proyecto que suponía grandes cambios en nuestra forma de gestionar y trabajar: implantar una gestión sanitaria conjunta Primaria / Hospitalaria. La gestión por proceso ha sido una línea estratégica prioritaria dentro del proceso de implantación del modelo EFQM en nuestra área de salud y la continuidad de cuidados está considerado como "proceso clave".

OBJETIVOS:

1. Diseñar e implantar el Mapa de Proceso de Gestión de Cuidados.
2. Análisis de resultados.

METODOLOGÍA:

- Reunión informativa de los responsables implicados (supervisores de unidades médicas, quirúrgicas y primaria.)
- Análisis de situación de partida
- Constitución del grupo de trabajo

- Establecimiento de fases de trabajo. Diseño, representación gráfica, implantación y resultados.

Desarrollo:

Fase I. Diseño. Se establecen reuniones semanales del 90' de duración durante un mes estableciendo la descripción del proceso:

- Misión
- Destinatarios y expectativas
- Objetivos
- Requisitos de entrada
- Proveedores
- Subprocesos
- Indicadores (ficha técnica indicador)

Representación gráfica según metodología IDEF

- Entradas
- Salidas
- Guías y recursos
- Mapas (A-0, A-1, A-2, A-3, A-4, A-5)
- Árbol nodal

Fase II. Difusión del proceso. Se presenta al grupo de trabajo EFQM y a la Comisión de Dirección del Área V, siendo aprobado el 07-03-2007 y publicándose en la Intranet del área.

Fase III. Implantación. Se mantiene reunión con todos los responsables de enfermería de los servicios implicados (supervisores de plantas médicas y quirúrgicas y coordinadores de primaria), dándose por implantada el 15-03-07 el proceso "Gestión de Cuidados".

RESULTADOS. (Diciembre de 2007)

- El 68% de los pacientes del área médica tienen informe de continuidad de cuidados al alta y el 52% del área quirúrgica.
- El 90% de los pacientes ingresados tienen asistencia integral a través de planes de cuidados individualizados.
- El 90% de los pacientes tienen valoración de enfermería en las primeras 24 horas.
- El 100% de los informes de continuidad de cuidados al alta están disponibles en atención primaria a tiempo real.

CONCLUSIONES. La gestión por proceso ha sido un factor crítico para el cambio y la mejora continua en la gestión de cuidados, facilitando la implicación de las personas y la asunción de responsabilidades.

M7.11

EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LA MATRONA. ¿FAVORECE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DOS NIVELES ASISTENCIALES?

E. Villa Villa*, E. Sanz De Miguel, L. Jimenez Bea.

Hospital Universitario Miguel Servet.
 evillav@salud.aragon.es

Objetivo: Establecer un mecanismo de comunicación entre las matronas de atención primaria de los sectores I-II y el servicio de obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet, en el momento del puerperio.

Comprobar la efectividad del circuito de comunicación establecido.

Conocer la opinión de las matronas de AP, de la calidad y cantidad de la información que se les transmite a través del informe de continuidad de cuidados.

Metodología: Se ha elaborado la plantilla base del informe de continuidad de cuidados de la puerpera, que de manera individualizada, se realiza en un ámbito de aplicación de todas las mujeres gestantes a termino por vía vaginal o cesárea.

Se han monitorizado los informes de continuidad de cuidados elaborados en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet, en el primer trimestre, y los recibidos en los centros de AP en el periodo de 15 de abril a 15 de mayo.

Se ha realizado una encuesta, con escala de medición ordinal y una pregunta abierta, a todas las matronas de los centros de atención primaria de los sectores Zaragoza I y II, con una población de 20 matronas.

Resultados: En el primer trimestre de 2008 se han elaborado 965 informes de continuidad de cuidados en puerperio, de 1092 altas obstétricas producidas.

El 94,3% de los informes elaborados para AP del sector I-II, son recibidos.

La encuesta con un 75% de respuesta, nos muestra que el 80% de las matronas considera que el informe de continuidad de cuidados aporta bastante o mucha información en esos parámetros, casi un 50% opina

que la información y educación sanitaria realizada en el Hospital a la puerpera es la adecuada, el 75% califican el informe como bueno, y un 25% como aceptable.

La pregunta abierta, nos aporta las necesidades de información que se han de incluir en el informe.

Conclusiones: Hemos alcanzado altas cotas en la elaboración del informe de continuidad de cuidados a la puerpera.

El circuito de comunicación establecido entre los dos niveles asistenciales es efectivo.

La información transmitida, se ha de ampliar con parámetros del recién nacido, factores de riesgo, y semanas de gestación.

Se ha de incluir un área de mejora en la educación sanitaria dirigida a la lactancia materna.

M7.12

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA PRE- Y POST-IMPLANTACIÓN DE LAS TRAYECTORIAS CLÍNICAS

R. M. Sabater Raga, A. Aloy, P. Marzuelo, M. De Rojas, N. Galera.
HOSPITAL GENERAL GRANOLLERS.
rsabater@fhag.es

Objetivo: Evaluar los conocimientos actuales de los profesionales de enfermería sobre los distintos instrumentos metodológicos para la elaboración de las Trayectorias Clínicas (TC), comparándolos con los obtenidos el año anterior y después de la aplicación de las diferentes acciones de mejora planificadas.

Material y Método: Dados los resultados obtenidos en el 1º estudio descriptivo y prospectivo realizado el primer trimestre del 2007, se decidieron cómo medidas de mejora, la realización de dos cursos sobre taxonomía enfermera e iniciar el desarrollo de las TC. Los dos estudios comparativos consistieron en una misma encuesta a enfermería, valorándose: 1º conocimientos metodológicos sobre patrones, diagnósticos, taxonomía, plan de curas, TC y registros; 2º satisfacción profesional; 3º percepción de equipo; y, 4º variabilidad asistencial. El 2º estudio se realizó en el segundo trimestre 2008.

Resultados: Los resultados comparativos 2007/2008 obtenidos fueron los siguientes, respectivamente: se realizaron 88/94 encuestas (90/87% mujeres), con un 74/74% de personal fijo y un 26/26% temporal; y respecto a los años de experiencia, un 13/23% < 5 años y el 87/77% 5 años. El 41/32%, el 28/17 % y el 31/51 % eran de los 3 turnos (mañana, tarde, noche). Los resultados fueron: 1º Conocen: en un 30/38 % los patrones, en un 60/81 % los diagnósticos, en un 28/67 % la taxonomía NANDA, en un 40/40 % los planes de curas, y un 26/38 % la metodología de las TC. 2º Satisfacción profesional creen, un 55/44 % que los registros son inadecuados, un 90/90% que la burocracia es alta, un 32/40 % que se sienten inseguros en el manejo del paciente, y un 61/61 % que las TC pueden incrementar la satisfacción. 3º Trabajo multidisciplinar creen que no se forma equipo, en un 82/69 % con el médico y en un 47/45% con el resto de profesionales. Y 4º Variabilidad asistencial creen que varía, según el médico y enfermera responsables, en un 89/75% y 64/64% respectivamente.

Conclusiones: Los resultados permiten concluir que las medidas de mejora aplicadas han sido efectivas pero no suficientes ya que, si bien en cuanto a los conocimientos los profesionales de enfermería han mejorado, sigue existiendo una amplia disparidad en la satisfacción profesional; y, aunque ha mejorado la percepción del trabajo en equipo y ha disminuido la percepción de la variabilidad asistencial, estos resultados quedan lejos de los óptimos, lo que nos anima a proseguir con la implantación de medidas de mejora.

M8.01

¡CUATRO PÁJAROS DE UN TIRO!: + SEGURIDAD, + ACCESIBILIDAD, + COMUNICACIÓN, + INTEGRACIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LA INNOVACIÓN.

R. Herrero Heredero, J. Darpón Sierra, N. Guerra Zaldúa, I. Urrutia Johansson, K. Ibarra Hernández.

Hospital de Basurto, Bilbao.
rafael.herreroheredero@osakidetza.net

Objetivos: Los cambios que se están produciendo en nuestra ciudad en el aspecto demográfico no son ajenos a la actividad de nuestro hospital sino que le afectan muy directamente ya que los foráneos, al igual que la población autóctona, necesitan de los servicios sanitarios.

Además por razones sobre todo culturales y por ser el grupo más desfavorecido son los que mayor demandan servicios sanitarios.

La dirección del hospital se ha marcado el objetivo de minimizar la incidencia que tenía el problema idiomático que incide de forma transversal a los procesos asistenciales.

Método: Fruto de la revisión e inclusión de ciclos de mejora en sus procesos surge un problema que afecta de forma transversal a todos los procesos asistenciales: El problema idiomático con la población extranjera.

Tanto en nuestro Plan estratégico como en el nuevo plan estratégico de Osakidetza 2008-12 se han articulado líneas estratégicas tendentes a eliminar por un lado las barreras que de alguna forma limitan la accesibilidad a nuestro sistema sanitario y por otro lado a la mejora de la comunicación con el usuario.

Con respecto a la accesibilidad se marca una línea estratégica concreta en la el objetivo último es facilitar la interacción y encuentro entre el usuario/a paciente y Osakidetza, garantizando la accesibilidad en cualquier situación social, etnia o ámbito cultural.

Resultados: Se implanta un sistema de interpretación telefónica que permite interactuar al paciente con el profesional.

Esto ha permitido una mayor accesibilidad de los pacientes extranjeros al sistema sanitario eliminando barreras idiomáticas, culturales, religiosas y emocionales.

Por otro lado una mayor comprensión por parte del profesional hace que tenga un mayor juicio diagnóstico, mayor comunicación con el paciente haciendo que este entienda perfectamente las instrucciones evitando errores médicos e incrementando la seguridad del paciente. todo ello en su conjunto contribuye a una de las pretensiones de La responsabilidad Social Corporativa (RSC): buscar la excelencia en el seno de la empresa, atendiendo con especial atención a las personas y sus condiciones de trabajo, así como a la calidad de sus procesos productivos.

Conclusiones: Tras el breve tiempo de implantación del sistema de interpretación telefónica tanto el personal como los pacientes que lo han utilizado lo identifican como una herramienta que: Facilita la entrevista clínica, mejora el cumplimiento del tratamiento, posibilita la orientación sobre autocuidados y mejora la calidad de la asistencia sanitaria a los extranjeros, independientemente de su origen e idioma de expresión.

M8.02

ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA DE DEMANDA EN UNA AGENDA DE ENFERMERÍA

A. Rivera Álvarez, Á. Palacios Pérez, J. García Martín, M. Hernández Pascual, P. García Fernández, J. Mayol Canas.

Gerencia Área 8 Atención Primaria.
arivera.gapm08@salud.madrid.org

Objetivo: Se plantea el diseño de un único modelo de agenda, adaptada a un sistema de citación automática aplicada a todos los profesionales sanitarios incluida el profesional de enfermería que trabajan en el área 8 de A.P. de la comunidad de Madrid utilizando como herramienta de calidad la elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo PNT.

Material y métodos: Un grupo de profesionales de gerencia y médicos enfermeros de EAP, a través de una tormenta de ideas, revisión de evidencias y análisis de la situación, elabora un procedimiento normalizado para el diseño de agendas que incluía la aplicación de un modelo matemático que permite definir y estimar el número de huecos ofrecidos para la citación automática acordes a la presión asistencial real.

Resultados: Se realizó un análisis de la situación mediante el estudio del comportamiento de la presión asistencial de cada enfermero, mes a mes durante un año y se obtenía la (M) media y desviación estándar (DE)/ profesional. Se calcula un límite mayor (M+1DE) que permite estimar en número máximo de huecos de la agenda. La duración de cada hueco se ajusta al 65% de la jornada laboral. Se definen dos Actos: Consulta (CONS) y domicilio (DOM) y se priorizan situaciones mediante un código de colores en función del tipo de cita. Se define un límite menor (M-1DE) que permite estimar el número de huecos destinados a concertación de cita. Se calcula el número de huecos destinados a la citación a demanda con la diferencia entre la media y el límite menor. La agenda contempla huecos para absorber la demanda no previsible mediante el cálculo de la diferencia entre el límite mayor y la media, quedando reflejada toda la posible demanda

en la consulta de enfermería.

Conclusiones: La presión asistencial en enfermería contempla en su totalidad, citas concertadas en consulta y domicilio por el propio profesional, siendo inexistente la opción de acceso del usuario a citación a demanda con su enfermero. La nueva agenda contempla una mejora de la accesibilidad del usuario a su enfermero mediante la solicitud de cita tanto por modelo clásico como por citación automática.

M8.03

CONOCIENDO LA DEMANDA INADECUADA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL, ATENDEREMOS SOLO A QUIEN LO NECESITA, AHORRAREMOS Y BAJAREMOS DEMORAS

R. Sánchez Bernal, M. Estébanez Carrillo, E. De Miguel Aguirre, L. Urrechu Reboiro, J. Jordana Zorrilla, A. Ríos Urrechu.

Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.
 rafael.sanchezbernal@osakidetza.net

Objetivos: 1º: Conocer el % real de las primeras consultas solicitadas que son inadecuadas. 2º: Determinar la asociación entre inadecuación de la demanda y variables dependientes e independientes. 3º: Conocer cuantos pacientes inadecuados han solicitado una segunda opinión, el coste real de la demanda inadecuada, y el descenso en días de la demora en caso de no haber atendido esa demanda inadecuada.

Métodos: Hipótesis: Parte importante de demanda en los Centros de Salud Mental (CSM) es inadecuada. Diseño: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se han evaluado 3.849 peticiones en el año 2006. Ámbito de actuación: 5 CSM de adultos y 1 CSM Infanto-Juvenil. Variables a estudio: Dependientes: se consideró inadecuada la demanda por uno de los 7 problemas consensuados por el 100% de los facultativos (mobbing ó paro, pérdida ó duelo no patológico, inmigración y sus consecuencias, soledad, dificultad de atención al anciano, problemas de pareja, dolor físico y sus consecuencias, somatomorfos, hipocondríacos, etc.- y problemas con la crianza y manejo de adolescentes. - e Independientes. Origen, sexo, etc.- Contabilidad Analítica: Costes por proceso. Análisis Estadístico: Base de Datos Access y SPSS.

Resultados: 1º: El % de demanda inadecuada ha sido del 16,73%, (17,28% Casos Nuevos y 15,74% en Reinicios, Varones (38%), Mujeres (62%), Núcleo rural (28%) y Urbano (72%). 2º: Inadecuación por derivación del Médico de Cabecera (54%), a petición propia (25%), por petición familiar (9%), 2º: Solo 1 paciente de los inadecuados ha solicitado una segunda opinión tras el alta (0,16%). 2º: El coste total ascendió a 68.226 €, y el de cada caso 102 €. 5º: De no haber atendido esta demanda inadecuada, el descenso en el número de días de demora hubiese sido de 4,48 días, y la demora media hubiese sido de 21,52 días, en vez de 26 días.

Conclusiones: 1ª: La hipótesis inicial de inadecuación se ha confirmado. 2ª: El hecho de que solo el 0,16% de pacientes haya solicitado una 2ª opinión tras el alta, corrobora que los problemas consensuados como inadecuados han sido idóneos. 3ª: La patología del sufrimiento consustancial a la vida diaria, englobados en el grupo de los trastornos funcionales, constituye la base de la mayor parte de la demanda inadecuada que tenemos. 4ª: Hay que excluir de la Cartera de Servicios la demanda por el sufrimiento de la vida diaria, y dedicarnos a tratar a personas con enfermedades mentales de verdad.

M8.04

COSTE DE OPORTUNIDAD EN LA DECISION DE ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL

R. Caldas Blanco (0), A. Hidalgo Vega (1).

(0) Gerencia Atención Primaria Área 1 Madrid, (1) Universidad de Castilla la Mancha.

rcaldas.gapm01@salud.madrid.org

Objetivo: Analizar la influencia del coste de oportunidad en la decisión de acudir al Servicio de Urgencias del Hospital. Probar que la "distancia en tiempo" al hospital es un dato relevante para explicar las diferencias en el uso de los servicios de urgencias.

Material y métodos: Área 1 de Madrid. Año 2007. Población 748.720 habitantes.

Urgencias hospital (HGUGM) 320.504. Urgencias Primaria 113.967. Renta zonas básicas/Comunidad: 51,05% (Entrevias) a 161,05%

(Niño Jesús).

Distancia ponderada: 45,32 (Villarejo) a 4 (Retiro).

Modelo logístico para estudio probabilidad de ser o no ingresado al acudir a urgencias, variable clave "distancia en tiempo".

Variable dependiente, valor uno si el individuo es alta, y valor cero si es ingresado.

Variables independientes: distancia zona básica al hospital, edad, renta, sexo y porcentaje de mayores 64 años.

Resultados: Urgencias extrahospitalarias. A mayor distancia del hospital, mayor utilización. Respecto renta esta asociación no es significativa.

Urgencias HGUGM que no precisaron ingreso 279.465 (87.20%). A menor distancia mayor número de urgencias. Existe una relación inversa entre nivel de renta y número de pacientes que acude a urgencias. No diferencias significativas en número y porcentaje de urgencias por sexo.

Urgencias que precisaron ingreso 41.039 (12,80%). No relación número ingresos y distancia al hospital. A mayor nivel de renta menos ingresos y viceversa.

Estimaciones modelo: La distancia disminuye el odd-ratio de ser dado de alta (-0,023 p<0.001). Los pacientes que acuden más a urgencias sin presentar un problema grave de salud son los más próximos al hospital. Resultado aislado de la influencia del resto de variables. La edad, (-0,022 p<0.001) incrementa probabilidad de ingreso. Mayor renta (0,0002 p<0.001) y ser varón (0,049 p<0,001) aumentan posibilidad de ser dados de alta.

Conclusiones Urgencias en Primaria correlacionadas con distancia al hospital, a mayor distancia mayor frecuentación de urgencias extrahospitalarias.

En urgencias hospitalarias no ingresadas ocurre lo contrario, la distancia influye negativamente en la probabilidad de acudir al hospital. Relación inversa entre nivel renta y número de pacientes que acude a urgencias.

En urgencias ingresadas no existe relación número de ingresos y la distancia al hospital. A mayor nivel renta menos ingresos y viceversa. La edad, variable individual más importante a la hora de incrementar la probabilidad de ingreso.

Conclusión fundamental: La accesibilidad constituye un coste de oportunidad importante a la hora de tomar la decisión de acudir a las urgencias del hospital o a urgencias extrahospitalarias.

Información pertinente para toma decisiones organizativas.

M8.05

DERIVACIÓN ELECTRÓNICA DESDE EQUIPOS DE ASISTENCIA PRIMARIA DE PACIENTES CON ALTA SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA Y PULMÓN

C. Martínez López (0), M. Llagostera Español (1), V. Barriga Flores (0), A. Escobedo Sánchez (0).

(0) Institut Català d'Oncologia - Hospital Universitari de Bellvitge, (1) Àmbit d'Atenció Primària Costa de Ponent.

ufoas@ico.scs.es

OBJETIVOS:

1. Implantar un circuito de derivación automatizada para casos con alta sospecha de cáncer de mama y pulmón.

2. Reducir el intervalo de tiempo entre la solicitud y la realización de la primera visita.

3. Adecuar la proporción de primeras visitas por cáncer de mama y pulmón respecto al total de primeras visitas.

MATERIAL Y METODOS:

1. Se definió de forma consensuada un algoritmo de derivación entre los facultativos de las Unidades Funcionales de Atención Oncológica y los de los Equipos de Atención Primaria.

2. A partir de Noviembre del 2004 se inició el circuito de derivación por vía electrónica garantizando, con respuesta inmediata con la fecha de la primera visita.

3. Se registraron todos los casos en el sistema informático de la institución para el control de los intervalos y del diagnóstico final.

RESULTADOS: Desde la implantación del sistema en Noviembre del 2004, un total de 569 derivaciones: 120 por alta sospecha de cáncer de pulmón y 432 por alta sospecha de cáncer de mama.

La mediana de respuesta a la solicitud fue 24 min.

El intervalo de tiempo entre la solicitud de primera visita y la realización de la misma fue de es de 5 días, frente a 6 días del conjunto de pacientes visitados durante el mismo periodo.

El porcentaje de cáncer de mama de las pacientes derivadas fue del 67,7%, frente al 51,3 del conjunto de pacientes visitadas en el mismo periodo; en el cáncer de pulmón fue del 53,6% frente al 64,5%.

Los Equipos de Primaria obtuvieron información del 98,7 % de los casos derivados por sospecha de cáncer de mama y el 71,3% de los casos derivados por sospecha de cáncer de pulmón.

CONCLUSIONES: La implantación de un circuito automatizado de derivación disminuye el intervalo de primera visita y contribuye a aumentar el porcentaje de primeras visitas con cáncer.

M8.06

DISEÑO DE AGENDAS SANITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO (PNT)

S. Tojeiro Lorente (0), M. Hernández Pascual (1), A. Miquel Gómez (2), P. García Fernández (1), M. Barba Calderón (2), C. Jiménez Domínguez (2).

(0) null, (1) Gerencia Área 8 Atención Primaria, (2) Gerencia Área 8 de Atención Primaria.

stojeiro.gapm08@salud.madrid.org

Objetivo: La elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo para el diseño de agendas de los profesionales sanitarios, mediante un modelo matemático, asumiendo los criterios de calidad definidos en el plan de mejora de la atención primaria. Adaptar las agendas a un sistema de citación automática. Disminuir la variabilidad de los modelos de agenda y optimizar las agendas a la presión asistencial real, mejorando la accesibilidad del usuario en función de una gestión de cita más eficiente.

Material y métodos: Se constituye un grupo de mejora. En el que participan profesionales de gerencia y profesionales de EAP. Se programan 4 reuniones de trabajo de 30 min. de duración con orden del día (tormenta de ideas, revisión de evidencias, análisis de la situación y descripción del modelo matemático. Se elabora por consenso el procedimiento normalizado para el diseño de agendas.

Resultados: En el Procedimiento normalizado se contemplan los siguientes apartados reseñables.

1-Alcance: Agendas de todos los profesionales sanitarios (médicos de familia pediatras y enfermeros) del área.

2-Consideraciones previas.

3-Pilares básicos. Criterios de agenda de calidad.

4-Definiciones. Tipos de consulta en función de tipo de citación.

5-Aplicación modelo matemático.(presión asistencial media + desviación estándar)

6-Estimación del número total de huecos de la agenda y duración.

7-Definición de Actos en la matriz.

8-Definición de Situaciones. Priorización de cita con código de colores.

9-Distribución de Situaciones (código de colores) en la matriz.

Conclusiones: El Procedimiento Normalizado de trabajo en el diseño de agendas es una herramienta pertinente para la homogeneización de la gestión de agendas, haciéndolas más operativas, adaptadas a la presión asistencial real y adecuada a soportar un sistema de citación automática.

M8.07

EDICIÓN DE MATERIAL PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON TMG EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

M. Martínez Llorente*, A. Borobio Lázaro*, Y. Ariza, L.Castillo, A. García, C. Gracia.

mmartinezl@aragon.es

1. JUSTIFICACION: Una de las áreas de intervención en el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con TMG es la familia. Para facilitar la información que la familia recibe sobre la enfermedad mental grave y su capacitación para afrontar las dificultades que surgen en la convivencia con el paciente se ve la necesidad de elaborar un material psicoeducativo que sirva como instrumento de trabajo con la familia. En su elaboración participa el equipo multidisciplinar de la Unidad ya que se abordan las implicaciones de la enfermedad en distintas facetas de la vida: síntomas, tratamientos, AVD, hábitos saludables, clima familiar, afrontamiento de situaciones conflictivas, repercusiones legales, etc.

2.- OBJETIVOS:

- Mejorar la información de las familias sobre el TMG.

- Aumentar la implicación de las familias en el proceso de rehabilitación de los pacientes y la coordinación con el equipo asistencial.
- Proporcionar estrategias para el manejo de situaciones difíciles asociadas a la enfermedad.
- Acceder a familias que por distancia geográfica no pueden acudir a la Unidad con regularidad.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS:

- Elaboración de material psicoeducativo unificado en soporte papel que se entregará a las familias de los pacientes ingresados.
- Elaboración de material psicoeducativo en soporte DVD para ser empleado en sesiones grupales de Escuela de Familias.

4. RESULTADOS EVALUABLES:

- Número de familias que reciben la guía psicoeducativa.
- Grado de mejora en la relación familia-paciente manifestada por ambos.
- Número de contactos (presenciales y telefónicos) entre familia y profesionales posteriores a la recepción de la guía.
- Grado de satisfacción expresado por las familias con la información y asistencia recibida desde la Unidad.

5. CONCLUSIONES: La utilización de material multidisciplinar estructurado en soporte informático y papel facilita el trabajo con las familias de pacientes con TMG y optimiza el aprovechamiento de la escuela de familias que se desarrolla en la Unidad.

M8.08

EL EFECTO DEL ESPECIALISTA CONSULTOR EN EL MANEJO DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN PRISIÓN

P. Arazo (0), J. M. Arroyo Cobo (1), A. Seral (1), D. Gil Pérez (0).

(0) Unidad de Enfermedades Infecciosas, (1) Servicio Medico Prision de Zuera.

parazo@salud.aragon.es

Objetivos: Se estudian diferentes indicadores relacionados con la asistencia a pacientes infectados por el VIH que se encuentran en prisión, para compararlos en dos situaciones diferentes:

- 1- los pacientes derivados para consulta son trasladados a la unidad de infecciosos desde el centro penitenciario
- 2- un especialista de esa unidad se desplaza al centro penitenciario periódicamente para pasar consulta.

Material y métodos: Se han recogido distintas variables que indican resultados en el manejo del paciente infectado por el VIH, en una población media equivalente en el periodo 1 de mayo de 2004 hasta el 30 de abril del 2006 en el que los internos eran atendidos en el Hospital Miguel Servet siendo trasladados desde la prisión y se compara con los resultados obtenidos en el periodo de tiempo entre 1 de mayo de 2006 al 30 de abril de 2008 tras producirse un cambio en el sistema de consulta desplazándose un especialista periódicamente al centro para ver a los pacientes.

Las principales variables recogidas para cada periodo de tiempo han sido: Numero de salidas urgentes al hospital de pacientes infectados por el VIH, numero de pacientes infectados por el VIH vistos en consulta, proporción de estos pacientes en tratamiento antirretroviral, eficacia virológica de los tratamientos, frecuencia de las revisiones, demora de la primera visita desde el diagnóstico, número de ingresos hospitalarios y opinión de los pacientes expresada mediante una encuesta de satisfacción.

Resultados y conclusiones: En el momento de redactar este resumen se están explotando los datos para establecer inferencias estadísticamente significativas entre las variables de la muestra, hasta el momento se ha observado que el número de ingresos hospitalarios es menor (112) cuando el especialista acude a pasar consulta al centro que cuando los internos eran mandados al hospital (134).

M8.09

¿ES POSIBLE DISMINUIR LA INADECUACIÓN DE INGRESOS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS?

V. Soria Aledo, A. Carrillo Alcaraz, Á. Campillo Soto, B. Flores Pastor, J. Leal Llopis, M. C. Hernández Ferrandis, J. L. Aguayo Albasini.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

victoriano.soria@carm.es

Objetivo: Evaluar la eficacia de medidas tomadas para disminuir la

inadecuación de ingresos y estancias en el Hospital Morales Meseguer.

Pacientes y método: Estudio ambiepectivo antes y después de un muestreo aleatorio proporcional al número de ingresos realizados por cada servicio clínico durante los años 2005 (grupo control) y 2007 (grupo intervención). Se han seleccionado 1450 historias clínicas con una distribución proporcional al número de ingresos por servicio de las cuales 725 corresponden al grupo control y otras 725 al grupo posterior a la intervención. Se ha aplicado el protocolo de inadecuación de ingreso a las 1450 historias y el protocolo de inadecuación de estancia a 2675 estancias. En una primera fase hemos estudiado la inadecuación de ingresos y estancias así como las causas, las variables y las consecuencias económicas de dicha inadecuación durante el año 2005, utilizando como herramienta el protocolo AEP. La segunda fase ha consistido en la implantación de las medidas de mejora y en la segunda evaluación durante el año 2007. Se han evaluado los costes derivados de la inadecuación en ambos periodos.

Resultados: Ambos grupos (control e intervención) son similares en las variables estudiadas excepto en el periodo temporal en el que se midieron. El porcentaje de inadecuación de ingreso en el grupo control ha sido de 7.4% y en el grupo de intervención del 3.2%. Con respecto a la inadecuación de estancias se ha pasado de un 24.6% a un 10.4% siendo ambas reducciones significativas estadísticamente. Desglosando estos resultados de inadecuación por servicios. El coste de la inadecuación durante el periodo control ha sido de 147.044 euros. Extrapolando la muestra de historias clínicas al total de estancias del año 2005, la cifra estimada de gasto atribuible a las estancias innecesarias asciende a un mínimo de 2.125.638 euros. Al disminuir la inadecuación, el coste asociado en la muestra de pacientes del grupo de intervención es de 66.462 euros. Extrapolando al total de pacientes ingresados en el año 2007, sería de 960.761 euros.

Conclusiones: Es posible conseguir disminuciones importantes de las cifras de inadecuación de ingresos y estancias mediante sencillas medidas de intervención consiguiendo con ello ahorrar costes o adecuar la utilización de los recursos hospitalarios para los pacientes que lo necesitan.

M8.10

EVALUAR LA CONSULTA DE TRIAJE DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

J. Sánchez Rus (0), J. Amigo Fernández (1), A. I. González Bravo (1), C. Vives Maffiotte (1), E. Vidal Esteve (1), M. Gens Barberá (1).

(0) null, (1) ABS Salou.
 josarus@hotmail.com

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en la consulta de recepción, acogida y clasificación (RAC) de enfermería y determinar la prioridad de las visitas demandadas para asegurar una atención inmediata y adecuada a los pacientes que acuden a urgencias.

Justificación: El Centro de Salud tiene una población costera de 26.000 habitantes censados, el 42% son extranjeros, y pertenecientes a 92 nacionalidades diferentes, cuenta además con una población flotante fija de unos 20.000 habitantes aproximadamente. A esto se ha de añadir los visitantes de fines de semana y periodo estival que puede llegar a ser de 180.000 personas. Todo esto hace que tengamos una demanda en el servicio de urgencias de un promedio de 150 visitas diaria. Dichas características implica un aumento de la demanda asistencial, aumento desproporcionado de solicitudes de visita urgente y/o espontánea, incapacidad para poder absorber el incremento de la demanda y nivel de expectativa por parte del usuario en la atención urgente.

Material y métodos: En julio del 2007 se crea en nuestro centro la consulta de RAC que atiende a los usuarios que tienen médico de familia asignado en nuestro centro y que demandan visita urgente. La consulta funciona de lunes a viernes en días laborables en horario de 10h a 14h y de 15h a 20h. Esta consulta está atendida por un diplomado en enfermería, que dispone de unos protocolos/guías de actuación consensuados.

Resultados: Entre los meses de julio a diciembre del 2007, fueron atendidas en la consulta un total de 2.531 visitas, de las cuales el 46,2% (1171) fueron resueltas por enfermería, el 38,1% (937) fueron derivadas al médico de urgencias, y el 15,7% (399) fueron derivadas a su médico de cabecera dentro de las 24 h siguientes.

Conclusiones: La existencia de la consulta RAC, agiliza y prioriza el motivo de consulta de los pacientes atendidos en el área de urgencias.

La educación sanitaria que se realiza en la consulta RAC, es un buen instrumento para resolver la mayoría de los motivos de consulta que ocasionan la demanda urgente del usuario.

M8.11

EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA (UDP). MEDIDA DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

E. Sainz * (0), D. Puig (1), J. Ibargoyen (1), E. Keklikian (1), J. Ramakers (1), J. Muñoz (0).

(0) USP-Clinica Palmaplanas, (1) USP-Clinica Palmaplanas.
 dpuigfortuny@hotmail.com

Objetivos: El aumento de la demanda asistencial, junto con la creciente lista de espera en consultas externas de Dermatología y en Cirugía Menor Ambulatoria (CMA), obligan a la creación de unidades funcionales como la UDP para mejorar la accesibilidad sin disminuir la seguridad en la asistencia.

Nuestro objetivo es valorar el impacto de la implementación de la UDP de la Clínica USP-Palmaplanas, vinculada al Servicio de Dermatología y dependiente del Servicio de Pediatría.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de base poblacional, realizado en un hospital de 140 camas (20 pediátricas), de ámbito urbano, valorando la totalidad de pacientes atendidos en la UDP durante el periodo de implementación (junio 2007- mayo 2008). Para ello se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, con un pediatra como coordinador, un dermatólogo consultor, y con afluencia de pacientes desde el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) y Consultas Externas de Pediatría (CEP). Se desarrolló el proceso asistencial UDP y se establecieron indicadores de proceso y resultado para su control y análisis, con soporte informático SPS para Windows y significación estadística para $p < 0.05$.

Resultados: Total pacientes atendidos UDP 724, motivo de derivación desde SUP/CEP (dermatitis atópica 20%, papilomas 16%, nevus 12%, moluscum 11%, dermatitis seborreica 9%), concordancia diagnóstica global SUP/CEP- UDP 78%, total pacientes derivados a Dermatología 47 (6.5%), total intervenciones realizadas 166 (23%), tipo de intervención (curetaje 48%, crioterapia 31%, exéresis 21%), tiempo espera SUP/CEP-UDP (<24h 1%, 24-48h 4%, 3-7 días 8%, 8-14 días 19%, 15-21 días 62%, >21 días 6%), tiempo espera primera visita-alta UDP (mismo día 60%, <7 días 1%, 8-14 días 8%, >14 días 31%), revaloraciones en UDP por mismo motivo durante los primeros 30 días tras el alta (13%), lista espera consulta externas Dermatología 112 días, lista espera consultas externas Cirugía 5-8 días, lista de espera programación CMA >21 días.

Conclusiones: La implementación de la UDP ha sido una medida eficaz en la mejora de la calidad asistencial, reduciendo el tiempo de espera en la atención de los pacientes derivados desde el SUP y CEP, con capacidad de resolución alta, y seguridad para el usuario. Es una herramienta útil para mejorar la accesibilidad a los distintos servicios, ayudando en la coordinación entre ellos y agilizando la fluidez en los circuitos hospitalarios.

M8.12

FALTA DE EQUIDAD EN LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN LOS PACIENTES RENALES SOBRE SUS OPCIONES DE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

J. C. Julian Mauro.

FUNDACION RENAL ALCER ESPAÑA.
 frae@alcer.org

Objetivos: Conocer qué información reciben los pacientes renales acerca de sus opciones de tratamiento de diálisis crónica en los siguientes grupos:

- Pacientes renales que han rechazado su injerto renal.
- Pacientes renales que entran en tratamiento renal sustitutivo de modo urgente.

Material y Métodos: Para la recogida de la información se ha utilizado un cuestionario cerrado con 10 preguntas, que se distribuyó a través del personal de enfermería, en los siguientes hospitales: Hosp. Clínico de Barcelona, Hosp. Central de Asturias, Hosp. Bellvitge de Barcelona, Hosp. Clínico San Carlos de Madrid, Hosp. Juan Canalejo

de A Coruña, Hosp. La Paz de Madrid, Hosp. Universitario de Canarias y Hosp. Virgen del Rocío de Sevilla.

Resultados: De los 104 pacientes analizados, 56 (54.9%) eran pacientes con inicio no programado de diálisis, mientras que 46 (45.1%) proveían de trasplante. Respecto a la modalidad de diálisis seleccionada, el 2.9% en los que no consta modalidad, el 90.4% lo inician en hemodiálisis (HD), el 1.0 % iniciaron en hemodiálisis en domicilio y el 3.8% en diálisis peritoneal continua ambulatoria en domicilio (DPCA) y el 1.9% en diálisis peritoneal automatizada nocturna en domicilio (DPAN).

El nivel de conocimiento de cada modalidad de diálisis varía, tanto en la población total como en cada una de los grupos considerado. Se observa que el porcentaje de pacientes que conocen la HD (bien o muy bien) es del 66.3% (69 de 104), que baja al 17.7% para la HD en domicilio (17 de 96 en los que se conoce su nivel de conocimiento), al 25.0% para la DPCA (25 de los 100 de los que se recoge su nivel de conocimiento) o al 23.3% para la DPAN (21 de 90 de los que consta nivel de conocimiento). Como vemos, el porcentaje de pacientes que conocen la HD es muy superior a la del resto de modalidades, tanto de forma global como para cada uno de los grupos considerados.

De los 101 pacientes que conocen algo la HD, en la gran mayoría de los casos lo hacen a través del médico (83.8%), cosa que no ocurre así para el resto de modalidades, donde la aportación de información de enfermería y de otros enfermos es muy significativa y disminuye la aportación de los médicos, especialmente en las dos modalidades de diálisis peritoneal.

M9.01

¿ES POSIBLE MEJORAR LAS URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD?

M. Caldentey Tous*, G. Tamborero Cao, E. Miró Viamonte, A. Tamayo, R. Casamartina Bach, S. Cibrián Sánchez.

CENTRO DE SALUD COLL D'EN REBASSA.

mcaldentey@ibsalut.caib.es

OBJETIVO: Mejorar la atención a las urgencias de un Centro de Salud.

ÁMBITO: Centro de salud (CS) urbano y docente de Mallorca de 26100 habitantes.

MÉTODOS: La percepción por parte de los profesionales del centro, en lo relativo a la atención urgente, no era satisfactoria. Se creía que sin grandes inversiones, se podía mejorar el circuito de urgencias, involucrándose todos los profesionales del centro y obteniendo mejoras en las siguientes áreas: atención más efectiva a la solicitud de atención urgente, unificación de criterios asistenciales ante la demanda urgente, educación sanitaria a la población, racionalización de recursos. Las medidas adoptadas fueron: Revisión del protocolo/flujograma de urgencias. Definición del rol de cada profesional (administrativo, enfermería, médico) ante la urgencia. Se realizó un documento escrito con la definiciones de roles. Se realizaron hojas informativas de información al usuario. Se organizó la priorización y clasificación de las urgencias.

RESULTADOS: Se realizaron todas las medidas concretadas y consensuadas por la Comisión de Urgencias integrada por todos los estamentos. Se obtuvieron una disminución del número de reclamaciones por los tiempos de espera (disminuyó un 25%), los pacientes estaban satisfechos del circuito de urgencias (95%), la percepción de los profesionales mejoró en lo relativo a la organización de las urgencias tanto por el triaje como por el circuito establecido (97%). Se eliminaron pasos intermedios, como pasar por el triaje de enfermería las consultas burocráticas, descongestionando la sala de curas. Se revisó el protocolo de enfermería y se actualizó.

CONCLUSIONES: Las urgencias en un centro de salud es una fuente potencial de conflictos por la percepción diferenciada entre usuarios y profesionales y además pueden distorsionar el funcionamiento correcto de los servicios del centro de salud si no se dispone de un sistema de atención a las urgencias racional y eficiente. La mejora en la atención de las urgencias puede influir positivamente en las necesidades y satisfacción de los diferentes protagonistas: satisfacción del usuario, satisfacción del profesional, mejora la eficiencia de las actuaciones También la mejora en las urgencias obliga a revisar aspectos de: política y estrategia, personas, procesos, resultados de los clientes, resultados de la sociedad.

M9.02

¿SOMOS CAPACES DE CUMPLIR LO QUE NOS PIDEN?. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LOS PROCESOS DE UN HOSPITAL

M. B. Abadía Taira, R. Hernández Díaz, I. Barrasa Villar, E. Altarribas Bolsa, R. Peinado Visanzain, P. Moreno.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

mbabadia.iacs@aragon.es

Objetivo: Evaluar la capacidad de los grandes Macro Procesos de un Hospital para cumplir con los requerimientos definidos en el Contrato Programa utilizando la metodología del Control de Procesos.

Material y Métodos: Dados los objetivos definidos en el Contrato Programa (CP) de 2008 se seleccionaron 2-4 principales indicadores de los Macro-procesos del Hospital (Hospitalización, Consultas Externas, Urgencias y Actividad Quirúrgica). Se recogieron los datos mensuales de seguimiento de dos años anteriores y se calculó en cada indicador su resultado medio histórico y su desviación estándar. Se estimó el índice de capacidad (CPK), que expresa si el funcionamiento habitual de un proceso entra dentro de los límites de especificación, teniendo en cuenta su variabilidad habitual y la Capacidad global de Proceso (CP) que determina la probabilidad de un proceso de funcionar dentro de los límites de tolerancia definidos previamente. En ambos casos se consideró que el proceso está definido o funciona de forma deficiente si el resultado es <1. Posteriormente se estimaron los límites de tolerancia que habría que admitir para aceptar ese grado de variabilidad en su funcionamiento. **Resultados:** La mayoría de indicadores de Macro-procesos estarían fuera de especificación (CPK<1) dados los límites de tolerancia definidos en el CP y la variabilidad habitual de su funcionamiento histórico. Únicamente la estancia media y el rendimiento quirúrgico evolucionan dentro de las especificaciones, aunque solo este último señalaría una capacidad real del proceso quirúrgico para funcionar dentro de los límites definidos (CP = 1,16). Paradójicamente hay indicadores, como el % de pacientes satisfechos con la atención recibida o el % de urgencias ingresadas, que se encuentran fuera de especificación al tener resultados mejores que los límites definidos en el CP. Los límites de tolerancia que habría que asumir en el funcionamiento de los procesos si se admitiera como buena la variabilidad actual muestran una amplitud no razonable (entre el 6 y el 39 % de tasa de cesáreas o el 1-12 % de intervenciones suspendidas).

Conclusiones: La variabilidad del funcionamiento habitual de los Macro-procesos es muy grande, situando sus resultados fuera de las especificaciones definidas en el CP y mostrándolos incapaces de satisfacer regularmente los requisitos que para ellos se establecen. Si se admite que las especificaciones del CP son las adecuadas no queda más remedio que reducir la variabilidad para situar el resultado de esos procesos primero dentro de especificación y lograr después que tengan capacidad de satisfacer esos requerimientos.

M9.03

ADECUAR LA PERMANENCIA EN URGENCIAS DEL PACIENTE QUE REQUIERE INGRESO HOSPITALARIO

L. V. García Cachafeiro*, C. E. Zaragoza, F. Rodríguez Cabello, A. Pérez Martín, M. R. García Martín, J. Ramos Pereito.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

lgarcia.hflr@salud.madrid.org

Introducción: La habitual sobresaturación de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) frente a su cometido que es asegurar una asistencia de calidad a los ciudadanos, es un problema generalizado. Algunos estudios indican que estas situaciones se deben más a un bloqueo de salida de los pacientes, que de entrada, con largas permanencias en los SUH, fundamentalmente en espera de ingreso. En el Hospital de Fuenlabrada, un análisis DAFO del proceso de Urgencias evidencia como amenaza la demora que se produce para ingresar a los pacientes urgentes que lo requieren.

Objetivo: Diseñar e implementar un proceso organizativo de calidad para resolver la interfase SUH-UHM que evite cuellos de botella en el proceso asistencial.

Método: Presentación del proyecto y cronograma al grupo multidisciplinar, que diseña los subprocesos "ingreso del paciente urgente en UHM" y "alta del paciente en UHM".

Se identifican cualitativamente causas de demora (lluvia de ideas /

elaboración de diagrama Ishikawa / Encuesta de opinión). Se priorizan causas según Pareto y se planifican acciones de mejora mediante un diagrama de árbol.

Resultados: Tras medir inicialmente indicadores de los dos subprocesos diseñados, en una muestra de 50 pacientes (marzo del 2008) (% ocupación UHM 95.73), se fijan estándares aceptables para controlar los procesos: 1. Subproceso "ingreso": < 30% de los pacientes que esperan en urgencias para ser hospitalizados en UHM tengan demora (> 6h). La medida inicial indica que el 70% de los pacientes espera > 6h. 2. Subproceso "alta": Disponer del recurso cama del paciente dado de alta en UHM, en <3h para ser ocupado nuevamente, entre las 10-16h, en el 70% de los casos). La medida inicial indica que en el 70% de los casos la cama disponible tarda en ser ocupada nuevamente >5h, concentrándose la actividad entre las 13h y 18h, coincidiendo con un pico de actividad en urgencias y cambio de turno en UHM.

El análisis causal posterior prioriza como causa de demora la salida del paciente de la habitación en UHM tras el alta, estableciendo como acción principal el diseño e implementación de una sala postalta.

Conclusión: La metodología de la calidad permite identificar procesos clave y establecer acciones de mejora que consiguen disminuir la demora del paciente pendiente de ingreso en urgencias, obteniendo el consenso y mejorando la coordinación de los profesionales.

M9.04

ALINEACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA ESTRATEGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET (HGH): UNA PARA TODOS Y TODOS PARA UNA

C. Mompó Avilés, J. Vilarasau Farré, J. Casademont Gou.

Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral).

car.me.mompo@sanitatintegral.org

OBJETIVO: Establecer un sistema para alinear la estrategia de la organización a todos los niveles (Consortio, hospital, procesos, comisiones, servicios, unidades, áreas, personas) y asegurar la participación de los profesionales en la misma.

METODOLOGÍA: Planificación estratégica según Norton y Kaplan: cuatro perspectivas (financiera, clientes, proceso interno, aprendizaje y crecimiento), mapas estratégicos y cuadro de mando integral.

Se identifican los grupos de interés internos que necesitan establecer sus objetivos de forma alineada a la estrategia general: procesos, comisiones, servicios, unidades, áreas y personas.

Se identifican los condicionantes temporales: calendarios de establecimiento de objetivos, de evaluaciones y revisiones de los distintos grupos de interés, así como el calendario establecido por convenio para retribuir los objetivos.

Se establece el circuito y el calendario de alineación y participación a partir de los condicionantes anteriores:

- Establecimiento de líneas y objetivos estratégicos en el Consorci Sanitari Integral (CSI) al cual pertenece el hospital.

- Propuesta de temas generales por parte de procesos, comisiones, servicios, unidades y áreas.

- Planificación estratégica elaborada a nivel del HGH, alineada con la del CSI y con propuesta de plan de acción.

- A partir de los objetivos estratégicos y la propuesta del plan de acción, los distintos grupos de interés establecen objetivos, acciones, indicadores y metas concretas que se incorporan al catálogo de objetivos de equipo e individuales junto con los resultados de la evaluación de objetivos y de la gestión del año anterior.

- A partir del catálogo se pactan los objetivos de equipo e individuales.

RESULTADOS: Estrategia alineada y establecida mediante participación de los distintos grupos de interés del sistema de gestión de la calidad.

Procesos, comisiones, equipos asistenciales y personas con objetivos definidos y alineados.

CONCLUSIONES: Alinear los objetivos establecidos en los distintos niveles de la organización nos ha permitido:

- Impulsar la realización de los objetivos estratégicos al orientar todos los esfuerzos en una misma dirección.

- Dar coherencia y fundamento a los objetivos individuales y de equipo que marca el nuevo convenio de los trabajadores.

La participación de los procesos y las comisiones en la elaboración de la estrategia, más allá de participación jerárquica previamente establecida, y, sobre todo, en el establecimiento de acciones, indicadores y metas concretas permite mejorar el seguimiento de los

mismos y reforzar el papel de los procesos y comisiones como motores de la mejora continua, de forma que se sientan más implicados en el sistema de gestión y en la elaboración y consecución de la estrategia.

M9.05

ALTAS VOLUNTARIAS POR DEMORA EN URGENCIAS: SIEMPRE SE PUEDE MEJORAR

F. Fatjó Hurios, R. Cid Pañella, A. Salazar Vellido.

SCIAS-Hospital de Barcelona.

32249ffh@comb.es

Introducción: en el 1º semestre del 2007 se detectó un incremento de las reclamaciones que hacían referencia a la demora en la asistencia. Se propuso realizar un estudio para detectar las posibles causas e implantar medidas de corrección.

Objetivo: analizar causas del incremento de reclamaciones por demora en la asistencia, proponer medidas de corrección y analizar su efectividad.

Metodología: estudio intervención ambispectivo 4 fases: 1) Análisis retrospectivo: número total de reclamaciones 1º semestre 2007, tiempos sala de espera (TSE) y en box de visita (TB) de pacientes visitados en mayo-junio/2007. 2) Estudio de flujos para detectar causas de demora. 3) Intervención: cambio de organización funcional: a) creación equipo fijo médico-enfermera; b) asignación de pacientes automática (antes autoasignada) según cargas de trabajo. 4) Análisis prospectivo 2º semestre 2007 y meses septiembre-octubre/2007 (para mismo campos fase retrospectiva). Datos: se estratificó el tiempo por niveles de triaje según el Programa de Ayuda al Triage (I, II, III, IV-V). Estadísticos: J-cuadrado para nº de reclamaciones. Media e intervalos de confianza para tiempos (IC 95%). Se considerará relevancia organizativa variaciones de tiempo de 5 minutos.

Resultados: Nº reclamaciones demora 1º semestre: 29 (27.6% demora de la atención en el box). 2º semestre, post-intervención, nº de reclamaciones: 10 (0% por DAB); (p < 0.05). Estudio de flujos: principal problema retraso en el inicio procedimientos en pacientes dentro del box de visita. Muestra mayo/junio 1905 casos; sept/oct 1914 casos. Diferencias de tiempos medios en sala de espera (TSE) y en box de visita (TB) antes y después de la intervención: GRUPO-I: 0 min. GRUPO II: aumentó TSE en +4,3min (IC95%: -1,5 a 10,1) y disminuyó TB en -17,9min (IC95%: -38,4 a 2,5); (NS). GRUPO III: aumentó el TSE en + 13,6min (IC95%: 9,3 a 17,9) disminuyó TB en - 7,8min (IC95%: -0,2 a -15,4), ambos estadísticamente significativos aunque sólo superó límite fijado como relevante (5min) el TSE. GRUPO IV-V: aumentó TSE en +13,8 min (IC95%: 11,9 a 15,3) y disminuyó TB en -12,7min (IC95%: -9,7 a -15,6) ambos con significación estadística y relevancia organizativa.

Conclusiones: el cambio organizativo propuesto supuso una disminución significativa del número de reclamaciones totales y desaparición de reclamaciones por retraso intra- box. Los tiempos se desplazaron de dentro del box a la sala de espera de forma proporcional en los grupos III y IV-V. Los pacientes perciben como más adecuada la espera en la sala de espera que dentro del box de visita.

M9.06

ANÁLISIS DE LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

J. Yetano Laguna, J. Guajardo Remacha, G. López Arbeloa, U.

Aguirre Larracochea, C. Esteban González, C. Ayuso Escribano.

Hospital de Galdakao, Galdakao.

javier.yetanolaguna@osakidetza.net

Objetivo: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es uno de los motivos de ingreso hospitalario más frecuentes, requiere estancias prolongadas y genera numerosos reingresos. Se ha puesto en duda la conveniencia de disminuir la duración de la estancia hospitalaria de estos pacientes pues se podría disminuir la calidad de la asistencia. El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes con EPOC y los reingresos que generan en un Servicio Regional de Salud.

Métodos: Se ha utilizado el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de 5 años (2003 a 2007) de los 11 hospitales de agudos de un Servicio Regional de Salud para obtener los casos de pacientes

ingresados por EPOC reagudizada (códigos 491.21 o 491.22 de diagnóstico principal) más los casos ingresados por Insuficiencia respiratoria aguda con EPOC reagudizada (518.81 o 518.83 de diagnóstico principal que además tuviesen 491.21 o 491.22 de diagnóstico secundario). De los episodios de EPOC se midieron las siguientes variables: días de estancia, edad media, peso medio por GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), mortalidad hospitalaria, porcentaje de reingresos en menos de 30 días y el año de alta. Se hicieron grupos de pacientes por días de estancia. Se realizaron ajustes y se analizaron los resultados.

Resultados: De las 1.084.100 altas de 2003 a 2007 eran por EPOC 18.032 (1.66%) con una estancia media de 8,06 días y 22.19% de reingresos en 30 días. El porcentaje de reingresos aumentó de 19,87% en 2003 a 23,50% en 2007 siendo estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Se presentan las diferentes variables por cada grupo de días de estancia. La edad y peso medio y los reingresos aumentaron conforme aumentaban los días de estancia. La mortalidad disminuyó al principio desde un 24,7% del grupo de 0 días hasta un 1,8% en el grupo de 6 días de estancia para aumentar a partir de este último hasta un 19,6% en el grupo de más de 20 días de estancia.

Conclusiones: 1º La EPOC es un motivo de ingreso hospitalario frecuente en nuestro Sistema Regional de Salud y genera un porcentaje de reingresos elevado.

2º Los reingresos de la EPOC son cada vez más frecuentes.

3º La duración de la estancia está relacionada con la edad, peso por GRD, mortalidad y reingresos.

M9.07

ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS DE UN SISTEMA REGIONAL DE SALUD

J. Yetano Laguna, J. Guajardo Remacha, G. López Arbeloa, U. Aguirre Larracochea, P. Valle Garrido, L. Rodríguez González. Hospital de Galdakao, Galdakao.

javier.yetanolaguna@osakidetza.net

Objetivos: El reingreso hospitalario es un fenómeno frecuente que amerita ser monitorizado por su relación con la calidad asistencial. El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) permite relacionar datos relevantes del ingreso índice con la causa del reingreso y con el periodo ventana. El objetivo de este trabajo es analizar los reingresos hospitalarios de un Sistema Regional de Salud para identificar los elementos sustanciales que se deben monitorizar en el Sistema de Información Hospitalario (SIH) y encontrar un sistema de medición de los reingresos que evite retrasos.

Métodos: Se ha utilizado el CMBD de 11 hospitales de los años 1998 a 2007. Se han obtenido los porcentajes de ingreso de las altas de 1998 y 2002 en los 5 años siguientes por servicios médicos. Se han comparado los reingresos de las altas de 2002 en los 5 años siguientes con las altas de 2007 que eran reingresos de un episodio de ingreso anterior en los 5 años anteriores. Se ha analizado el porcentaje de reingresos por servicios médicos. Se ha evaluado la variabilidad de los motivos de ingreso de las altas que generan reingresos con respecto a los de las altas que no generan reingresos. Resultados: Se encontró que un 27% de las altas de 1998 (frente a un 32% de las altas de 2002) reingresaron en los 5 años siguientes. De las altas de 2002 se produjeron reingresos urgentes: 6% en 30 días, 17% en 12 meses y 32,2% en 5 años. Los reingresos programados fueron 2%, 14,2% y 23,3% respectivamente. Más de la mitad de los reingresos en 5 años de los servicios quirúrgicos se produjeron de forma programada. La curva de los reingresos de las altas de 2002 en los 5 años siguientes es superponible a la de las altas de 2007 que eran reingresos (que tenían un ingreso previo en los 5 años anteriores).

Conclusiones: 1º Los reingresos hospitalarios son frecuentes y cada vez más frecuentes. De 1998 a 2005 aumentaron en un 5%.

2º Hay muchos reingresos que no se están midiendo en España (los programados en menos de 30 días y los urgentes y programados después de los 30 días tras al alta. Un análisis detallado de los motivos de estos reingresos posiblemente aconseje monitorizar los reingresos en los 12 primeros meses tras el alta.

3º Los reingresos se pueden medir hacia atrás obteniendo el indicador con anterioridad a como se mide actualmente.

M9.08

APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

C. Marcellán Narros, L. Calzada González, A.M. Ortega Durantín, A.M. Echave Ruiz de Alegría, O. Ormazabal Múgica, E. Ortiz Villacín.

Hospital Donostia, San Sebastián.

candidomarcellan@gmail.com

Objetivos iniciales: Definimos unos marcadores de calidad a aplicar a la atención de los pacientes politraumatizados. Estos marcadores son puntos ineludibles en el diagnóstico y tratamiento correcto del paciente politraumatizado y su medición y con ello su cumplimiento nos asegurará una buena línea de actuación en el proceso.

Este es el objetivo fundamental del estudio: demostrar que la definición de unos indicadores de calidad y su medición sistemática conlleva un aumento del cumplimiento de los mismos y con ello una mayor calidad en la atención.

Material y métodos: Dos fases. En la primera se eligieron los indicadores de calidad y de forma prospectiva fue analizado su cumplimiento durante cinco meses. Posteriormente se analizaron los resultados y fueron puestos en conocimiento de los médicos del servicio. En la segunda fase se volvieron a repetir la medición de los mismos indicadores durante un periodo igual de tiempo, siendo reanalizados los indicadores y realizando una valoración estadística de los resultados obtenidos. Para la obtención de datos utilizamos el sistema informático PCH, cumpliendo toda la legislación vigente sobre protección de datos.

Los indicadores elegidos fueron: Cumplimentación de la historia clínica, utilización de opiáceos como analgésico, realización de gasometría arterial a todos los pacientes sometidos a ventilación mecánica así como a todos aquellos con shock hipovolémico estadio III o IV, registro de temperatura rectal, transfusión de sangre de forma precoz a aquellos pacientes que llegan a urgencias con parámetros hemodinámicos compatibles con shock hipovolémico estadios III o IV y constancia en la historia de transfusión bien de sangre bien de sueros calientes.

Resultados: Algunos marcadores se cumplían al 100% en la primera medición. Todo el resto de indicadores de calidad mejoraron de forma estadísticamente significativa.

Conclusiones: La medición sistemática de indicadores de calidad en el paciente politraumatizado es posible y relativamente sencilla gracias al sistema informático actual. Dichos indicadores nos acercan a la realidad de la atención de dichos pacientes en nuestro servicio de urgencias. El hecho de medir dichos indicadores, y que los médicos del servicio sepan de su medición hace que estos se cumplan en una mayor medida y por consiguiente se mejore la atención de nuestros pacientes.

M9.09

APLICACIÓN DEL MODELO EFQM COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN EN UNIDADES DE FISIOTERAPIA

A. Pérez Iriondo*, R. M. Valverde Citores, A. Colina Alonso, M. A. Amondarain Goicoechea, F. Jauregui Celaya, E. Ruiz Alvarez.

Hospital de Zumarraga.

aintzane.pereziriondo@osakidetza.net

Objetivo: Gestionar de manera sistemática, coordinada y eficiente cuatro Unidades de Fisioterapia del Hospital según los criterios del modelo EFQM contribuyendo con la política y estrategia del Hospital. Material y métodos: Las guías utilizadas en el enfoque, estructura y desarrollo de la gestión de las 4 Unidades de Fisioterapia (UF) se han basado en: las directrices y objetivos establecidos por Osakidetza y la Dirección del Hospital, los conocimientos y tendencias hoy vigentes internacionalmente en la práctica de la especialidad de Fisioterapia y sobre todo en el Modelo Europeo de Calidad EFQM.

Puesto que en el hospital la Misión de la UF ya está definida, partiendo de esta y de la cartera de servicios existente se realiza un análisis DAFO que nos aporta información sobre la situación de las UF. A partir de aquí se identifican: los objetivos estratégicos específicos, los elementos de motivación y reconocimiento a las personas, las alianzas con otras organizaciones necesarias para garantizar el cumplimiento de los objetivos y por lo tanto la satisfacción de los clientes. Los proveedores de pacientes (consulta

de Rehabilitación), deben cumplir con los requisitos de entrada al proceso. La gestión del proceso debe asegurar las interfases con el resto de procesos tanto asistenciales como de soporte, la secuencia de actividad y los canales de comunicación necesarios con todos los componentes del equipo para garantizar la eficacia de dicho proceso mediante una planificación de actividades, las etapas críticas así como los equipamientos críticos, el sistema de información necesaria para evaluar su eficacia (resultados en clientes, en personas, clave) que nos permita comparaciones con otras organizaciones.

Resultados: la utilización del modelo en las Unidades de Fisioterapia, puesto que pueden ser conceptuadas como miniempresas dentro del proceso de Rehabilitación, no sólo ha permitido su evaluación sino que además ha posibilitado la identificación de seis áreas de mejora prioritarias.

Conclusiones: El modelo es una herramienta a utilizar no sólo en las grandes empresas. En las pequeñas unidades favorece la concienciación de la gestión con datos, objetivos y comparaciones, favoreciendo el estímulo e implicación en la mejora continua de todas las personas que componen las Unidades.

M9.10

BENCHMARKING INTRAHOSPITALARIO COMO HERRAMIENTA EN LA MEJORA DE LA EFICIENCIA

P. Carrasco Garijo, C. Y. Fuentes Rodríguez, E. Cabrera Sorrosal, C. García Menéndez, E. Heras De Los Ríos, D. Campos Carrasco.

Hospital Carlos III, Madrid.

pcarrasco.hciii@salud.madrid.org

Objetivos:

1. Evaluar y analizar la variabilidad de la estancia media (EM) para un mismo GRD en función del Servicio.
2. Analizar el impacto de la variabilidad de la EM en el presupuesto hospitalario para un mismo GRD y distinto servicio.
3. Presentar el diseño de una herramienta informática que permita la obtención de los datos para su posterior análisis.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes dados de alta del área de hospitalización del Hospital Carlos III durante los años 2.005-2.006.

La fuente de información utilizada es la base de datos CMBD, codificados en nuestro centro. Dicha Base de datos se cruzó con los datos económicos obtenidos en el Departamento de Contabilidad Analítica para asignar el coste de cada uno de los procesos.

Resultados: Análisis de la estancia media (EM): diferencia estadísticamente significativa en la comparación de los años 2005 (7,68 días) y 2006 (6,83 días). Los GRD más frecuentes en nuestro centro son 541, 127, 544 y 140. Analizadas la diferencia de EM entre ellos sólo es significativa respecto al GRD 541.

Infecciones: el porcentaje ha sido mayor durante el año 2006 para todos los Servicios excepto Neumología.

Se han detectado un total de siete Sucesos adversos, cuatro en el año 2005 y tres en el 2006.

En la comparación de la mortalidad por año y GRD entre los diferentes Servicios, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

Si todos los casos hubiesen sido asignados a los Servicios más eficientes en cada uno de los GRD del estudio, el ahorro total habría sido de 403.467,03 €.

Conclusiones:

- El control de la EM es el factor más relevante en la variación de los costes. Se convierte en el elemento más importante de control del gasto.
- Las infecciones nosocomiales, los efectos adversos a medicamentos, los sucesos adversos y la mortalidad no son determinantes por servicio y GRD.
- El impacto en el presupuesto hospitalario de las diferencias significativas en cuanto a GRD y Servicio suponen un total de 403.467,03 €.
- El diseño de nuevas aplicaciones informáticas ponen a nuestro alcance una herramienta útil para la gestión, el control del gasto, la mejora y la eficiencia, implementando los conceptos del benchmarking y llevándolos a cualquier ámbito.

M9.11

CALIDAD VS COSTES EN EL SERVICIO DE COCINA DEL HOSPITAL COMARCAL DE MÓRA D'EBRE

T. Biarnés Jornet*, P. Vernet Moya, M. D. M. Martín Rubio.

Hospital Comarcal Móra d'Ebre.

abiarnes@grupsgessa.com

OBJETIVO: Conocer el impacto, en los costes y en la calidad, por la introducción de acciones de mejora en el servicio de cocina.

MÉTODO:

1. Análisis de acciones de mejora introducidas (2002-2007).
2. Evaluación del impacto de las acciones:
 - Análisis descriptivo comparativo del coste de comestibles por estancia entre 2002-2007. Para deflactar el coste de los comestibles se utiliza el IPC de alimentos y bebidas no alcohólicas.
 - Encuesta de satisfacción interna de usuarios hospitalizados (2007). Se recogieron 68 encuestas. Se mandaban con la dieta, el paciente si quería respondía y la devolvía con la bandeja. Actualmente se esta repitiendo la encuesta.
 - Revisión encuestas realizadas por Gagesa entre 1998-2002.

RESULTADOS:

-ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE MEJORA:

Requerimientos legislativos (APPCC) cumplidos, sin incrementar RRHH, introduciendo nuevos productos, reduciendo tiempo y riesgos, informatizando registros APPCC y la petición de dietas y el listado de carga de trabajo.

Mantenimiento de calidad y satisfacción, introduciendo Gestión por Procesos (GGPP), tradiciones gastronómicas y creando la Comisión de Dietética impulsada por Cocina.

Control des costes, supervisando mermas y Gestionando precios de productos con incidencia en el ABC Consumos.

-EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS ACCIONES ANÁLISIS DE COSTES.

El coste estancia/Comestibles ha disminuido un 21.5%. En 2002 era de 3.54€ (precios 2007) y en 2007 de 2.78€.

ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN.

(n=68) El 63.33% valora bien o muy bien el servicio respecto a la cocina de otros centros, un 35% no lo sabe. El sabor, Muy bien un 15%, Bien el 65% y negativos el 15%. Se presentaran resultados 2008.

En 2007, se observa una evolución positiva respecto las encuestas anteriores a 2002.

CONCLUSIONES:

-La GGPP se implantó en 2004. Observar el DAFO de cada año, da una visión de la evolución de nuestro servicio y de todos los compromisos asumidos y solucionados. Esto nos ha llevado a una implicación del personal y a una mejora de deficiencias estructurales y de equipamientos.

-La Comisión de Dietas ha mejorado la calidad nutricional.

-Nuevas gamas de productos han supuesto reducción de tiempos, manteniendo la calidad de estos.

-Cumplir el APPCC mejora el control de riesgos, y todo gracias a herramientas informáticas (implicación del personal), introducción de GGPP y reducción del tiempo de producción.

-Se ha reducido el coste de comestibles/estancia (un 21.5%), sin disminuir la percepción de calidad. La encuesta interna es muy positiva y se observa evolución sobre las de 1998 a 2002.

M9.12

CAMBIO DE UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE MEDIA ESTANCIA EN UN HOSPITAL DE DIA DE TOXICOMANÍAS, CON MEJORA DE LA SATISFACCIÓN Y LA EFICIENCIA

R. Sánchez Bernal, V. Puente Pazos, A. Ramírez Gorostiza, M. Estébanez Carrillo, F. Murua Navarro, E. De Miguel Aguirre.

Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

rafael.sanchezbernal@osakidetza.net

Objetivos: 1º: Transformar una Comunidad Terapéutica (CT) de Media Estancia cerrada en un Hospital de Día de Toxicomanías (HDT) abierto. 2º: Conseguir la abstinencia a cualquier droga. 3º: Potenciar la adquisición de autonomía personal y facilitar el retorno a su centro de derivación para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio. 4º: Mejorar la satisfacción de los pacientes. 5º: Evitar conflictos en los profesionales mejorando su satisfacción. 6º: Mejorar la eficiencia

bajando el coste de funcionamiento.

Métodos: Directrices Plan Estratégico: Innovar mediante el desarrollo de programas y recursos terapéuticos que favorezcan la integración y normalización sanitaria y social, creando estructuras intermedias y coordinándose con Talleres y Pisos Terapéuticos Protegidos (PTP). Directrices Plan de Drogodependencias: Adecuar la red asistencial por pasar de consumir heroína a consumir, cocaína, cannabis, anfetaminas y alcohol. Diseño: Reuniones individualizadas con los 13 trabajadores explicándoles el Proyecto, que supone pasar de una CT de 17 plazas residenciales, a un HDT con 30 plazas y crear un PTP de 4 plazas. Ámbito de actuación: Álava. Encuesta de Satisfacción: A pacientes y trabajadores. Contabilidad Analítica: Costes por proceso. Resultados: 1º: Se ha creado el HDT con un programa de larga duración de 12 a 18 meses, los días laborables de 9 a 18,30 horas y un PTP con 4 plazas, estancia de 3 a 5 meses y tutelado por un monitor las 24 horas del día. 2º: Se han establecido 12 Programas Terapéuticos en el HDT. 3º: Se han atendido 62 pacientes en 1 año, edad media: 35,5 años, trabajadores activos: 10%, 47% sin problemas judiciales, 80% a tiempo completo y 20% a tiempo parcial, 59,6% de altas, estancia media: 85,56 días, 93,7% de derivación a su centro remitente para seguir su tratamiento ambulatorio, % de altas médicas el 67%, 21% voluntarias, y % de reingresos: 11,29%. 5º: La valoración global sobre la atención ha sido de 7,72 puntos sobre un máximo de 10. 6º: El 100% de los trabajadores está satisfecho con el cambio y su satisfacción ha pasado de 6,5 a 8,30 puntos sobre 10. 6º: El coste ha pasado de 645.245 € a 592.933 €, un descenso de 52.312 €, (-8,10%).

Conclusiones: 1ª: Una correcta planificación es condición necesaria para lograr los objetivos. 2ª: Implicar a todos los trabajadores es condición imprescindible. 3ª: La elección de los líderes del proyecto ha sido la idónea. 4ª: En el primer año se han conseguido los objetivos propuestos.

M10.01

COMO OPTIMIZAR LA FACTURACIÓN ELECTRICA MODIFICANDO LA POTENCIA CONTRATADA EN CENTROS PREDETERMINADOS DEL ÁREA 1 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

M. J. Fernández López, J. L. Tous González.

Gerencia Área 1 Atención Primaria Madrid.

jfernandez.gapm01@salud.madrid.org

Objetivos:

1. Reducir el coste de energía en 10 Centros de Salud con suministro eléctrico en alta tensión y mercado libre.
2. Adecuar la potencia contratada a la consumida.
3. Conocer el volumen de pérdidas energéticas.

Material y métodos: El RD 871/2007 de 29 de junio por el que se ajustan las tarifas eléctricas a partir del 1 de julio de 2007, establece en su disposición adicional cuarta que "a partir del 1 de julio de 2008 se suprimen las tarifas generales de alta tensión".

Existen dos tipos de tarifas eléctricas: 3 periodos (si la potencia contratada es igual o inferior a 450 KW), de 6 periodos (si la potencia contratada es superior a 450 KW). La tarifa contratada en los Centros de estudio es la de tres periodos, y la potencia que se contrata está en relación a lo que se consume en el periodo valle.

Resultados:

- Identificadas las potencias a contratar, se procedió al cambio y ajuste de las mismas y a la modificación de la relación de transformación en siete Centros, con el apoyo técnico de la empresa de mantenimiento del área.
- Es de resaltar el importante ajuste en dos de los siete Centros, en los que se pasó de 250 KW a 180 KW, y de 120 KW a 70 KW.
- Esta reducción de la potencia contratada ha permitido lograr un precio/ KW consumido inferior al previo a la modificación
- Además el ajuste significó en precios corrientes mantenernos por debajo del IPC interanual (4,2 %) 2007 con respecto al precio por KW consumido.
- La diferencia es mayor si lo consideramos a precio constante, teniendo en cuenta el IPC interanual del 4,2 %. Las diferencias en los siete Centros ajustados oscilan desde 2, 23 % hasta un 12,31%.

Conclusiones:

- Realizando un ajuste de potencia se reduce el precio KW

consumido, reduciendo al mismo tiempo el Impuesto correspondiente a la energía eléctrica.

- Permite identificar la potencia excedida y reactiva, para implantar otros instrumentos para reducir la energía reactiva (energía que llega a la maquina pero que no se utiliza, pero se cobra) a través de la colocación de baterías de condensadores para la corrección de dicha energía reactiva.

M10.02

CONTROL DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE INDICADORES DE PROCESOS

J. Martínez Gorostiaga* (0), M. Zuazo Onagoitia (1), A. Marino Miguel (1), E. Vitoria García (1), S. Arenaza Murua (1), G. Aguirre Lejarcegui (1).

(0) null, (1) Comarca Araba - Osakidetza.

javier.martinezggorostiaga@osakidetza.net

OBJETIVOS:

- Diseñar el mapa de procesos de un Servicio de Farmacia de atención primaria.
- Elaborar los indicadores de procesos para su seguimiento y evaluación.

MATERIAL Y MÉTODO: En la Dirección de la Comarca Araba de Osakidetza se ha constituido un equipo de trabajo para diseñar el mapa de procesos del Servicio de Farmacia, bajo la coordinación del farmacéutico.

Antes de elaborar el mapa de procesos se han definido:

- 1) Misión del Servicio de Farmacia y sus políticas de referencia.
- 2) Identificación de sus clientes y necesidades de los mismos.
- 3) Responsables de los procesos.

Posteriormente se ha diseñado el mapa de los 3 tipos de procesos: estratégicos, operativos y de apoyo.

La ficha de cada proceso contiene los límites del mismo, con las entradas, salidas e interacciones.

Finalmente se han establecido los indicadores de proceso, con sus valores de referencia, método de cálculo, unidad de medida y sistema de registro.

RESULTADOS: Se han definido los siguientes procesos operativos e indicadores de farmacia:

- 1) Gestión de la prescripción farmacéutica; gasto/habitante, incremento del gasto/habitante, uso de medicamentos genéricos, uso de antibióticos de primer nivel, uso de nuevos medicamentos, uso de medicamentos antiulcerosos, uso de medicamentos antihipertensivos e índice global de calidad farmacéutica.
- 2) Gestión del asesoramiento farmacéutico; nº de consultas farmacoterapéuticas recibidas/contestadas, nº de boletines farmacoterapéuticos elaborados, nº de guías y protocolos farmacoterapéuticos elaborados y grado de satisfacción con la información de farmacia recibida por los médicos.
- 3) Gestión de medicamentos de botiquines de urgencia; gasto/habitante, incremento del gasto/habitante.

CONCLUSIONES:

- 1.- La gestión por procesos aumenta la eficiencia del Servicio de Farmacia en la consecución de sus objetivos.
- 2.- Es necesaria la implicación de todos los profesionales del equipo para definir el mapa de procesos y la ficha de los mismos.
- 3.- Esta metodología de trabajo mejora la coordinación de las actividades de los diversos departamentos y personas implicados.
- 4.- La medición de indicadores facilita la evaluación continua de la calidad de los procesos y permite la priorización de las acciones de mejora.

M10.03

DE CÓMO VIAJAN LOS PAPELES Y LA INFORMACION Y NO EL PACIENTE DIABÉTICO.

D. Serrano Peris (0), J. C. Pérez Villaroya (1), F. Flordelis Marco (0), A. Antoñanzas Lombarte (1), A. Poncel Falcó (0), M. V. Villaverde Royo (0).

(0) Direccion Atencion Primaria Sector Zaragoza III., (1) Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

dserrano@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Desplegar la detección precoz de la retinopatía diabética teniendo como eje del sistema al paciente diabético.

MATERIAL Y MÉTODO: El Salud ha priorizado la detección precoz

de la retinopatía diabética, por lo que ha dotado a cada uno de los Sectores de un retinógrafo digital.

En este contexto se ha diseñado el "Proceso atención al paciente diabético tipo 2" y el "Subproceso detección precoz de la retinopatía diabética".

Circuito:

El médico/enfermera de A.P. solicita la Retinografía, que es realizada por un fotógrafo en un centro de salud; la lectura de las mismas la realizan médicos de familia adecuadamente formados.

Si de la lectura se infiere la normalidad del paciente, el médico solicitante recibe el informe, prioritariamente en OMI e informa al diabético en una visita de rutina.

En el caso de retinografía dudosa o patológica, la imagen es almacenada en el Servidor del CPD del Sector, para ser valorada, junto con el informe clínico, por los oftalmólogos, que remiten su informe al médico lector si es normal.

En caso de que el Servicio de Oftalmología diagnostique retinopatía diabética, es él, el responsable de gestionar la cita al paciente a pruebas complementarias y la posterior cita a la visita del oftalmólogo. En los EAPs a los que aun no se ha implantado este servicio se sigue realizando la detección de retinopatía en los servicios de oftalmología.

RESULTADOS:

- Los pacientes libres de retinopatía invierten en su prevención el tiempo de realización de la retinografía, unos quince minutos, evitando la visita a oftalmología.
 - Los pacientes con lesiones retinianas ven reducidas el número de visitas a la atención especializada de de tres a una.
 - Las consultas de oftalmología se liberan de la atención de los pacientes sin patología mejorando su eficiencia.
 - En la primera fase de la actividad han sido 222 pacientes los que han entrado en este circuito, evitando la visita a oftalmología el 68%.
- CONCLUSIONES: En este nuevo circuito, el usuario es el mayor beneficiario, en el que la retinografía y el volante de interconsulta con la información del paciente son los que se mueven en el sistema sanitario, evitando el traslado del paciente.

El valor de este circuito se incrementará notablemente cuando se haga extensivo a los pacientes del área rural, evitando molestos y costosos desplazamientos.

Las oportunidades de coordinación entre niveles que posibilitan los nuevos medios técnicos e informáticos deben continuar explorándose.

M10.04

DEPORTES DE AVENTURA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA DE LA GESTIÓN POR PROCESOS. LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 EN EL SECTOR III DE ZARAGOZA.

D. Serrano Peris (0), V. Villaverde Royo (1), M. Granados González (2), C. Oñata Calvo (3), J. C. Pérez Villaroya (4), E. Faure Nogueras (5).

(0) Direccion A.P. Sector Zaragoza III., (1) Medico de familia, (2) C.S. Cariñena, (3) C.S. Alagon, (4) C.S. Delicias Sur, (5) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

dserrano@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Mediante la metodología de gestión por procesos se pretende:

- Mejorar los resultados en salud de los pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en todos los dispositivos del sector,
- Aumentar la eficiencia, ordenando la utilización de recursos.
- Incrementar la satisfacción de los pacientes que pasan a ser el eje en torno al cual se orientan y organizan las actividades del proceso.

MATERIAL Y MÉTODO: Grupo de trabajo: dos médicos de familia, dos endocrinólogos, una enfermera, un responsable de calidad y un residente de preventiva.

En primer lugar, se realizó el mapa del proceso de atención al diabético, identificándose sus subprocesos; posteriormente la revisión bibliográfica, diseño de los diagramas de flujo, descripción de las actividades, responsables y características de calidad, diseño de la evaluación de expectativas de los usuarios, y definición de indicadores.

RESULTADOS: Actualmente y antes de la implementación, se han iniciado las siguientes líneas de mejora detectadas durante el diseño del proceso:

- Actualización del Programa OMI-AP: modificaciones de los planes personales para adecuar el registro de las actividades realizadas y

favorecer el seguimiento clínico y la medición de indicadores, (diferenciación de DM tipo 1 y 2, registro de exploración del pie, analíticas con fórmulas específicas para la medición de la función renal, registro de retinografías, inclusión de información para interconsulta...)

- Dotación de recursos para la asistencia:

- Equipos de exploración para el pie diabético. Formación diabetologica.
- Programa de mejora en competencias para educadores en diabetes.
- Formación, clínica y farmacológica, para médicos.

- Eficiencia del sistema:

- Protocolo de gestión de los equipos de autocontroles para la racionalización del gasto de tiras reactivas.
- Sistemas de información, derivación y flujos de pacientes entre AE y AP.
- Realización y gestión de retinografías desde AP.

CONCLUSIONES: Diseñar un proceso permite reflexionar sobre la forma de trabajo actual y acercarla al modelo ideal, que no siempre implica un mayor consumo de recursos, sino un mejor aprovechamiento, o distribución de los ya existentes.

Una aventura maravillosa hacia un objetivo, mejorar la salud de nuestros clientes, un final incierto con una constante segura, trabajar para ellos.

M10.05

DESARROLLO DE LA GESTIÓN DEL PROCESO CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN EL ÁREA DE SALUD DEL H. U. MIGUEL SERVET: INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL SERVICIO DE URGENCIAS

E. Bajador Andreu, J. Val Pérez, J. Povar Marco, F. Bielsa, J. A. Martínez Milian, C. M. Pueyo Salavera.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

ebajadora@meditex.es

El CCR es un proceso crítico, con una incidencia anual de 240 casos en nuestra área. Tras el análisis y reingeniería del Proceso de CCR se ha detectado una ineficiencia en el acceso al diagnóstico.

OBJETIVOS: Establecer criterios de alto riesgo de CCR, crear vías de acceso de diagnóstico prioritario y reducir el tiempo/medio de diagnóstico de 5 a 1 meses.

MATERIAL Y MÉTODO: Desarrollo de un Proyecto de Mejora de Calidad que incluye:

1. Vía Clínica Rápida de Rectorragia en Urgencias: incluye información al paciente e itinerario, criterios de inclusión, alta y plan cuidados médicos y enfermería. Como recursos: reserva de 2 camas y una colonoscopia/día para obtener el diagnóstico en 48 horas.
2. Consulta de Alta Resolución (CARE) de CCR para Atención Primaria(AP): detección de pacientes de alto riesgo mediante una herramienta informática integrada en el programa OMI utilizado en AP, capaz de detectar si el paciente cumple alguno de tres Paneles de Riesgo y alerta al médico para remitirlo para Colonoscopia antes de 15 días. En una primera fase los Paneles de Riesgo se basan en la evidencia bibliográfica pero se ha iniciado un estudio prospectivo para validarlos en nuestro medio. Si se confirma CCR pasa a estadificación inmediata y se informa al médico remitente.

Implantación: Vía Clínica en funcionamiento. CARE en fase de desarrollo de la herramienta informática, que se probará en 2 Centros de Salud. Tras la evaluación y ajustes pertinentes se ampliará al resto de Centros.

Indicadores:

VIA CLÍNICA: Nº pacientes, tiempo diagnóstico, % de CCR y otros diagnósticos.

CARE CCR: Nº pacientes, tiempo diagnóstico, % de CCR y otros diagnósticos, VPP de cada uno de los 3 Paneles de Riesgo.

Tiempo/medio diagnóstico global. Evaluación: a 3 y 12 meses.

Evaluación de los 2 Centros Piloto. Revisión de paneles de Riesgo y ajuste si su VPP es inadecuado.

RESULTADOS: VIA CLÍNICA: Resultados a 3 meses: pacientes incluidos: 55, tiempo diagnóstico: 2,5 días, CCR: 9%, Colitis Inflamatoria (isquémica, ulcerosa): 19,6%, patología menor (divertículos, hemorroides, pólipos): 64,3%, normales: 3,5%, no diagnóstica: 3,5%.

CARE CCR: se presentarán los resultados de la evaluación de los Centros Piloto a los 3 meses de funcionamiento y el VPP de los Paneles de Riesgo.

CONCLUSIONES: El VPP de rectorragia es bajo (9%) por lo que es necesario diseñar Vías Clínicas y Paneles de Riesgo para priorizar a los pacientes, con lo se acortará el tiempo de diagnóstico de CCR.

M10.06

DESARROLLO DE SISTEMAS DE INDICADORES EN UN SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

R. J. Romero De Castilla Gil, E. Del Campo Molina, E. Fernández Romero, M. Aguilera Peña, E. Muñoz Romero, C. J. Galán Doval.
Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.
rjromero@ephag.es

OBJETIVOS: Establecer un sistema de indicadores para la medición y monitorización de objetivos de la calidad en una Unidad de Críticos y Urgencias de un Hospital Comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron los procesos del Servicio y sus interrelaciones (mapa de procesos), priorizando a continuación los que consideramos clave, tanto asistenciales como no asistenciales. Nuestra innovación consiste en la priorización de subprocesos administrativos (relación con el nivel primario de atención, criterios de calidad en la derivación a otros especialistas), satisfacción del cliente y otros objetivos de calidad particulares y estratégicos, incorporándolos al proceso sistemático de mejora continua.

Para ello, se constituyó un grupo de mejora que trabajó a partir de lo dispuesto en la norma UNE 66175:2003, las entrevistas de Evaluación del Desempeño de todos los profesionales y las normas UNE:EN:ISO 9000 y 9001:2000. Para cada proceso se desarrollaron indicadores definidos según una ficha estandarizada. Para el seguimiento, se desarrolló una aplicación informática propia desarrollada al efecto.

RESULTADOS: Se priorizaron un total de 48 indicadores. Aparte de los clásicos relacionados con farmacia o urgencias ingresadas, destacamos los desarrollados en relación a objetivos de calidad estratégicos del Servicio y a la satisfacción del cliente interno:

1. Objetivos estratégicos: Ventilación Mecánica no Invasiva (un producto princeps de nuestro Servicio), tratamiento domiciliario en pacientes ingresados desde urgencias, pertenencia a grupos de mejora y Comisiones hospitalarias, reclamaciones, paro cardíaco intrahospitalario, traslados intrahospitalarios de enfermos críticos, formación y rotaciones intra e interhospitalarias.
2. Relación con otros servicios: uso de CPAP extrahospitalaria, traslados interhospitalarios (material y espera del paciente), realización de trombolisis en ictus, derivaciones de acuerdo a criterios de calidad desde urgencias a trauma/ORL/Oftalmología.

CONCLUSIONES: Tradicionalmente, los servicios de urgencias y críticos se han medido fundamentalmente según criterios puros de resultados asistenciales. A través de esta técnica incorporamos otros como calidad de derivaciones y condiciones de traslado intrahospitalario, satisfacción del cliente interno, productos prioritarios del Servicio favoreciendo la integración de un servicio tradicionalmente aislado del resto de la actividad hospitalaria.

M10.07

DETERMINACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL: PUNTO DE PARTIDA PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN

A. García Millán, R. Jiménez Gregorio, M. L. Torijano Casalengua, P. Fluriache García-Caro.
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA DE LA REINA.
agmillan@sescam.jccm.es

OBJETIVOS: El rápido crecimiento de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) ha generado indefiniciones respecto al contenido funcional de sus departamentos y niveles de autoridad. Por ello se propuso adecuar la estructura de la organización a los retos fijados por la dirección a través de una herramienta que parte del análisis y descripción de las distintas unidades organizativas clarificando funciones, tareas, documentación utilizada, relaciones, canales de

comunicación. El resultado se traslada a un Manual para las personas de la organización (Criterio 3 modelo EFQM).

METODOLOGÍA: El trabajo se realizó en la Unidad de Apoyo a la Gerencia (GAP), constituido esencialmente por personal de dirección y gestión, en el período de diciembre de 2006 a octubre de 2007.

Intervienen diversos actores: un grupo técnico multidisciplinar que aporta rigor y metodología, personas de la organización (la participación fue de un 90%, de un total de 66 personas, en la fase de recogida de información y de 20 personas -30 %- en la validación del producto) y equipo de dirección.

Las fases fueron:

- 1.- Definición de objetivos y métodos de recogida de información.
- 2.- Diseño de instrumentos de recogida de información y su validación.
- 3.- Recogida de información -fundamentalmente mediante entrevistas- depurada y estructurada para su revisión por el superior jerárquico de la unidad. Se incentiva la participación y aportación de todos.
- 4.- Elaboración de propuestas y acciones de mejora para el estudio del equipo de dirección.
- 5.- Validación del producto final.

Una muestra de profesionales (muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional según la categoría profesional buscando representatividad) evalúa el Manual mediante un cuestionario de 15 preguntas que se contestan utilizando una escala de Likert del 1 al 5, sobre aspectos fundamentales referidos a la adecuación y claridad de los contenidos del Manual.

RESULTADOS: La puntuación global media otorgada es de 3,9 sobre 5, los ítems más valorados fueron: utilidad, la descripción de funciones y tareas (4,05), aclaración de responsabilidades (3,9), de competencias y dependencia (3,85) y claridad de la estructura de la gerencia (4,15).

CONCLUSIONES: El Manual ha contribuido a adecuar la estructura de la Gerencia, las relaciones de dependencia y el contenido esencial respecto a funciones y tareas de las unidades que la componen.

Además, es herramienta de utilidad para:

- La acogida de nuevos profesionales.
- Dar respuesta al derecho recogido en el artículo 17 Estatuto Marco.
- La gestión por procesos.
- Analizar tareas y optimizar recursos.

M10.08

DISEÑO DEL PROCESO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS.

M. M. Ortiz Otero*, D. González Bravo, J. Canora, P. Serrano, F.J. Rivas, O. Marinero.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.
mortiz.hflr@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: El Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), en su camino hacia la Excelencia, y como resultado de los planes de mejora desarrollados a partir de las Autoevaluaciones EFQM, surge la necesidad del despliegue en el hospital de la metodología de Gestión por Procesos (GxP). Diseñar los procesos asistenciales mas relevantes del hospital con una visión integradora y centrada en el paciente, con el objeto de mejorar progresivamente la resolutiveidad y continuidad asistencial, explotando la oportunidad que ofrecen las metodologías de GxP en la gestión de las interfaces asistenciales y en el fomento del trabajo en equipo y de la mejora continua.

OBJETIVOS:

- Diseñar del proceso de asistencia en urgencias buscando su adaptación a las necesidades y expectativas de usuarios y profesionales e integrándolo con el resto de los recursos de asistencia urgente del área sanitaria.

METODOLOGÍA: Para poder abordar esta tarea se iniciaron las actividades que a continuación se detallan:

- Formación básica en GxP Gestión grupo de trabajo.
- Elaborar un informe previo sobre la asistencia urgente en el HUF.
- 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, Alcance, Requerimientos, Destinatarios y sus

expectativas, propietario y equipo de proceso.

- Desarrollar un plan de implantación del proceso.
- Definir un sistema para la evaluación del proceso de asistencia urgente.

RESULTADOS: A lo largo de cada una de las ocho reuniones que mantuvieron el grupo de trabajo, se fueron alcanzando cada una de las tareas propuestas en el diseño de la gestión por procesos de la Urgencia.

- Quedó definida la misión del proceso.
- Se identificaron todos los grupos de interés relacionados con Urgencias, tanto a pacientes, familiares, médicos de AP, profesionales del propio hospital.
- Análisis del sistema de clasificación de pacientes en la Urgencias.
- Detección de las necesidades del sistema de información.

CONCLUSIONES: Este proyecto ha sido muy útil para conocer nuestras fortalezas y debilidades en el proceso de Urgencias, mejorar considerablemente la colaboración entre las distintas unidades y profesionales favoreciendo el trabajo equipo, y mejora la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes, profesionales (tanto de AP como del propio centro), con la implantación del mismo.

M10.09

DISEÑO DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL PLATÓ

M. Barahona Orpinell, A. Fernández Gallegos, S. Guillaumes Furnes, A. Martínez Vergara, E. Roche Rebollo.

Hospital Plató.

marta.barahona@hospitalplato.com

OBJETIVOS: La atención ambulatoria es una de las puertas de entrada del cliente externo al Hospital, es por eso que el Proceso de Atención Ambulatoria nos va a ayudar a definir el trabajo diario, eliminar la variabilidad, definir indicadores y proponer acciones de mejora; así como interaccionar con el resto de procesos clave y de soporte del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para desarrollar el Proceso de Atención Ambulatoria hemos contado con la colaboración de consultores especializados en la gestión por procesos que nos han dado la metodología necesaria para definir las fichas del proceso, gestión de incidencias, realización de indicadores, adecuación de procedimientos.

Se han realizado varias sesiones de trabajo multidisciplinarias, en las que se han elaborado las fichas de definición del proceso a todos sus niveles, y se ha difundido este trabajo al resto de la organización.

RESULTADOS: El resultado de todo este trabajo es la definición del Proceso de Atención Ambulatoria por parte de un equipo de personas multidisciplinar (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares, administrativos...), de manera que se refleja como se trabaja actualmente en las consultas externas de nuestro centro, la variabilidad existente, los procedimientos y recursos con los que contamos y la interacción con otros procesos clave y de soporte de nuestra institución.

Se han definido los indicadores a evaluar, así como la priorización de las acciones de mejora.

Hemos puesto en marcha un gestor de incidencias de manera que toda la organización dispone de una herramienta donde opinar y detectar posibles incidencias que afectan al proceso.

CONCLUSIONES: El Proceso de Atención Ambulatoria promueve el trabajo en equipo, el liderazgo de las personas, la motivación para la mejora continua, escuchar la voz de todas las personas de la organización, la evolución hacia un trabajo más metodológico y de calidad y la participación, cooperación y implicación de todas las personas que trabajan en el Hospital.

La distribución de tareas: miembros de la comisión de seguimiento, propietarios del proceso y subproceso, expertos de los diferentes subprocesos y procesos de soporte?; comporta un cambio en la forma de trabajar y favorece el asumir responsabilidades.

M10.10

EL BENCHMARKING COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE PERSONAS.- APLICACIÓN PRÁCTICA DE UN FORO PARA EL APRENDIZAJE

F. Serna Rodríguez, C. Beitia Fernández, E. Olaetxea Urizar.

OSAKIDETZA-ORGANIZACION CENTRAL.

francisco.sernarodriguez@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: En el marco del proyecto corporativo de Osakidetza para la implantación de la gestión por procesos en el ámbito de los recursos humanos iniciado en el año 2004, una vez identificados los procesos y descritos y al objeto de facilitar la implantación, se ha constituido un foro permanente entre los gestores de proceso de todas las OS con la finalidad de compartir las prácticas de gestión.

OBJETIVOS: 1) Impulsar la implantación del proceso de gestión de personas en las OS del ente. 2) Poner a disposición de los gestores del proceso experiencias de gestión de otras organizaciones que han contribuido a la mejora del proceso. 3) Crear un "foro de buenas prácticas" que permita intercambiar experiencias, compartir el conocimiento y facilitar el aprendizaje para la mejora continua del proceso, aprovechando las sinergias del sistema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la descripción del proceso de gestión de personas en las OS del ente se ha seguido la metodología aprobada en la organización, recogida en los manuales para la descripción y gestión de procesos en el ámbito de la gestión de personas. Dicha metodología ha sido validada internamente (en la implantación en organizaciones piloto) y externamente (cuatro OS han certificado los procesos según ISO 9000). La implantación del proceso se impulsa desde la Dirección de RRHH corporativa, mediante reuniones en las que se realiza un seguimiento con cada una de las organizaciones y se colabora con ellas facilitando metodologías para el abordaje de aspectos concretos del proceso.

Del resultado de dicho seguimiento se seleccionan aquellas buenas prácticas que son susceptibles de extender al conjunto de las OS, a través de una jornada anual, denominada "foro de buenas prácticas".

RESULTADOS: Se ha realizado la primera jornada de buenas prácticas, denominada "Primer encuentro de buenas prácticas en los procesos de RRHH en las OS de Osakidetza", en la que se han compartido ocho experiencias de gestión y se ha establecido las bases para la continuación del proyecto de implantación de la gestión por procesos en el ámbito de los recursos humanos.

CONCLUSIONES: El impulso del proyecto desde la corporación ha facilitado la implantación de los procesos partiendo de un esquema homogéneo pero permeable a la necesaria adecuación a las características de cada OS, establecer parámetros homogéneos de gestión y facilitar el benchmarking entre las OS, favoreciendo la mejora del proceso y de la gestión de los RRHH en el conjunto de la corporación.

M10.11

EL ÍNDICE DE INGRESO EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE URGENCIA ESTABLECIDO A TRAVÉS DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET) COMO SISTEMA ÚTIL DE MONITORIZACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

R. Marrón Tundidor, B. Casado Ramón, M. Á. Javierre Loris, C. Garcés Sanjosé, E. Bustamante Rodríguez, B. Gros Bañeres.

Hospital Universitario Miguel Servet.

rmarron@comz.org

OBJETIVOS: Analizar la relación entre el número de ingresos y su nivel de urgencia y establecer los estándares de ingreso para cada nivel, así como su fluctuación estacional. Estableciendo un sistema de monitorización válido para medir la adecuación de los ingresos desde un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

MÉTODO: Se ha analizado el total de pacientes adultos clasificados durante los años 2005, 2006 y 2007. Estudiando un total de 204.899 pacientes (146.292 del área médica y 58.607 de traumatología). Se ha monitorizando el índice de ingreso en función del nivel de urgencia establecido a través del Sistema Español de Triage (SET) y el protocolo informático de ayuda al triaje (web_e-PAT).

RESULTADOS: Los índices de ingreso en el nivel I (situaciones vitales) de urgencia se mantienen en un 70%, Nivel II un 45%, Nivel III un 24%, Nivel IV 10% y Nivel V 5%. El nivel I presenta importantes

variaciones de un período a otro debido a las pérdidas en el registro. Los niveles II-III se erigen como el grupo más estable y predictivo sin apenas variaciones mensuales. El índice de ingreso de nivel IV ha ido disminuyendo a lo largo de los años: 11,6% en 2005, 9,63% en 2006 y 7,17% en 2007. El nivel V es un indicador útil para monitorizar los ingresos inadecuados y estudio de las disfunciones de las vías de ingreso. Este indicador ha permitido detectar y poner en marcha medidas correctoras (Se ha pasado de un 11% de ingresos de nivel V en 2005 a un 5% en 2007). El área de Traumatología requiere un estudio diferenciado. Sus índices de ingreso son muy estables: Nivel I (50%), nivel II (27%), nivel III (5%), nivel IV (1%) y nivel V (0,02%). CONCLUSIONES: Es de esperar que para cada nivel de triaje los índices de ingreso (adulto) de un SUH se sitúen dentro del rango. Cada hospital debe establecer unos estándares ajustados a su realidad. Estos indicadores son una importante herramienta de gestión, ya que no sólo se va a medir la adecuación de los ingresos realizados desde el SUH, sino que pueden servir como predictores de la necesidades de camas hospitalarias. El estudio de los ingresos de nivel V es un indicador de disfunciones en las vías de ingreso hospitalario.

M10.12

EL PACIENTE CRÓNICO DEPENDIENTE SEVERO: APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

F. Grimal Aliacar (0), S. Marteles Casajús* (1).

(0) Salud. Sector Huesca, (1) SALUD. Sector Huesca.
fgrimal@salud.aragon.es

Objetivos: Desarrollo de la gestión de procesos en el paciente crónico dependiente de grado severo desde todos los niveles asistenciales comprometidos.

Involucrar a todos los niveles asistenciales y categorías profesionales en su desarrollo e implementación.

Material y métodos: Realización de una actividad formativa reglada en gestión por procesos que involucra a los diferentes niveles y categorías profesionales.

Detección de problemas susceptibles de mejora en el sector mediante "lluvia de ideas" y posterior uso de una "parrilla de priorización" valorando impacto, coste y oportunidad.

Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar para abordar el problema y plantear su gestión como proceso.

Definir y acotar el problema seleccionado: es necesario aplicar el proceso al paciente crónico dependiente de características severas. El análisis de las causas se hace utilizando un diagrama causa-efecto.

Se realiza una "lluvia de ideas" para detectar causas en cada subproceso correspondiente a cada nivel participante.

Reuniones periódicas convocadas a lo largo de un año.

Se practican sucesivos flujogramas (uno para cada nivel asistencial) a partir del mapa de nivel "0" y sendas fichas de proceso.

Resultados:

Se detecta que la transmisión de la información sobre los pacientes crónicos dependientes entre los diferentes niveles asistenciales del sector es un problema prioritario.

Como consecuencia se procede a la constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar para abordar el proceso del Paciente Crónico Dependiente.

La causa principal es el desconocimiento mutuo de las actividades que se realizan en cada nivel de cuidados, así como dificultades existentes en los canales de comunicación.

Destacan indicadores de funcionamiento interno:

Nº de valoraciones de enfermería; Nº de informes de continuidad de cuidados; Nº valoraciones realizadas desde el ingreso; Nº casos gestionados por los diferentes centros (enfermera de enlace, hospital corta estancia, hospital larga estancia, salud mental).

Conclusiones: La Gestión por procesos debe vertebrar nuestra organización para tener una visión de conjunto de nuestras actividades. Así, la descripción de este proceso operativo, aun apoyándose en el Programa de Enfermos Crónicos Dependientes de la DGA, consigue con las particularidades y los recursos del propio sector llegar al resultado final.

En estos momentos se procede a su implantación progresiva y a la monitorización de indicadores. Así mismo será necesario llevar a cabo una evaluación anual del cumplimiento de indicadores por parte del grupo de trabajo para proceder a modificaciones o plantear nuevas áreas de mejora.

M11.01

DETECCIÓN RÁPIDA DEL VIH EN LA INOCULACIÓN ACCIDENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Campo Sanz, T. Soler Gimeno, E. Carranza Rodríguez, E. Alonso Gregorio, J. I. García Montero, F. Pascual.

Hospital de Calatayud.

smcampo@salud.aragon.es

La inoculación accidental de riesgo biológico, es el accidente laboral mas frecuente en el personal sanitario, accidente que requiere una atención urgente.

La detección lo mas precoz posible de las serológicas de la fuente o paciente del que procede la sangre con la que se ha pinchado el personal sanitario es de máxima importancia para el éxito del tratamiento, siendo imprescindible el conocer el estado serológico de la fuente en el plazo inferior de seis horas, para la prescripción del tratamiento adecuado, este tiempo, actualmente, es superado en los accidentes de los trabajadores de atención primaria, del Sector sanitario de Calatayud.

Objetivo; Establecer un circuito que permita conocer el estado serológico, respectó al VIH del paciente del que procede la sangre con la que se ha inoculado el personal sanitario, en las seis horas posteriores del accidente.

Material y método: Se han realizado diferentes grupos de trabajo:

- Reuniones con la Gerencia del Sector, el Servicio de laboratorio y, serología, con la Dirección de Enfermería y los Responsables de Enfermería de los Centro de Salud, el Servicio de suministros y administración del Sector.
- Jornadas formativas a los trabajadores en los Centro de Atención Primaria.
- Información personalizada a los trabajadores de Atención primaria en sus puesto de trabajo.
- Elaborar, consensuar, aprobar, y difundir el protocolo específico de detección rápida del VIH.
- Suministrar el Kit. de detección rápida.

Resultados: Es un proyecto de mejora de la calidad de la Unidad básica de prevención de riesgos laborales del Sector Sanitario de Calatayud iniciado en abril del 2008, en el que se ha establecido el circuito de detección rápida del VIH, en la fuente del accidente de riesgo biológico, el tratamiento, seguimiento, comunicación, registro, e investigación del accidente laboral actividades que se realiza en la Unidad básica de prevención de riesgos laborales.

Conclusiones:

- Con el establecimiento de este circuito se espera incrementar la cultura de prevención de los accidentes laborales en los Trabajadores Sanitarios.
- Se pretende formar a los trabajadores en la actuación inmediata ante el accidente laboral de riesgo biológico.
- La mejora de atención de los trabajadores sanitarios de Atención Primaria que han sufrido una inoculación accidental de riesgo biológico.
- Disminuir el riesgo de contagio del VIH en los trabajadores de Atención primaria que han sufrido una inoculación accidental.

M11.02

DIFERENCIAS ENTRE EL PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA EN LA PERCEPCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Carrillo*, J. Alcaraz, A. López, I. Lillo, N. Llamas, S. Moreno.

Hospital Morales Meseguer.

968246333@telefonica.net

Introducción: Algunos estudios evidencian diferencias en la percepción del clima de seguridad entre los diferentes profesionales sanitarios de centros hospitalarios. El objetivo del presente estudio es comparar la percepción del clima de seguridad entre médicos y enfermeros/as de dos unidades hospitalarias, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Urgencias (UU) de un hospital universitario.

Métodos: Durante un mes se distribuyó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Cultura (Agency for Healthcare Research and Quality) previamente adaptado y validado por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia a todo el personal medico y de enfermería de UCI y Urgencias de nuestro Hospital. El cuestionario fue entregado y recogido en mano

por los investigadores. Este cuestionario consta de 42 ítems con respuestas mediante escala Likert (1 a 5) que eran reagrupadas en respuesta positiva, neutra o negativa. Los ítems eran agrupados en 12 dimensiones, además se media la calificación global de la seguridad y características sociodemográficas del personal. Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar y como porcentajes $\pm$ intervalos de confianza al 95%. La comparación entre variables se ha realizado mediante prueba de Ji2 y ANOVA de un factor.

Resultados: Se recogieron 150 encuestas, 55 en UCI (100% de respuestas) y 95 en UU (85% de respuestas). El 67% eran mujeres, edad media 33 ± 6 años. Treinta y siete encuestados eran médicos adjuntos (24.7%), 47 médicos residentes (31.3%) y 66 enfermeros (44.0%). De las 12 dimensiones estudiadas, 5 presentaban resultados diferentes según el profesional sanitario (médico adjunto, enfermería y residente), las respuestas positivas para la dimensión "Dotación de personal": $23.6 \pm 7.1\%$, $26.1 \pm 5.5\%$ y $13.3 \pm 5.1\%$ ($p:0.021$), "Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente": $7.2 \pm 5.2\%$, $18.2 \pm 5.2\%$ y $16.3 \pm 6.4\%$ ($p:0.001$), "Trabajo en equipo entre unidades": $25.0 \pm 7.3\%$, $30.3 \pm 5.7\%$ y $42.0 \pm 7.3\%$ ($p:0.017$), "Feed-back y comunicación sobre errores": $21.6 \pm 8.1\%$, $31.3 \pm 6.7\%$ y $14.2 \pm 6.1\%$ ($p:0.010$) y "Franqueza en la comunicación": $39.6 \pm 9.5\%$, $33.8 \pm 6.8\%$ y $19.1 \pm 6.8\%$ ($p<0.001$). La calificación global sobre clima de seguridad no mostró diferencias (6.6 ± 1.3 , 6.5 ± 1.4 y 6.2 ± 1.9 ; $p:0.528$).

Conclusiones: Aunque a nivel global hay gran igualdad en la percepción del clima de seguridad entre categorías profesionales, algunas dimensiones de la misma muestran claras diferencias.

M11.03

DISEÑO Y IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE ACTUACIÓN EN PLANES DE EMERGENCIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA Y SEGURIDAD EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

F. Castán Vives.

Roassa.

fcastan@grupsagessa.com

OBJETIVO: Crear una guía de actuación informatizada para los diferentes planes de emergencia internos i externos del centro. Realizar difusión formación sobre la utilización de la guía, incluyendo simulacros de actuación.

METODOLOGÍA: En primer lugar, se recopiló la información técnica y de funcionamiento de las instalaciones del centro, comprobándose la adaptación a normativas vigentes. Se protocolizaron los diferentes planes de autoprotección donde se hacía constar: fichas técnicas; planos del edificio; vías de evacuación y ubicación de equipos de emergencia.

Posteriormente, se realizó un libro electrónico de actuación, donde se integraron los planes de emergencia internos y externos y los planos digitalizados, desglosándose los puntos comunes de dichos planes en iconos de búsqueda rápida para agilizar la actuación en caso emergencia.

En una segunda fase, se realizó difusión y formación del manejo de la guía y de la actuación a seguir en diferentes planes de emergencia. Por último, se impartió formación para usuarios y se realizaron dos simulacros de actuación para evacuación del edificio, en diferentes días y horarios y en los cuales participaron equipos de emergencias exteriores. Se realizaron encuestas entre profesionales para valorar el desarrollo del mismo.

RESULTADOS: Se han implantado 5 protocolos de actuación interna en el centro: plan de autoprotección; instalación de propano; maniobras de rescate personas atrapadas en ascensor; central de alarmas de incendios y central de oxígeno y 3 de emergencias externas: plan de emergencias químicas, nucleares e incendios forestales.

Se evacuaron 52 personas en 5 minutos. El tiempo de llegada en minutos de los equipos exteriores fueron: bomberos 4; ambulancia 6; policía 2.

En el 100% de las encuestas, los profesionales oyeron la alarma, no se colapsaron en las salidas de la escalera y un 86% llegaron con facilidad al punto de encuentro en el exterior del centro.

Se elaboró un informe y se recogieron 3 áreas de mejora: falta detector humos en sala de juntas; revisar el hidrante de la entrada principal y una rampa metálica resbaladiza.

CONCLUSIONES: La guía y su manejo, ha sido muy bien valorada entre los profesionales. Resulta una herramienta de utilización rápida

y fácil manejo. Incluye toda la información necesaria ante cualquier emergencia y aumenta la seguridad del centro.

Los simulacros han servido para la preparación y coordinación ante cualquier emergencia, tanto entre los profesionales y los usuarios, como con los equipos externos.

Por último se han implementado las acciones de mejora definidas para aumentar la seguridad.

M11.04

EFFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

J. Requena*, J. Aranaz, J. Miralles, M. Gea, R. Limón, R. García.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT.

requena_jua@gva.es

Objetivo: Los efectos adversos (EA) pueden ocurrir en cualquier escenario, y los servicios de urgencias, dada su especial idiosincrasia, parecen un escenario de alto riesgo para la ocurrencia de los mismos, ya que en ellos concurren muchas causas apuntadas como factores de riesgo. Nuestro objetivo es determinar la proporción de EA relacionados con la asistencia sanitaria que se producen en el área de urgencias. Describir sus causas inmediatas y conocer su gravedad, evitabilidad e impacto.

Material y Método: Estudio retrospectivo de cohortes. Simultáneamente, estudio prospectivo mediante la revisión de historias clínicas de urgencias utilizando los materiales del estudio ENEAS, adaptándolos a las características del servicio de urgencias. Resultados: La incidencia de EA relacionados con la asistencia en urgencias y detectados durante la hospitalización fue de 0,76% (IC95%: 0,51% - 1,1%). La proporción de EA que se produjeron en el área de urgencias fue de un 3% (IC: 1,6% - 4,5%) del total de EA.

El 55,2% de los EA fueron leves, el 31% moderados y el 13,8% graves. El 48,3% de los EA se relacionaron con los cuidados, el 20,7% con la medicación, el 13,8% con las infecciones nosocomiales, el 6,9% se asociaron a algún procedimiento, y el 10,3% al diagnóstico. El 44,8% de los EA tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia, y en un 24,1% el EA condicionó el ingreso.

Los resultados preliminares del estudio prospectivo sugieren que la mayoría de los EA que se producen en los servicios de urgencias son leves o moderados (96,6%), siendo un 46,7% de ellos evitables. Hemos encontrado una incidencia de 9,7% (6,4-13,0%), y la mayoría de ellos están relacionados con la medicación (56,7%) o con un procedimiento (23,3%).

La edad es un factor de vulnerabilidad del paciente, ya que los mayores de 65 tienen el doble de EA que los menores de esa edad. La evitabilidad es similar a la encontrada en el ENEAS, tanto global como por tipo de EA.

Discusión: Los EA que se originan en urgencias constituyen una proporción importante del total de los EA debidos a la asistencia sanitaria. Los EA originados en urgencias son con mayor frecuencia leves, están relacionados con los cuidados y contienen a su vez, una elevada proporción de evitables. Todas estas cualidades que permiten caracterizar los EA de urgencias como específicos, justifican la necesidad de la adecuada identificación de los mismos para la elaboración de estrategias que minimicen su aparición.

M11.05

EL MAPA DE RIESGOS COMO HERRAMIENTA EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

M. D. P. González Sánchez*, E. Altube, Sánchez Polo M.T, M.

Garrido Martín, L. Pascual Bastida, R. López Sanz.

pgonzalez.hlf@salud.madrid.org

PALABRAS CLAVE: Mapa de riesgos. Seguridad del paciente. Hospital Media-larga estancia.

OBJETIVO: Presentar el inicio del proceso de elaboración del mapa de riesgos del hospital, con la identificación de puntos críticos, que pueden actuar sobre la seguridad del paciente en algunos procesos que le afectan desde el momento de la petición de ingreso hasta que se produce el alta hospitalaria, no relacionados directamente con lo que conocemos como "actividad médica", ni con la administración de fármacos.

METODOLOGÍA: La selección de Servicios sometidos a estudio, han

sido: Servicios Certificados, según Norma ISO (Admisión- Atención al usuario, Telemedicina.), y el Área de Rehabilitación. Se elaboró un cronograma de entrevistas y reuniones, con los profesionales. Se formaron grupos nominales y multidisciplinares que actuaron en la recogida de información y selección de los elementos que conformarían dicho mapa. Posteriormente se analizaron las causas de los principales riesgos identificados así como las barreras existentes; se utilizó un AMFE modificado en algunas ocasiones estableciendo nuevas barreras y propuestas de mejora. Por último se seleccionaron indicadores que permitan continuar el correspondiente ciclo PDCA.

RESULTADOS: Se ha elaborado un mapa de riesgos de los servicios estudiados. Simultáneamente se obtendrá información añadida de otras áreas relacionadas, que posteriormente serán analizadas. La metodología ha conseguido cohesionar el grupo y su colaboración en el diseño de documentos e implantación de indicadores. El nº de riesgos detectados han sido 39, y 23 las barreras existentes. Se han propuesto 31 acciones de mejora (implantadas en la actualidad más del 60%) y seleccionado 11 indicadores. El 80% de estos tienen ya su registro de datos correspondiente.

CONCLUSIONES: En seis meses hemos conseguido la colaboración de los profesionales de los servicios afectados en la implantación de las acciones de mejora resultantes del análisis de dicho mapa. Los resultados animaron al Servicio de Rehabilitación a preparar su Certificación en el contexto del Plan estratégico por la Dirección del Hospital. El propio trabajo impulsa la continuación en la elaboración de dicho mapa de riesgos que debe extenderse al resto de Servicios del Hospital. Todo ello ayuda a la consolidación de la cultura de Calidad y Seguridad Clínica.

M11.06

EL PROFESIONAL SANITARIO Y LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD CLÍNICA

L. A. Sangrador Arenas, Á. Gómez Palmero, M. Miranda García, M. J. Pérez Boillos, J. M. Oto Terrer, R. Fraile Castela.

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.
sanarelu@jcyll.es

PALABRAS CLAVE: Seguridad clínica, Percepción del profesional.

OBJETIVOS: Valorar si la percepción del grado de seguridad del paciente de los profesionales en su servicio, varía en función del tipo de hospital, categoría profesional, servicio asistencial y tiempo que lleva desempeñando su profesión.

MATERIAL Y MÉTODO:

* Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de un cuestionario sobre seguridad clínica al personal sanitario de tres hospitales de la comunidad de Castilla y León.

* Población y muestra:

- La población ha sido los profesionales sanitarios de tres hospitales de distinto tamaño.

- La muestra se ha obtenido, en cada hospital, por muestreo aleatorio estratificado por categoría profesional. La distribución de la muestra ha sido diseñada con un nivel de confianza del 95%, máxima dispersión $p=q=0.5$, y con un error de muestreo del 5%.

* Instrumento:

- Encuesta de versión española del "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (AHRQ):

- La herramienta que se ha utilizado para realizar la validación del constructo es la validez factorial, aplicando el test de la esfericidad de Bartlett y el índice KMO.

- La encuesta se acompañó de una carta nominal donde se justificaba la realización del trabajo.

- La distribución y recogida de la encuesta se realizó utilizando el correo interno de cada centro hospitalario.

* Explotación de la información:

- Se grabaron y depuraron los datos recogidos en las encuestas en una base de datos.

- Se valoró la fiabilidad de las respuestas mediante el "Test de alfa de Cronbach".

- Se realizó análisis descriptivo uni y bivalente.

- Se realizaron test inferenciales.

RESULTADO: La percepción que el profesional sanitario tiene del grado de seguridad del paciente de su servicio no presenta diferencias significativas en relación a las variables de estudio tamaño de hospital, servicio asistencial, categoría profesional y tiempo que lleva

desempeñando su profesión.

CONCLUSIONES:

- La no existencia de diferencias en la percepción de la seguridad del paciente por profesionales sanitarios, en función de las variables estudiadas, posiblemente se deba a que existe uniformidad en la conceptualización de la seguridad del paciente.

- Estos resultados sin diferencias significativas pueden deberse, entre otras posibilidades, a la existencia o inexistencia de un programa de información y formación de los profesionales, que ha conllevado a actitudes y aptitudes uniformes en relación a la seguridad del paciente.

M11.07

ELABORACIÓN, DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES Y MOBILIARIO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

M. Felix Martín, P. Prieto, E. Rosés, N. Herrero, M^a V. Gumiel, A. Laguía.

Hospital Clínico Lozano Blesa. Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) Bloque Quirúrgico Hostelería Dirección de Enfermería Unida Básica de Prevención e Riesgos Laborales, Zaragoza.

mfelix@salud.aragon.es

PALABRAS CLAVE: PROTOCOLO, MULTIDISCIPLINAR, LIMPIEZA.

OBJETIVO DEL TRABAJO: Describir la metodología utilizada en la elaboración, difusión e implantación del Protocolo de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario del Bloque Quirúrgico.

METODOLOGÍA EMPLEADA: Estudio descriptivo de la metodología utilizada en la elaboración, difusión e implantación del Protocolo de limpieza y desinfección de superficies y mobiliario del Bloque Quirúrgico.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO:

1. Se ha elaborado el Protocolo de limpieza y desinfección de mobiliario y superficies del Bloque Quirúrgico actualizándolo de acuerdo con la mejor evidencia disponible.

2. Se han formado 6 grupos de trabajo.

2.1. Bloque Quirúrgico

2.2. MPySP

2.3. MPySP y Bloque Quirúrgico

2.4. MPySP, Bloque Quirúrgico y Hostelería

2.5. MPySP y Dirección de Enfermería

2.6. MPySP y Prevención de Riesgos Laborales

3. Se ha contado con revisores externos.

3.1 Comisión e Infecciones.

3.2 Comisión de Dirección.

4. Se ha escuchado la voz de los profesionales.

4.1. Sesiones de Información y de formación. Asistencia personal de limpieza: 70,58% Asistencia personal de enfermería: 38,09%.

4.2 Aportaciones de los trabajadores: - Mesa de anestesia - Mesa de yesos - Frigoríficos - Aparatos de RX5. Se ha implantado el procedimiento de limpieza.

5. En todos los quirófanos del hospital.

6. Se ha establecido un indicador para su seguimiento. (Valoración Buena en la inspección mensual de limpieza del quirófano) N° de quirófanos con limpieza Buena N° de quirófanos inspeccionados S1< 1 no, cumple el protocolo Si = 1 si, cumple el protocolo.

CONCLUSIONES: La actualización de los Protocolos multidisciplinares requiere el consenso de los profesionales implicados. Es necesario la formación de grupos de trabajo. La difusión, formación y la atención de las sugerencias y aportaciones de los profesionales implicados favorecen la implantación y la aceptación de los Protocolos. Este protocolo garantiza un ambiente limpio y más seguro para los pacientes.

M11.08

ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN. PLAN DE MEJORA EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

A. M. Vilaplana García, G. D. T.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

anavilgar@yahoo.es

INTRODUCCIÓN: en los últimos años se ha establecido una apuesta firme por la mejora de la seguridad de los pacientes durante la asistencia sanitaria. Tal y como refleja el Estudio Nacional de Efectos

Adversos (Estudio ENEAS) llevado a cabo en el año 2005, el 37% de los efectos adversos desarrollados en pacientes ingresados se ha debido al uso de los medicamentos, con una elevada repercusión asistencial y económica.

OBJETIVOS: evaluar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en el Área Hospitalaria Virgen Macarena, identificando los puntos críticos y diseñando un plan de mejora.

METODOLOGÍA: la herramienta de evaluación utilizada ha sido el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales". (ISMP-España). Este cuestionario consta de 232 puntos de evaluación que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación que aparecen estructurados en 10 elementos clave y en 20 criterios esenciales.

RESULTADOS: se han identificado 2 elementos clave como puntos críticos que se corresponden con el nº VI (adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos) y VIII (competencia y formación profesional) y 6 criterios esenciales como puntos críticos que se corresponden con el criterio 5 (nombres parecidos, o etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar), 9 (los depósitos de medicamentos de las unidades asistenciales tienen unas existencias limitadas), 11 (procedimientos de adquisición, mantenimiento, utilización y estandarización de los dispositivos utilizados para preparar y administrar los medicamentos), 14 (formación para utilizar los medicamentos), 15 (formación continuada sobre prevención de errores de medicación formación continuada sobre prevención de errores de medicación) y 18 (se fomenta la detección y notificación de errores entre los profesionales sanitarios).

CONCLUSIONES: a la vista de los resultados se ha definido un plan de actuación que incluye las siguientes acciones: formación sobre uso seguro de la medicación y prevención de errores y desarrollo de una prueba piloto para la notificación voluntaria de errores de medicación; identificación adecuada de los fármacos (de alto riesgo y con nombre similar o apariencia similar); establecer un procedimiento sistemático de revisión (valoración de necesidades y control periódico) de los botiquines y análisis y control de los sistemas de infusión disponibles en el AHVM. Se ha asignado un responsable a cada una de ellas y o se efectuará la evaluación periódica del grado de implantación de las acciones propuestas.

M11.09

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Cañada Dorado, J. M. Mena Mateo, A. Sanz-Virseda, M. Villamor Borrego.

Gerencia Atención Primaria Área 4 Madrid
 acanada.gapm04@salud.madrid.org

OBJETIVO: Describir la puesta en funcionamiento de una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) en una gerencia de atención primaria, sus fases de implantación y la evaluación de resultados tras un año de experiencia.

MÉTODOS: La UFGRS tiene como objetivo identificar y evaluar incidentes y situaciones de riesgos en sus centros para implantar acciones correctoras de mejora. Para establecer un marco estratégico se elaboró un Plan de Seguridad basándose en el Modelo EFQM. El plan incluyó 38 acciones propuestas relacionadas con los criterios agentes y 29 indicadores para evaluar los criterios resultados.

RESULTADOS: En 2007 se han implantado el 82% de las acciones previstas, recogiendo las evidencias y los indicadores para cada intervención. Las acciones se relacionan con docencia y formación (15 actividades con 237 discentes), difusión de información relacionada con la seguridad del paciente, el análisis de incidentes (14) y la implantación de prácticas seguras específicas (12). Cuatro de ellas han sido consideradas como prácticas seguras generalizables difundiendo al resto de UFGRS de la Comunidad de Madrid. Para el análisis de incidentes se utilizó el registro de notificación de incidentes, la comunicación verbal, el registro de errores de medicación, el análisis de las reclamaciones y los registros informáticos específicos de la historia clínica. El factor causal más frecuente se asocia a los medicamentos y productos o materiales sanitarios. Los profesionales asistenciales han comunicado también 11 errores o eventos relacionados con fármacos con capacidad de

cursar un error. En 2007 se han implantado y monitorizado tres procesos relacionados con la seguridad: Mantenimiento del material de urgencias vitales en los centros de salud, Recepción y Registro de pruebas complementarias no analíticas y la Atención no Programada a Domicilio (Avisos) y se ha participado en un programa institucional del anciano polimedicado con muy buenos resultados respecto a cobertura y calidad de los indicadores. Por último, señalar que un centro del área ha participado en el primer estudio realizado en España sobre efectos adversos en atención primaria (Estudio APEAS).

Destacar que la UFGRS ha implantado y promovido el 26% de las prácticas seguras en atención primaria realizadas en la comunidad de Madrid (30% de las prácticas seguras generalizables) en 2007.

CONCLUSIONES: La UFGRS puede impulsar en atención primaria la seguridad del paciente. La elaboración de una estrategia definiendo objetivos concretos ha facilitado la implantación de actuaciones y junto a la propuesta de indicadores permite evaluar el impacto de la intervención.

M12.01

ESTRATEGIA PARA IMPLANTAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL ENTORNO DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (UDA)

P. Benito Merchán, P. Pérez Doblado, A. J. Carrascosa Fernández, N. Bouzo Molina.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE.
 piluky211@hotmail.com

La tendencia política actual en materia de sanidad aboga por el avance hacia una cultura sanitaria fundamentada en la seguridad como garantía de calidad. Bajo este marco conceptual se sitúa la detección, declaración y análisis de los eventos centinelas dentro de las instituciones sanitarias como herramienta de mejora continua que nos permita avanzar hacia una cultura de declaración de errores centrada en el sistema.

OBJETIVO: Poner en funcionamiento una cultura de seguridad del paciente en una UDA cuyo modelo de gestión de calidad es el modelo ISO 9001:2000.

METODOLOGÍA:

- 1-Curso presencial para personal sanitario sobre la gestión de riesgos sanitarios.
- 2-Creación de una base de datos de los sucesos centinela e incidentes de la unidad.
- 3-Normalización de los registros de información sobre reclamaciones y efectos adversos y diseño de formularios para notificación de sucesos adversos.
- 4-Establecimiento de vías de comunicación con el Grupo de Trabajo de Riesgos sanitarios del Hospital.
- 5-Integración como proceso de apoyo de nuestra Unidad en base a la norma ISO 9001:2000.
- 6-Diseño de estrategias de reducción de riesgo y medidas de efectividad de la estrategia para cada uno de los factopres contribuyentes.

RESULTADOS: Desde que en abril de 2006 se impartiera la formación sobre la gestión de riesgos sanitarios han sido vistos 2967 pacientes. Del total, el 45% utilizó morfina mediante bombas de analgesia controlada por el paciente y un 36,6% infusión epidural de anestésico local. Durante este período se declararon 4 sucesos centinela, 7 eventos menores y 20 incidentes. La notificación de los incidentes se realizó mediante formatos normalizados al Grupo de Trabajo de Riesgos Sanitarios. De entre las medidas correctoras resaltan: 1.La diferenciación de la vía neural e intravenosa mediante la utilización de diferentes colores; 2.La centralización de las modalidades analgésicas en un mismo tipo de bombas; 3.La formación continuada del personal sanitario y la certificación norma ISO 9001:2000 permitió fijar las acciones de mejora, la sistemática y responsabilidades para su implantación.

CONCLUSIÓN: La gestión de riesgos sanitarios es un instrumento que posibilita la evaluación del sistema de gestión al implementar los indicadores y estándares de nuestra organización. La norma ISO 9001:2000 es un marco de trabajo que favorece la implantación y despliegue de los requisitos técnicos.

M12.02

ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA COMARCA DE OSAKIDETZA: EL PROYECTO BABESBIDEAN (LA VÍA DE LA SEGURIDAD)

E. González Lombide, J. Herranz González, A. Retes Saratxaga, C. Silvestre Busto, F. Palacio Lapuente. Osakidetza. Comarca Ekialde.

eduardo.gonzalezlombide@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Seguridad del Paciente es un campo de importancia estratégica en la gestión de los Servicios Sanitarios. Nuestra Comarca está desarrollando al respecto el Proyecto Babesbidean, cuyo objetivo es integrar la Mejora de la Seguridad del Paciente (MSP) en el trabajo diario, asistencial y de gestión. Esta comunicación muestra sus componentes principales.

METODOLOGÍA: En Enero del 2008 se designa el coordinador del proyecto. La Gerencia asume la dirección estratégica y lo dota de medios (se han realizado más de 700 horas de trabajo) y se crea un Grupo que lleva a cabo el trabajo operativo (GO).

Cada Centro de Salud tiene un responsable, babesle (protector), que enlaza el trabajo del GO con su Centro.

Así, el GO queda entre la Dirección y los Centros de Salud, trabajando en ambos sentidos.

RESULTADOS El GO está constituido por 15 personas, 13 son asistenciales, una farmacéutica y un directivo.

El coordinador ha visitado todos los Centro de Salud, explicando conceptos básicos de MSP y el proyecto.

Once personas del Grupo han hecho de 30 horas de formación, basada en el curso "Gestión y Mejora de la Seguridad del Paciente" del MSC. Las otras cuatro han hecho la formación promovida por la Dirección General de Calidad. Además otras cuatro han completado el Curso de Gestión de riesgos del Ministerio de Sanidad (120 horas). Cada babesle ha dado una sesión en su centro, con las propuestas desarrolladas por el Grupo Operativo (dos para cuando se celebre el congreso).

Se han implantado las hojas de medicación y consejos para una asistencia segura.

Se ha implantado la hoja de declaración de sucesos adversos.

Se han transmitido a la Dirección y a Osabide las necesidades de mejora de la historia clínica.

Se han transmitido a Dirección otras propuestas para mejorar la información de asistenciales y pacientes.

Se ha hecho el AMFE de TAO y de la emergencia domiciliaria.

Colaboramos con la Dirección General de Calidad para implantar la Cultura de Seguridad en la Organización

CONCLUSIONES: El Proyecto Babesbidean está permitiendo desarrollar un trabajo importante y efectivo para alcanzar una Cultura de MSP en nuestra Comarca. Su desarrollo, basado en la proximidad a los Centros de Salud, nos permite facilitar la aceptación de los cambios por los profesionales asistenciales.

M12.03

ESTUDIO DE INCIDENCIA DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL HOSPITAL COMARCAL MÓRA D'EBRE

F. Pàez Vives, M. Bordera Bigorra, R. Pros Poquet*, S. Isaac Vázquez, R. Montaña Raduà, N. Adell Vidal.

Hospital Comarcal Móra d'Ebre.

fpaez@grupsagessa.cat

OBJETIVOS: Tasa Global Errores (TGE) medicación y en cada una de las etapas, tipo de errores, gravedad, consecuencias y pacientes afectados.

MATERIAL, MÉTODO: Descritos los resultados parciales obtenidos en el Hospital Comarcal Móra d'Ebre (HCME) del Proyecto Asociado: "Estudio de incidencia de los errores de medicación en el proceso del sistema de utilización de medicamentos: prescripción, validación, preparación, dispensación y administración en el ámbito hospitalario", estudio multicéntrico, longitudinal de incidencia en pacientes agudos de varios hospitales de Catalunya. Clasificación según Grupo Ruíz-Jarabo.

Farmacia monitorizó 520 pacientes de 2 Unidades de agudos. Dispensados 17.551 medicamentos.

Cuatro enfermeras monitorizaron 1.519 administraciones de 479 pacientes (3 turnos, laborables, festivos y fines de semana).

RESULTADOS: Detectados 97 errores: 37 (38,14%) administración, 30 (30,93%) prescripción, 17 (17,53%) dispensación, 12 (12,37%) transcripción y 1 (1,03%) paciente/tratamiento.

Servicios: 36 (37,11%) COT, 31 (31,96%) M. Interna, 18 (18,56%) Cirugía general, 5 (5,16%) Obstetricia, 3 (3,09%) Ginecología, 3 (3,09%) SF y 1 (1,03%) Oftalmología.

Gravedad: De 97 errores producidos, ninguno ocasionó lesiones graves; 55 (56,70%) Categoría B, 42 (43,30%) Categoría C.

Características: 22 (22,68%) dosis incorrecta, 17 (17,53%) vía inadecuada, 15 (15,46%) Omisión administración, 11 (11,34%) frecuencia inadecuada, 7 (7,22%) Transcripción/Administración, 5 (5,15%) Duplicidad, 5 (5,15%) Omisión dispensación, 4 (4,12%) Preparación incorrecta.

Causas: 47 (4,12%) Lapsus/Despiste, 43 (44,33%) Falta prescripción informatizada, 20 (20,62%) Estrés/Sobrecarga trabajo, 12 (12,37%) Incumplimiento protocolos, 5 (5,15%) Interpretación incorrecta, 5 (5,15%) Falta conocimientos paciente y 5 (5,15%) Falta conocimientos fármaco.

Medidas correctoras: 87,63% (85) se aconsejaron 2 medidas correctoras: a) Implantar prescripción informatizada: 43 (44,33%). b)

Librar la enfermera de otras tareas mientras prepara medicación y/o adecuar plantillas/cargas trabajo: 31 (31,96%).

TGE: 0,55%; Tasa Error Transcripción Enfermería: 0,79%, Tasa Prescripción: 0,17% y Tasa Dispensación: 0,10%.

Tasa Global Pacientes Afectados: 18,65% y Tasa Preparación/Administración y Transcripción: 10,23%.

CONCLUSIONES Los errores de administración fueron mayoritarios debido a que las enfermeras realizan varias tareas mientras preparan la medicación. Llama la atención el 7% de errores de transcripción de enfermería que debería ser nulo.

La Tasa Pacientes Afectados fue elevada, afortunadamente la gravedad fue el 57% de Nivel B y del 43% de Nivel C.

Peticiones a Dirección: implantar la prescripción médica informatizada y librar a enfermería de otras tareas mientras preparan la medicación.

El hecho de conocer nuestras tasas, autocompararnos en el tiempo y con otros hospitales servirá para implantar medidas correctoras y evitar hábitos de riesgo protegiendo los pacientes, nuestra razón de ser.

M12.04

ESTUDIO DE PERCEPCIÓN SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE DE MANOS Y USO DE GUANTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO (SEM).

M. D. Martín Rodríguez, M. Iglesias Castro, C. Lema Marquez, J. E. Pastoriza Rivas, O. M. González Abelleira, L. Chayán Zas.

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

lola.martin.rodriguez@sergas.es

Objetivo: Análisis de situación en la práctica de la higiene de manos y uso de guantes por los profesionales que trabajan en los recursos asistenciales de un SEM.

Método: Estudio transversal descriptivo de percepción sobre hábitos de higiene de manos y uso de guantes, mediante cuestionario de 21 preguntas en formato papel. Período diciembre 2007-mayo 2008. Sujetos de estudio: profesionales que trabajan en los recursos asistenciales del SEM: personal sanitario (118 médicos y DUE) y Técnicos de Transporte (TTS) que participaron en talleres de formación "Manos Limpias para una Atención Segura" (267 alumnos). Los resultados se recogieron en una tabla Excel. El análisis estadístico de los datos se ha realizado con SPSS 14.0 /EPIINFO.

Resultados: Respuesta 54.23% del personal facultativo/DUE encuestado y un 93.6% de los TTS. Total participación 81.6%. Se lavan las manos siempre o casi siempre: al inicio de la jornada un 70.5%; al terminar la jornada un 85.2%; cada vez que acuden a un servicio un 52.3%; en la base 73.2%; en la ambulancia un 24%; en el lugar de la atención al paciente un 4.6%; antes de realizar una maniobra invasiva un 36.3%; antes de una maniobra no invasiva un 26.8%; antes de manipular sistemas estériles un 44.6%; al pasar de un área contaminada a otra limpia un 40.6%; después del contacto con fluidos biológicos un 87.7%; después del contacto con objetos que contactaron con fluidos corporales un 82.8%; después del contacto con objetos inanimados del paciente un 63.4%; después del contacto con piel intacta un 48.6%; después de quitarse los guantes un 76.3%; el uso de guantes puede hacer innecesario el lavado de manos un 13.9%; la higiene de manos es una medida útil para

prevenir la infección un 88.9%. Identificación de barreras: tiempo un 54.8%; no disponer de productos para la higiene un 57.8%; efecto irritante de productos de higiene un 32.6%. Realizan la higiene siguiendo las recomendaciones siempre o casi siempre un 41.8%.

Conclusiones: La mayoría de los encuestados valoran la higiene de manos como medida útil para prevenir la infección. La cultura en Seguridad del Paciente, la formación en buenas prácticas de higiene y uso de guantes y la disponibilidad de solución de base alcohólica en los recursos asistenciales podrían contribuir a la mejora de la higiene de manos en la ambulancia y en el lugar de la asistencia, persistiendo la barrera "tiempo" que no es modificable en los SEM.

M12.05

EVALUACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN NOTIFICADOS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS DEL HOSPITAL

M. Terrón Cuadrado, M. M. Ortiz Otero, M. García Gil, A. Ontañón Nasarre y F.J. Farfán Sedano.

Hospital de Fuenlabrada.

mterron.hflr@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN. La Consejería de Sanidad de la (CAM) ha desarrollado una estrategia pionera en el campo de la Seguridad del Paciente. En el ámbito de la seguridad de los medicamentos la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGF) ha fomentado la notificación tanto de errores de medicación (EM) como de reacciones adversas a los medicamentos. Con objeto de facilitar la notificación, a partir de mayo de 2007 se puso en marcha un Portal en Internet de seguridad integral del medicamento. Dicho portal virtual está dirigido a todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada. Las Unidades Funcionales de Riesgos Sanitarios (UFRS) tienen un papel clave dentro de cada organización para potenciar la identificación, notificación y gestión de los riesgos.

OBJETIVOS.

- 1- Fomentar la notificación de errores de medicación en el centro hospitalario.
- 2- Análisis y evaluación de los errores por la UFRS.

METODOLOGÍA. Desde la UFRS se realizaron jornadas informativas a profesionales del hospital sobre Cultura de Seguridad del Paciente haciendo especial énfasis en la importancia de la notificación de los errores en la asistencia. Asimismo, el Servicio de Farmacia realizó dos ediciones de un Curso sobre Administración Segura del Medicamento destinado al personal de enfermería, para fomentar el uso seguro de medicamentos y la notificación. La notificación se centralizó en el Servicio de Farmacia, siendo el farmacéutico de la UFRS el encargado de notificar on-line. Para las notificaciones se utilizó el impreso diseñado por la DGF.

RESULTADOS. Desde junio hasta abril de 2007 se han notificado un total de 58 EM. La mayor parte, el 74% de los EM notificados se produjeron en la prescripción, un 10% en la administración por los profesionales sanitarios, un 5% en la dispensación por el Servicio de Farmacia, un 5% en la administración por el paciente y un 3,4% en la elaboración. El 58% de los EM notificados correspondían a una prescripción informatizada, el 42% restante a la prescripción manual (Pacientes Externos, Urgencias, Quimioterapia).

CONCLUSIONES. En nuestro caso, al igual que en otros estudios, la etapa del proceso en la que se originan la mayor parte de los EM es la prescripción. La mayoría de los EM notificados en esta etapa se evitarían si se dispusiera de prescripción electrónica asistida que alertase ante dosis erróneas, vías de administración incorrectas, alergias, etc.

M12.06

EVENTOS ADVERSOS PRE HOSPITALARIOS: UN CAMINO POR RECORRER

N. Álvarez*, J. Aranaz, J. Requena, J. Miralles, R. Limón.

Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.

nancyjezzi@gmail.com

OBJETIVO: Describir los eventos adversos (EA) y los eventos adversos evitables (EAE) cuyo origen está en la atención prehospitalaria y se identificaron en la hospitalización.

MÉTODO: Análisis descriptivo con componente analítico de muestra aleatoria y representativa de altas hospitalarias, de EA ocurridos en el ámbito prehospitalario, realizado a partir de los datos del "Estudio

Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización" (ENEAS 2005).

RESULTADOS: Del análisis de 5.624 altas procedentes de 24 hospitales de España, un 2,4% presentaron un EA previo a la hospitalización, siendo esta la causa o no del ingreso, resultando 135 (20,6%) EA y de ellos 55 (40,7%) EAE. En el 90% de estos EA la gravedad se consideró como moderada (59,3%) y grave (31,1%). Un 42,9% de ellos se origina en servicios ambulatorios incluyendo la atención primaria (20,7%), urgencias (9,6%) y consultas externas (12,6%).

El 58% de los casos ingresaron en un servicio médico mientras, el 56,6% fueron mujeres y la edad mediana de estos pacientes fue de 72 años. El 70,4% de los EA que se producen en el periodo de prehospitalización, corresponden a infección nosocomial (17,8%), procedimientos quirúrgicos (17,8%) y problemas relacionados con el uso de medicamentos (34,8%).

Comparando estos resultados con el estudio de Woods D y Cols, quienes estudiaron los EA y los EAE en atención ambulatoria que originaron un ingreso hospitalario, se observa similitud, ya que de 587 EA encontrados con los datos obtenidos en el Utah & Colorado Medical Practice Study, 70 (11,9%) fueron originados en la atención ambulatoria y de ellos 31 (12%) eran prevenibles.

COMENTARIO: La actividad asistencial no está exenta de riesgos y su medida ligada a los cuidados sanitarios es una cuestión de suma importancia para el Sistema de Salud, los pacientes y sus familias. Los riesgos en seguridad del paciente hospitalizado se han expresado en estudios epidemiológicos, observándose una frecuencia de efectos adversos (EA) en rangos de 4 al 17% y con una evitabilidad de entre 40 y 50%.

Del primer nivel de atención que presenta una alta frecuentación, existen pocos estudios que traten los daños ocasionados por los EA que se producen. El análisis de los efectos adversos originados en la atención prehospitalaria extraídos del ENEAS 2005, muestra información útil para vislumbrar lo que ocurre en este nivel asistencial, y permite priorizar las acciones de calidad y mejora continua de la atención pre hospitalaria, que aumenten la seguridad de los pacientes.

M12.07

EVOLUCIÓN DE LAS RESISTENCIAS BACTERIANAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA (ANÁLISIS 2005-2007)

J. M. Cucullo López, C. Cánovas Pareja, N. Fernández Letamendi, E. Nuñez, J. Navarro Maurel, I. Ruiz De Zárate.

HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JORGE.

jmcucullo@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Estudio del mapa de resistencias de los gérmenes más frecuentes en el servicio de Geriatria, de utilidad en la orientación al tratamiento empírico de las infecciones en nuestro medio. Evolución 2005-2007. Comparación con los datos microbiológicos del Sector (III).

METODOLOGÍA: Notificación mensual a los facultativos de los gérmenes más frecuentes en el Servicio. Elaboración por la comisión de infecciones de una base de datos a partir de los resultados obtenidos en el Servicio de Microbiología del HCU sobre sensibilidad "in vitro" de muestras clínicas de pacientes atendidos en el hospital. Comparación de datos de 2005-2007. Difusión anual de resultados.

RESULTADOS: 2005: cultivos solicitados 762, positivos 368 (48,3%), 2006: cultivos solicitados 807, positivos 344 (42,5%), 2007: cultivos solicitados 993, positivos 529 (54,1%).

Porcentaje de cepas resistentes: E coli: Amoxi-clavulánico HSJ: 2005 (4,6%), 2006 (4,7%), 2007 (3,4%)-HCU: 2006 (3,2%). Cefotaxima HSJ: 2005 (6,9%), 2006 (6,3%), 2007 (13,9%)-HCU: 2006 (5,9%). Ciprofloxacino HSJ: 2005 (50%), 2006 (69,8%), 2007 (45,3%)-HCU: 2006 (29,6%). Tobramicina HSJ: 2005 (15,1%), 2006 (11,1%), 2007 (11,6%)-HCU: 2006 (6,8%). Fosfomicina HSJ: 2005 (4,6%), 2006 (1,5%), 2007 (3,4%).

St aureus: Amoxi-clavulánico HSJ: 2006 (52,9%), 2007 (84,3%). Gentamicina HSJ: 2006 (11,7%), 2007 (12,5%). HCU: 2006 (14,2%). Levofloxacino HSJ: 2006 (64,7%), 2007 (75%)-HCU: 2006 (27,7%). Ps aeruginosa: Ciprofloxacino HSJ: 2005 (37,5%), 2006 (50%), 2007 (50%)-HCU: 2006 (22%). Gentamicina HSJ: 2005 (21,8%), 2006 (18,7%), 2007 (35,7%)-HCU: 2006 (21,7%). Imipenem HSJ: 2005 (0%), 2006 (9,3%), 2007 (3,5%)-HCU: 2006 (10%). Fosfomicina HSJ: 2005 (68%), 2006 (71,8%), 2007 (71,4%).

Pr mirabilis: Amoxi-clavulánico HSJ: 2005 (0%), 2006 (3,5%), 2007 (4,7%)-HCU 2006 (4,6%). Gentamicina HSJ: 2005 (32%), 2006 (28,5%), 2007 (14,2%)-HCU 2006 (18,1%). Ciprofloxacino HSJ: 2005 (24%), 2006 (7,1%), 2007 (28,5%)-HCU 2006 (8,6%).

E. faecalis: Gentamicina HSJ: 2005 (96%), 2006 (87,5%), 2007 (100%)-HCU: 2006 (35,5%). Amoxi-clavulánico HSJ: 2005 (12%), 2006 (0%), 2007 (0%).

CONCLUSIONES:

1. En la población anciana existen diferencias en la sensibilidad a los antimicrobianos respecto a la población general con tendencia al aumento de resistencias a diferentes gérmes.
2. El conocimiento del mapa de resistencias en nuestro medio permite la elaboración de protocolos que favorezcan el tratamiento empírico de las infecciones habituales.

M12.08

EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE IV EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA. ANALISIS CAUSA-RAIZ (ACR) Y ACCIONES CORRECTORAS

I. González Álvarez*, J. Calbo Maiques, J. M. Pérez Resano, A. Martínez Oses, F. Muñoz Pérez, J. L. Zaragoza Fernández.

HOSPITAL U. SAN JUAN.

gonzalez_isa@gva.es

Objetivos: Reducir el número y volumen de extravasaciones en pacientes que realizan exploraciones radiológicas que requieren inyección de contraste iv.

Material y Método: registro de todas las extravasaciones de contraste iv. desde el 2006. Inicialmente se realizó un análisis causa-raíz para determinar número y peso de las variables que concurren en las extravasaciones en el que participaron diferentes profesionales implicados. Variables recogidas para el análisis fueron: demográficas, paciente portador o no de vía, tipo de exploración, patología estudiada, tipo de contraste, velocidad de inyección, volumen administrado y extravasado y experiencia del profesional. Realización de acciones correctoras y seguimiento de todos los pacientes.

Resultados: No existe diferencia significativa por sexo, siendo mayor número de extravasaciones en pacientes portadores de vía y, en exploraciones más frecuentes - Tc abdominal-. El mayor número de casos ocurre en velocidades de inyección de 2-2,5 cc/seg y el mayor porcentaje de extravasaciones ha sido en volúmenes de 3-3,5 cc/seg. El porcentaje de mayor volumen extravasado corresponde a 20 ml. Existe coincidencia entre el número de extravasaciones y la experiencia del personal que coloca la vía y maneja la bomba de inyección. El 0.48% de extravasaciones se produjo en la inyección con bomba. Ninguna en inyección manual. Realizado el análisis se emprendieron acciones correctoras: cambio de vía en pacientes portadores más de 48 horas, formación del personal para percatarse de la extravasación y detener la inyección y en el manejo de la bomba, protocolos escritos de todas las actuaciones relacionadas con la administración del contraste iv. Tratamiento inmediato del paciente, actuación según el volumen extravasado y seguimiento a las doce y veinticuatro horas y nueva evaluación de las extravasaciones aplicando el ciclo PDCA.

Conclusiones: La constitución de equipos de mejora dinámicos en número reducido de personas para analizar problemas concretos asistenciales son una excelente herramienta de mejora en la asistencia diaria a nuestros pacientes. Preparar a todos los estamentos de profesionales para que sean capaces de analizar y medir su trabajo con instrumentos básicos es no sólo un elemento de mejora sino también motivador del profesional. La diseminación de estrategias de buenas prácticas, en el uso del contraste iodado iv, por medio del boletín del Servicio, carteles informativos y sesiones informativas breves y repetidas son necesarias para obtener mejores resultados.

M12.09

FIABILIDAD DE LA ESCALA BRADEN Q PARA VALORAR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PEDIATRÍA

R. M. González Llinares*, C. Quesada Ramos, M. L. Iruretagoyena Sánchez, J. M. Hernández Hernández. C. Olalde Arana, R. Sánchez Martín.

Organización Central.

rosamari.gonzalezllinares@osakidetza.net

Palabras clave: Seguridad, escala, úlceras por presión, pediatría, cuidados.

Objetivos: Analizar la fiabilidad del estudio piloto del proyecto de investigación comisionada 2007 del Departamento de Sanidad Gobierno Vasco "Traducción y validación al castellano de escala Braden Q para valorar el riesgo de desarrollar UPP en población pediátrica".

Material y métodos: Diseño: Estudio observacional. Ámbito: 2 unidades de hospitalización pediátricas (neonatal y pediátrica) de un hospital de Osakidetza. Período estudio: 3 semanas. Muestra: 31 niños menores de 15 años ingresados desde 14-1-08 a 3-2-08 en las unidades incluidas en estudio piloto. Instrumento: Versión en castellano de escala Braden Q (realizada mediante traducción-retrotraducción), que consta de 7 subescalas (movilidad, actividad, percepción sensorial, humedad, fricción-cizallamiento, nutrición, perfusión tisular y oxigenación) mutuamente excluyentes. Análisis estadístico: coeficiente de correlación intraclase con modelo de efectos mixtos e índice kappa ponderado para valorar la concordancia intraobservador e interobservador.

Resultados: De los 31 sujetos de estudio, 15 correspondían a la neonatal y 16 a la pediátrica. Un 35,5% mujeres y un 64,5% varones. Del total, 16,1 % eran pacientes críticos.

Para la fiabilidad interobservador global el coeficiente de correlación intraclase fue de 0,973 y el índice kappa ponderado > 0,8 en todas subescalas, excepto la de fricción-cizallamiento.

Para la fiabilidad intraobservador en la neonatal el coeficiente de correlación intraclase fue de 0,966 y los índices kappa fueron > 0,8 en todas las subescalas, excepto la de fricción-cizallamiento (0,595), mientras que en la de pediatría el coeficiente de correlación intraclase fue de 0,884 y los índices kappa fueron aceptables en todas las subescalas, excepto la de movilidad (0,674).

Conclusiones: Según los resultados del estudio piloto realizado, la versión en castellano de la escala Braden Q de valoración de riesgo de desarrollar UPP en población pediátrica hospitalizada muestra buena fiabilidad en todas las subescalas salvo en "fricción-cizallamiento" en neonatos (destacar el alto nivel de concordancia logrado en la unidad neonatal teniendo en cuenta que la escala original no se utiliza en este grupo de niños), y en "movilidad" en pediatría.

Tras el análisis se ha reforzado la formación en relación a la interpretación de la escala y en particular de estas dos subescalas, para valorar si la menor concordancia encontrada es debida a un problema de la interpretación de la escala o de la propia medida en sí.

M13.01

ADECUACIÓN A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA EL AUTOCONTROL DE LA GLUCEMIA, EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cárdenas Valladiolid, R. Arnal Selfa, A. Cañada Dorado, J. M. Mena Mateo, L. Sánchez Perruca, D. Rodríguez Morales.

SERMAS/Gerencia Atención Primaria Área 4 /MADRID.

jcardenas.gapm04@salud.madrid.org

El presupuesto (14.737.475 €) para tiras reactivas del año 2007 en la Comunidad de Madrid se realiza en base al histórico de gasto, debido a la inexistencia de datos fiables sobre el número de diabéticos susceptibles y su consumo. Conocemos los costes de las tiras suministradas pero no, si su uso es racional y eficiente.

Objetivo General: La prescripción y dispensación de tiras para el autocontrol de la glucemia se realizará en base a la mejor evidencia científica, garantizando la eficiencia en la gestión de los recursos y favoreciendo el buen control de la diabetes.

Específicos: Aplicar la mejor evidencia en la prescripción de tiras reactivas.

Registrar y actualizar en la historia electrónica los tratamientos farmacológicos.

Registrar en la historia electrónica la dispensación de tiras reactivas. Disponer de datos clínicos y de dispensación fiables de los usuarios susceptibles.

Material y Métodos: Estudio poblacional (31.303 diabéticos). Se realiza ciclo completo de mejora de la calidad. Evaluación inicial (1/02/2007) se identifica:

Las guías de buena práctica no eran conocidas.

El registro informático no era adecuado.

Los profesionales no conocían datos clínicos y de dispensación de los pacientes.

Estadísticos: 27962 pacientes con diagnóstico de diabetes; 37,11% de estos pacientes consumían tiras; 35,71% estaban tratados con Insulina y 43,13% con ADO; 21,16 % no tenían registro de tratamiento; se suministraron 1.519.250 tiras con una tasa de tiras no registradas del 27,64%.

Acciones: Implantación de la guía de prescripción y dispensación de tiras.

Adecuación del registro informático.

Diseño de un cuadro de mandos integral para la monitorización y evaluación de los indicadores a nivel de gerencia y por profesional. Se alimenta en base a una explotación centralizada de la historia electrónica mediante lenguaje SQL.

Resultados: Se realizan 4 evaluaciones. Datos finales (30/05/2008): Aumento en la captación de diabéticos (31.303); Disminución de la tasa de consumidores (35,91%); Aumento de la tasa de diabéticos tratados con insulina (40,02%) y con ADO (50,84%); Disminución de la tasa de diabéticos sin registro de tratamiento (17,45%); Disminución de la tasa de tiras "no registradas" (13,26%); El consumo de tiras se mantiene estable (1.594.700).

Conclusiones: Incremento de la calidad del registro (tratamiento, episodios, dispensación de tiras); Contención del gasto de tiras, aún incrementándose la captación de diabéticos; Obtención de datos fiables para presupuestos posteriores; Disposición de la mejor evidencia en la prescripción y monitorización continua de todos los indicadores.

M13.02

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN ANTIBIÓTICA EN FUNCIÓN DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

E. Usandizaga De Antonio, R. Hernández Martínez, L. Pascual Huertas, J. Ferreres Oncins, F. Córdoba Ruiz, J. Oliva Vicedo.

HOSPITAL DOS DE MAIG.

antoni.oliva@sanitatintegral.org

Introducción: La existencia de protocolos asistenciales en urgencias es un hecho ampliamente establecido. El control de los mismos debe ser considerado un elemento clave para valorar su eficacia.

Objetivos: Valorar el grado de cumplimiento de la adecuación antibiótica, en función de los protocolos asistenciales de la enfermedad pulmonar crónica (EPOC), Neumonía (NE) y Infección de orina (IO), en pacientes con destino ingreso hospitalario, así como la instauración del tratamiento prescrito en un tiempo inferior a 4 horas desde el inicio de su asistencia.

Material y Métodos: En el año 2007 se procedió a la actualización de los protocolos correspondientes a estas patologías. La adecuación antibiótica es estableció en base a la escala GOLD/Disnea para el EPOC y la escala FINE para la neumonía. Para la infección de orina, se utilizó los criterios establecidos por la comisión de infecciosas del Centro. Se estableció un grupo de médicos para su control. En base al registro informático del Centro, se han revisado los informes de asistencia de los pacientes cuya codificación coincidía con las patologías definidas en este estudio, valorándose como correctos la prescripción antibiótica en función al correspondiente protocolo. Los resultados se incluían en una aplicación informática de libre consulta por parte de los profesionales de urgencias y eran comentados en las sesiones de servicio.

Resultados: Se revisaron un total de 318 informes (169 EPOC, 86 NE y 63 IO). La adecuación antibiótica fue del 87% en el EPOC, del 51% en la Neumonía y del 73% en la infección de orina.

La incorporación de la escala GOLD/Disnea en el EPOC y de la escala FINE en la Neumonía en los informes de asistencia fue del 64 y 81% respectivamente.

En relación al inicio del tratamiento antibiótico, se observaron valores del 16.5%, 36% y 42% respectivamente, si bien se apreció un incremento progresivo desde los primeros meses de su control hasta la finalización del estudio (MPOC 5% vs 21%), (NE 11% vs 40%), (IO 0% vs 100%).

Conclusiones: El control del cumplimiento de los protocolos establecidos debe ser considerado un elemento clave para determinar el correcto funcionamiento de Urgencias. Debe implicarse a todo el personal asistencial para obtener los resultados deseados, especialmente en relación al inicio de los tratamientos prescritos.

M13.03

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS POR CATÉTER INTRAVASCULAR EN PACIENTES CRÍTICOS

M. C. Valdovinos* Mahave, J. M. Montón Dito, I. Lorda De Los Rios, C. Sánchez Polo, J. F. Luz De Travedo, P. Martínez Trivez.

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

cvaldovi01@yahoo.es

OBJETIVO: Evaluar el impacto en la incidencia de bacteriemias relacionadas por catéter (BRC) tras la implantación de una Guía basada en la evidencia para el manejo de los catéteres intravasculares (CI) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo y observacional. El Grupo de Calidad de la UCI elaboró un protocolo de prevención y diagnóstico de BRC basado en las Guías del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC) del 2002. Se difundió mediante talleres teórico-prácticos al personal médico y de enfermería. Se instauró durante el período de un año (Enero 2007 - Enero 2008). De cada CI insertado se registró: tipo de catéter (venoso con acceso central o periférico, arterial), número de luces, sitio de inserción (subclavia, yugular, femoral, braquial o cefálica, radial), lugar de inserción (UCI, extra-UCI), complicaciones durante la inserción (neumotórax, punción arterial, sangrado), duración de la cateterización, sospecha infecciosa para retirada (flebitis, infección punto de inserción, bacteriemia, fiebre de origen desconocido), datos microbiológicos (cultivo de la punta del CI, hemocultivos). Cada CI colocado fue sometido a vigilancia diaria buscando signos locales de infección y de bacteriemia.

Este registro ha servido para monitorizar el cumplimiento del protocolo y el cálculo de indicadores. Se realizaron reuniones trimestrales para la revisión y seguimiento del protocolo.

El impacto de la aplicación del protocolo fue comparado con datos históricos de años previos.

RESULTADOS: Se insertaron un total de 224 CI, 160 en UCI y 64 fuera. En subclavia 8,9%, yugular 19,2%, femoral 8,9%, arteriales 5,4% e insertados periféricamente 57,6%. La complicación más frecuente fue el sangrado (1,8%). La duración media de cateterización fue de 4 días. Un 13,8% de los catéteres fueron retirados por sospecha infecciosa. Todas las BRC (3 episodios) fueron debidos a S. epidermidis. La tasa de BRC por 1000 días de CI tras la implantación de la Guía disminuyó significativamente de 6,76 en el 2006 a 2,26 en el 2007.

CONCLUSIÓN: El diseño y la aplicación de una Guía de prevención y diagnóstico de infecciones relacionadas con catéter ha disminuido la incidencia de BRC.

M13.04

ASIGNACIÓN DE REACTIVOS PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE CRITERIOS CLÍNICOS P.

Vallejo Sánchez-Monge, J. López Tortosa, F. J. Pérez Rivas, C. Carrión Pulido, M. T. Alonso Salazar.

Gerencia Atención Primaria Área 11 de Madrid.

pvallejo.gapm11@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN / DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: La dificultad para la adecuada asignación de otros materiales utilizados en el diagnóstico y seguimiento de pacientes crónicos, aconsejaba abordar la distribución de tiras para el control del INR con criterios objetivos, mensurables y fácilmente actualizables.

OBJETIVOS: Definir criterios clínicos que permitan administrar eficientemente un recurso limitado, costoso y con una complejidad importante en su almacenaje y distribución, asegurando un correcto proceso asistencial y mejorando la satisfacción de usuarios y profesionales.

PARTICIPANTES: 39 Equipos de AP, Direcciones y Subdirecciones asistenciales, Formación e Investigación, Calidad, Informática, Compras y Suministros.

METODOLOGÍA Y RECURSOS EMPLEADOS: Elaboración de un protocolo específico para el seguimiento de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral dentro de la aplicación de historia clínica (OMI-AP®) en que se registran los datos de cada paciente:

fecha de inicio, diagnóstico, rango INR recomendado, duración del tratamiento, fármaco anticoagulante, dosis semanal, seguimiento, contraindicaciones, complicaciones y efectos adversos. Como referencia del número de pacientes en tratamiento con acenocumarol o warfarina se utilizó la base de datos de prescripción (Farmadrid). Se construye un indicador de cobertura con los pacientes anticoagulados y los incluidos en el protocolo de seguimiento. A los usuarios en protocolo se dirige la asignación de tiras. Mensualmente se obtiene la actualización de los datos numéricos que comparte la dirección asistencial y el departamento de compras y suministros, que asigna las tiras a cada centro teniendo en cuenta la cobertura y las estimaciones de la evidencia clínica sobre la necesidad estadística de control de estos pacientes según su estabilidad y el consumo de reactivos por determinación, de forma que se identifica el máximo disponible Centro/mes que puede remitirse desde suministros.

RESULTADOS: La programación de recepción de material y adquisición utilizando los criterios mencionados, garantiza el abastecimiento de forma fluida, evitando caducidades, con un grado de utilización acorde a necesidades objetivadas mediante la utilización de criterios clínicos cuya aceptación por parte de los profesionales sanitarios es mejor que con criterios restrictivos de carácter exclusivamente económico.

CONCLUSIONES: La utilización de información clínica permite ajustar la distribución de material para el análisis de INR asegurando la suficiencia y evitando caducidades por acúmulo.

M13.05

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA FAST-TRACK Y AMBULATORIA: GUÍA CLÍNICA Y RESULTADOS

C. Emparan García De Salazar, R. Cabezal Sánchez, P. Soriano Gil-Albarellos.

Fundación Hospital Calahorra.
caremparan@yahoo.es

Antecedentes y objetivos: la colecistectomía laparoscópica puede reducir el uso de recursos sanitarios y reducir costes hospitalarios. En el presente estudio analizamos el impacto que sobre una guía clínica de colecistectomía laparoscópica puede tener la selección de pacientes aptos para ser ambulatorizados.

Material y Métodos: se analizó el seguimiento de la guía clínica y la estancia media de 165 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica de forma programada excluyendo aquellos intervenidos con episodios de colecistitis aguda o colédocolitiasis. Se analizaron, los datos demográficos, la introducción de alimentación, deambulación, control del dolor, náuseas y/o vómitos, uso de drenajes y las estancias derivadas de cada grupo (cumpliendo la vía clínica o sin cumplirla).

Resultados: aquellos pacientes que cumplieron la guía clínica fueron dados de alta en las primeras 24 hora de la intervención (85% de los mismos). El resto, con una estancia media de 3,4 días, presentaron los siguientes factores de riesgo: edad superior a 78 años, episodios previos de colecistitis, uso de drenajes, manejo de fármacos opiáceos en el postoperatorio (induciendo náuseas y/o vómitos). En los pacientes "ambulatorizables" no se encontraron complicaciones quirúrgicas a los 30 días, ni readmisiones no planeadas (0% vs 3,2% en pacientes que no siguieron la guía clínica).

Conclusiones: en aquellos pacientes previamente seleccionados e identificados como de bajo riesgo para una colecistectomía laparoscópica por una guía de práctica clínica, el procedimiento puede ser realizado de forma segura de forma ambulatoria.

M13.06

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA EN LA CONDICIÓN FÍSICA DE UN GRUPO DE PACIENTES DIABÉTICOS

D. M. O. Lucha López (0), D. A. C. Lucha López (1), D. C. Vidal Peracho (2), D. J. M. Tricás Moreno (3), D. L. Bernués Vázquez (3), E. Estébanez De Miguel (3).

(0) null, (1) Clínica Quirón. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.UZ, (2) Centro de Especialidades Grande Covián. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.UZ, (3) Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. UZ.
orolucha@unizar.es

Objetivos: La DM tipo 2 se ve favorecida por el sedentarismo, la edad,

el sobrepeso y por una tendencia genética. La obesidad supone un aumento de las desviaciones posturales y alteraciones músculo-esqueléticas que cursan con dolor (Gilleard, 2006).

En base a estas evidencias el objetivo del presente estudio ha sido contrastar si la realización por parte de una muestra de sujetos diabéticos y obesos de un programa de ejercicios de fisioterapia puede favorecer la disminución del dolor y la mejora de su condición física.

Material y Método: Se ha llevado a cabo un ensayo clínico basado en la realización de un programa de ejercicios de fisioterapia durante 12 semanas sobre una muestra de 38 diabéticos tipo 2 y obesos, divida en casos y controles.

Recogida de datos: Cuestionarios: Actividad física, VAS.

Evaluación de la condición física: Resistencia aeróbica, Flexibilidad, Fuerza, Equilibrio estático y dinámico.

Análisis de los datos: Se llevó a cabo con el software de estadística SPSS 12.0.

Estudio descriptivo: Toda la muestra en la primera medición.

Segmentando la muestra entre casos y controles en la primera y la segunda medición.

Prueba U de Mann-Whitney, para muestras independientes.

Situación de los casos frente a los controles en la primera y en la segunda medición.

Prueba T-Wilcoxon, para muestras relacionadas.

Las variables en la primera medición frente a la segunda medición tanto en los casos como en los controles.

Resultados y Discusión: La media en VAS en la primera medición fue de 6,49. El dolor disminuyó en el grupo de casos ($p=0,008$) pasando el dolor de la VAS a 3,12, mientras que se mantuvo en 6,32 en el grupo de controles.

La resistencia aeróbica ($p=0,000$), la flexibilidad ($p=0,000$), la fuerza de los abdominales ($p=0,000$) y la de los miembros inferiores ($p=0,000$) aumentó en el grupo de casos. Además, los casos al final del estudio tienen más resistencia aeróbica ($p=0,001$) y más fuerza en los miembros inferiores ($p=0,015$) que los controles.

Conclusiones:

1. El programa de ejercicios de fisioterapia disminuye la intensidad del dolor en la población diabética, sin modificaciones ponderales.
2. En toda la población diabética tratada mejoró tanto la resistencia aeróbica como la fuerza de la musculatura abdominal, la de los miembros inferiores y la flexibilidad de la musculatura posterior, lo que facilitó una mejora en la percepción del paciente sobre su forma física.

M13.07

EL EQUIPO INVESTIGADOR COMO INSTRUMENTO EFICAZ DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UNIDADES DE ENFERMERÍA

A. Serrano Ruiz*, S. Saboya Sánchez, M. Bragado, D. Monge Martín, P. Asenjo Hervás, I. Latorre Marco.

HOSPITAL PUERTA DE HIERRO.

aserrano.hpth@salud.madrid.org

1. Objetivos:

- a. Examinar las estrategias disponibles para modificar aspectos de la práctica asistencial en unidades de enfermería.
- b. Evaluar el impacto de una intervención a través de los grupos de trabajo constituidos por enfermeras en una Unidad de Cuidados Intensivos en el ámbito de un Ensayo Clínico.

2. Material y Métodos: Se realizó una intervención a través de un grupo de trabajo constituido por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, todas ellas investigadoras de un Ensayo Clínico financiado por el FIS. Se revisó la bibliografía disponible y se elaboró un protocolo de cuidado de catéteres venosos centrales. Posteriormente se implantaron las medidas correctoras con un plan de trabajo de 30 días de duración durante el mes de diciembre de 2007.

3. Resultados: La adherencia al protocolo de cuidado de catéteres venosos centrales fue del 100% de los casos analizados en función de los registros de los procedimientos en los documentos de la historia clínica (gráfica de constantes y evolutivo) además de en el cuaderno de recogida de datos del proyecto de investigación.

En función de las recomendaciones del CDC en lo relativo al valor estándar de las bacteriemias por 1000 días con catéter (episodios nuevos entre el número de días en los que los pacientes eran portadores de catéter) se marcó como objetivo de la intervención un valor inferior a 6 BRC por 1000 catéter-día. El último trimestre de 2007

las Bacteriemias Relacionadas con Catéter por 1000 catéter-día fueron de 6,24. Tras la implantación del protocolo y de las medidas correctoras, en el primer trimestre de 2008 el dato de BRC fue de 3,2 BRC por 1000 catéter-día, lo que supone un descenso del 51,28%.

4. Conclusiones: La intervención del equipo investigador y la implementación de las medidas correctoras basadas en la evidencia incluídas en el protocolo de cuidados de catéteres centrales se asociaron una evidente reducción de la tasa de bacteriemia relacionada con catéter.

Los grupos de trabajo en el ámbito de un proyecto de investigación conforman un instrumento eficaz a la hora de introducir mejoras en los sistemas de funcionamiento de las unidades de enfermería.

El número de bacteriemias relacionadas con catéter disminuyó de forma evidente tras la implantación del protocolo de cuidado de catéteres venosos centrales y de la puesta en marcha de las medidas correctoras.

M13.08

ELABORACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ELIMINACIÓN DEL VELLO QUIRÚRGICO

E. Altarribas, R. Cardiel, M. J. Dominguez, T. Laguarda, A. Robles, E. Roses (edm Paciente Quirúrgico).

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
ealtarribas@salud.aragon.es

Objetivos: Elaborar, implementar y evaluar el protocolo de Eliminación del Vello Quirúrgico basado en la evidencia científica (Instituto Joanna Briggs/Cochrane/CDC) con el objeto de estandarizar y unificar la eliminación del vello de la zona quirúrgica y, minimizar el riesgo de infección quirúrgica.

Métodos: El protocolo se ha elaborado e implementado en el Hospital Clínico de Zaragoza en las unidades de Neurocirugía (504 pacientes intervenidos en 2007), Traumatología (1695 pacientes intervenidos en 2007) y Cirugía General (1594 pacientes intervenidos en 2007) dichas unidades tienen un total de 154 camas. Los profesionales que participan en la implementación son 62 enfermeras y 58 auxiliares de enfermería. Las etapas del estudio: 1 Consenso del protocolo elaborado por el equipo de mejora de atención al paciente quirúrgico, 2 Análisis de las barreras de implementación y puesta en marcha de acciones de mejora, 3 Evaluación preimplementación del protocolo en quirófano, 4 Planificación de la implementación del protocolo a través de talleres de formación de 15 minutos y dossier gráfico del protocolo en unidades piloto, 5 Análisis de resultados con equipos y supervisoras de unidades piloto, 6 Implantación de acciones de mejora detectadas en la evaluación preimplementación y, 7 Evaluación postimplementación.

Resultados: Hasta la actualidad se ha realizado el protocolo de Eliminación del Vello Quirúrgico basado en la evidencia científica. Se analizaron las barreras que podían dificultar el proceso de implementación: Falta de información y formación, variabilidad de criterios entre los profesionales, dificultad para modificar la práctica habitual, dificultad para registrar en historia clínica las intervenciones realizadas y falta del material necesario. Se estudiaron 146 pacientes (total de intervenidos durante dos semanas en las 3 unidades piloto). El 18,5% de pacientes tenían en historia clínica indicación de eliminación de vello quirúrgico, al 45,9% se les eliminó el vello, de estos, el 97% se eliminó de la zona correcta y el 56,7% se eliminaba con maquinilla eléctrica, el 13,7% ducha antiséptica antes de la intervención. Las acciones de mejora implantadas: Difusión de información al equipo de 50 supervisoras, 14 talleres de 15 minutos en las unidades piloto y en aquellas que se relacionan con la actividad quirúrgica (UCI, Urgencias, Quirófano), dotación de maquinillas eléctricas y, dossier gráfico del protocolo.

Discusión: La implementación y evaluación de protocolos basados en la evidencia es de gran utilidad para evitar la variabilidad en la práctica clínica, identificar áreas de mejora y mejorar la calidad de los cuidados.

M13.09

ENCUESTA SOBRE RASURADO PREQUIRÚRGICO

A. Biurrun Larralde, A. C. Marín Guerrero.

Hospital Nuestra Señora del Prado.
anac_1975@hotmail.com

Objetivo: Conocer las preferencias de los distintos especialistas

quirúrgicos respecto a los diferentes métodos disponibles en la actualidad para la eliminación del vello alrededor de la incisión quirúrgica. La encuesta es la primera parte de un proyecto cuyo objetivo final es alcanzar un consenso para elaborar un protocolo de rasurado prequirúrgico.

Métodos: Se elaboró una encuesta con 7 preguntas, de las cuales cuatro iban dirigidas a los factores de rasurado que han demostrado tener alguna influencia en las tasas de infección del sitio quirúrgico. Las otras 3 permitían categorizar por sexo, grupo de edad y servicio. La encuesta fue contestada de forma anónima y voluntaria.

Resultados: El porcentaje de participación ha sido del 74% de un total de 57 cirujanos de 5 especialidades quirúrgicas.

Un 52,4% consideró la maquinilla de afeitar el método apropiado para el rasurado prequirúrgico, ninguno señaló la respuesta sin rasurar.

El 78,6% consideró como adecuada una longitud de vello de 0 mm. Solo el 2,4 % señaló la respuesta vello sin cortar. En cuanto al área libre de vello alrededor de la incisión, 45,2% de los cirujanos señaló como adecuada la opción de unos 5 cm y un 52,4% la opción de 15 cm o más.

En la pregunta relacionada con el tiempo transcurrido entre el rasurado y la cirugía un 52,4% considera lo prudente que este tiempo sea inferior a 2 horas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en la encuesta no concuerdan con la evidencia de la que se dispone en la actualidad. Actualmente se considera que la eliminación del vello antes de la cirugía no influye en las tasas de infección posteriores. Si se precisa eliminar el vello porque interfiera en la cirugía nunca rasurar con maquinilla de afeitar, lo recomendado es utilizar maquinilla eléctrica o crema depilatoria. Y realizar el rasurado en el menor tiempo posible próximo a la cirugía.

M14.01

DISCREPANCIAS Y CONCORDANCIAS ENTRE LOS DATOS OBJETIVOS Y LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE ATENDIDO EN URGENCIAS

A. Hernando Uzkudun, P. Barandiaran Ozaeta, J. Redín Espinal, R. Iglesias Retamar, E. Ansa Orlegui, P. Busca Ostolaza.

Servicio de Urgencias Hospital Donostia, San Sebastián.
AMAIA.HERNANDOUZKUDUN@osakidetza.net

PALABRAS CLAVE: Resultados, calidad percibida, urgencias.

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos en el proceso de atención urgente con los resultados de la encuesta de satisfacción realizada a los pacientes atendidos en urgencias.

Metodología: Análisis de resultados de los indicadores establecidos para la medición del proceso de atención urgente. Análisis de resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes atendidos en Urgencias. Búsqueda de parámetros comparables entre ambos métodos de medición de la calidad del servicio. Comparación de datos objetivos obtenidos en el mismo período en que fueron atendidos los pacientes de la muestra seleccionada para la realización de la encuesta.

Resultados: Se han encontrado siete parámetros cuya medición se está realizando a través del sistema de monitorización de indicadores que tiene establecido el servicio de Urgencias y que coinciden con determinadas cuestiones que son analizadas desde las encuestas de satisfacción.

La primera de ellas se refiere al modo en que acuden los pacientes a Urgencias; según los datos del servicio el 62% acuden por iniciativa propia y lo hacen en el 66% según datos de la encuesta. Se realiza el triaje al 100% de los pacientes, sin embargo sólo el 73,4% de los pacientes lo identifica. El 48% de los pacientes considera que el problema por el que acudió a Urgencias era grave o muy grave lo que se corresponde con el 43,1% de pacientes a los que en el triaje se les asignó prioridad 1, 2 y 3. El tiempo medio de estancia en Urgencias es de 181 minutos y los pacientes refieren que la media es de 167,5m. El 25,9% de los pacientes fueron ingresados en el hospital, frente al 21% de pacientes encuestados, que refieren haber ingresado. Al 71,4% se les realiza alguna prueba complementaria y según los pacientes encuestados al 70,5%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción, además de utilizarse para medir la calidad percibida pueden servir para analizar determinados parámetros de actividad, calidad y plazo, que no todos los servicios están en situación de poder analizar de forma sistemática.

M14.02

EL FORO "MESA DE CAMAS" ES EFICIENTE, PERO ¿QUÉ OPINAN LOS PARTICIPANTES? Y ¿CÓMO PODEMOS MEJORARLO?

D. Montserrat-Capella*, J. Gómez-Rodrigo, M. Alcaraz-Esteban, J. R. Martínez-Alonso, B. De Andrés Gimeno, B. Ayuso-Fernández.

Hospital Universitario Puerta Hierro.
mmontserrat.hpth@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: La "Mesa de Camas" es un foro de gestión y participación donde diariamente se analiza, y posteriormente se prioriza, la situación asistencial del hospital y las necesidades de ingreso/alta/derivación de pacientes urgentes y programados.

OBJETIVOS: Valorar la utilidad asistencial, determinar el nivel de satisfacción de los profesionales que integran el foro y plantear posibles mejoras.

METODOLOGÍA: Realización de una encuesta de opinión y satisfacción mediante entrevista personal de la coordinadora de Calidad. El cuestionario consta de 24 preguntas que valoran la organización del foro, la comunicación entre los grupos, la percepción de utilidad -para los pacientes y para la actividad de los profesionales- y la satisfacción. Tratamiento de datos con Access y SPSS. Finalmente hay un bloque de preguntas abiertas sobre aspectos a mejorar y sugerencias que se procesa por un diagrama de afinidades modificado. Se ha diseñado un modelo de informe para presentar los resultados al grupo.

RESULTADOS: Entrevista con 29 personas participantes en el foro representantes de urgencias(5/5), servicios clínicos(13/17), admisión(5/5) y dirección(6/6). La valoración de la organización es muy positiva(>93%) en aspectos referidos al desarrollo, horario y asistencia, no tanto en el cumplimiento de los acuerdos valorado positivamente por el 58,6% de los encuestados. La mejora de la comunicación entre los grupos profesionales se ha puntuado con 7,2 -sobre 10, siendo la valoración más alta la existente entre urgencias y dirección y la más baja entre los servicios clínicos no incluye urgencias. Se considera muy útil para los pacientes de urgencias pendientes de ingreso (93,10%), y más discutible (53,38%) para la gestión interna de los servicios clínicos. El nivel de satisfacción con el funcionamiento del foro, tiene un valor medio entre 7,2 y 8,0 en el total de la muestra.

DISCUSIÓN: Se reafirma el alto nivel de satisfacción de los participantes. La aportación de los profesionales propone mejoras respecto a: 1-Creación de un foro para pruebas diagnósticas y terapéuticas. 2-Elaboración de un protocolo de asignación de pacientes desde la urgencia a los servicios clínicos. 3-Precisión en la información que aportan los servicios clínicos. 4-Balance de resultados para seguimiento y control de acuerdos. Esta información ha sido considerada de interés primordial para mantener el foro ante el próximo traslado de la sede del hospital.

M14.03

EL ÍNDICE DE PRIORIDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS COMO ELEMENTO INNOVADOR DE LA PRIORIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SESCAM
F. Alcázar Casanova (0), O. Solas (1), M. Tejero (0), F. Iglesias (0), J. M. Bleda (0), R. Gutiérrez (0).

(0) Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, (1) Fundación Investigación Sanitaria Castilla-La Mancha.
falcazar@jccm.es

SESCAM realiza, anualmente, estudios de evaluación de calidad percibida y satisfacción usuarios ingresados en los hospitales, con el objetivo de evaluar la satisfacción y calidad de la atención percibida durante su hospitalización de acuerdo a un conjunto de dimensiones (ítems):

- Imagen del centro.
- Equipamiento.
- Tecnología.
- Valoración de los profesionales médicos.
- Valoración de los profesionales de enfermería.
- Etc.

De este modo detectamos áreas de mejora que, en opinión de los pacientes, estimularían positivamente su satisfacción y, por tanto, deberían considerarse en los planes de calidad de cada centro.

A partir de 2007 se ha incorporado el Índice de prioridad (*), como elemento innovador en la gestión de la calidad. Este índice permite introducir la opinión de los pacientes "priorizando" y poniendo en valor los aspectos clave a mejorar para aumentar su satisfacción con la calidad de la atención recibida.

Método: Se ha realizado un estudio descriptivo-trasversal, mediante encuesta telefónica a una muestra de 3767 pacientes (error + 1.4 %), dados de alta hospitalaria entre el 1 y 30 de Septiembre de 2007.

El índice de prioridad se calcula para cada ítem o aspecto sobre el que se pregunta en la encuesta, se ha realizado el estudio en cada hospital y en todo el SESCAM, lo que permite tener una visión de conjunto, e introducir metodologías de benchmarking. El índice de prioridad se obtiene sumando:

- La media de la correlación de cada "ítem" con los dos ítems de satisfacción global (la satisfacción global con el servicio recibido y la fidelización del paciente-recomendación del centro a un familiar o amigo-).
- Y la insatisfacción, inverso de la valoración de la satisfacción de cada ítems.

Por lo tanto cada "ítem" es valorado como más prioritario si su correlación con la valoración de los índices de satisfacción global es alta y la satisfacción del propio "ítem" es baja (insatisfacción).

Resultados: En el conjunto de hospitales del Sescam los pacientes priorizan los siguientes aspectos susceptibles de mejora:

- Disposición de los profesionales (médicos y enfermería) para ayudarle cuando lo necesita.
- Confianza y seguridad.
- Trato personalizado.
- Información durante la hospitalización.

El índice de priorización aporta información directa hacia la toma de decisiones, a nivel macro, meso y micro, aproximando las "prioridades" de pacientes a la gestión de calidad en cada centro y así, implementar acciones directas y efectivas.

(*) Elaborado en colaboración con FBA Consulting

M14.04

EL PAPEL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN EL PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE UNA ORGANIZACIÓN
M. Casanovas Huguet*, I. Albó Poquí, N. Torres Esparza, E. Vives Vives, J. Gallardo Mena, A. Carballo Almeida.

Sistema d'Emergències Mèdiques.
montse.casanovas@sem.gencat.cat

Objetivos: Conocer los principales motivos de insatisfacción de los ciudadanos asistidos por una empresa de atención a las urgencias y emergencias sanitarias, a partir de los contactos con la oficina de atención al ciudadano (OAC). Identificar puntos débiles en la organización y proponer acciones de mejora, en relación a la accesibilidad, la adecuación de la respuesta, la competencia profesional, la utilización de la documentación clínica, la organización y el trato.

Material y métodos: Se analizan todas las solicitudes recibidas en la OAC durante el período comprendido entre el 1 de julio de 2006 y el 30 de junio de 2007.

Se estudian los motivos de solicitud. De éstos se tienen en cuenta sólo aquellos que ponen de manifiesto posibles puntos débiles en la organización y prestación del servicio. Se cuantifican y se comprueba la ley de Pareto.

Mediante una sesión de brainstorming y en base a criterios de mayor frecuencia, gravedad, capacidad de detección y posibilidades de mejora, se priorizan 3 motivos, de los cuales, se identifican posibles causas, se elaboran los diagramas de Isikawa y se proponen acciones de mejora.

Resultados: Durante el período estudiado, se registraron 1.556 solicitudes (0,03% del total de servicios prestados por la empresa durante el mismo período). De éstas, un 32% fueron reclamaciones, un 27% problemas relacionados con la documentación (informes asistenciales, recetas) un 22% objetos perdidos, un 16% peticiones de información diversa, un 2% agradecimientos y un 1% sugerencias.

En 1.139 casos la solicitud expresaba la posibilidad de servicio no conforme. Se observaron 30 motivos distintos. Cumpliéndose la ley de Pareto, el 20% de los motivos se expresaban en más del 80% de las solicitudes. Los problemas que se acordó priorizar fueron: objeto perdido, no entrega de informe y trato inadecuado.

Las causas identificadas se concretan en: indefinición de algunos

procesos, desconocimiento de los mismos por parte de algunos profesionales y falta de habilidades comunicativas. Se han propuesto acciones de mejora en la línea de la formación en habilidades comunicativas y el diseño y difusión de procedimientos.

Conclusiones: La actividad de la OAC representa un porcentaje muy bajo en relación al total de servicios prestados por la empresa. Con todo, el análisis y estudio de las solicitudes es de gran utilidad para detectar puntos débiles en la organización y proponer acciones de mejora. La monitorización de los resultados será también una herramienta útil para la evaluación de los proyectos de mejora.

M14.05

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES EN DIÁLISIS

I. Moína Eguren, I. Ugarte Aróstegui, O. González Peña, R. Ortiz De Vigón, A. Bergareche Nuñez, J. Arrieta Lezama.

Hospital de Basurto, Bilbao.

inigo.moinaeguren@osakidetza.net

Las Encuestas de Satisfacción de los Pacientes se aplican con regularidad en nuestras Unidades de Hospitalización, en pacientes que acaban de ser dados de alta de procesos agudos o agudizados, y que en general se sienten mejor que antes de ingresar. Aplicarlas a pacientes sometidos a terapias crónicas y no curativas plantea el temor de que los resultados sean negativos, pero siguen siendo herramientas útiles para evaluar la percepción de los pacientes sobre el tratamiento que reciben. No debemos olvidar que la satisfacción se refiere a la comparación subconsciente entre los resultados y las expectativas del paciente. Si estas eran excesivas ¿y hasta cuándo tengo que seguir dializándome? demuestran también un problema de mala información.

Planteamos una Encuesta con una metodología basada en 8 áreas, la mitad pertenecientes al Plan Estratégico del Hospital y las otras más específicas del Servicio:

Plan estratégico	Específicos del Servicio
Accesibilidad	Transporte
Información	Resolución de problemas
Trato	Organización del equipo
Confort	Confianza

Estructura del Cuestionario:

Aspectos demográficos 5 ítems

Alternativas de respuestas cerradas 32 ítems

Campo abierto de sugerencias / observaciones

Resultados: En comparación con las Encuestas en Hospitalización sorprende la alta tasa de respuestas, del 80%. No hemos encontrado diferencias significativas entre las respuestas de los pacientes en Hemodiálisis y en Diálisis Peritoneal. Las valoraciones globales positivas superaron el 90% en accesibilidad, trato, confort, y calidad técnica. Se aprecian deficiencias en la valoración de la intimidad, retrasos del transporte e información. Los pacientes aportan sugerencias útiles sobre reformas en los aseos y pequeños aspectos del trato personal y profesional. Un 66% considera que el Nefrólogo debe atender también a sus patologías "no renales".

En conjunto, creemos que es una experiencia útil y que con pequeñas modificaciones en el cuestionario y su interpretación puede convertirse en una herramienta que nos permita mejorar en el trato de los pacientes y en la percepción que ellos tienen del mismo.

La rotación de nuestras actuales Unidades de Diálisis (mortalidad + trasplante) hace que en repeticiones bienales de las encuestas, un 50% de los pacientes sean nuevos. Parece también conveniente valorar por separado las respuestas de los lleven menos de dos o tres meses sometidos a diálisis.

M14.06

ES POSIBLE AGILIZAR LOS CIRCUITOS DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS

M. T. Escribano Catalán, T. Antofianzas Lombarte, M. Febrel Bordeje, G. Miguel Sapela, D. Judez Legaristi.

Gobierno de Aragón.

mtescrban@aragon.es

OBJETIVOS: Diseño de un nuevo circuito que permita la agilización de trámites de las reclamaciones de pacientes presentadas ante El Justicia de Aragón, relacionadas con el departamento de Salud y Consumo.

Líneas de intervención:

- Garantizar los derechos de los usuarios/reclamantes.
- Contribuir a que El Justicia de Aragón pueda dar una respuesta más ágil.
- Mejorar la fiabilidad de las respuestas al proporcionar información objetiva en un espacio más corto de tiempo.
- Mejorar la eficiencia al eliminar trabajo meramente burocrático en diferentes niveles de la administración.

MATERIAL/MÉTODOS: Se han realizado entrevistas con los diferentes integrantes del circuito existente y se ha analizado la documentación al respecto, para valorar si se hacía preciso modificar alguna normativa.

Se realizaron una serie de reuniones con los Gerentes de los Servicios proveedores de Servicios de Salud y con las personas que en cada nivel atendían este tipo de reclamaciones.

Se determinaron los pasos que podían ser eliminados sin que por ello se perdiese información en cada nivel.

RESULTADOS:

- Reducir la inquietud que genera al usuario, no tener respuesta pronta por un problema planteado.
- Reducir trámites administrativos que no añaden valor al proceso.
- Para el Justicia la posibilidad de conocer con la mayor inmediatez la resolución del problema.
- Proporcionar al caso una respuesta objetiva con prontitud lo que evitará acciones que al no tener conocimiento de esos datos objetivos, se pueden llevar a cabo por parte de la oficina del Justicia o del propio reclamante.
- Dar respuesta al problema planteado en un tiempo adecuado.
- Mejorar la eficacia y la eficiencia del Sistema.

En el momento actual, las reclamaciones que los usuarios del Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón presentan ante El Justicia de Aragón, siguen un circuito tortuoso que provoca en ocasiones una demora excesiva de tiempo hasta que la respuesta a las mismas, vuelve a llegar a la oficina del Justicia.

La creación en el Departamento de Salud y Consumo de una Dirección General de Atención al Usuario, brinda la oportunidad de crear circuitos más ágiles que permitan acortar trámites y por consiguiente dar una respuesta más rápida, tanto al Justicia como a las personas que han formulado la queja.

M14.07

ESPACIO DE ASOCIACIONES

M. J. Planas* (1), M. Jabalera Contreras (1), O. Nadal Castan (2), G. Puche Rubio (3).

(1) Dirección de Planificación y Calidad (2) Dirección de Ingeniería (3) Dirección de Enfermería Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona.

mjplanas@hsjdbcn.org

Objetivo: Crear el Espacio de Asociaciones como una forma de acercar a las familias, a través de los movimientos asociativos, a la organización del hospital.

Metodología: Se desarrollan tres fases: (1) Análisis de situación inicial (se analizan: la situación actual de las relaciones con las diferentes asociaciones vinculadas con el hospital, las iniciativas relacionadas con entidades y asociaciones de pacientes existentes y las distintos servicios que puede ofrecer el Espacio). (2) Puesta en marcha del Espacio (se acondiciona el lugar que se ha destinado con todos los requisitos, se selecciona e incorpora a la persona responsable y se informa a todos los profesionales sobre las asociaciones vinculadas a las enfermedades infanto-juveniles). (3) Jornada de presentación al público objetivo (organización de una jornada de presentación del Espacio dirigida a las asociaciones y a padres de pacientes, con participación de éstas y de profesionales médicos en las mesas redondas).

Resultados: El centro ha puesto a disposición de las entidades un lugar y una persona responsable. El número de asociaciones que han contactado con el Espacio se ha ido incrementando, así como las distintas formas de colaboración entre asociaciones-pacientes-hospital. Las asociaciones que se han instalado son: la Associació Catalana per a la Promoció de les Persones Sordes (ACAPPS), Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics de Catalunya (AFANOC), la Associació d'Ajuda als Afectats de Cardiopaties Infantils de Catalunya (AACIC), la Associació d'Al·lèrgics Alimentaris i al Làtex

de Catalunya, la Asociación Nacional para Problemas de Crecimiento y la Associació Catalana de Malalties Neuromusculars.

Conclusiones: El hospital era consciente de que, a pesar de que las asociaciones de pacientes siempre han estado presentes en el centro, existía la necesidad de crear un canal de información para que los pacientes y sus familiares pudieran tener acceso a las asociaciones y viceversa.

Esta necesidad se ha convertido en una realidad ya que el espacio ofrece a las familias una herramienta de ayuda una vez ha finalizado su paso por el hospital. En definitiva, el hospital quiere seguir ofreciendo un servicio indirecto a los niños, a través de las asociaciones de padres, vinculando sus objetivos con los del hospital.

M14.08

ESTUDIO COMPARATIVO DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN A PACIENTES EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

L. Calleja Pérez*, R. Del Toro-Ruiz, F. Babiera-Serrano, F.J. Pérez-Sánchez.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.
leycal@eurest-colectividades.com

OBJETIVOS: Identificar los puntos débiles de nuestra organización en comparación con el resto de hospitales de la región, establecer planes de mejora en base a la información recogida.

METODOLOGÍA: En el año 2007 se realizó una encuesta de calidad para pacientes adultos dados de alta en los servicios quirúrgicos, médicos y puerperas en los 9 Hospitales públicos de Agudos de la Región de Murcia, una de las preguntas hacía referencia al servicio de alimentación, el Hospital Morales Meseguer, quedó en la posición 9 en servicios quirúrgicos y en la 6 en servicios médicos.

Como plan de mejora de calidad se realizó un estudio observacional, descriptivo de carácter transversal entre todos los hospitales participantes en dicha encuesta, dividido en parámetros tales como la calidad en el servicio a planta, calidad en el servicio de dietética, personal de cocina e infraestructuras.

Como información complementaria se realiza una encuesta acerca de la información de que dispone el paciente sobre el servicio durante su ingreso.

RESULTADOS: La comparativa realizada arroja como resultados más significativos el ratio personal del servicio/numero de pacientes, constatando que un incremento del ratio no constituye igualmente un mejor resultado en la encuesta, así mismo podemos constatar que un incremento en el número de servicios tampoco implica una mejora en la calidad percibida por el paciente. No se constató ninguna diferencia significativa en las infraestructuras, siendo factor diferencial la simplicidad de los menús y la reducción en la libertad de elección del paciente.

Los hospitales con autogestión y gestión compartida obtenían un apoyo por parte del personal de planta integrándose en el desarrollo óptimo del servicio y sintiéndose eslabón dentro del sistema.

Como resultado de la encuesta de información realizada en nuestro centro observamos que más del 70% de los pacientes encuestados desconocen la dieta prescrita por su médico y por lo tanto las restricciones alimentarias que ello conlleva, no pudiendo realizar comparación con el resto de hospitales.

CONCLUSIONES: En ocasiones, el incremento en la oferta de servicios y en la variedad de platos no constituye por sí mismo un aumento de la calidad percibida por el paciente, a la vista de los resultados podemos interpretar que un solo menú basado en platos "estrella" es percibido como más calidad que una oferta de varios menús, con alternativas de elección.

M14.09

EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA AL PACIENTE SOBRE EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

A. Faura Martínez*, P. Rubio Sastre, L. Sánchez Robles, L. Calleja Pérez, J.L. López Morales.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.
leycal@eurest-colectividades.com

OBJETIVOS: Valorar la información suministrada al paciente hospitalizado sobre el servicio de alimentación.

Elaborar un modelo informativo y hacer entrega del mismo al ingreso del paciente.

Evaluar la implantación.

METODOLOGÍA: En la encuesta de calidad feb-08 realizada al paciente, se detecta, como sugerencia más notable, la demanda de información.

Realización de un pretest para determinar el grado de información de que dispone el paciente, consistente en 5 preguntas cerradas y 3 abiertas.

Elaboración de un díptico informativo por dietistas y nutricionistas del servicio de alimentación del hospital, y entrega al ingreso del paciente por parte del personal de planta.

Realización de un posttest para determinar el grado de información de que dispone el paciente tras la entrega del díptico.

RESULTADOS: Tras el análisis del pretest constatamos que el 87% de los pacientes encuestados desconocen el horario de servicio de las comidas; que el 64% desconoce la dieta prescrita por su médico; que al 55% no le han explicado en qué consiste su dieta; y que el 83% de los pacientes que inicialmente tienen menú de elección, dejan de tenerlo, desconociendo la causa de su cese.

Tras la implantación del folleto informativo constatamos una reducción significativa en cada uno de los parámetros.

CONCLUSIONES: La falta de información sobre el servicio de alimentación crea en el paciente dudas que implican a otros profesionales de la salud. El proporcionar información al mismo acerca de las pautas de alimentación que va a llevar durante su ingreso hospitalario, proporciona por el contrario una seguridad basada en la capacidad de prever los cambios y darles sentido.

M15.01

FUEGO EN QUIRÓFANO. ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ DE UN ACCIDENTE EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE OFTALMOLOGÍA

M. Berasategi Orbegozo, A. Beristain Etxabe, J. A. Urcola Carrera, S. Castelo Zas, J. Taboada Gómez.

Hospital de Mendaro.

mirenberasategi@euskalerrria.org

Objetivos: Analizar las causas que propiciaron la aparición de fuego durante una intervención oftalmológica.

Identificar e instaurar las medidas necesarias para evitar la repetición de este tipo de accidentes (eventos centinela).

Material y métodos: Descripción del accidente:

Una mujer de 69 años sin antecedentes médicos de interés se somete a una blefaroplastia bilateral. Según la práctica habitual, se monitorizan constantes, se canaliza una vía periférica y se colocan gafas nasales con oxígeno a 3 l/min. Se infiltra anestésico y vasoconstrictor en ambos párpados. Se cubre el campo quirúrgico con 2 paños fenestrados de tela y con 2 Steri-Drapes desechables. Se comienza la intervención con una potencia de corte del bisturí eléctrico de 8 W. Al aumentar la potencia a 11 W. para la coagulación se produce una llamarada, lo que provoca que comience a arder el campo quirúrgico y la sábana de la mesa y ocasiona quemaduras de 1º y 2º grado en la cara de la paciente. Rápidamente se apaga el fuego y se realizan las primeras curas en quirófano, posteriormente se traslada a un hospital terciario. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con curas ambulatorias.

Análisis causa-raíz:

Se emplea el ACR como herramienta para la detección de las posibles causas que propiciaron el accidente. De forma estructurada y cronológicamente se investigan las siguientes preguntas: ¿qué ocurrió?, ¿qué se hizo bien y funcionó adecuadamente?, ¿qué no se hizo bien o falló?, otra información complementaria. La investigación la realizaron dos enfermeras de quirófano, presentes en el momento del accidente.

Resultados: Análisis causa-raíz:

¿Qué ocurrió?: Aparición de fuego durante una blefaroplastia que provocan quemaduras de 1º y 2º grado en la cara de una paciente.

¿Qué se hizo bien y funcionó adecuadamente?: Se consideraron los factores clínicos. Actuación según protocolo. Se actuó de manera diligente ante la aparición del fuego.

¿Qué no se hizo bien o falló?: Se administró oxígeno a una paciente que no lo requería. Creación de bolsa de oxígeno por la colocación del campo quirúrgico. Trabajar con una fuente de ignición en presencia de un acelerador. Aunque se fue diligente ante la aparición del fuego se actuó de manera improvisada.

Conclusiones:

- No poner oxígeno excepto en pacientes con una saturación de oxígeno inferior al 90%.
- Utilizar sábana fenestrada de tela.
- Dejar la nariz al descubierto para evitar sensación de ahogo.

M15.02**GESTIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LA IMPLANTACIÓN DE ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN**

A. B. Martínez Juez*, E. Murcia Sánchez, A. J. Carrascosa Fernández, R. Saldaña Casado.

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.
e.murcia@hotmail.com

La obtención de la certificación ISO 9001:2000 en relación al control del dolor postoperatorio de nuestra Unidad de Dolor Agudo (UDA) ha implicado que la seguridad del paciente adquiriera una especial relevancia.

Objetivo: Describir el diseño e implantación desde una UDA de un sistema de vigilancia para la analgesia controlada por el paciente (PCA), con un plan de registro de incidentes y desarrollo de los indicadores de riesgo.

Material y métodos: Tras implantar un proceso operativo de control del dolor y una serie de procesos de apoyo relacionados con la preparación, distribución de soluciones analgésicas, transporte y recogida material, se creó una base de datos de incidentes que permitiera definir los sucesos centinela, la monitorización de indicadores y la notificación sistemática de fallos.

Asimismo, se desarrolló un plan de difusión y formación continuada en manejo de estas técnicas. Se abrieron vías de comunicación con el Grupo de Trabajo de Riesgos Sanitarios del Hospital con el fin de elaborar la metodología para el análisis causa raíz.

También se estableció un plan de mantenimiento preventivo de las bombas.

En Marzo de 2008 se evaluaron los resultados obtenidos.

Resultados: Desde Marzo de 2004 hasta Marzo de 2008 fueron atendidos por la UDA 4972 pacientes. Del total, 1921 utilizaron PCA. Esta técnica sufrió un crecimiento gradual del 12,23% el primer año a un 45,89% el cuarto. Durante este período se registraron 20 incidentes relacionados con la PCA y 1 suceso centinela que implicó acciones correctoras. De entre las acciones de mejora resaltaron: 1) la diferenciación de la vía neural e intravenosa mediante la utilización de sistemas identificativos de distintos colores; 2) la centralización de las modalidades analgésicas en un único tipo de bombas. Este último punto permitió la gestión de riesgos mediante la monitorización de la bomba que se asignaba a cada paciente, una mínima manipulación de las soluciones analgésicas y el mantenimiento de las bombas por la casa proveedora.

Conclusiones:

1. La introducción de la PCA en la práctica clínica ha de ser gradual y fundamentada en la seguridad del paciente.
2. Es esencial la formación del personal sanitario.
3. La realización de un plan de mantenimiento preventivo de las bombas y la implantación de un circuito de transporte minimiza las incidencias.
4. De forma periódica se deben reevaluar los puntos débiles implementando mejoras.

M15.03**GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS A TRAVÉS DE UN PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y CORRECTO MANTENIMIENTO DE LAS VACUNAS DEPENDIENDO DE SU TERMOSENSIBILIDAD**

G. Gómez Montero*, M. Estepa Muñoz, M. Á. Rodríguez Martínez, R. González Gascón, M. Cid Artigas, A. Sebastián Palomino.

Gerencia de Atención Primaria Área 2 de Madrid.
ggomez.gapm02@salud.madrid.org

OBJETIVOS: A instancias de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en Marzo de 2007 se constituyó en el área 2 de Atención Primaria la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios para mejorar la seguridad de los pacientes, identificar los riesgos potenciales y promover medidas para prevenirlos o reducirlos. Una de las estrategias en materia de gestión de riesgos sanitarios prioritarias era elaborar procedimientos vinculados al estado óptimo

de las vacunas, por lo que se diseñó un procedimiento de control y mantenimiento de la cadena del frío en todos los Centros de Salud. El objetivo planteado es minimizar los posibles riesgos para los pacientes, derivados de una inadecuada conservación de las vacunas.

MATERIAL Y MÉTODO: La Dirección de Enfermería formó un grupo de trabajo para la implantación de un procedimiento de control y mantenimiento de la cadena del frío en todos los Centros de Salud. Dicho grupo revisó la literatura acerca de la cadena del frío en el mes de marzo de 2007. Con esa información se elaboró un diagrama de Ishikawa para conocer los factores que pueden influir en dicha cadena. Con ello se realizó un documento que describe las actividades diarias y mensuales a realizar en cada Centro de Salud para garantizar el mantenimiento de la cadena del frío.

Para evaluar el proceso se ha creado un registro informatizado de comunicación y archivo de incidencias. La comunicación con los responsables de vacunas en los centros para notificar incidencias es directa y en tiempo real a través del correo electrónico.

Diseño de una monitorización de incidencias registradas, valorando las medidas correctoras generadas, que se realizará transcurrido un año de la implantación.

RESULTADOS: Se ha creado e implantado el procedimiento en todos los Centros de Salud.

Existe un registro informatizado de incidencias centralizado en la Dirección de Enfermería.

Todos los responsables de vacunas del área disponen de correo electrónico corporativo.

Se ha diseñado la monitorización y está pendiente de evaluación.

CONCLUSIONES: La implantación del procedimiento ha permitido un mejor control del riesgo potencial asociado a la gestión y almacenaje de las vacunas.

La comunicación con los responsables de vacunas se ha agilizado, tanto para la notificación de incidencias como la transferencia de información.

La puesta en marcha de esta estrategia ha conseguido sensibilizar e implicar a las enfermeras del área en materia de gestión de riesgos sanitarios y de seguridad de los pacientes.

M15.04**GESTIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA**

A. M. Lozano Menor, R. M. Salazar De La Guerra, J. Minaya Saiz, M. Fernandez Busnadiego.

HOSPITAL GUADARRAMA.
alozano.hgua@salud.madrid.org

Objetivos: La importancia que tienen las caídas en los pacientes geriátricos viene determinada por su prevalencia y por la consecuencia tan negativa que estas tienen en su proceso de recuperación, tanto a nivel físico como psíquico.

En el hospital, conscientes de esta situación, pretendemos estudiar a fondo todas las circunstancias que las rodean, con los objetivos de:

- Conocer cuales son las situaciones que originan mayor riesgo de producir caídas en el hospital.
- Establecer las medidas necesarias para minimizar las caídas y sus consecuencias.
- Establecer las pautas de actuación idóneas en cada caso.
- Difundir las pautas de actuación.

Material y Método: Se trata de un estudio descriptivo de las caídas producidas durante el año 2007. Tras producirse la caída y atender al paciente se cumplimenta un registro donde quedan reflejados los factores que han rodeado dicha caída, tanto intrínseca como extrínseca. A la semana se realiza una nueva valoración en la que se detectan secuelas que no pueden ser apreciadas en una primera intervención, y en cada unidad se analizan las posibles causas. Trimestralmente estos datos se revisan en el grupo de trabajo, donde se vela por el mantenimiento actualizado del protocolo de actuación y por la difusión de las recomendaciones necesarias.

Resultados: De los 83 casos estudiados, 46 correspondían a pacientes independientes o con dependencia leve; 11 presentaban dependencia moderada; 1 dependencia severa y 25 presentaban deterioro cognitivo o desorientación. Según esto se evidencia que la incidencia de caídas es mayor a medida que disminuye la dependencia del paciente.

Las transferencias, seguidas de los factores extrínsecos, son las

causas más frecuentes de caídas relacionadas con la movilidad. En pacientes con deterioro cognitivo o desorientación hay que valorar el estado funcional, la calidad de vida y el efecto beneficioso potencial, antes de aplicar contenciones físicas.

Conclusiones: Como profesionales debemos favorecer la formación y educación del personal sanitario, supervisar y ayudar a los pacientes con riesgo de caídas y ser conscientes de los factores que pueden aumentar dicho riesgo. Poner en marcha estrategias de prevención y valorar el efecto beneficioso potencial de las contenciones físicas como prevención de las caídas, revisando periódicamente su indicación.

M15.05

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES Y SEGURIDAD DE PACIENTES: UNA MEJORA ALCANZABLE

M. Menéndez-Fraga, A. Díaz-ordoñez, C. Galán-Artime, M. Fuentes-Fernández, C. Moreno-Planillo, F. Vázquez-Valdés.

Hospital Monte Naranco, Oviedo.

mariadolores.menendez@sessa.princast.es

Objetivo: Uno de los objetivos básicos en seguridad de pacientes es la correcta identificación de los mismos mediante una pulsera de identificación. El objetivo en nuestro hospital fue en estos años incrementar la identificación de pacientes

Material y métodos: ¿Por qué?: necesidad de una mayor seguridad de los pacientes; ¿Quién?: todos los pacientes ingresados durante los años 2005-2007; ¿Qué?: Pulseras de identificación de pacientes (178 pacientes por audit.); ¿Dónde?: Todas las unidades de hospitalización, principalmente pacientes geriátricos; ¿Cuándo?: Mensual- Bimensual; ¿Cómo?: Estudio sin avisar al personal por la gestora del riesgo clínico, las pulseras de identificación se comparan a la lista censal generada esa misma mañana corrigiéndose sobre la marcha los errores de los mismos; Verificación realizada: presencia o no de la pulsera, nombre correcto del paciente, legibilidad de los datos. Indicador: número de pacientes con pulsera correctamente colocada.

Resultados: Los cortes anuales en el 2005 presentó una media de 91,3% (rango 87,4-94,1), en el 2006 media 93,1% (rango 89,2- 96,2) y en el año 2007 media del 92,5% (rango 87- 98,8). Por tipo de error hubo 247 pulseras sin identificar, 50 mal etiquetadas, 23 no legibles. La tendencia en estos años fue estable en errores sin identificar (5,7, 5,8 y 6,2), aumento en ilegibles (0,3, 0,4 y 0,8) y disminución en mal etiquetadas (2,7, 0,7, y 0,4) . Opciones de mejora: Los resultados se discuten con las supervisoras de las unidades y en las reuniones de la Dirección de Enfermería con las supervisoras, participación en el grupo de trabajo del SESPA para la elaboración de un protocolo de identificación de pacientes, marzo de 2007 introducción de pulseras de tinta indeleble, impresoras de las pulseras localizadas en 2 unidades, formación de uso de las impresoras, retroalimentación al personal de los datos y a través de la comisión de supervisoras de enfermería.

Conclusiones: 1) El porcentaje de >90% de identificación es bueno pero mejorable y la excelencia sería alcanzar el 100%, 2) Se requiere control periódico y refuerzos de esta actividad para mantener los estándares y la realización de un video (con el Instituto Adolfo Posada) puede ayudar a concienciar al personal, 3) Mejoras futuras: implicar a pacientes/ familiares en esta actividad y usar de rutina al menos dos indicadores antes de realizar cualquier actividad o procedimiento sobre el pacientes.

M15.06

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE, UNA ESTRATEGIA PARA SU SEGURIDAD. ¿LO CONSIDERA ASÍ EL PACIENTE?

L. Jiménez Bea* (0), A. Carbonel Ramón (0), J. Coca Moreno (1).

(0) Hospital Universitario Miguel Servet, (1) Atención Primaria Sector Zaragoza II.

ljimenezb@salud.aragon.es

El convenio de colaboración de 2006, entre Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Aragón, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, permitió el desarrollo de iniciativas y proyectos sostenibles sobre la identificación de pacientes, con la adopción del mismo sistema identificativo.

Objetivos: Establecer un mecanismo de prevención primaria para la seguridad del paciente, mediante pulsera identificativa. Informar al paciente. Conocer su opinión sobre las nuevas medidas de seguridad

implantadas para su identificación en el hospital y su percepción sobre la implicación de los profesionales en las mismas.

Material y métodos: En el Hospital Universitario Miguel Servet, con una media de ingresos de 46.000 pacientes año, se ha implantado a los pacientes adultos ingresados y pacientes adultos que solicitan asistencia a través del servicio de urgencias. Su monitorización, se realiza mediante estudio transversal de un día, por observación directa.

Se ha elaborado un díptico informativo para entregar a los pacientes. Posteriormente se realiza una encuesta, con escala de medición nominal, en una muestra de 272 pacientes adultos hospitalizados.

Resultados: El 92% de los pacientes hospitalizados están identificados, y el 100% en el servicio de urgencias.

Con un 98,5% de respuesta, la encuesta muestra (IC 95%) que un 87% sabe para qué lleva la pulsera, un 45% han recibido información verbal y un 26,5% escrita, al 14% le resulta molesta, el 93% considera importante estar identificado durante su estancia en el Hospital, el 59% ha observado que el personal sanitario, comprueba su identidad antes de hacerle cualquier prueba o suministrarle medicación, un 89,5% considera que el personal sanitario se preocupa por su seguridad, y el 12% considera que debería haber algún cambio de actitud entre el personal del Hospital, para sentirse más seguro.

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes consideran muy importante estar identificados durante su estancia hospitalaria, siendo conocedores del motivo por el que se les ha colocado la pulsera, sólo le resulta molesta a una minoría y existe una percepción mayoritaria de que el personal sanitario se preocupa por su seguridad.

La información al paciente tanto escrita como verbal, debe ser un área de mejora.

M15.07

IHI GLOBAL TRIGGER TOOL EN EL HOSPITAL MONTE NARANCO: UNA HERRAMIENTA PODEROSA Y FLEXIBLE EN SEGURIDAD DE PACIENTES

M. Menéndez- Fraga, M. Alonso-Álvarez, N. Castaño-Sánchez, E. Sommer- Álvarez, V. Herranz-González, F. Vázquez-Valdés.

Hospital Monte Naranco, Oviedo.

mariadolores.menendez@sessa.princast.es

Objetivos: Evaluar la herramienta IHI Global Trigger Tool (GTT) para detección de los sucesos adversos en nuestro hospital durante el año 2007.

Material y métodos: 1) Pacientes: Ingresados año 2007. 2) Dominio del IOM: Efectividad, seguridad. 3) Método: Revisión de historias clínicas cerradas (manual y electrónica) según el formulario de pistas del GTT. 4) Muestreo: 10 historias quincenales (con > 24 horas de ingreso, pacientes > 18 años) de un listado de altas, incluyendo exitus. 5) Variables: Pistas del GTT y búsqueda de sucesos adversos. 6) Categorías de severidad del NCCMERP. 7) Indicadores principales: sucesos adversos/1000 pacientes días (SAPD), suceso adversos/100 admisiones (SAA) y porcentaje de admisiones con un suceso adverso (PASA). 8) Beneficios esperados: Aprendizaje de los errores para su prevención o mitigación.

Resultados: Se estudiaron 240 historias clínicas (4,4%), total de 8133 estancias (5470 pacientes hospitalizados y 2663 de CMA), edad media de 74,9 y estancia media de 12 días. El 70% fueron pacientes de agudos geriátricos y paliativos y el 30% de S. quirúrgicos. Diagnósticos principales: patología cardíaca (15%), respiratoria (21,3%) y neoplasias (10,8%). El Barthel al ingreso fue <40 en el 50% de los pacientes. Se detectó 1,04 sucesos adversos por paciente (0,4 de categorías E-I), y la media anual de SAPD, SAA y PASA fueron 38,5, 45,4 y 37,5 respectivamente. Por categorías de sucesos 54,2% fueron de cuidados de enfermería (5,7% caídas, 0,9% mala identificación de pacientes, 3,3% flebitis, 2,4% dermatitis, 3,8% laceraciones, 11,3% UPP, 26,9% otros), 24,1% errores de medicación, 6,6% sucesos quirúrgicos, 6,6% IN, 4,2% admisión y alta de pacientes, 3,3% pruebas diagnósticas y 0,5% respectivamente equipos y relaciones personal/ familia. Exitus por sucesos adversos: 0,42%. Se introducen como mejoras nuevas a las ya implantadas: formación en laceraciones, identificación de pacientes, y entrenamiento y uso de herramientas de seguridad de pacientes en servicios quirúrgicos; estudios observacionales de errores de medicación; implicación de limpiadoras en el control de la IN. Se ha establecido una alianza con las residencias de ancianos del ERA (Establecimientos Residenciales para Ancianos) para introducir la

cultura de seguridad y mitigar los sucesos adversos.

Conclusiones: 1) El GTT es una herramienta útil, fácil de implantar y complementaria a otros sistemas de notificación; 2) Sirve para detectar e implementar medidas de mejora en áreas concretas de sucesos adversos; 3) Su uso es posible también mediante la historia electrónica; 4) Permite establecer alianzas con otros niveles de la atención al paciente anciano.

M15.08

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE GESTION DE RIESGOS (PGR) CLINICA PRIVADA SANTIAGO CHILE HOSPITAL DEL PROFESOR (CHP) 2007

M. C. Peña Lackington, M. Reyes Martínez, P. Muñoz Cariaga, G. Borquez Estefo.

Clinica Hospital del Profesor.
mcpena@chp.cl

Objetivos:

- Mejorar la seguridad en la atención de pacientes.
- Promover un cambio hacia una cultura de seguridad.
- Conocer incidentes, eventos adversos y eventos centinela, identificar áreas de mayor riesgo, intervenir y disminuir los riesgos asociados.

Material y método: La aparición de un evento centinela gatilló la necesidad de crear un comité de riesgos clínicos que elaboró PGR con el compromiso de gerencia y dirección médica. Se efectuó capacitación a todos los estamentos en un periodo de 3 meses. Se definió el sistema de vigilancia epidemiológica a utilizar y el mecanismo de evaluación de sensibilidad de este sistema, notificación escrita voluntaria y estudio de prevalencia. Se definieron indicadores de estructura, proceso y resultado. La definición de centinela y el flujograma de seguimiento se consensuó con los servicios participantes. Reuniones mensuales de retroalimentación con las jefaturas de modo de favorecer los cambios tendientes a cambiar la cultura.

Resultados: Participaron todos los servicios clínicos, de apoyo y administrativos (27) en la notificación voluntaria. Asistencia a reuniones mensuales de 95%. Capacitación de las jefaturas y personal de su dependencia 98%. Estandarización de conceptos y terminología de incidentes, eventos adversos y centinela.

Resultados obtenidos: 2106 incidentes, 170 eventos adversos y 33 centinelas. Incidencia de eventos adversos ligados a la hospitalización 1,4%. (en relación a procedimientos médicos y de enfermería, falta de fármacos e insumos, reoperaciones, mantenimiento de equipos y traslados de pacientes). Evento centinela 0,12% (error en la administración de medicamentos, caída de paciente, error en resultado de exámenes).

La tasa de prevalencia de eventos adversos fue 3,3%.

Conclusiones: La notificación voluntaria depende del grado de fidelización al PGR. La periodicidad de las reuniones favorece la participación de todo el personal de la institución. Las fallas en la comunicación es un elemento determinante en la aparición de incidentes y eventos. La implementación del PGR favoreció el cambio desde una actitud reactiva a una proactiva y de una punitiva a un análisis de los procesos. La gerencia incluyó la participación en PGR como parte de la evaluación de desempeño de las jefaturas.

Dificultades: resistencia al cambio, nivel de adherencia pobre a nivel médico y mantener la motivación.

Disponemos de indicadores y metas de seguridad lo que permitirá generar un mapa de riesgo de los servicios más susceptibles.

M15.09

IMPACTO DE LA PARTICIPACIÓN EN UN PROYECTO DE PREVENCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS

M. J. Martínez De La Peña, R. Carrera Goula, S. Carbonell Palau, S. Casas Tió, D. Herraiz Viñas, R. M. Vivet Ferrer.

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC.
qualitat@chv.cat

La reducción de las lesiones asociadas con caídas se considera una de las estrategias básicas de mejora y se están promoviendo diferentes acciones, desde diversas organizaciones, para la mejora de la seguridad de los pacientes.

El Hospital General de Vic (HGV) ha participado en el proyecto

multicéntrico, desde octubre de 2007 a marzo de 2008 promovido por El Departament de salut de la Generalitat de Catalunya mediante L'Aliança per a la Seguretat dels pacients de Catalunya.

Objetivo: Analizar el impacto que tiene participar en un proyecto que valora el riesgo de caída de los pacientes y la aplicación de medidas preventivas.

Material y métodos: Desde el año 1996 se registran las caídas. El proyecto se aplicó en sala quirúrgica, médica y de salud mental. Se realizó un corte ciego para conocer la situación actual del HGV en cuanto a caídas. Informándose posteriormente a todos los profesionales del centro de la participación en el proyecto. Se realizó formación específica a los profesionales para identificar riesgos y aplicar las medidas preventivas. Se registraron diariamente el número de pacientes ingresados y registro diario con análisis de las caídas. Se realizaron cortes quincenales para seguir la aplicación de medidas de prevención.

Resultados:

- pacientes analizados: 10169.
- estancias hospitalarias: 10781.
- caídas: 23.
- tasa de caídas por 1000 días de estancia: 2,13.
- factores de riesgo en las caídas: 96%.
- registro del riesgo previo al estudio: 0%, posterior al estudio 23,3%.
- valoración de la aplicación de las medidas preventivas 76,7% de los pacientes.
- profesionales formados: 90,2%.

Conclusiones:

- Ha mejorado el registro del riesgo en la documentación actual, es bajo en la planta de salud mental.
- Se ha certificado la formación de los profesionales de El Departament de Salut con su impacto en carrera profesional.
- Inclusión en el programa informático del centro de la valoración de riesgo de caídas y la aplicación de medidas preventivas.
- Buena participación de los profesionales y interés sobre el tema de seguridad del paciente.

Incluyendo como objetivo de hospitalización del año en curso, el registro de riesgo y la aplicación de medidas preventivas.

M16.01

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES REALIZADA POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CLIENTE

A. Aloy-Duch, C. Fusté-Ballús, E. Martín-Sánchez, R. Lledó-Rodríguez, E. Almansa-Capel, M. García-Mateo.

Hospital General de Granollers.
aaloy@fhag.es

Objetivos: El rediseño del proceso de respuesta de las reclamaciones (RCLM) recibidas en la Unidad de Atención al Cliente (UAC) de nuestro centro incluyó en los últimos 2 años: 1º la "Gestión de Procesos" con sus indicadores y, 2º la resolución de las RCLM. El objetivo 3º y último, motivo de esta comunicación, ha consistido en conocer la satisfacción de los Usuarios i/o sus Familiares (UF) con la resolución de las RCLM realizada por el centro y gestionadas por la UAC.

Material y métodos: Los 2 primeros objetivos (2006-2007) concluyeron con una mejora de los indicadores alrededor del 85% (2006) y un índice de resolución de RCLM del 38% (2007). Para cumplir el objetivo 3º, hemos contabilizado las RCLM totales recibidas en los primeros 5 meses de 2008 aplicando la estimación poblacional necesaria (EPN) para obtener una muestra significativa. A estos UF hemos realizado una encuesta telefónica para conocer la satisfacción con las gestiones, las respuestas y las soluciones coordinadas por la UAC.

Resultados: El centro atendió en 2007 un total de 1121 RCLM, que significan 2,8 por cada 1000 actos asistenciales. Entre enero y mayo de 2008 hemos atendido 437 RCLM, 27% orales y 73% escritas. La EPN propuso una muestra de 205 pacientes, con una proporcionalidad de los servicios y aleatorización de los usuarios. Estamos realizando (junio de 2008), la encuesta telefónica a 227 UF, cuyos datos provisionales sobre 100 UF, muestran una opinión satisfactoria: a., sobre la atención de la UAC en un 80%; b., sobre la solución de su RCLM en un 40%; c., sobre la respuesta por carta recibida en un 70%; y d., sobre el global del proceso con una media

de 5 sobre 10. Datos definitivos durante el congreso.

Conclusiones: La respuesta a las RCLM que realiza nuestro centro está basada en la "Gestión de Procesos". Para la consecución de una resolución correcta de las RCLM que permita cerrar el "Círculo de la Mejora Continua", es imprescindible conocer la satisfacción de los usuarios con las gestiones y soluciones proporcionadas por el centro, representadas y coordinadas por la UAC. Los datos provisionales indican que, si bien los usuarios están satisfechos con la gestión del centro a través de la UAC, la mitad de ellos esperan una resolución más activa y mejor de los problemas descritos en sus RCLM.

M16.02

"ENFERMERÍA DE CALIDAD": VOZ DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN SECTOR SANITARIO

N. Casanova Cartié, J. I. García-Montero.

HOSPITAL ERNEST LLUCH.

ncasanova@salud.aragon.es

OBJETIVOS:

- Mejorar la comunicación entre los profesionales de enfermería del Sector de Calatayud, tanto entre unidades de cada nivel como entre Primaria y Hospital.

- Fomentar el trabajo de los profesionales del Sector en mejora de la calidad, investigación y docencia.

- Hacer trascender a la prensa local de la comarca las noticias relacionadas con las iniciativas de mejora y proyectos asistenciales de los profesionales del sector.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- La Unidad de Calidad Asistencial comienza en Marzo de 2005 la publicación de la revista "Enfermería de Calidad" manteniendo su edición de forma bimensual y mantenida hasta la actualidad.

- La Unidad de Calidad Asistencial recoge, edita y publica periódicamente la información y fomenta entre los profesionales la voluntad de dar a conocer sus iniciativas al resto del Sector.

- La edición se realiza en el propio Hospital Ernest Lluch, gracias al apoyo de la Gerencia, pero con total independencia en sus contenidos.

- La difusión se realiza directamente en todas las Unidades de Enfermería del Hospital, por correo postal a todos los Centros de Salud del Sector y a través de la Intranet del Sector, con una excelente aceptación por todo el personal del sector y no sólo enfermería.

- Se envía además al Colegio de Enfermería de Zaragoza, donde extraen las noticias más interesantes y se publican en el apartado "Noticias Delegación de Calatayud" de la Revista del Colegio.

- Las noticias más relevantes para la población se envían al Gabinete de prensa del Gobierno de Aragón, quien las envía a la prensa nacional y local. De este modo, se consigue que no sólo se signifique en la prensa la información negativa del sector sanitario, sino iniciativas de los profesionales que redundan directamente en la calidad de la atención a los usuarios.

RESULTADOS: Desde que comenzó la publicación hasta Junio de 2008 se han editado un total de 20 números y desde la tirada inicial de 80 ejemplares en formato papel, se ha ido ampliando hasta los 150 ejemplares por tirada de la actualidad.

"Enfermería de Calidad" es un modo de hacer llegar información a los profesionales sobre asuntos como Cursos y Congresos, Becas de Investigación, nuevos protocolos y procedimientos en el Sector, iniciativas de promoción de la salud en la población, nuevas técnicas, iniciativas solidarias, etc. además de promover la calidad asistencial más directa en todo el Sector de Calatayud.

M16.03

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LA COMUNIDAD DE MADRID

T. Luengo Sánchez-Paniagua, M. Martínez Piedrola.

Fundación Hospital, Alcorcón.

tluengo@fhalcorcon.es

Introducción: Desde el Departamento de Formación e Investigación (DFI) de la Dirección de Enfermería (DE), con el propósito de la mejora continua de la calidad formativa en las acciones que se deriven del mismo, se consideró necesario conocer la opinión, que tiene el colectivo de Enfermería sobre la formación organizada desde este DFI, para realizar un diseño adecuado del Plan de Formación

para el año 2008. (PF-2008)

Objetivo: Adaptar el Plan de Formación de la Dirección de Enfermería para el año 2008, tanto a las necesidades detectadas por la DE, como a aquellas percibidas por el colectivo de Enfermería.

Material y Métodos: Se diseñó un cuestionario autoadministrado sobre la actividad formativa en el que se solicitaban:

- Datos laborales.
- La opinión sobre el PF- 2005, PF-2006 y PF-2007 de la DE.
- Las necesidades formativas personales para el año 2008.

Calculo de la muestra: Se estimó para el calculo de la muestra un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción esperada del 50%, lo que supone un tamaño muestral de 283 personas. De este cuestionario se distribuyeron 400 ejemplares entre las diferentes unidades asistenciales del hospital, para conseguir la obtención de dicha muestra.

Criterios de inclusión: Ser trabajador sanitario con asignación orgánica a la DE.

Criterios de exclusión: Ser trabajador sanitario sin asignación orgánica a la DE. El periodo de cumplimentación y recogida fue del 27 de Agosto de 2007 al 17 de Septiembre de 2007.

Se diseñó una Base de datos usando el programa Microsoft Access 97 y se exportó dicha base al programa SPSS 12.0, para su tratamiento estadístico, realizando un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

Resultados: El porcentaje de respuesta global fue de 19,29%.

El 55,4% ha realizado al menos un curso durante el año anterior.

La satisfacción en cuanto a metodología educativa y materiales docentes supera el 60%.

El curso más solicitado por las enfermeras es "RCP Instrumentalizada de Adultos", el más solicitado por los auxiliares de enfermería es "Cuidados al paciente politraumatizado", el más solicitado por las matronas "Mujer salud y genero", el más solicitado por los supervisores es "Gestión en enfermería" y por los celadores "Actuación del celador en el medio hospitalario".

Conclusiones: Hemos obtenido mayor conocimiento de las necesidades formativas demandadas por el colectivo de Enfermería y propuestas de mejora a tener en cuenta para el diseño del Plan de Formación DE-2008.

M16.04

ESTUDIO DEL CLIMA LABORAL EN EL CONSORCIO SANITARIO DE TENERIFE (CST)

A. A. Hernández Borges*, P. M. Ramos Negrín, R. Brandstatter, G. Torres González, A. Jiménez Sosa, I. López Puech.

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

ahborges@telefonica.net

Objetivos: Determinar oportunidades de mejora en aspectos y facetas de la motivación y satisfacción laboral, así como medir el clima laboral colectivo en el CST.

Material y métodos: Encuesta a una muestra aleatoria de 896 de los 2768 trabajadores del Consorcio Sanitario de Tenerife (Hospital Universitario de Canarias-HUC y Hospital Psiquiátrico de Tenerife-HP). Muestreo estratificado (hospital, área funcional, relación contractual, y grupo profesional), para un error muestral < 5% y nivel de confianza de 95% (p=q), para el CST, HUC y sus áreas funcionales. Cuestionario "ad hoc", constituido por 25 ítems referidos a variables de motivación y satisfacción, con una fiabilidad de 0.87. Se realizaron entrevistas personales por entrevistadores independientes al CST, entre el 27-30 de noviembre de 2007. Se calcularon estadísticos descriptivos e inferenciales: porcentajes y diferencias de medias.

Resultados: Variables de motivación laboral con las mejores valoraciones en el CST: trato y capacitación profesional del superior, ausencia de acoso laboral, claridad en los objetivos de la unidad, reconocimiento del trabajo bien hecho, e información dada para el desempeño (media de 68.1%, rango 82-54%). En cuanto a satisfacción destacaron las buenas relaciones entre compañeros y trabajo en equipo en la propia unidad, orgullo de trabajar para el CST, correspondencia entre capacidades profesionales y responsabilidades asignadas, y buenas relaciones laborales en el CST (media 74.8%, rango 79-64 %). El clima laboral medio del CST fue 3.14 (escala 1 a 5); 3.13 en el HUC y 3.64 en el HP (p<0.001). El clima laboral medio fue significativamente más bajo entre médicos que entre profesionales de enfermería y gestión (2.94, 3.22 y 3.30, respectivamente, p<0.001),

observándose este "microclima" además entre facultativos con contrato fijo, experiencia en la empresa < 5 años y actividad en servicios médicos. Las tres áreas funcionales coincidieron en la necesidad de priorizar mejoras en la información recibida sobre la marcha del CST y sus proyectos principales, cumplimiento de la misión del CST, condiciones físicas y medioambientales del lugar de trabajo, cargas de trabajo y grado de cooperación entre unidades en el CST.

Conclusiones: Los estudios de clima laboral son una herramienta útil para diseñar planes de mejora de la calidad de la vida profesional y de la prestación de servicio, considerando las sugerencias de los trabajadores. En el estudio se ha determinado un microclima negativo en el área médica. En una segunda fase del estudio se identificarán las acciones de mejora propuestas por los profesionales.

M16.05

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

M. Valenzuela Anguita, M. I. Ríos Rísquez, F. J. Más Luzón, E. Ramiro Tena, R. Martínez García, A. Carrillo.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.
marvalenzu@eresmas.com

Objetivos: Estimar el grado de cumplimentación y utilidad que otorgan los profesionales de las unidades de hospitalización al registro escrito de enfermería del servicio de Urgencias.

Material y método: estudio transversal. Muestra: 159 profesionales de enfermería de Unidades de Hospitalización y Servicio de Cuidados Intensivos. La herramienta es una encuesta diseñada ad-hoc, 31 ítems, para valorar la calidad del registro escrito de enfermería del servicio de Urgencias. La calidad de dicho registro es operativizada a través de la medición del grado de cumplimentación y utilidad que otorgan los profesionales de las distintas unidades de hospitalización que reciben pacientes procedentes de Urgencias.

Variables cuantitativas expresadas como media $\pm$ SD, comparada con U de Mann-Witney y test de kruskal-Wallis, cualitativas con χ^2 ; análisis multivariante de regresión logística para la variable utilidad global del registro. Análisis de datos: SPSS 12.0.

Resultados: Utilizando una escala tipo likert de 5 puntos se obtiene una puntuación global de utilidad del registro de enfermería de urgencias de 3.57 ± 0.81 . Los apartados que son percibidos como menos útiles por los profesionales son los que corresponden a los diagnósticos enfermeros (3.44 ± 1.27) y el informe de enfermería por necesidades (3.44 ± 1.19). La percepción de menor cumplimentación se refiere igualmente al apartado de diagnósticos enfermeros (2.15 ± 1.19). Los profesionales contratados otorgan una mayor utilidad global al registro ($p=.008$), así como los profesionales de experiencia laboral menor a 6 años ($p=.008$) y menor antigüedad en su actual unidad de trabajo ($p=.024$). Las variables independientes relacionadas con la utilidad global del registro fueron: pertenecer a UCI (OR: 0.285, IC-95%: 0.089, 0.908), pertenecer a Psiquiatría (OR: 0.059, IC-95%: 0.006, 0.538) y ser contratado (OR: 3.523, IC-95%: 1.395, 8.896). Conclusiones: Se obtiene una valoración moderada del registro, observándose diferencias significativas según la unidad de hospitalización analizada. Los apartados del registro correspondientes al informe de enfermería por necesidades y diagnósticos enfermeros se configuran claramente como aspectos susceptibles de mejora, con el fin de garantizar una adecuada continuidad del cuidado, e incrementar la calidad asistencial prestada a los usuarios.

M16.06

FACTORES DETERMINANTES Y DINÁMICOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE LA SATISFACCIÓN

E. Olaetxea Urizar, F. Serna Rodríguez, C. Beitia Fernández.

OSAKIDETZA-ORGANIZACIÓN CENTRAL.
esther.olaetxeaurizar@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: En el año 2007 se inicia un proceso de revisión y mejora del procedimiento de medición de la satisfacción de las personas en Osakidetza, con el fin de que el proceso garantice la validez y fiabilidad de los resultados y que éstos reflejen la realidad tal y como es percibida por parte de los profesionales, con el objeto de establecer acciones de mejora que incorporar a los planes de gestión.

OBJETIVOS:

-Exponer las mejoras incorporadas en el procedimiento de medición de la satisfacción de las personas en nuestra organización y los resultados obtenidos con la nueva metodología.

-Analizar desde una perspectiva dinámica la construcción diferencial por parte de los profesionales de las diferentes organizaciones de servicios del concepto de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODO: Como consecuencia del análisis de los resultados de las mediciones realizadas hasta el año 2007, se inicia una reflexión sobre la idoneidad de la herramienta y metodología empleadas hasta ese momento con objeto de mejorar aspectos tales como: descenso de los índices de participación en las sucesivas mediciones, baja representatividad de los datos, escasa discriminación en la escala de medición, así como un análisis cualitativo limitado no reforzado por la matriz de posicionamiento empleada.

Para llevar a cabo esta reflexión, y con carácter corporativo, se incorpora una nueva metodología en la medición de la satisfacción de las personas en cuya explotación de datos se han aplicado principalmente dos técnicas estadísticas: Análisis factorial de componentes principales y análisis de regresión múltiple.

RESULTADOS: La aplicación de estas técnicas estadísticas confirma la existencia de una agrupación latente de dimensiones que explica la construcción del concepto de satisfacción de las personas de forma más sintética a la utilizada hasta el momento y atendiendo a criterios técnicos. Así mismo, se confirma la existencia de factores claramente determinantes (Liderazgo y día a día, Estrategia, etc.) en la mejora del grado de satisfacción y que por lo tanto tienen un mayor peso e inciden directamente en la satisfacción global, aspecto éste que se tendrá en cuenta a la hora de priorizar y establecer las acciones de mejora derivadas de las medidas de percepción.

CONCLUSIONES: En este apartado se expondrán las conclusiones extraídas en relación a las dimensiones, los ítems de la encuesta, la metodología y muestra a utilizar, la matriz de posicionamiento de la que derivan las áreas de máxima prioridad de mejora, etc. Conclusiones que permiten mejorar la situación de partida (baja representatividad, descenso de participación...) así como profundizar en un análisis de carácter más cualitativo.

M16.07

FORMACIÓN: UN CAMINO FRENTE AL SÍNDROME DE BURNOUT

V. M. Ros García, L. Albaladejo Pérez, A. D. R. Sáez Soto, A. Valera

Gil De Pareja, J. M. Bernal Romero, J. Martínez López.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.
victorm.ros@carm.es

INTRODUCCIÓN: Los profesionales sanitarios padecen estrés laboral que surge como resultado de expectativas altas unidas al tiempo, habilidades y apoyo social insuficientes en el trabajo. Esta situación causa tensión grave, agotamiento, enfermedad física y una disminución en la calidad de vida y prestación de servicios. Resulta pues relevante determinar la prevalencia existente en nuestras instituciones; así como establecer medidas para su afrontamiento.

OBJETIVOS:

•Identificar presencia Síndrome de Burnout (SB) en profesionales sanitarios y no sanitarios del centro.

•Relacionar presencia SB con variables sociodemográficas y laborales.

•Evaluar efectividad de intervenciones de formación en desarrollo de técnicas de afrontamiento del estrés laboral.

METODOLOGÍA: Estudio transversal analítico. Muestreo aleatorio estratificado, técnica de asignación proporcional. Realización, en lugar de trabajo, cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en forma autoadministrada y anónima. Se aplica cuestionario genérico de diseño propio determinando aspectos sociodemográficos y laborales. Dos personas entrenadas entregan y retiran encuestas. Tras catorce días se imparte un ciclo formativo, secuenciado en dos sesiones semanales de dos horas durante cuatro semanas, basado en técnicas de prevención del estrés en ámbito sanitario. Tras dos semanas del ciclo formativo realizamos nueva cumplimentación cuestionario MBI; estableciendo criterios diferenciadores con anterior. La información desarrollada en Excel y procesada con SPSS.

RESULTADOS: Tasa de respuesta: 100%. Muestra 200 profesionales (100 no sanitarios y 100 sanitarios); 43% presentaron grado alto de SB, 28% grado medio y 31% grado bajo. Perfil de riesgo de padecer Burnout:

Profesionales sanitarios: enfermero, sexo femenino, edad entre 40-45 años, contratada, insatisfecha laboralmente, más de 9 años de servicio, soltera o separada, con otras actividades laborales fuera del hospital.

Profesionales no sanitarios: auxiliar administrativo, sexo femenino, edad entre 35-40 años, contratada, insatisfecha laboralmente, más de 11 años de servicio, separada.

Diferencia entre ambos cuestionarios:

- Disminución variable cansancio emocional (32 puntos a 21)
- Disminución variable despersonalización (15 puntos a 8)
- Aumento variable realización personal (32 puntos a 39)

CONCLUSIONES: Los resultados evidencian la presencia de SB en nuestros profesionales; ajustados a un patrón sociodemográfico bien definido; si bien marcado por la mayor presencia de mujeres que de hombres. Un esfuerzo formativo y de participación de los trabajadores, en el aprendizaje de técnicas que impidan la aparición de sintomatología relacionada con el SB y de relajación, ha provocado una mejora en los niveles de estrés y realización profesional; disminuyendo los niveles de cansancio emocional y despersonalización; aumentando el grado de satisfacción laboral.

M16.08

HORARIO DE TRABAJO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL

M. M. González Puente (0), R. López Maza (0), E. Díaz Sampedro (0), P. Muñoz Cacho (1).

(0) Hospital Sierrallana, Torrelavega, (1) Servicio Cantabro de Salud GAP1.

merchegonzalezp@yahoo.es

El organismo es controlado por los ritmos circadianos que son influenciados por variaciones ambientales, climáticas, horarios, iluminación. La alteración constante de ellos propicia la aparición de enfermedades (disrritmo). Primero se produce una alteración de los hábitos alimentarios y posteriormente trastornos gastrointestinales, cardiovasculares y neuropsíquicos.

Objetivo: Conocer el estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física de los trabajadores sometidos a diferentes turnos de trabajo del Hospital Comarcal Sierrallana, incluidos en nómina el 31 de enero de 2007.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de una cohorte de trabajadores. Se realizó mediante cuestionario que incluía frecuencia de consumo de alimentos, índice de masa corporal (IMC), y actividad física. Se analizaron los datos mediante paquete estadístico SPSS versión 15.

Resultados: Participaron en el estudio 311 trabajadores de 876 a los que se envió la encuesta. Siendo la mayoría enfermeras (44%), seguido de auxiliares de enfermería (22.2%) y médicos (11.3%). Su edad media es 39 (DE: 8) años, siendo mujeres el (83.6%) que viven con su pareja (69.25%) y sus hijos (64.8%) siendo el promedio de hijos 1 (DE: 1). Llevan trabajando una media de 13 (DE: 8) años a turno rotatorio (59%) o turno fijo (34%).

El IMC es 23.2; 3.4 Kg/m² (rango 17.5-40.6), teniendo un 19 % sobrepeso y un 4% obesidad.

Los trabajadores consumen a diario: productos lácteos 91.3%, fruta fresca 71.6%, verduras y hortalizas 37.2%, dulces 33.6%, snacks 3.7%, refrescos 14.5% y vino o cerveza 9.4%. Mientras que el 54.3% come carne tres o más veces a la semana, solo el 36.7% toma pescado con esa periodicidad. Consumen legumbres 47.5% una o dos veces por semana y un 15% realizan a diario algún tipo de actividad física.

Los trabajadores con turno rotatorio mostraron un peor patrón de frecuencia de consumo de alimentos y una mayor prevalencia de obesidad. No se hallaron diferencias significativas en el resto de los parámetros analizados ni al compararlos con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

Conclusiones: La frecuencia de consumo detectada de ciertos alimentos no son los recomendados por los expertos en nutrición observándose además que los trabajadores a turnos poseen un hábito alimentario ligeramente más desequilibrado. Proponemos sensibilizar a los trabajadores de la importancia de seguir una dieta equilibrada mediante la realización de cursos de dietética y nutrición adaptados a nuestro estilo de vida y horarios de trabajo.

M16.09

IDENTIFICACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA EL RECONOCIMIENTO EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Ruiz Álvarez*, R. M. Valverde Citores, M. L. Berruete Cilveti, J. Belver Villar, M. A. Arrondo Beguiristain, A. Colina Alonso.

Hospital de Zumarraga.

esteban.ruizalvarez@osakidetza.net

Objetivos: Identificar, mediante la participación de las personas de la organización, de una herramienta para reconocer a nuestros profesionales.

Material y métodos: Como resultado del estudio sobre la demanda de reconocimiento de las personas en organizaciones con gestión innovadora realizado por la Universidad del País Vasco en el que nuestro hospital participó, se decide formar un equipo de trabajo con el encargo de: 1) Realizar un análisis sobre si la falta de reconocimiento pudiera ser debida a ausencia o confusión en las pautas de relación, a si existe confusión sobre las funciones desempeñadas en el equipo, o a si existe cierta incoherencia entre el tipo de cultura organizacional real y el tipo de cultura que se pretende potenciar (de innovación), 2) Diseñar una sistemática para reconocer a los profesionales. No obstante lo anterior, el equipo mediante diferentes métodos acuerda establecer un objetivo para el equipo: Identificar, definir y comunicar de manera efectiva a todos los profesionales el sistema de reconocimiento del Hospital mediante un PLAN donde se establezcan las procedimientos del reconocimiento; y se planificaron los compromisos o tareas a realizar mediante la priorización por técnica de grupo nominal. Se decide realizar un sondeo entre profesionales de diferentes funciones y niveles para conocer cuales son sus expectativas en relación al reconocimiento.

Resultados: El compromiso de la dirección con el equipo fue la tarea o necesidad con mayor puntuación seguido de la Definición/tipos de reconocimiento, Comunicación al resto de profesionales del hospital de las herramientas de reconocimiento. Tras realizar el sondeo se expuso la información recogida relacionada con sistemática que favorezca el reconocimiento a las personas del hospital. Aunque lo que más valoran los profesionales es el agradecimiento (reconocimiento) del paciente también se aportaron ideas de por qué, de quién a quién, cómo y cuándo debería realizarse el reconocimiento a las personas. El resultado fue el desarrollo de una herramienta que alineándola con los valores y la misión del hospital y validada por seis personas más, fue presentada por un componente del equipo a los profesionales del hospital.

Conclusiones: La implicación de la dirección en la implantación de las acciones desarrolladas en este sistema identificado por sus trabajadores es clave para garantizar el éxito en los resultados de los equipos. Las organizaciones con gestión avanzada incluyen a sus profesionales en la formación de equipos de trabajo ya que sus experiencias profesionales y personales aportan un gran valor para mejorar el reconocimiento en la organización.

M17.01

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE FARMACÉUTICOS DE ENLACE: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A FACULTATIVOS

M. Izuel Rami (0), I. Villar Fernández (0), A. C. Bandrés Liso (1), J. J. Beloqui Lizaso (2), P. Casajus Lagranja (3), R. Abad Sazatornil (0).

(0) H.U. MIGUEL SERVET, (1) HOSPITAL ROYO VILLANOVA, (2) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESAS", (3) HOSPITAL DE ALCAÑIZ.

monicaizuel@gmail.com

Objetivo: Desde 2006 los Servicios de Medicina Interna y Neumología tienen un programa de farmacéuticos de enlace (FACE) para minimizar el impacto de la discontinuidad asistencial entre niveles asistenciales en lo que se refiere al tratamiento farmacológico. Las principales actividades desarrolladas son la conciliación de la medicación al ingreso y alta, el seguimiento farmacoterapéutico durante el ingreso, la información y la dispensación de tratamientos finitos al alta hospitalaria. El objetivo de este trabajo es conocer la opinión de los facultativos sobre la actividad desarrollada por los FACE en dichas unidades.

Material y métodos: Se diseñó una encuesta para los facultativos de los servicios con programa FACE. La encuesta se estructuró en 11 ítems, valorados en una escala de 1 al 10 (1: No, nada de acuerdo, 10:

Sí, muy de acuerdo) referidos al grado de conocimiento del programa, los beneficios e inconvenientes que aporta globalmente y en cada una de las actividades realizadas, así como una valoración general y la opinión sobre la conveniencia de extender el programa a otras unidades médicas y/o quirúrgicas. La encuesta que era anónima incluyó también 3 preguntas abiertas sobre tareas a abordar, aspectos negativos y sugerencias e ideas.

Resultados. El porcentaje de respuesta fue del 81% y del 76%, la puntuación de 8,7 y 8,4 en relación a la ayuda en el trabajo diario y de 8,9 y 9,4 en la valoración de los beneficios para el paciente en medicina Interna y Neumología respectivamente. La información al alta es la actividad mejor valorada en ambas unidades. La nota alcanzada en la recomendación de la extensión del programa a otras unidades, tanto sean médicas como quirúrgicas, fue superior a 9. La valoración global fue de 9,1 y 9,5 en Medicina Interna y Neumología respectivamente. En relación a las sugerencias destacar el escaso número de aportaciones (17%) que subrayan especialmente el deseo de extender el programa a todos los pacientes de la especialidad, incluir también los sábados y la necesidad de dar continuidad al programa.

Conclusiones. Los facultativos de los Servicios afectados conocen y valoran muy positivamente el programa FACE, considerando que todas las actividades que realizan aportan beneficios al paciente. Además la interferencia en la actividad diaria es mínima y se señala la importancia de consolidar y ampliar el programa.

M17.02

FACILITANDO EL PROCESO ASISTENCIAL: DEL REGISTRO EN PROTOCOLOS AL TRABAJO POR PLANES PERSONALES

M. De Bustos Guadaño, M. A. Rodríguez Palomino, J. Castellano Alarcón.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 1.

mbustos.gapm01@salud.madrid.org

La Comunidad de Madrid renovó en 2007 su Cartera de Servicios (CS) asistenciales, añadiendo servicios, modificando otros e incorporando Criterios de Buena Asistencia (CBA). Para implementar dichos cambios creó nuevos protocolos de registro en la aplicación OMI que deben cumplimentarse de forma independiente lo que dificulta el propio registro, seguimiento clínico del paciente por el profesional y la explotación de datos. Se realizó una encuesta a los profesionales del Área 1 AP SERMAS (A1) sobre sus hábitos de registro en la historia clínica: más del 70% empleaban el sistema de planes de área como registro de actividades asistenciales.

Objetivo: Integrar los nuevos servicios y criterios en planes asistenciales individualizados que faciliten el registro (evitando las redundancias), el seguimiento clínico y la explotación de información.

Material y Método:

- Diseño y desarrollo: Unidad de OMI A1. 185h de trabajo de enero a abril de 2008.
- Se utiliza la herramienta OMI-Master para crear planes en función de la patología, edad y sexo.
- En el nuevo proceso asistencial de atención por planes el profesional en consulta van registrando datos clínicos del paciente y en función de los algunos valores (DGPs llave) se van activando automáticamente distintos planes de cuidados que debería tener este paciente, indicándole lo que tiene hecho y lo que le falta. Simultáneamente, y en segundo plano van cumplimentándose los ítems de cartera, previamente programados y enlazados en OMI-Master.

Resultado:

- Datos de CS y CBA integrados en el registro de planes.
- Proceso de registro facilitado: único interface interactivo.
- 0% de redundancia de datos.
- Seguimiento clínico simplificado y unificado en la misma pantalla por código de colores: verde: hecho-controlado, rojo: falta-no controlado.
- Registro de datos clínicos unificado y estandarizado con DGPs de SERMAS que facilita la explotación y comparación entre centros y áreas.

Conclusiones: Las aplicaciones y sistemas de registro deben adaptarse a la forma de atender a nuestros usuarios y no al revés. El profesional ve al usuario en su globalidad y el sistema de registro no debe parcelar su visión sino integrarla y adaptarse para que el profesional pueda seguir atendiendo a la persona y no a un protocolo. La estandarización facilita el registro evitando registros "aberrantes" o

heterogéneos, la explotación de datos comparables y posibilita la gestión y mejora continua del proceso asistencial del A1.

M17.03

IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN ADULTOS

C. Aguilera Martín, M. V. Ribera, M. D. Planas, M. Oliveras, C. Muñoz, A. Mesas, Y. Subcomisión-Del-Dolor.

Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

cam@icf.uab.es

Objetivo: La Subcomisión del Dolor elaboró una Guía de Práctica Clínica del manejo del dolor postoperatorio en adultos y decidió hacer un seguimiento de la implementación de la Guía.

Material y métodos: Se programaron diversas sesiones donde se presentaron el contenido y los objetivos de la Guía y se repartió material divulgativo impreso. Mediante un hoja de recogida de datos diseñada para este fin, se contabilizó la asistencia así como los comentarios y sugerencias de los asistentes.

Resultados: Desde el día 4 de mayo hasta el 29 de noviembre de 2007 se realizaron 44 sesiones (28 dirigidas específicamente al personal de enfermería, 14 a los diferentes servicios de cirugía y anestesia y 2 a los directores de procesos y supervisoras de enfermería). Se contabilizaron un total de 451 asistencias, media de 10 asistentes por sesión (1-37). El perfil de los asistentes fue: 185 (41%) personal de enfermería, 178 (39,5%) cirujanos, 27 (6%) auxiliares de enfermería, 22 (4,9%) supervisores/as de enfermería, 12 (2,7%) médicos becarios, 11 (2,4%) jefes de servicio, 10 (2,2%) directores de programas y 6 (1,3%) estudiantes de enfermería. La asistencia en los servicios quirúrgicos fue: Cirugía obstétrica y ginecológica (50 y 48 respectivamente), general (37), oftalmológica (32), otorrinolaringológica (18), urológica (17), maxilofacial (14), cardíaca (14), vascular (13), neurocirugía (10), torácica (7). En las sesiones para enfermería hubo 175 asistencias y 16 en las dirigidas a directores de procesos y supervisores/as de enfermería.

Se plantearon 90 cuestiones: 52 (58%) sobre el contenido de la Guía: 25 relacionadas con el uso de analgésicos opiáceos y 10 con el de los no opiáceos, 4 sobre la compatibilidad de las pautas analgésicas de la Guía con otras técnicas analgésicas, 4 sobre la extrapolación de las pautas analgésicas a otros tipos de dolor, y otras. En 21 (23%) ocasiones se plantearon cuestiones no especificadas en la Guía y se solicitó la revisión de algunas situaciones muy concretas de dolor. En 17 (19%) ocasiones se plantearon cuestiones de carácter organizativo o de hábitos de prescripción.

Conclusión: La recogida sistemática de la asistencia a las sesiones de implementación de la Guía y de las opiniones de los asistentes puede ser útil para conocer la magnitud de la divulgación así como para aclarar dudas y resolver problemas específicos de cada servicio que ayuden a dicha implementación.

M17.04

INFORME DE ALTA AUTOMATIZADOS PARA PACIENTES CON TUMORES CUTÁNEOS BENIGNOS Y DERMATOSIS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragones, P. De Lora Novillo, E. María Pilar, C. Ibarzo Sánchez, J. A. Delgado.

HOSPITAL ERNEST LLUCH.

semarron@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1.- Que los pacientes intervenidos de tumores benignos o dermatosis puedan tener su informe de alta en casa sin necesidad de acudir nuevamente al hospital. 2.- Evitar que un número importante de pacientes incrementen innecesariamente los tiempos de demora de la Unidad de Dermatología al citarse para comprobar el resultado patológico de la pieza extirpada. 3.- Conseguir una mejora de calidad, real y también de la percibida por el paciente. 4.- Optimización de los recursos disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1º Constitución del equipo de mejora. 2º Elaboración del formato de informe. 3º Puesta en marcha del nuevo proceso asistencial. 4º Monitorización del proceso, para evaluación y propuesta de nuevas mejoras. 5º Difusión de resultados.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO: 1) Constitución del Equipo de Mejora en el mes de febrero del año 2008; 2) Evaluación de las necesidades durante enero y febrero del año 2008; 3) De los datos obtenidos del pilotaje del proyecto en los meses de

marzo - abril - mayo de 2008 se realizaron y enviaron por correo un total de 40 informes de alta de pacientes intervenidos en la unidad clínica de dermatología de tumores benignos y dermatosis; 5) En cuanto al género de los pacientes del pilotaje decir que el 62,5% de los pacientes fueron mujeres.

CONCLUSIONES: Podemos concluir diciendo que esta iniciativa: 1) Mejora la calidad de la asistencia de los pacientes de los pacientes; 2) Libera tiempos en la agenda de dermatología para controlar mejor las demoras; 3) Mejora la calidad de la información registrada; 4) Economiza costos directos e indirectos ligados al proceso asistencial quirúrgico.

M17.05

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, UN LARGO CAMINO RECORRIDO, UN LARGO CAMINO POR RECORRER

M. Moreno De La Hidalga*, M. Rodríguez-Rodríguez, C. Fariñas-Álvarez, A. R. Díaz-Mendi, M. Otero-Santiago, D. Acón-Royo.

Hospital Sierrallana.

mmoreno@hsl.scsalud.es

Objetivos: El Informe de enfermería al alta como herramienta que garantiza la calidad en la continuidad de cuidados del paciente, se implantó en el Hospital Sierrallana en el año 2001. Desde su implantación se evalúa anualmente para determinar la cobertura y la calidad de su cumplimentación.

Material y Métodos: El periodo de estudio ha sido un mes durante los años 2003-2007. Todos los años se realizó un muestreo aleatorio sobre el total de altas de un mes seleccionado (mayo y/o octubre) estratificando por unidades de enfermería con el fin de conseguir una representación equitativa de cada una de ellas. Se predeterminó el tamaño muestral para una cobertura del 95%. Se elaboró un cuestionario de evaluación en el que se recogía el grado de cumplimentación de los ítems del Informe: datos administrativos, datos clínicos, valoración de las necesidades de Virginia Henderson, unidad de alta y firma de la enfermera.

Resultados: Se han evaluado 718 altas en los 5 años (media: 144 altas por evaluación). La cobertura se ha mantenido por encima del 95% todos los años, excepto el 2007 en el que descendió al 89,7%. La cumplimentación de los datos administrativos fue inicialmente baja (69% los 2 primeros años), aumentando hasta el 98% de la última evaluación. De forma paralela, la cumplimentación de los datos clínicos también ascendió desde el 46% hasta el 80,2%. El registro de las necesidades mejoró, especialmente en la última evaluación, con todos los campos por encima del 90% excepto las necesidades sociosanitarias y de piel y mucosas. Finalmente, los indicadores de registro de la unidad y enfermera que realiza el informe, aunque han fluctuado a lo largo del periodo, han sido del 100% en la evaluación de 2007.

Conclusiones: La evaluación anual del informe ha permitido detectar áreas de mejora sobre las que se han actuado, lo que ha hecho que prácticamente todos los indicadores de calidad de la cumplimentación hayan mejorado desde su implantación. Sin embargo, la cobertura del informe que llegó a ser del 98% en 2005 y 2006 descendió en el último año. Dentro del proyecto Historia Clínica Electrónica de Cantabria, se ha diseñado un aplicativo informático, a través de Gacela, que no permite cerrar el episodio sin la cumplimentación al 100% de todos los campos del informe de enfermería al alta, lo cual garantiza la calidad del informe y permitirá en un futuro próximo su visualización en Atención Primaria.

M17.06

INTEGRACIÓN DE NIVELES A TRAVÉS DE LOS PROCESOS CLAVE EN LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO: RUTAS ASISTENCIALES

A. Cañizares Ruiz, Á. Santos Gómez, J. Sanz Cortés, L. F. García Fernández.

Gerencia de Área de Puertollano.

acanizares@sescam.jccm.es

Palabras clave: continuidad asistencial, procesos, integración de niveles.

INTRODUCCIÓN: La gestión integral de los centros y establecimientos sanitarios del Área de Salud reclama la puesta en marcha de medidas organizativas que, superando el modelo tradicional de división entre los niveles de atención primaria y atención

especializada, contribuyan a la mejora de la calidad asistencial.

El modelo propuesto no queda limitado a una mera suma de estructuras preexistentes para la atención primaria y especializada, sino que pretende avanzar en la consecución de un sistema de gestión integral por procesos que implica todos los órganos y servicios periféricos del Área de Salud, incluyendo las estructuras administrativas.

MATERIAL Y MÉTODO: Elaboración por un experto en el tema del borrador, que es sometido a consenso por parte de uno o dos profesionales de hospital y atención primaria. La ruta debe contar con las siguientes características:

1. ¿Que se interconsulta? ¿Por que y para que se consulta?.
2. ¿Que deberá aportar el paciente?: pruebas...
3. ¿En cuanto tiempo deberá estar interconsultado?.
4. ¿Cuántas revisiones deberá hacer en AE?.
5. Invitan a contestar el aspecto interconsultado, no al proceso global.
6. Marcan perfectamente los tiempos.
7. Devuelven al enfermo a su entorno natural, la AP (donde se deben resolver el 80% de los procesos).

Posteriormente las rutas son validadas por la Comisión Médico-Quirúrgica, se aportan los cuidados de enfermería por la Comisión de Cuidados, se optimizan los aspectos de gestión del usuario por la Comisión de Gestión y son aprobadas por la Comisión Central de Calidad. Una vez cumplidos estos trámites se publican en la intranet y la web.

RESULTADOS: Hasta el momento se hallan disponibles 8 rutas asistenciales: Tiroides

Prostata

Anemia Microcítica

Gonartrosis

Lumbalgia

Polimialgia Reumática

Tumores Malignos

Enfermedad Reflujo Gastroesofágico

CONCLUSIONES: Las rutas resultan un instrumento útil para la integración de los niveles asistenciales, ayudan al despliegue de la gestión por procesos y al trabajo en equipo de los profesionales.

M17.07

LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE NUESTROS PROFESIONALES, PUNTO CRÍTICO PARA GARANTIZAR UNA ASISTENCIA CONTINUADA

A. Cuartero García, M. Esteban Tudela.

Gerencia de Atención Primaria.

acuartero@sescam.org

OBJETIVO: Determinar la incidencia, duración y coste de los procesos de Incapacidad Temporal (IT), derivados de contingencias comunes.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal. Población: los profesionales de atención directa asistencial del Área de Salud de Atención Primaria de Toledo que han sufrido Bajas por IT durante los años 2004, 2005 y 2006. Variables estudiadas: sexo, edad, categoría, índice de dispersión geográfica (G), nº de tarjetas sanitarias asignadas (TIS), duración de la IT. Indicador de incidencia: nº de procesos/trabajador/año. Para su descripción se han empleado medias, desviación estándar (DE), porcentajes y coeficiente de correlación () de Spearman.

RESULTADOS: Total de procesos de IT, 1991. 541 casos durante 2004, 705 durante 2005 y 745 en 2006. En el conjunto de los tres años, la tasa anual de IT ha sido de 1,02 procesos por profesional-año, con una duración media de 25,1 días (DE 49,35), lo que representa 25,68 días anuales de IT por cada profesional de plantilla. No se ha encontrado correlación entre la duración de las bajas y las TIS adscritas (= 0,053) ni la edad de los profesionales (= 0,064). Se ha observado una mayor tasa de IT en mujeres (1,19 vs 0,78), pero una menor duración (24,56 vs 26,30), a pesar de lo cual el nº de días de IT por profesional-año resulta mayor que en hombres (29,18 vs 20,63). Por categorías, la mayor tasa de IT se ha dado en auxiliares de enfermería (1,31 procesos por profesional-año) y la menor en médicos (0,90), la mayor duración media en celadores (57,89 días por proceso) y la menor en pediatras (15,36). En relación con el G, la mayor tasa de I.T. se ha dado en el G2 (1,09) y la menor en el G4 (0,76), la duración media más elevada en el G4 (39,03) y la inferior en el G1 (24,08). Las I.T. han supuesto un 27,5% del gasto

total por licencias de personal.

CONCLUSIONES: La tasa anual de procesos de I.T./profesional resulta superior a la descrita en otros colectivos con trabajos diferentes. Cabe profundizar en estudios para conocer la rentabilidad de programas de prevención dirigidos a disminuir la incidencia de estos procesos. La mayor duración se produce en los mayores de 50 años, resultado coincidente con los obtenidos en otros estudios afines. La escasez actual de profesionales dificulta sustituir las IT, hecho que repercute en el aseguramiento de la calidad asistencial.

M17.08

LA INMEDIATEZ Y LA INFORMACIÓN EFICAZ GARANTIZA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

M. C. Cortés Criado*, M. I. Val Carrascón, E. Escarvajal López, M. Ortega Peinado, D. Quesada Martínez, O. Estévez Botello.

Hospital Comarcón Melilla INGESA.

direnf@hcml.insalud.es

Objetivos: Garantizar la continuidad de cuidados, en menos de 48 horas, según contrato de gestión actual, en el área de Salud de Melilla.

Metodología:

1.- Definición del Informe al alta de enfermería: El Informe de Enfermería al Alta hospitalaria, debe reunir los datos básicos que manifiesten el estado del paciente al dejar el centro hospitalario, con las recomendaciones de los cuidados específicos que necesite, del tal manera que al ser recibido por el profesional de enfermería de primaria pueda continuar siendo atendido de su proceso sin interrupción.

2.- Análisis de la situación:

Antecedentes:

- Comenzó de forma piloto en 1994, en formato papel.
- En 2000 se instauró el diseño del programa gacela que continua en la actualidad.

El circuito de comunicación era:

1. Cumplimentación en las unidades de hospitalización.
2. Envío al servicio de admisión.
3. Envío a la gerencia AP a través de Mensajería.
4. Clasificación en el departamento de Tarjeta Sanitaria.
5. Envío a los Centros de Salud.
6. Distribución a los profesionales.

Se realizó un análisis QFD y AMFE.

3.- Propuestas de mejora:

- Diseño del aplicativo informes de enfermería en Intranet.
- Elaboración de la guía de cumplimentación.
- Establecimiento del nuevo circuito de la comunicación AHORA a tiempo real.

1. Cumplimentar y terminar (con lo que aparecerá en la Intranet) en las unidades de hospitalización.

2. Acceso de los Coordinadores de Enfermería Centros de Salud (on-line).

3. Recepción Enfermeros de Atención Primaria.

4.- Estudio estadístico observacional descriptivo.

Resultados: Incluye todas los informes de alta de enfermería del 2007, 78,4% del total de altas hospitalarias.

Antes del la implantación de la nueva guía y el nuevo sistema de comunicación el cumplimiento era del 67%, y después se incrementó hasta alcanzar el 84,7%.

Conclusiones: Con la nueva vía de comunicación se garantiza el acceso a tiempo real, en el momento en que se ejecuta en la unidad de hospitalización del hospital, y se incrementa el porcentaje de cumplimentación total. Se garantiza la continuidad de cuidados.

M17.09

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LAS TICAS EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

J. González Albalade (0), R. P. Sánchez González (0), C. García Del Castillo Pérez De Madrid (0), A. Monzón Ferrer (1), L. Flores (0), M. A. Laguna (0).

(0) Hospital General de Ciudad Real, (1) Hospital General La Mancha Centro.

amonzon@sescam.jccm.es

INTRODUCCIÓN: En el CHCR el informe de continuidad de cuidados

se estaba realizando en soporte papel y la enfermera del hospital le entregaba el informe al paciente o a la familia, para que a su vez lo entregara a la enfermera de primaria. Después de varias reuniones con el grupo de trabajo que se creó para el desarrollo del informe, en la mayoría de los casos este informe no llegaba a las enfermeras de AP. Tras un análisis con determinados centros de salud vimos que la cantidad y la fecha de llegada del registro de continuidad al compañero de primaria era errática y variable en el concepto tiempo. Tras el traslado del CHCR al HGCR y el desarrollo informático en todos los centros del SESCAM, se propone realizar un nuevo modelo de continuidad de cuidados en soporte informático que elimine el concepto tiempo y el posible error en la entrega y recepción. Igualmente se utiliza este punto de inflexión para aprovechar el trabajo entre niveles y adecuar los contenidos de la continuidad de cuidados a la realidad de nuestro entorno.

OBJETIVOS:

- Validar el registro de continuidad de cuidados como una herramienta útil en la comunicación entre niveles.
- Utilizar una herramienta informática sencilla, práctica y rápida que sea útil al emisor y al receptor.
- Conseguir que el registro de continuidad de cuidados llegue al profesional de Atención Primaria en el momento que el paciente es dado de alta en el hospital.
- Se crea un grupo de trabajo de los dos niveles asistenciales para la construcción de los nuevos registros, donde se diseñaron por un lado la información que se quería recibir y por otro lado la información que se solía aportar.

Los expertos del hospital en sistemas de información y comunicación aportan la solución técnica que integrada con el sistema de información hospitalario mediante un servicio web, permite recuperar los informes de continuidad de cuidados.

RESULTADOS: Obtenemos una hoja de continuidad de cuidados consensuada por los dos niveles que es sencilla y rápida de cumplimentar.

El informe de continuidad de cuidados llega a la enfermera de atención primaria el mismo día que se realiza.

CONCLUSIONES: La utilización de las TIC's en la comunicación entre niveles asistenciales favorece la continuidad de cuidados y nos permite dar una pronta respuesta a las necesidades de nuestros pacientes.

M18.01

HISTORIA CLÍNICA MULTIMEDIA ON-LINE INTEGRANDO TELEMEDICINA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DIARIA

C. Navarro Romero, J. M. Blanch Malet, J. A. Guell Ubillos, J. Devesa Pardo, J. Calvo Figueras, E. Martínez Barreda.

Mutua Universal.

cnavarro@muniversal.net

OBJETIVOS: Integrar la Telemedicina al día a día de la práctica clínica mediante el desarrollo de una Historia Clínica Multimedia on-line a disposición de 131 Centros Asistenciales de Mutua Universal. Incorporación en el curso clínico de contenido multimedia; imágenes de radiodiagnóstico, fotografía de alta calidad y videos de exploración médica. Salvar barreras de accesibilidad y distancia, así como evitar tiempos evitables mediante el desplazando de la información y no del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO: Tras disponer de telemedicina e Historia Clínica en diferentes aplicaciones, se ha desarrollado una Historia Clínica multimedia que permite realizar telemedicina "profesional-profesional" y "profesional-paciente-profesional" tanto sincrónica (directo) como asincrónica (diferida). Se han incorporado las especialidades de traumatología, dermatología, medicina interna, medicina rehabilitadora, maxilofacial, microcirugía, plexo y nervio periférico, neurocirugía y neurología. Se ha habilitado un servidor multimedia que permite almacenar en el curso clínico toda la iconografía relacionada (video, radiodiagnóstico e imágenes). Mediante telemedicina se pueden solicitar interconsultas a las diferentes especialidades, quedando a disposición toda la información multimedia utilizada en la toma de decisiones clínicas. El sistema permite una interoperatividad que garantiza la incorporación de múltiples periféricos para el diagnóstico.

RESULTADOS CONCLUSIONES: Se ha consolidado la utilización de telemedicina tanto sincrónicas como asincrónicas, valorándose positivamente el disponer de toda esta información multimedia en el

curso clínico del paciente. Se ha demostrado la eficiencia de solicitar telemedicina integrada en la programación diaria de la consulta médica como avance en la práctica asistencial. Al disponer de acceso multipuesto y on-line se ha incrementado el "diagnóstico colaborativo" entre el grupo de consultores participantes. Se valora esta tecnología como una forma eficaz de compartir conocimiento, mostrándose como un complemento tanto del médico de primaria como hospitalaria en la eliminación de barreras de accesibilidad y distancia, lo que se traduce en una mejor gestión de los tiempos en los procesos, al minimizar las demoras por traslado mediante el desplazamiento de la información y no del paciente.

CONCLUSIONES: Gran aceptación por parte del profesional sanitario, especialmente en aquellas ubicaciones insulares y periféricas con acceso a especialista dificultado. Se ha mostrado como un sistema coordinador entre la Asistencia Primaria y Especializada/Hospitalaria. El sistema incrementa la equidad del sistema al disponer el profesional + paciente remoto del cuadro médico completo de Mutua Universal en el ámbito nacional para ser consultado.

M18.02

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO RÁPIDO PARA LA ATENCIÓN DIAGNÓSTICA A PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER DE PULMÓN

F. Rubial Bernárdez, M. R. Alende Sixto, M. Carreras Viñas, L. González Taboada, P. Molina Coll, J. Caramés Bouzán.
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO.
dop.chus@sergas.es

Introducción: La puesta en marcha de un circuito rápido para la derivación de pacientes con un nódulo/masa pulmonar radiográficamente confirmado en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago nace de la necesidad de acortar el período de confirmación diagnóstica, ambulatorizándola a ser posible, y de adelantar el inicio del tratamiento, especialmente en aquellos casos donde se diagnostique una neoplasia pulmonar maligna.

Objetivos:

- Analizar el impacto directo del circuito sobre las demoras existentes desde la sospecha diagnóstica hasta el inicio del tratamiento.
- Valorar la reducción de estancias diagnósticas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo en el que se analizan los distintos tramos de espera entre las diferentes actividades diagnósticas, así como el impacto en el área de hospitalización.

Resultados: En los primeros 6 meses de funcionamiento del circuito rápido se han derivado procedentes de Atención Primaria, del Servicio de Urgencias y de otras consultas hospitalarias un total de 67 pacientes. La demora media existente entre el momento de la sospecha diagnóstica hasta su valoración en consultas externas de Neumología (incluye resultados analíticos, pruebas funcionales respiratorias y TAC torácica) fue de 11 días, descartándose patología oncológica en ese momento en el 50% de las sospechas. En aquellos pacientes que así lo requirieron, la broncoscopia se realizó con una demora de 15 días, mientras la confirmación anatomopatológica se produjo a los 22 días.

Se han reducido en un 62% las estancias diagnósticas en hospitalización de aquellos pacientes en los que finalmente se diagnosticó un cáncer de pulmón.

Conclusiones:

- La puesta en marcha de un circuito rápido de derivación de pacientes con sospecha radiográfica de nódulo/masa pulmonar ha generado aspectos asistenciales muy positivos, como son:

- Acortamiento significativo de los tiempos de espera de los pacientes.
- Reducción del período de diagnóstico definitivo del proceso.
- Acortamiento del período existente entre la sospecha diagnóstica y el inicio del tratamiento.
- Ambulatorización de la etapa diagnóstica.
- Mejora de la coordinación interniveles.

- Esta estrategia está orientada a la mejora de la accesibilidad de los pacientes a los recursos diagnósticos y terapéuticos, en especial en aquellos procesos en los que se hace clínica y socialmente imprescindible la reducción de las demoras, como ocurre con la patología neoplásica, por lo que debe fomentarse su aplicación para otras patologías.

M18.03

INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE PARA ACUDIR A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Molina Olivas, E. Bartolomé Benito, M. J. Polo Herrador, A. Mediavilla Hernández, C. Merino Gómez-Serranillos, A. Gracia Cenamor.

Gerencia de Atención Primaria Área 2 Madrid.
mmolina.gapm02@salud.madrid.org

Objetivo: Facilitar a la población inmigrante residente en el Área 2 de Madrid información útil para acudir a la consulta de Atención Primaria. **Material y método:** En el 2º semestre de 2007 se constituye un grupo de trabajo para la revisión y actualización del apartado de acceso sociosanitario de la "Guía para la Atención Integral al Inmigrante" editada por el Área 2 de salud en 2004. En ella se incluye una hoja informativa dirigida a usuarios.

Se edita en formato papel en castellano y se traduce a los idiomas de mayor prevalencia dentro de este colectivo en el Área 2. Se valida por la Unidad de Atención al Usuario y se aprueba por el equipo Directivo de Atención Primaria del Área 2.

Para su implantación se selecciona el medio que pueda resultar de mayor impacto: tríptico formato papel.

Resultados: La hoja informativa recoge la información que el grupo ha considerado de mayor interés respecto a funcionamiento y recursos sanitarios del Área 2 de salud:

- Recomendaciones generales para acudir a consulta.
- Indicación de solicitar cita previa y acudir con puntualidad.
- Información de los Documentos a aportar.
- Servicios de traducción gratuitos disponibles.
- Información de contacto de todos los Centros de Salud del Área.
- Servicios de Emergencias y Hospitales de Referencia.

El documento es traducido a rumano, árabe, francés e inglés.

Se difunde a todos los EEAP del Área y queda a disposición de los usuarios en las Unidades Administrativas de los mismos.

Conclusiones: Esta actuación se enmarca dentro de las medidas tomadas en el Área 2 para mejorar la accesibilidad. Se ha proporcionado a la población inmigrante información en su idioma de origen para facilitar el acceso a las consultas de Atención Primaria. La forma de edición y distribución del material se ha seleccionado para lograr un alto impacto en su implantación.

M18.04

LA CITA PREVIA ON-LINE: IMPULSO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DEL USUARIO

P. Fluriache García-Caro (0), A. C. Marín Guerrero (0), L. Ruiz López (0), M. A. Lara Villanueva (1).

(0) SESCAM/Gerencia Atención Primaria Talavera de la Reina, (1) SESCAM/Secretaría General.
pfluriache@sescam.jccm.es

OBJETIVOS: La Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria de Talavera de la Reina debido a su gran extensión pretende, con la Cita Previa On-Line, facilitar y potenciar la accesibilidad a los recursos sanitarios a toda la población.

Con la Cita Previa On-Line puesta en marcha en Marzo de 2005 se intenta incrementar la calidad en la atención del usuario al reducir los desplazamientos de los pacientes, las llamadas telefónicas y asegurar que la cita se ajuste a las necesidades personales en día y hora, además ahorra tiempo en la tramitación de la petición.

El objetivo es el diseño y puesta en marcha de una campaña de información para potenciar la Cita Previa On-Line con el médico de cabecera o pediatra.

METODOLOGÍA: Se diseña una campaña de información para reforzar el uso de la Cita Previa On-Line. Campaña puesta en marcha en agosto de 2007 basada en la distribución de 15.000 folletos que informan sobre los pasos a seguir para citarse On-Line entre los usuarios con acceso a Internet que van a pedir cita al centro. A los usuarios de avanzada edad se les pregunta si disponen de algún familiar que les facilite el acceso. La solicitud de cita telefónica, se aprovecha para informar sobre la posibilidad de Cita On-Line y sobre la disponibilidad de folletos explicativos en las unidades administrativas de consultorios o centros de salud. Además, se instalaron 30 carteles informativos en todos los centros de salud.

RESULTADOS: En el mes previo al inicio de la campaña, 2205 usuarios del área sanitaria utilizaron el servicio de Cita Previa On-

Line. En abril de 2008 fueron 5876 los que lo hicieron, lo que supone un aumento de 3671 usuarios, representando un incremento del 166,4 % del uso de la Cita Previa On-Line.

El 100% de las Citas On-Line se han dado para el médico de familia o pediatra y el perfil actual del usuario es mujer (57%) menor de 39 años (60%).

Además, desde que se inició la campaña un total de 7 consultorios locales comenzaron a utilizar esta herramienta.

CONCLUSIONES: Con la campaña informativa se logró ampliar la cobertura de la herramienta de Cita Previa On-Line, pero como el 72.7% de los potenciales usuarios del área es mayor de 14 años y menor de 74 años se deben seguir promocionando e informando sobre la Cita Previa On-Line.

M18.05

LA COMPLEJIDAD Y EL PRAGMATISMO EN COOPERACION SANITARIA

J. Pardo Berdún (0), G. Bernabeu Lorenzo (1).

(0) Hospital Miguel Servet, Zaragoza. (1) fundacion Nuestra Señora de Guadalupe, Bonaio, República Dominicana.

jpardoberdun@yahoo.es

INTRODUCCIÓN: El Grupo de Cooperación del Salud se formó en el año 2004 reuniendo inicialmente a profesionales del Hospital Miguel Servet que colaboraban habitualmente con organizaciones humanitarias. Desde su fundación hasta la actualidad se han conseguido una serie de resultados que se describen en la comunicación.

MATERIAL Y MÉTODO: El trabajo de los diversos profesionales del Grupo de Cooperación se dividió en 4 equipos de trabajo: Normativa, Inmigración, Sensibilización y Proyectos Internacionales. La trayectoria y evolución del Grupo hizo que se incorporaran profesionales de otros ámbitos por lo que su denominación actual, Grupo de Cooperación del Salud, responde a la colaboración de profesionales de distintos hospitales y entidades sanitarias aragonesas.

Se estableció una línea de trabajo con la Dirección de Cooperación de la DGA mediante la fórmula de "Encomienda de Gestión" y de esta manera se han llevado a cabo numerosos proyectos de cooperación con Latinoamérica y Africa, en su mayor parte con el objetivo de formación de personal sanitario y donación de equipamiento.

Los proyectos internacionales se han realizado en República Dominicana (Salud Mental y Radiología), Nicaragua (Digestivo), Malawi (Radiología), Chad (Radiología) y Senegal (Digestivo, Ingeniería y Mantenimiento, Medicina Familiar). En su totalidad están todavía abiertos.

En el ámbito de la ciudad se han realizado varias jornadas de sensibilización del personal sanitario y actividades de trabajo con inmigrantes.

El equipo de normativa consiguió la modificación de algún punto de la reglamentación interna para la facilitación del trabajo solidario al personal implicado.

RESULTADOS: Como profesionales de la sanidad pública, que tiene como base el derecho universal a la salud, la equidad y la justicia social, creemos que también es nuestra obligación trabajar por los más desfavorecidos.

Creemos también que el conocimiento de la situación sanitaria de los países del tercer mundo contribuye a una mejor valoración de los propios recursos sanitarios, a mejorar en los propios profesionales una mejor percepción de su papel social y a un mejor conocimiento de las patologías prevalentes en los pacientes inmigrantes.

M18.06

LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS, ¿CONDICIONA LA MORTALIDAD EN MUJERES DIABÉTICAS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

E. Castilla Cabanes, I. Lacambra Blasco, C. Fernandez Del Prado, J. Gimeno Garza, M. P. Portero Pérez, A. Del Río Ligorit.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

elena_castilla@hotmail.com

Objetivos: La mortalidad en el infarto agudo de miocardio es mayor en pacientes diabéticos vs no diabéticos. Analizamos si una infrautilización de recursos asistenciales en mujeres diabéticas con infarto agudo de miocardio vs no diabéticas puede ser un

condicionante de esta diferencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional en mujeres ingresadas en nuestro servicio de forma consecutiva, entre 1 de enero del 2005 y 31 diciembre de 2006, con el diagnóstico final de infarto agudo de miocardio con y sin onda Q. Se evaluaron características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas. Se monitorizó la realización de diversas técnicas diagnóstico-terapéuticas durante su ingreso hospitalario, como indicadores que permitirían detectar problemas de accesibilidad a los recursos médicos de las mujeres diabéticas.

Resultados: Se analizaron un total de 235 mujeres durante el período de seguimiento, con una media de edad de 76±10,6 años, de las cuales 139 (59,1%) eran no diabéticas y 96 (40,9%) diabéticas. Se realizaron un total de 164 ecocardiogramas: a 97 de 139 mujeres no diabéticas y a 67 de 96 mujeres diabéticas. En cuanto a coronariografía se llevó a cabo en 82 mujeres, el 35% de las no diabéticas y al 34% de las diabéticas, con $p=0,80$. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad precoz entre mujeres diabéticas (20%) y las no diabéticas (11%) con una $p=0,07$.

Conclusiones: Existe una tendencia a una mayor mortalidad precoz en mujeres diabéticas con infarto agudo de miocardio vs no diabéticas, que quizá sea significativa a medio o largo plazo. A pesar de ello, no hemos detectado una menor utilización de recursos sanitarios, utilizando como indicadores la realización de ecocardiografía y coronariografía.

M18.07

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD: INTERVENCIÓN EN UN E.A.P. R.

Luquín Martínez, A. Cánovas Inglés, A. Barragán Pérez, A. Muñoz Ureña, M. A. Moreno Valero, J. F. Martínez García.

Consejería de Sanidad, Murcia.

rafael.luquin@carm.es

OBJETIVO: Disminuir la demora para el acceso a consultas en un Equipo de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ámbito y Emplazamiento: Consultas de MF y P con agenda informatizada (aplicación OMI-AP). Periodos de estudio: del 17-09-2007 al 31-12-2007 y del 1-01-2008 al 13-05-2008, excluyendo los sábados, domingos y festivos. Variables: Registros: Número de agendas informatizadas por la totalidad de días estudiados; Demora: Número de registros con ausencia de huecos libres para el día según proceso automatizado de búsqueda lanzado siempre en la madrugada previa al inicio de la consulta; Días con Demora: Número de agendas informatizadas por la totalidad de días estudiados con 0, 1, 2 ó 3 días de demora (días transcurridos entre el de la búsqueda y el que aparece el primer hueco libre). Intervención: redistribución de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) entre los cupos del EAP hasta alcanzar ratios de 1500 TSI/MF y 1000 TSI/P; sesiones monográficas con los facultativos del EAP para revisar cada agenda y sugerir modificaciones, en su caso. Análisis estadístico: Chi cuadrado y distribución de frecuencias por período.

RESULTADOS:

Nº de agendas al inicio del 1º periodo: 10

Nº de agendas al final del 1º periodo: 10

Nº de agendas al final del 2º periodo: 16

Nº de registros del 1º periodo: 382

Nº de registros del 2º periodo: 1.022

Periodo 1: 186 registros sin demora (48,7%). Periodo 2: 698 (68,3%), con $p<0,001$.

Periodo 1: 79 (20,7%) registros con 1 día de demora; 30 (7,9%) con 2 días de demora y 87 (22,8%) con 3 o más días de demora. Periodo 2: 176 (17,2%) registros con 1 día de demora; 41 (4%) con 2 días de demora y 107 (10,5%) con 3 o más días de demora con $p<0,001$.

CONCLUSIONES:

- Ha mejorado la accesibilidad a consultas de MF y P.

- Han disminuido las consultas con demora para conseguir cita en el día que se solicita (51,4% a 31,7%).

- Ha disminuido el número de días comprendido entre la solicitud de cita y el día de cita (30,7% con 2 o más días a 14,5%).

- La intervención ha conseguido el objetivo planteado.

M18.08

NUEVAS FÓRMULAS PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y EFICIENCIA DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA (UGC-MI). CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

A. Leal Luna, R. Pérez Temprano, E. Salamanca Rivera, R. Pérez Cano.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.
antonio.leal.luna.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN: el II Plan de Calidad de la Consejería de Salud en Andalucía establece 25 proyectos para avanzar en Calidad, uno de los cuales es promover nuevas fórmulas organizativas y de gestión. En este sentido, la UGC-MI desde su constitución en el año 2005 planteó como objetivo vinculado a la dimensión de accesibilidad el desarrollo de una Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) cuyo objetivo era agilizar el diagnóstico y el tratamiento de patologías que no admiten demoras.

OBJETIVOS: presentar los resultados obtenidos en esta consulta en los dos últimos años (2005-2007).

METODOLOGÍA: inicialmente los responsables de esta actividad, definieron el perfil de pacientes susceptibles de ser atendidos en esta consulta. Posteriormente se hizo una difusión a los clientes potenciales: centros de salud; hospitalización y consultas externas de otras especialidades; urgencias; etc. y se facilitó un teléfono de contacto para la gestión de los casos. Los facultativos encargados de esta consulta, efectúan la valoración y las pruebas complementarias necesarias que permitan establecer el diagnóstico. Una vez el paciente cuenta con el diagnóstico recibe el tratamiento necesario, el informe de alta o en los casos necesarios se le deriva a la consulta del especialista con una cita previamente concertada.

RESULTADOS: desde su creación se han atendido a más de 300 pacientes con una edad media de 59 años, un 9% de los cuales ha sido pluripatológico. El 100 % de los pacientes han sido atendidos en la CDR antes de las 48 horas de la solicitud. Los pacientes procedieron en un 47% de Atención Primaria y en un 46% del Servicio de Urgencia. Es importante destacar que en un 35% de los casos el diagnóstico fue "neoplasia". Los tumores diagnosticados con más frecuencia han sido digestivos, de pulmón y linfomas. Las derivaciones, una vez completado el diagnóstico fueron, con mayor frecuencia a: Atención Primaria (35%), al Servicio de Oncología (18%), al Servicio de Cirugía (20%) y un 10% continuó el seguimiento en consultas en la Unidad de Medicina Interna.

CONCLUSIONES: esta fórmula innovadora de gestión de la consulta permite evitar ingresos hospitalarios reglados y urgentes contribuyendo a mejorar la eficiencia al evitar el uso de 2,7 camas al día y conducir a 985,5 estancias evitables al año. Se favorece la accesibilidad del paciente y su satisfacción y se acorta el tiempo de diagnóstico para ciertos procesos que no admiten demora.

M18.09

RACIONALIZACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

D. Rodríguez Morales (0), L. Sánchez Perruca (0), J. M. Mena Mateo (0), J. Cardenas Valladolid (0), A. Cañada Dorado (0), M. C. García Cubero (1).

(0) Gerencia Atención Primaria Area 4, Madrid, (1) Atención Primaria Area 4, Madrid.

drodriguez.gapm04@salud.madrid.org

Objetivos: Optimizar la accesibilidad a la atención sanitaria, en los Centros de Salud de nuestro Área, a través de un proyecto integral que contemple varios factores que inciden en la citación y atención en consulta.

Material y métodos: Buscamos áreas susceptibles de mejora mediante las reclamaciones puestas por los usuarios durante el 2007. De 2766 reclamaciones recibidas, el 36,42% estaban relacionadas con la accesibilidad, la citación y la demora en la asistencia. Mediante explotación informática analizamos la presión asistencial de cada profesional y la estructura de sus Agendas, para valorar su adecuación a la demanda real. Además, determinamos el grado de autoconcertación desde la consulta y cuantificamos la derivación entre medicina y enfermería. Identificamos usuarios hiperfrecuentadores (más de 30 visitas en el año), distinguiendo si acudieron con o sin cita.

Tras analizar esta información diseñamos un modelo de Agenda de Calidad uniforme para todo el Área e implantamos los siguientes procesos: Atención al paciente sin cita/urgente, Cita a demanda y concertada, Derivación entre profesionales de medicina y enfermería, Gestión de reclamaciones en el Centro de Salud. El resultado de los indicadores de estos procesos se envía a los profesionales periódicamente.

Resultados: El porcentaje de Agendas estructuradas según los criterios de calidad planteados fue del 100%, permaneciendo abiertas para permitir la citación, hasta una hora antes del final de la consulta. En más del 95% de las consultas, de médicos y pediatras, la demora para ser citados fue inferior a 48 horas. El promedio de derivaciones mensuales citadas entre médico y enfermera fue del 25,44 para los primeros y del 18,03 para los segundos. El 27,2% de las citas programadas se autoconcertaron desde las consultas de los sanitarios. El 69,3% de las citas dadas por la Unidad Administrativa fueron telefónicas.

Actualmente, la proporción de pacientes atendidos sin cita previa respecto al total de citas del día, es del 12,9%.

Conclusiones: La implantación de este plan integral ha permitido optimizar la accesibilidad de los usuarios a las consultas, acercándola a las expectativas de los usuarios y a la de los profesionales. Esperamos que el seguimiento y la devolución de información a los C.S. permita que, a finales de año, el porcentaje de pacientes atendidos sin cita sea inferior al 7% en consultas de Medicina de Familia e inferior al 10% para Pediatría, así como un aumento en los indicadores de autoconcertación, derivación médico-enfermera y citas obtenidas por teléfono.

M19.01

EL PROCESO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.- HERRAMIENTA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE PRL (NIVEL CORPORATIVO Y DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS)

F. Serna Rodríguez (0), P. Saiz Gonzalez (1), A. Errazquin Ugarte (1), C. Fernández Tellez (1).

(0) OSAKIDETZA-ORGANIZACIÓN CENTRAL, (1) Hospital Bidasoa.
francisco.sernarodriguez@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: En el año 2006 se planteó como objetivo la certificación del sistema de gestión de prevención de riesgos laborales de Osakidetza tomando como referente el Estándar OHSAS 18001. La gestión de la prevención de riesgos en la red está atribuida a un servicio de prevención propio único para el conjunto de las 30 organizaciones de servicios (OS), con una estructura territorial basada en Unidades Básicas de Prevención.

OBJETIVOS: 1) Gestionar el sistema de gestión de PRL a través de los procesos de la organización. 2) Revisar el proceso corporativo de seguridad y salud para adecuarlo a OHSAS 18001. 3) Describir e implantar el subproceso de seguridad y salud laboral en las OS. 4) Reforzar las interacciones de estos procesos con el resto de los procesos implicados en la gestión del sistema de PRL.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la descripción de los procesos se ha empleado la metodología aprobada en la organización, recogida en los manuales para la descripción y gestión de procesos en el ámbito de la gestión de personas. Se han establecido los objetivos de la organización en PRL, realizándose su gestión a través de los procesos. A tal fin, se han establecido dos ámbitos de gestión: el corporativo y el de OS, recogiendo la misión de cada proceso los distintos aspectos del sistema de gestión (corporativo y de OS). Para la gestión de las interacciones con otros procesos se ha procedido a la revisión de los procesos cuya misión incluye elementos del sistema de gestión de PRL.

RESULTADOS: En la actualidad son cuatro OS las que en el año 2008 están incluidas en el alcance de la certificación. En todas ellas se ha descrito e implantado el proceso, además de en la propia dirección corporativa. En cuanto a la gestión de las interacciones con otros procesos, se han consensuado procedimientos específicos y se han revisado los requisitos de calidad de las entradas y salidas correspondientes, integrando así el sistema de gestión. La gestión de los distintos elementos del sistema de gestión se realiza a partir de las actividades de los procesos implicados.

CONCLUSIONES: El enfoque expuesto en los apartados anteriores y la implantación de los procesos descritos, así como el abordaje de las interacciones de los distintos procesos involucrados en el sistema de

gestión de PRL ha incidido muy positivamente en la gestión integrada de la prevención de riesgos laborales y en la implicación de los distintos agentes y grupos de interés, favoreciendo el seguimiento y control del sistema de gestión.

M19.02**EL TRANSPORTE SANITARIO: HERRAMINETA CLAVE EN EL PROCESO ASISTENCIAL**

C. González Plaza*, A. González, R. Gutiérrez, J. L. Piqué, C. del Amo.

CSB/RSB. CatSalut.
cgonzalez@catsalut.cat

Objetivo: Mejorar la accesibilidad del ciudadano al Transporte Sanitario en la ciudad de Barcelona, utilizando los recursos disponibles con eficacia y eficiencia, de manera coordinada entre los proveedores de transporte y los proveedores asistenciales.

Material: Aplicación informática propia para realizar el seguimiento y la explotación de los datos (indicadores pactados).

Propuesta de calendario: De septiembre de 2006 a septiembre de 2007 (12 meses).

Metodología: Constitución de un grupo de trabajo formado por representantes de todos los niveles asistenciales de los centros sanitarios de utilización pública (A. Primaria, Hospitalaria, Socio sanitario y Salud Mental) y por la empresa que tiene adjudicado el concurso público de transporte sanitario (TS) para Barcelona ciudad. Análisis de la situación de partida (DAFO) y agrupación en cinco niveles de las problemáticas detectadas y de las acciones de mejora propuestas.

Recogida de información (actividad, demoras, criterios, recursos, circuitos).

Implementación de acciones de mejora monitorizadas.

Evaluación de las acciones: resultados.

Resultados: Disminución del 20% en las demoras de la realización de los servicios de TS, sobre el total de traslados: salidas de hospitalización y de urgencias.

Reducción del 60% de las reclamaciones cuyo motivo codificado es "quejas por la demora en el transporte sanitario".

Reducción de cargas de trabajo tanto para la empresa de TS como a nivel de los centros asistenciales.

Conclusiones: La coordinación y implicación entre los profesionales asistenciales y de transporte sanitario mejoran la accesibilidad de los ciudadanos al TS, proporcionando satisfacción a profesionales y ciudadanos, y aumentando la calidad y eficiencia del servicio. Agiliza la liberación de camas hospitalarias y camillas de los boxes de urgencias en favor de la rotación de enfermos.

M19.03**ELABORACIÓN DEL PROCESO "GESTIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO A INICIATIVAS DE CALIDAD EN SALUD"**

A. Calvo Pardo (0), F. Grimal* Aliacar (1), J. Rodríguez García (2), C. Tosat Mancho (2), D. Ara Launa (3).

(0) HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS HUESCA, (1) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, (2) HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA, (3) ATENCIÓN PRIMARIA. C. SALUD GRAÑÉN.
acalvop@aragon.es

OBJETIVOS: Elaborar el proceso "GESTIÓN PROGRAMA DE APOYO A INICIATIVAS DE CALIDAD EN SALUD" con objeto de normalizar la difusión, priorización, selección, financiación, seguimiento y evaluación del Programa de Apoyo a las Iniciativas de calidad en SALUD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Siguiendo la metodología de gestión por procesos, se crea un grupo de mejora constituido por los miembros de la Unidad de Calidad del Sector de Huesca.

Se identifican misión, límites, clientes, medios y recursos necesarios. Elaboramos la representación gráfica del proceso y de los distintos subprocesos. Definimos indicadores de medida.

Se introduce también en el proceso una encuesta de seguimiento que ya se viene realizando años anteriores.

RESULTADOS: Los indicadores definidos y que serán evaluados a fin del 2008 son:

1.- INDICADORES DE CALIDAD DE DIFUSIÓN:

1.1 convocatoria difundida antes de 15 días de su publicación a:

- direcciones médicas de centro

- direcciones de enfermería
- coordinadores de centro de salud
- responsables de calidad de equipos
- coordinadores de calidad de servicios
- supervisores/as

2.- INDICADORES DE CALIDAD DE PRIORIZACIÓN

2.1 proyectos priorizados y enviados al gerente al menos 3 días antes de la finalización del plazo.

3.- INDICADORES DE CALIDAD DE COMUNICACIÓN/ FINANCIACIÓN

3.1. 100% de los proyectos seleccionados comunicados a su coordinador antes de 15 días.

3.2. 100% de solicitudes de financiación presentadas en el servicio de contabilidad con respecto a los proyectos seleccionados.

3.3 100% de los proyectos financiados con respecto al total de proyectos seleccionados.

4.- INDICADORES DE CALIDAD DE APOYO Y SEGUIMIENTO

4.1 informe recibido por parte de control de gestión respecto a solicitudes de financiación en plazo determinado.

4.2 índice de respuesta a la encuesta de seguimiento en un plazo < 15 días.

4.3 informe del análisis de la encuesta por parte de la unidad de calidad (si/no).

5.- INDICADORES DE CALIDAD DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS

5.1 100% de informes de evaluación de cada proyecto antes de 15 días de su solicitud por parte de la unidad de calidad.

5.2 emisión de informe final por parte de la unidad de calidad (si/no).

CONCLUSIONES: Las conclusiones definitivas se extraerán al finalizar esta convocatoria y comparar con las previas. La unificación de criterios en cuanto a las distintas fases del programa de apoyo en los distintos centros de gasto, la existencia de indicadores válidos y fiables de evaluación del proceso, constituyen ya un punto fuerte en el Programa de Apoyo a Iniciativas en Calidad.

M19.04**ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA 2008-2010: DESDE EL CAMBIO AL DESARROLLO**

T. Rodríguez Cano, J. Fernández Sanz, L. Calahorra Fernández, M. Armenteros Lechuga, E. Lagos Pantoja.

SESCAM. HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.

trodriguez@secam.jccm.es

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el diseño y desarrollo de un Plan de Mejora en nuestro Hospital para el periodo 2008-2010. Mediante dicho Plan, cuya fase previa estuvo constituida por el proceso de adaptación al cambio estructural y funcional que supuso el traslado desde un Complejo formado por dos Hospitales a un solo Hospital General Docente, perseguimos tres objetivos específicos: 1) Identificar las dimensiones claves para adaptar nuestros servicios a las expectativas de usuarios y profesionales. 2) Aplicar las herramientas metodológicas adecuadas. 3) Facilitar el cambio cultural necesario para el éxito de las estrategias que permitan orientar el Hospital a la excelencia en cuanto a la actividad asistencial, docente, investigadora, uso de las nuevas tecnologías y gestión de la calidad, para así poder consolidarnos como Hospital Universitario.

METODOLOGÍA: Participaron miembros del equipo directivo, Unidad de Calidad, comisiones clínicas y grupos de trabajo, en total unas 300 personas. El Plan consta de cinco fases: 1) Elaboración de un documento de consenso, que recoge el análisis del punto de partida, las estrategias, líneas de acción e indicadores. 2) Difusión, mediante sesiones divulgativas que incluyeron a los casi 3000 trabajadores. 3) Implementación, mediante objetivos anuales pactados con los diferentes Servicios y Unidades. 4) Seguimiento. 5) Evaluación y redefinición de las líneas. La presente comunicación recoge las fases 1 a 3 (Octubre 2007-Mayo 2008).

RESULTADOS: Se seleccionaron 9 estrategias de mejora que incluyeron el Desarrollo Tecnológico, Organizacional, de la Investigación, Docencia, Calidad, Formación, así como el trabajo por la Seguridad, Autonomía del Paciente y el Plan de los Pequeños detalles. Este trabajo resume las principales líneas de acción e indicadores empleados para la consecución de las referidas estrategias.

CONCLUSIONES: La definición y desarrollo de las Estrategias de

Mejora 2008-2010 exigió un esfuerzo importante para alcanzar el compromiso y consenso necesarios que permitieran a los profesionales acercarse al hospital que queremos para los próximos tres años.

M19.05

ES LA ANALGESIA ADECUADA EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS.

M. J. Preciado Barahona, M. J. Araistegui Arana, A. Hermosa Torrado, J. Larrañaga Aramburu, C. Marcellan Narros, M. Romeu Antelo.

Hospital Donostia, San Sebastián.

PABLO.BUSCAOSTOLAZA@osakidetza.net

Objetivos planteados: Conocer la incidencia del dolor en el servicio. Valorar la severidad del dolor.

Valorar la percepción de los pacientes sobre la implicación del personal del Servicio en este aspecto y sobre el tratamiento de su dolor.

Evaluar diferentes datos de calidad de la analgesia como son la medición del dolor y el uso de morfícos.

Contrastar nuestros datos con los de las unidades de hospitalización de agudos de nuestro hospital.

Material y Métodos: Las herramientas utilizadas han sido:

Encuesta telefónica a 200 pacientes atendidos en urgencias durante el mes de abril en la que se preguntaba: Presencia de dolor, grado de dolor, preocupación del personal sanitario sobre su dolor así como tratamiento del mismo y en su caso efectividad.

Utilización de la regla EVA en un proceso como el cólico nefrítico.

Consumo mensual de ampollas de opiáceos en el Servicio.

Realización de una encuesta similar a la de urgencias en pacientes ingresados.

Resultados: De los 200 pacientes encuestados en urgencias el 54,5% presento dolor durante su atención, el 87,9% lo califico como severo, para el 63,3 el personal sanitario se preocupo por su dolor y el 62,9 expreso que cuando lo tuvo se lo quitaron. Estos datos contrastan con los de hospitalización, de los cuales presentaron dolor el 44%, el 78,4% lo calificó como severo, indicando el 89,9% que se preocuparon por su dolor e incluso el 89% expreso que se lo suprimieron.

La regla EVA fue utilizada en el 71,4 de un proceso observado como es el cólico nefrítico; un año antes era del 50% en el mismo procedimiento.

El consumo mensual de ampollas de morfina es 3,7 ampollas por 100 urgencias; un año antes era de 2,9 ampollas por 100 urgencias.

Conclusiones: Aunque a tenor de los datos parece que hay bastante concienciación en el Servicio con el dolor de nuestros pacientes, todavía nos queda camino para recorrer. Tanto la preocupación por el dolor, como la actuación activa, parece que todavía son susceptibles de mejorar. Aunque no hay datos publicados en relación con el consumo de morfina en urgencias en la literatura revisada parece que no es un mal camino el establecido. Por otro lado parece necesario intensificar la divulgación de la regla EVA entre nuestro personal.

M19.06

ES POSIBLE REDUCIR LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

P. Busca Ostolaza, C. Gomez Calatrava, A. Aguillo Garcia, C. Oria Ponce I. Ventura Huarte, I. Huarte Sanz.

Servicio de Urgencias Hospital Donostia, San Sebastián.

pablobusca@gmail.com

Objetivos planteados: Conocer la evolución de las asistencias urgentes en los últimos cinco años en nuestro Servicio de Urgencias así como el origen de su derivación. Describir las alternativas puestas en marcha en los últimos años. Conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes con las medidas tomadas.

Material y métodos: Recogida de las atenciones urgentes realizadas desde enero de 2003 hasta el 2008. Análisis de la derivación de pacientes así como reatenciones. Análisis de iniciativas realizadas los últimos 5 años: Altas desde triaje, citaciones y revisiones, creación de consultas rápidas, hospitalización a domicilio, derivación de volantes "urgentes" a consultas adecuadas, facilitación de ingresos programados y de traslados hospitalarios, acuerdos con otros servicios, información a través de medios de comunicación. Evaluación de la encuesta a nuestros pacientes.

Resultados: Los últimos 5 años se ha producido un descenso del 9,5% en nuestras atenciones, representa una reducción de 9.754 atenciones. La iniciativa propia se ha reducido 7 puntos. Las reatenciones han disminuido. Tanto las citaciones como las revisiones prácticamente han desaparecido. Las altas desde triaje suponen entre 2 y 3%. Creación de circuitos alternativos para ingreso de pacientes desde consultas como para pacientes paliativos. Se han creado 15 consultas rápidas para urgencias. En el 2.007 el número de pacientes derivados a hospitalización a domicilio fue de 150. Circuitos adecuados de ingreso desde otros hospitales han facilitado el ingreso en su cama correspondiente directamente. Durante estos años en múltiples ocasiones a través de los medios de comunicación hemos intentando concienciar a la población acerca del buen uso del Servicio. Tras poner en marcha estas medidas los datos más relevantes de una encuesta independiente realizada a nuestros pacientes arroja los siguientes datos: Se cumplen o superan las expectativas de los pacientes en el 97%. Los pacientes volverían aunque pudieran elegir otro servicio en el 97,5% de los casos.

Conclusiones: En los últimos años ha habido una reducción significativa en el número de atenciones posiblemente debido a la suma de las acciones tomadas al mismo tiempo los datos de la encuesta a pacientes revela un alto grado de sintonía con el Servicio.

M19.07

ESTUDIO DE INGRESOS EVITABLES MEDIANTE APLICACION DEL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL EN NUESTRO HOSPITAL

H. Vallverdu Cartie, P. Rebasa Cladera, X. Figueras, C. Ferriz, J. Urgelles, R. Ramon.

Hospital de Sant Boi, Sant Boi.

helenavallverdu@telefonica.net

Introducción: El estudio de los ingresos evitables permite optimizar la gestión de los recursos disponibles y conocer los déficits existentes para a analizarlos y diseñar soluciones alternativas.

Objetivos: Conocer las características y la adecuación de los ingresos en el servicio de cirugía utilizando el EAP () para poder hallar puntos de mejora. Material y método: Estudio transversal analítico aplicando el test EAP Se realiza una aleatorización de 28 días no consecutivos que se distribuyen entre Mayo y Julio del 2007. El test lo aplican 2 revisores uno de ellos cirujano después de un entrenamiento previo. Se analizan los ingresos en el servicio de cirugía.

Resultados: Se analizan 112 ingresos, 53 % mujeres, 47% hombres. La edad media es de 61.34 años (IC95% 57.88-64.80), la estancia media es de 6.85 días (IC95% 5.43-8.26). El 40% de los ingresos son programados y urgentes el 60%.

Los DRG de ingresos más frecuentes han sido los procedimientos quirúrgicos programados, siendo el dolor abdominal la causa más frecuente por urgencias.

Con la aplicación del test EAP, el 91% de los ingresos son adecuados (índice kappa de concordancia 0.62).

En el 9% de ingresos inadecuados no se hallaron diferencias en cuanto a la edad, sexo, día de ingreso ni procedencia del ingreso.

La única variable que se relaciona con la inadecuación del ingreso es el DRG 466 con una $p < 0.031$ que son los cuidados de pacientes con neoplasias como diagnóstico secundario.

Sin llegar a ser significativos se detectan como causas principales de ingresos inadecuados la necesidad de cuidados crónicos, cuidados de enfermería o la necesidad de institucionalización en un nivel inferior.

Conclusiones: Existe un déficit de circuitos y dispositivos alternativos a la hospitalización que genera ingresos inadecuados en nuestro medio. La creación de enlaces ágiles entre el medio hospitalario y los recursos de la asistencia primaria puede mejorar esta situación, siendo recomendable la continuidad asistencial entre los diferentes dispositivos.

M19.08

ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO DE LA ADECUACION DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS CON LA APLICACION DEL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL

H. Vallverdu Cartie, P. Rebasa Cladera, X. Figueras, C. Ferriz, J. Urgelles, R. Ramon.

HOSPITAL SANT BOI.

helenavallverdu@telefonica.net

Introducción: con la mejora de la adecuación de las estancias hospitalarias se pretende optimizar al máximo los recursos humanos y materiales de los que se dispone para una mejor asistencia sanitaria.

Objetivos: Conocer la adecuación de las estancias hospitalarias del servicio de cirugía. Con el análisis de resultados se pretende detectar puntos de mejora.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo con componentes analíticos aplicando el AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) de manera prospectiva. Se realiza una aleatorización de 28 días no consecutivos que se distribuyen entre Mayo y Julio del 2007. Tras el primer corte se implementan medidas de sensibilización y procesos de mejora.

Resultados: se analizan 191 estancias correspondientes a 112 ingresos. El 56% son mujeres, edad media 64.95 (IC95% entre 62.51-67.38) con distribución entre 18.1 y 94.3 años. La estancia media fue de 11.84 días (IC95% entre 10.21-13.47) con distribución entre 0-40 días. El 68.2% de los ingresos son por urgencias. El 86.4% ingresan en la planta de cirugía. Con la aplicación del test el 33% de nuestras estancias son inadecuadas. Índice Kappa de concordancia entre revisores 0.82. Variables relacionadas con la inadecuación de la estancia son la procedencia del ingreso ($p=0.003$), la estancia media de los pacientes con inadecuación es mayor (9.68) que los que tienen estancias adecuadas (4.99) con una $p<0.001$. La edad media de los pacientes con estancia inadecuada es superior (61.8 vs 71.2) con una $p<0.001$.

Como causas de estancia inapropiada: La principal causa se halla dentro del grupo de Retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente está ingresado, es decir pacientes que están pendientes de pruebas. En segundo lugar Responsabilidad del médico o de la familia del paciente (problemas familiares) y en tercer lugar la Responsabilidad del médico o del hospital por tanto pruebas que se pueden hacer de manera ambulatoria.

Se aplicaron medidas para optimizar los circuitos de exploraciones complementarias, para mejorar las altas en pacientes mayores y dependientes, y para implicar a los profesionales en la agilización de las altas.

Con la sensibilización y aplicación de procesos de mejora nuestra estancia media ha disminuido desde 4.89 hasta 3.58 días en la actualidad.

Conclusiones:

1. Conocer nuestros datos y puntos de mejora nos ha permitido mejorar nuestros resultados.
2. Para mejorar las estancias hospitalarias es esencial la implicación de los profesionales en los diversos procesos susceptibles de mejora.

M19.09

GESTIÓN CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA. PROYECTO DE DESARROLLO Y MEJORA

A. Leal Luna, M. Del Nozal Nalda, M. Á. Colmenero Camacho, R. Pérez Cano.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.
 antonio.leal.luna.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN: en Andalucía la apuesta por la Gestión Clínica (GC) es una realidad. La elaboración del Acuerdo de Gestión cuatrienal define objetivos vinculados a diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria orientados a garantizar la mejora continua.

OBJETIVOS: analizar los resultados obtenidos por la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna (UGC-MI) desde su constitución y desarrollar un plan de acción para avanzar en la calidad de la asistencia prestada.

MATERIAL Y MÉTODOS: la UGC-MI está compuesta por más de 100 profesionales de diferentes categorías. Su actividad se desarrolla en hospitalización y en consultas externas y está constituida como UGC desde el 2005. Los objetivos de acuerdo con el Modelo de Acuerdo de Gestión Clínica de Andalucía se vinculan a las siguientes dimensiones (peso de cada una de ellas): actividad (10), accesibilidad (15), seguridad del paciente (5); normas básicas de calidad de procesos (15); satisfacción del ciudadano (15), uso racional del medicamento (15); continuidad asistencial (10), disminución de la variabilidad en la práctica clínica (5), libre configuración (5) y gestión económica (5).

RESULTADOS: El % de consecución de objetivos durante el año 2006 fue del 93,45 % y durante el año 2007 de 95,43%. La valoración comparativa (2006-2007) de cada una de las dimensiones evaluadas

ha sido: actividad (10-8,60), accesibilidad (12,5-15), seguridad del paciente (5-5); normas básicas de calidad de procesos (15-15); satisfacción del ciudadano (15-15), uso racional del medicamento (13,2-15); continuidad asistencial (10-8), disminución de la variabilidad en la práctica clínica (2,75-3,83), libre configuración (5-5) y gestión económica (5-5).

CONCLUSIONES: los resultados presentados confirman que la GC es una herramienta de mejora donde los profesionales participan en la consecución de unos objetivos y en la propuesta de planes de mejora. La UGC-MI, se propone como líneas de mejora prioritarias: aportar una atención integral al adulto enfermo potenciando la consultoría con otras especialidades; desarrollar fórmulas innovadoras de gestión como la consulta de diagnóstico rápido; promover la consultoría con Atención Primaria; fomentar una docencia de calidad y el desarrollo de líneas de investigación que generen valor añadido a la Unidad sin olvidar la satisfacción del ciudadano, la seguridad en la práctica clínica y el compromiso con el uso responsable de los recursos como ejes fundamentales de una asistencia sanitaria de calidad. A la vista de los resultados la GC contribuye a hacer "correctamente las cosas correctas" y a impulsar la mejora de la calidad de la asistencia prestada a los ciudadanos.

M20.01

GESTIÓN DE LA RECOGIDA DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS POR LOS CENTROS ASISTENCIALES

L. Armada* Gomez, A. Troyano Del Barco, E. Cervera López, F. J. Devesa Pardo.

MUTUA UNIVERSAL.

larmadag@mutuauniversal.net

Objetivo: Establecer un sistema de comunicación y tratamiento de Informes de No Conformidad (INC) entendidos como oportunidades de mejora detectadas desde los centros asistenciales.

Material y Método: Una de las vías de comunicación interna de Mutua Universal es a través del Lotus Notes; aprovechando este canal conocido por todos los empleados se creó una BBDD en el mismo para registrar, comunicar y gestionar las no conformidades del sistema. Se establecieron distintos grupos de "NC" (No conformidades) para los que se diseñaron plantillas específicas en las que hay una serie de campos comunes (centro asistencial, descripción INC, causas, soluciones adoptadas) facilitando así su medición y análisis posterior.

Tras el registro por parte del centro asistencial, su gestión posterior es realizada por el Dep. Calidad junto con las áreas a la que está referenciada. Buscando así la implicación de los miembros que participan en el proceso.

Resultados: Desde el 2003 se han venido recogiendo No conformidades, clasificándolas en proveedores internos y externos, procesos y Acontecimientos Adversos (AA). Clasificación que se ha ido adaptando a la evolución del sistema.

Para los AA se ha llevado a cabo un plan de mejora específico. En números absolutos se han recogido 77 NC de Proceso; 600 NC de proveedores (internos y externos) y 35 NC catalogadas como "otras". A partir de los datos recogidos hasta 2006, del subproceso de residuos, se detectó la necesidad de contratar un proveedor externo para gestionarlos a nivel nacional. Dicho cambio junto con la maduración del sistema ha provocado una mayor detección de oportunidades de mejora por parte de los centros.

El principal motivo de NC de proveedores internos viene siendo por "demora", representando éste el 72-89% en Compras y el 75-80% para Servicios. Permitiendo con este registro la identificación paralela de los proveedores externos sobre los que recaen dichas NC, siendo su gestión compleja por ser en algunos casos "cautivos".

El mayor nº de NC recogidas hasta el 2006 afectaban a Farmacia, el 42% por material incompleto y el 18% por demora en el servicio, motivos que se han visto reducidos progresivamente tras las acciones correctivas aplicadas.

Conclusiones: El registro, clasificación y análisis de cada NC, ha permitido junto con los indicadores poder incidir con Acciones Reparadoras en todos los casos y emprender Acciones Correctivas globales de mejora del Sistema de Gestión de Calidad.

M20.02

GESTION DE OBJETIVOS EN EL HOSPITAL PLATÓN

T. Alonso Carrasco*, L. López, O. Barbancho, A. Jover, N. Llaberia, J. Pujol, P. Sols.

Hospital Platón.

tomas.alonso@hospitalplato.com

OBJETIVOS: Desde el 2003 la Dirección del Hospital Platón ha apostado por la implantación del Modelo EFQM de calidad y por la promoción de la mejora continua. Para la gestión de la mejora continua se ha establecido una metodología que incluye la detección de las oportunidades de mejora en la organización, priorización de objetivos, planificación de los objetivos seleccionados y su seguimiento con el fin de mejorar los resultados en el ámbito asistencial, organizativo, económico y de satisfacción de clientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado formación en técnicas de priorización de objetivos a los directivos, mandos intermedios y personas clave de la organización para facilitar su selección. Se ha diseñado un procedimiento consensuado con el equipo directivo que describe el circuito a seguir para detectar las áreas de mejora, transformarlas en objetivos y valorar su cumplimiento. Se utiliza una aplicación informática denominada "Minerva tasques" para el seguimiento de los objetivos seleccionados.

RESULTADOS: Desde el año 2003 se sigue el cumplimiento de los objetivos del hospital observándose una tendencia positiva en su cumplimiento: 2003; 57%, 2004; 62%, 2005; 82%, 2006; 80%, 2007; 95%. Para el año 2008 se han planificado 140 objetivos y 200 acciones de mejora en todas las áreas. El origen de los objetivos se disgrega de la siguiente forma: 30 provienen del Plan Estratégico 2007-2010, 83 provienen de propuestas de los servicios y comisiones, 4 provienen de la auditoría de la Ley de Protección de datos (LOPD), 2 de las auditorías de ISO 9001, 3 de la auditoría de EFQM y 26 objetivos pertenecen a la Parte Variable del contrato con el CatSalut.

CONCLUSIONES: Para cumplir los objetivos propuestos ha sido imprescindible la implicación y participación de un gran número de profesionales de la organización, de un fuerte liderazgo del equipo directivo y del diseño de una metodología que facilita la implantación y sistematización de la mejora continua.

M20.03

GESTIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS FUERA DE LA RED SANITARIA CONCERTADA Y RESCATE HACIA HOSPITALES PROPIOS O CONCERTADOS EN UNA MATEPSS

R. Guasch Badell*, J.M. Blanch, E. Cuerda, J.A. Güell, L. Sol, X. Vidal.

A.C.H. Mutua Universal Delfos.

rguasch@mutuauniversal.net

OBJETIVOS: Reducir el coste en asistencia sanitaria ajena, de los pacientes que a consecuencia de un accidente laboral son hospitalizados en centros sanitarios no concertados con Mutua Universal, mediante una ágil y especializada gestión de rescate a la red sanitaria propia o concertada. Optimizar los recursos y la información médica obtenida desde Línea Universal (servicio de atención telefónica permanente). Prestar a cada paciente una atención personalizada mediante expertos profesionales en patología laboral.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha dotado al servicio de Línea Universal de un equipo sanitario exclusivo formado por médicos y DUE,s, que gestionan la recogida de la información sobre el estado clínico de los pacientes ingresados en centros sanitarios sin concertar, evalúan las necesidades futuras de tratamiento y ejecutan las acciones necesarias para rescatar o repatriar al paciente a centros sanitarios concertados, siendo el hilo conductor entre el centro sanitario emisor y el receptor. Se utiliza como herramienta de comunicación la línea telefónica gratuita y permanente. Se crea una base de datos que nos permite conocer el censo de hospitalizados, diagnóstico, centro hospitalario y área geográfica, así como obtener indicadores de estancias medias, intervalo entre la fecha de hospitalización y la de rescate, motivos de no rescate y porcentaje de casos rescatados. Cruzamos dicha información con el coste medio de cada centro obteniendo un estudio de ahorro real derivada de la gestión del rescate. Se toma como indicador de resultado el porcentaje de casos rescatados sobre las altas y el ahorro real en estancias hospitalarias en centros sanitarios no concertados. El periodo estudiado

comprende desde mayo 2007 a abril 2008.

RESULTADOS: Sobre un total de 1.470 altas, se han efectuado 695 rescates, supone el 47% sobre las altas, generando un ahorro real en 7.382 estancias hospitalarias en centros sanitarios no concertados. El intervalo entre fecha de ingreso y fecha de rescate no supera los dos días. El principal motivo por el que no se logra efectuar el rescate es por gravedad del paciente o por alta en breve.

CONCLUSIONES: En el primer año el modelo de gestión implantado cumple los objetivos marcados. Además de la reducción en el coste de asistencia sanitaria ajena, la mejora cualitativa en la información médica obtenida, permite al médico responsable del proceso, la planificación de estrategias terapéuticas posteriores y ágil previsión de secuelas.

M20.04

"GESTIÓN DE RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS": EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA GESTIÓN DE PROCESOS

M. P. Vitores Picón, T. Sanz Cuesta, M. A. Vilches Martínez, B. Sancho Madrid, E. Barragán Sánchez.

AREA 9 ATENCIÓN PRIMARIA MADRID

mvitores.gapm09@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Describir el impacto de la puesta en control del proceso "Gestionar reclamaciones y sugerencias" sobre los indicadores de calidad en un equipo de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para alcanzar el objetivo se utilizó la metodología de la mejora de procesos.

El problema se seleccionó por el elevado número de reclamaciones que históricamente recibe el Equipo. Durante 2007 se constituyó un grupo que evaluó la ficha descriptiva del proceso. Se identificaron puntos fuertes y áreas de mejora y a partir de ellos las medidas de mejora (junio 07).

Se compara el cumplimiento de los indicadores de la ficha en el primer (S1) y segundo semestre (S2) del año, antes y después de la introducción de medidas de mejora. Dichas medidas se centraron en sensibilizar al Equipo, modificar el procedimiento de tramitación, generar una base de datos para recoger información de las reclamaciones y diseñar un procedimiento de manejo de dicha información.

RESULTADOS: Se recibieron 222 reclamaciones durante 2007, 121 en S1 y 101 en S2, lo que supone una tasa de 8,8 reclamaciones por mil habitantes; 4,7 en S1 y 3,9 en S2. Las causas más frecuentes de reclamación durante todo el año fueron: cambio forzado de médico, falta de profesionales para cubrir situaciones puntuales y disconformidad con aspectos organizativos internos.

Durante todo el año se pusieron en marcha 49 actuaciones en relación con las reclamaciones, 13 en S1 y 36 en S2. Las más frecuentes fueron cambiar de profesional y hablar con el usuario. En S2 se consiguieron anular 9 reclamaciones (4,6%), ninguna en el primero.

En S1 el 92,6% de las reclamaciones se respondieron en menos de 30 días y en S2 el 90,1%. El 48,7% de las respuestas elaboradas por el Equipo se enviaron a la Dirección en menos de 10 días en S1 y el 80,2% en S2. Las respuestas confeccionadas por el Equipo no se modificaron en la Dirección en el 85,1% de las ocasiones en S1 y en el 79,2% en S2.

El 29% de las reclamaciones recibidas se calificaron como evitables mientras que se consideró que el 76% eran justificadas.

CONCLUSIONES: Consideramos que la metodología aplicada nos ha permitido mejorar el proceso, en especial los indicadores que hacen referencia a las actuaciones realizadas y al tiempo de tramitación de las reclamaciones, manteniendo niveles elevados en otros que partían con altas tasas de cumplimiento como el porcentaje de respuestas no modificadas.

M20.05

GESTIÓN DEL CAMBIO: IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA EN UN SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS

M. J. Fernández Campos, J. Martínez Gómez, N. Rodríguez Rodil, V. Sánchez-Brunete Ingelmo, E. Vegas Gómez, P. Martínez Tenorio.

SUMMA 112

dirmed.summa@salud.madrid.org

Objetivo: Analizar las distintas fases de gestión y resistencia al cambio ante la implantación de la aplicación informática de recepción y clasificación de llamadas, regulación médica, y movilización y seguimiento de recursos.

Método: Revisión retrospectiva del tiempo de respuesta, cuya variabilidad es un parámetro correlacionado con el comportamiento global del sistema. El estudio de la gráfica del tiempo de respuesta informa como van concluyendo cada fase. (Tiempo de respuesta: tiempo desde que paciente se solicita asistencia hasta que comienza la asistencia).

El periodo de estudio es desde 1 de septiembre 2007 hasta 30 de abril de 2007, se toma como referencia el mismo periodo del año anterior, encontrando que el estándar es de 15 m.

Se utiliza para el análisis de los resultados las fases por las que pasa una organización dentro de la teoría de la Gestión del Cambio.

Resultados: Durante las fases de Shock y la fase de Negación, se procedió con una estrategia de comunicación presencial, mediante el aumento de presencia física de la dirección y del personal informático, además de incrementar los procesos de detección y corrección de errores. El tiempo de respuesta experimenta un ligero aumento sobre el estándar (1 m).

Durante la fase de Aceptación, el tiempo de respuesta disminuye al nivel estándar del periodo de referencia.

Fase de Experimentación y fase de Reconocimiento: El tiempo de respuesta disminuye por debajo del nivel estándar de referencia: Los usuarios del sistema demuestran mayor interés en conocer todas las nuevas funcionalidades y ventajas de la aplicación, relajando la tensión y aumentando el nivel de motivación. (1 m.)

Conclusiones: La implantación ha tenido un comportamiento según indica la Teoría de Gestión y Resistencia al cambio.

Se demuestra que la herramienta es adecuada, superando todas las fases del cambio.

El tiempo de respuesta disminuye en una proporción mayor que el aumento inicial, lo que se atribuye a una implicación directa de los promotores del cambio: Dirección y Sº de Informática.

La aplicación informática, una vez implantada e integrada, ha favorecido la disminución del tiempo de respuesta.

M20.06

GESTIÓN DEL CANCER CUTÁNEO EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

S. E. Marrón Moya (0), L. Tomás Aragones (0), M. P. Blazquez Giron (0), A. Bes Franco (0), C. Cebrián García (1), J. A. Moreno Villanueva (0).

(0) Ernest Lluch Martín, (1) Ernest lluch Martín.
 semarron@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1) Evitar las sucesivas demoras diagnóstico-terapéuticas; 2) Racionalizar el uso de los recursos disponibles; 3) Mejorar la coordinación primaria-especializada; 4) Mejorar la formación continuada de los profesionales; 5) Mejorar la satisfacción de los pacientes; 6) Mejorar la calidad de la información registrada; 7) Garantizar una calidad asistencia de excelencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Constitución de un equipo de mejora; 2) Evaluación de las necesidades; 3) Análisis de los procesos; 4) Elaboración de una vía clínica; 5) Instauración del modelo de gestión; 6) Reevaluación anual del proceso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO: 1) Constitución del Equipo de Mejora en el año 2004; 2) Elaboración de la Vía en el año 2004; 3) Puesta en funcionamiento de la Vía en el año 2004; 4) En el pilotaje de la vía en el año 2004 se duplicó el número de cánceres detectados, cifras que han ido incrementando año a año hasta el presente 2008; 5) Identificación de citas específicas en la agenda de Dermatología para la Vía (DCC) en el año 2005; 6) En los tres primeros trimestres de 2005 se han incluido correctamente en la Vía un total de 255 pacientes, incremento sobre igual periodo del año 2004 del 46'55%, en el que se incluyeron correctamente 174 pacientes; 7) Se creó el Perfil 31 para facilitar el proceso en el laboratorio de análisis clínicos; 8) Se extraen los resultados del P-31 directamente por nosotros de la Intralab para evitar duplicar citas con el médico de atención primaria; 9) Los 11 Centros de Salud que nos remiten pacientes han incluido pacientes en la Vía; 10) Emisión de informes de alta; 11) Control durante los 5 años siguientes del alta por Enfermería de Primaria; 12) % superiores al 85% de correlación anatomoclínica en los pacientes incluidos en la Vía; 13) % inferiores

al 5% de pacientes incluidos incorrectamente en la Vía; 14º) Disponer de ayudante quirúrgico para la realización de las intervenciones.

CONCLUSIONES: Podemos concluir diciendo que: 1) Es una iniciativa pionera en Aragón; 2) Exponente de la coordinación primaria-especializada; 3) Mejora la calidad de la asistencia; 4) Mejora la satisfacción de los profesionales. 5) Entendemos que la capacitación inicial y la formación continuada en el uso de esta herramienta de gestión es fundamental.

M20.07

GESTIÓN DEL PRE-CANCER CUTÁNEO EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragones, M. Navarro Lucía, M. P. Elena, A. Gómez Peligros, J. L. Gascón Brumos.

HOSPITAL ERNEST LLUCH.
 semarron@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1) Evitar las sucesivas demoras diagnóstico-terapéuticas; 2) Racionalizar el uso de los recursos disponibles; 3) Mejorar la coordinación primaria-especializada; 4) Mejorar la formación continuada de los profesionales; 5) Mejorar la satisfacción de los pacientes; 6) Mejorar la calidad de la información registrada; 7) Garantizar una calidad asistencia de excelencia. 8) Realizar prevención del cáncer cutáneo.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Constitución de un equipo de mejora; 2) Evaluación de las necesidades; 3) Análisis de los procesos; 4) Elaboración de una vía clínica; 5) Instauración del modelo de gestión; 6) Reevaluación anual del proceso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO: 1) Constitución del Equipo de Mejora en el año 2008; 2) Elaboración de la Vía en el año 2008; 3) Puesta en funcionamiento de la Vía en el año 2008; 4) En el pilotaje de la vía en el 1º trimestre 2008 se incremento el número de pre-cánceres detectados.

CONCLUSIONES: Podemos concluir diciendo que: 1) Es una iniciativa pionera en Aragón; 2) Exponente de la coordinación primaria-especializada; 3) Mejora la calidad de la asistencia; 4) Mejora la satisfacción de los profesionales. 5) Entendemos que la capacitación inicial y la formación continuada en el uso de esta herramienta de gestión es fundamental.

M20.08

GESTIÓN DEL PROCESO "GESTIONAR CITA" EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Candelario, A. Arranz Martínez*, M. J. García, S. Lozano, M. A. Roldán, J. A. Motos.

Área 1 de AP. SERMAS.
 ggarzon.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: En el Área 1 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud existe un proyecto de gestión por procesos desde hace 4 años. En 2008 se ha generalizado la gestión del proceso "prestar asistencia" y del proceso "gestionar cita" en cada uno de los 33 EAPs del Área. El objetivo del presente trabajo es describir el desarrollo metodológico seguido así como las innovaciones y mejoras identificadas en un EAP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Grupo de mejora. Se formó un equipo de proceso con profesionales voluntarios: 2 médicos, 2 enfermeras, 3 administrativas y 1 celadora. Recibió formación en gestión por procesos.

Herramientas. Se están realizando varias reuniones con el siguiente contenido metodológico: 1. DAFO. 2 y 3. Identificación de cliente y expectativas. Problemas y reorientaciones clave 4. Identificación de subprocesos. Rediseño. 5. Diseño de procedimientos 6. Plan de acción. 7. Indicadores, plan de calidad y seguimiento.

RESULTADOS PRELIMINARES: Se ha realizado el DAFO. Algunas de las amenazas y debilidades encontradas son :

1. Problemas en la planificación de agendas del hospital: no se abren a tiempo las agendas, no se citan las revisiones del hospital, lo que obliga a citarlas como nuevas, falta uniformidad de criterios en la gestión de citas.
2. No se comparte HC primaria-especializada lo que dificulta la transferencia de información.
3. La planificación de consultas no afecta a todos los profesionales: consulta de enfermería, citas a Rx en el CEP de Arganda.

4. Colas para la atención a los usuarios (entre 15 y 20 minutos).
5. Pacientes sin cita.
6. Bloqueos de los sistemas de Información.
7. Problemas en la gestión de citas: Los huecos de reparto funcionan en el mismo hora, excesivas llamadas por los pacientes para preguntar/confirmar citas ya dadas.
8. Lista de espera en las citas al dentista, matrona y fisioterapeuta.

Se han identificado expectativas de los destinatarios; por ejemplo:

Paciente:

1. Accesibilidad a las prestaciones.
2. Mínimos contactos.
3. Información sencilla.
4. Resolutividad.
5. No colas: ni presenciales ni telefónicas.
6. Buen diseño de agendas: agendas equilibradas y homogéneas.

Administrativo:

1. Carga de trabajo adecuada.
2. Procedimientos organizados y coherentes.
3. Buen diseño de agenda: agendas equilibradas y homogéneas.
4. Máximas facilidades de los Sistemas de Información para realizar el trabajo del día a día.
5. Buen entorno de trabajo.
6. Buen sistema de relación con pacientes y profesionales.

CONCLUSIONES: Pendientes de resultados definitivos.

M20.09

GESTIÓN DEL PROCESO "PRESTAR ASISTENCIA" EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Morso*, P. Martínez, F. J. Martínez Sanz, S. Moreno, R. Baldominos, R. Cinza.

Area 1 de AP. SERMAS.

ggarzon.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: En el Área 1 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud existe un proyecto de gestión por procesos desde hace 4 años. En 2008 se ha generalizado la gestión del proceso "prestar asistencia" y del proceso "gestionar cita" en cada uno de los 33 EAPs del Área. El objetivo del presente trabajo es describir el desarrollo metodológico seguido así como las innovaciones y mejoras identificadas en un EAP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Grupo de mejora. Se formó un equipo de proceso con profesionales voluntarios: 4 médicos, 4 enfermeras, 1 administrativo y 1 celador. Recibió formación en gestión por procesos. Herramientas. Se están realizando varias reuniones con el siguiente contenido metodológico: 1. DAFO. 2 y 3. Identificación de cliente y expectativas. Problemas y reorientaciones clave 4. Identificación de subprocesos. Rediseño. 5. Diseño de procedimientos 6. Plan de acción. 7. Indicadores, plan de calidad y seguimiento.

RESULTADOS PRELIMINARES:

Se ha realizado el DAFO. Algunas de las amenazas encontradas son:

1. Exceso de expectativas por parte del paciente en la capacidad de resolución de problemas.
2. Escasa importancia de la primaria para el estamento político.
3. La atención primaria se considera un cajón de sastre (desastre de cajón ?) que debe atender todo tipo de trámites administrativos.
4. Escasas posibilidades de contratación de médicos.
5. Poca cultura ciudadana de autocuidado y responsabilidad en asistencia.
6. Pacientes hiperfrecuentadores.

Se han identificado expectativas de los destinatarios; por ejemplo:

Paciente: Curación o mejoría. Seguimiento de su proceso. Asesoría. Buen trato. Información completa y comprensible. Escucha. Puerta para conseguir recursos (baja, pensión, pruebas, entrada a especializada?), adecuación de derivaciones, expectativas razonables. Se ha iniciado el rediseño de subprocesos con innovaciones como:

1. la realización de un triaje técnico del motivo de consulta adecuando los recursos (tiempo, profesional que atiende) a 4 motivos básicos: síntoma agudo, control de crónicos, actividades preventivas y demandas burocráticas
2. el objetivo con los controles crónicos de "dar de alta al crónico" haciéndole autónomo
3. el abordaje de las demandas burocráticas fuera de las

consultas y profesionales clínicos.

CONCLUSIONES: Pendientes de resultados definitivos.

M21.01

¿CÓMO DISMINUIR EL DOLOR DE UN RECIÉN NACIDO (RN) EN CUIDADOS CRÍTICOS?

C. Aguirregomez, M. Baselga, E. Sotillos, J. Encinas, I. Garralaga, P. Soriano.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

ealtarribas@salud.aragon.es

Objetivos: 1 Disminuir el dolor del recién nacido en cuidados críticos a través de medidas conductuales y ambientales, 2 Reducir la ansiedad de los padres, 3 Identificar las mejoras que proponen los padres en una unidad de neonatos y, 4 Conocer el grado de satisfacción de los padres con la atención en la unidad de cuidados críticos.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo trasversal durante 8 meses (2007/08) en la Unidad de Neonatos del Hospital Clínico. Dicha unidad atendió 725 RN durante el año 2007 y tiene una dotación de 24 enfermeras y 19 auxiliares de enfermería. Se ha utilizado la Escala del dolor propuesta por Susan Givens Bell, dicha escala mide 6 signos conductuales: dormir, expresión facial, actividad motora, tono muscular, consuelo y llanto y, 4 fisiológicos: frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Todos estos parámetros se evalúan en situación basal inmediatamente después del procedimiento y a los 15 minutos de haber aplicado las medidas ambientales y conductuales. Se realizaron 14 entrevistas personales a padres y se pasó una encuesta de satisfacción a 63 padres.

Resultados: Se estudiaron 48 recién nacidos a los que se les realizaron 93 procedimientos. Los procedimientos que se han realizado en el periodo de estudio fueron 12: Acceso periférico, acceso vascular central, extubación, punción de talón, fisioterapia respiratoria vigorosa, retirada de vía, colocación de sondas y catéteres, aspiración, extracción analítica venosa, retirada de apósitos y punción arterial. Las intervenciones: ambientales (13) y conductuales (11). La media de procedimientos que se realizó por recién nacido fue de 1.9. Los 53 recién nacidos hombres 54.2% presentaban una media de 1.1 de situación basal, 5.6 de media de situación post-procedimiento y 0.9 de media situación post-intervención. Los 40 recién nacidos mujeres 45.8% presentaban una media de 0.9 de situación basal, 4.3 de media de situación post-procedimiento y 0.5 de media situación post-intervención. Las mejoras identificadas por los padres: Integración de los padres en el cuidado de su hijo en la unidad de críticos, dotación de mayor espacio para la unidad y, permitir más asiduamente la entrada de los padres en la unidad. Se recogieron 53 encuestas, la tasa de respuesta fue de 84.1%, el 96.2% manifestaron estar satisfechos con el trato personal y la información recibida.

Discusión: Este estudio ha permitido demostrar la efectividad de las intervenciones ambientales y conductuales implementadas, disminuir el dolor del RN, se ha observado que los RN salen antes de la incubadora, ganan peso con más rapidez y disminuye el estrés de los padres.

M21.02

¿DETECTA LA ESCALA ZARIT LA SOBRECARGA EN NUESTROS CUIDADORES?

A. Abad Ruiz, C. Palacín Ariño, E. Ubis Díez, A. C. Sanjoaquin Romero.

Hospital de Barbastro, Barbastro.

aabadr@salud.aragon.es

OBJETIVOS:

- 1- Describir el perfil del cuidador principal de pacientes dependiente.
- 2- Detectar factores de sobrecarga.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de cuidadores de pacientes dependientes en el sector de Barbastro. Variables sociodemográficas de cuidador y pacientes, situación funcional y cognitiva, apoyo, factores de riesgo y consecuencias de la sobrecarga, Escala de Zarit, Tratamiento estadístico de datos.

RESULTADOS: Paciente dependiente: Edad media 85,78-6,53 años. Hombres 54,1%. Casados 50%, viudos 47,2%. Núcleo convivencia 30,6% matrimonio, 33,3% matrimonio con hijos, 2,8% familia

extensa, 25% con hijo, 8,3% itinerante. Factores de sobrecarga: 88,9% enfermedad de larga duración; 52,8% agresividad; 47,2% negativismo; 63,9% incontinencia; 52,8% insomnio. I.Barthel > 60 39,3%; I.Barthel < 20 28,6%. Deterioro cognitivo 52%.

Cuidador: edad media 62,44-11,50 años. Mujeres 83,3%. Parentesco: 30,6% conyuge, 44,4% hija. 58,3% con red de apoyo: fomal 28,6%, informal 71,4%. Ocupación: 68,6% ama de casa, jubilados 11,4%, en activo 19,7%. Factores predisponentes a sobrecarga: mala salud previa 47,2%, bajo nivel socioeconómico 44,4%, cuidador único 44,4%. Tiempo medio de cuidado 59,44 meses. Zarit: No sobrecarga 66,7%.

Encontramos relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$): carecer de red de apoyo, negativismo en el paciente, el bajo nivel socioeconómico del cuidador y llevar más de diez años cuidando, favorecen la sobrecarga del cuidador. Los trastornos psíquicos en el cuidador tienen relación directa con la sobrecarga.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra, al igual que en otros estudios, el perfil del cuidador principal, se puede definir como: mujer (habitualmente esposa, hija o nuera del paciente) con dedicación casi exclusiva y con problemas de salud derivados del cuidado.

La escala de Zarit no refleja la elevada prevalencia de factores de riesgo de sobrecarga de nuestros cuidadores.

Las circunstancias sociales adversas del cuidador mantenidas en el tiempo de cuidado favorecen la sobrecarga con alteraciones en la esfera psíquica de éste.

M21.03

¿ES LA VISITA PREQUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA ADECUADA PARA PLANIFICAR CUIDADOS PERIOPERATORIOS Y MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA?

E. Rosés Monfort, M. V. Gumiel García, E. Altarribas Bolsa, A. Vecino Soler, M. J. Rueda García, M. V. Pérez Torralba.

H.C.U Lozano Blesa.

eroses@telefonica.net

Objetivo: Valorar si la visita de enfermería prequirúrgica es una intervención enfermera adecuada para:

Informar al paciente de los cuidados de enfermería que va a recibir durante su proceso quirúrgico, tanto en el pre, el trans y el postoperatorio.

Resolver las dudas planteadas por pacientes y familiares.

Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y de sus familiares por los cuidados recibidos.

Aumentar el grado de implicación de las enfermeras quirúrgicas en el bienestar de los pacientes.

Material y métodos: Se constituye un grupo de mejora formado por diez enfermeras quirúrgicas que de Marzo de 2007 a Mayo de 2008: Realizan una revisión bibliográfica.

Establecen a qué pacientes se va a realizar visita preoperatoria, y qué enfermeras y cuándo la realizarán.

Diseñan un registro de cuidados con diagnósticos, resultados e intervenciones.

Elaboran un folleto informativo del proceso quirúrgico para el paciente y su familia.

Preparan un resumen de la bibliografía consultada y seis sesiones formativas en grupo para las enfermeras quirúrgicas que quieran implicarse en el proyecto.

Realizan una encuesta previa a iniciarse las visitas prequirúrgicas a 88 pacientes, con la finalidad de conocer su opinión sobre la cantidad, cualidad y origen de la información recibida.

Las visitas prequirúrgicas se inician a mediados de Abril.

A partir de mediados de Mayo se entrega a los pacientes una encuesta para valorar el grado de satisfacción con la visita recibida.

Resultados: Los resultados de la encuesta realizada en la habitación del paciente nos indican que de los 88 pacientes encuestados el 37,5% no se siente suficientemente informado, el 53,4% no sabe que permanecerá en la unidad de acogida al bloque quirúrgico un tiempo aproximado de 10-15 minutos dónde se le preparará para entrar a quirófano, y un 30,6% no sabe que finalizada la intervención se recuperará en la unidad de reanimación postanestésica.

La mayoría de los pacientes quirúrgicos reciben el folleto informativo entregado por las enfermeras de hospitalización.

Se han recibido 13 encuestas de satisfacción de los pacientes visitados, 9 de ellos han valorado la visita como muy satisfactoria y 4

como satisfactoria.

Conclusiones: La información que reciben los pacientes quirúrgicos sobre su proceso es claramente mejorable.

La visita de enfermería prequirúrgica es posible que sea una intervención eficaz para paliar la falta de información de los pacientes y mejorar el grado de satisfacción de los mismos. Seguiremos realizando visitas y encuestas de satisfacción para aportar datos más significativos.

M21.04

CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE UPP EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. D. Saura Pizarro*, M. Muñoz Sánchez, M. Gómez Albaladejo, M. J. Lozano Ballester, G. Sánchez-Ferragut Rojas, N. Escudero López.

Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera.

mdolores.saura@carm.es

Objetivos: Obtener información sobre la calidad de los cuidados de enfermería en la prevención de úlceras por presión en el Hospital Los Arcos.

Metodología: Estudio transversal. Población a estudio: todos los pacientes ingresados en el Hospital Los Arcos. Clasificación: pacientes de riesgo y no riesgo según escala Emina. Muestra: todos los pacientes ingresados en el Hospital los días 30 o 31 de cada mes.

Método de muestreo: de conveniencia se incluirán todos los pacientes ingresados en el hospital en los días 30 o 31 de cada mes. Criterios de exclusión: pacientes obstétricas y pediátricos. Fuentes de datos: hoja de valoración y hoja de registro de cuidados de enfermería. Se definen cuatro indicadores: pacientes ingresados con riesgo de UPP, pacientes valorados de riesgo de UPP, pacientes que desarrollan UPP durante el ingreso, pacientes con riesgo de UPP y cuidados según protocolo. Recogida de los datos: los días 30 o 31 de cada mes se recogen de las unidades de hospitalización los datos necesarios para determinar los indicadores anteriores, la información obtenida se procesa mes a mes. Se calculan los indicadores de forma cuatrimestral y anual.

Resultados: Septiembre - Diciembre 2007: pacientes ingresados con riesgo de UPP: 30%; pacientes valorados de riesgo de UPP: 83%; pacientes que desarrollan UPP durante el ingreso: 3%; pacientes con riesgo y cuidados según protocolo: 74%. Enero ? Abril 2008: pacientes ingresados con riesgo de UPP: 29%; pacientes valorados de riesgo de UPP: 76%; pacientes que desarrollan UPP durante el ingreso: 2,7%; pacientes con riesgo y cuidados según protocolo: 86%.

Conclusiones: Tenemos implantado un buen registro de prevalencia de UPP, que nos permite conocer como se están aplicando los cuidados enfermeros. De los datos obtenidos hasta la fecha destacar que el indicador, pacientes con riesgo y cuidados según protocolo, ha subido un 12% en el último cuatrimestre valorado; la cifra de enfermos que desarrollan UPP durante el ingreso permanece en un 3%.

M21.05

COSTE DE LOS FÁRMACOS DEL ÁMBITO CARDIOVASCULAR: CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE UN CENTRO DE SALUD

M. Fonseca, E. Timoner, G. Fleitas, M. Caldentey*, C. Picornell, G. Tamborero.

Centre de Salut del Coll d'en Rebassa.

gtamborero@terra.es

Objetivo: Conocer la percepción, opiniones y expectativas de los médicos de un centro de salud (CS) sobre los factores relacionados con la prescripción, el coste y el gasto de los fármacos más utilizados en la atención de los procesos cardiovasculares (CV).

Material y métodos: Diseño: Estudio descriptivo transversal utilizando como instrumento principal un cuestionario ad hoc. Ámbito: Médicos de familia del CS. Marzo 2008. Sujetos: 17 médicos de familia del CS. Fuentes de información: Encuesta ad hoc, que recoge características personales y profesionales, y 11 ítems destinados a valorar sus opiniones y conocimientos sobre los fármacos CV (información sobre coste, valoración del gasto, conocimientos del coste por distintos tipos de profesionales, publicidad, actitud hacia la prescripción de genéricos, mecanismos de mejora).

Resultados: Un 60% de los médicos del CS tienen información insuficiente sobre el coste de los fármacos CV, aunque un 41%

consideran importante el coste a la hora de prescribir. Estiman de forma aceptable el coste de genéricos respecto a las marcas. El 59% opina que el porcentaje del gasto farmacéutico que corresponde a los fármacos CV es del 30%. Un 76% considera que los conocimientos de los especialistas hospitalarios sobre el tema, es peor o mucho peor que el de los profesionales de AP.

Conclusiones: Existe una limitación de la información sobre costes que es necesario superar recibiendo más y mejor formación al respecto. En general, los profesionales consideran el coste de los fármacos antes de prescribirlos, y según los encuestados, los incentivos formativos pueden contribuir a la racionalización del gasto.

M21.06

DESARROLLO DE UN CICLO DE MEJORA: LA ATENCIÓN AL INMIGRANTE MENOR DE EDAD

C. Pueyo Salavera, T. Pemán Muñoz, M. P. Martínez Escribano, R. Escribano Ros, A. Báguena García, S. Iglesia Ara.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

roxirama@msn.com

OBJETIVOS:

-Abolir las desigualdades de salud entre población infantil inmigrante y local.

-Aumentar la captación del inmigrante menor de edad (IME).

-Protocolizar la atención al IME.

-Implicar a las madres en el desarrollo de planes de cuidados de salud para sus hijos.

-Conocer la situación sociocultural del IME

MATERIAL Y MÉTODO: Nuestro Centro de Salud (CS) desarrolla su actividad en medio urbano atendiendo a una población de 20924 habitantes de los que el 6.4% son inmigrantes de distintas nacionalidades, siendo el 20.9% menores de 18 años. Desde el año 2005 hasta el 2007 dentro de los programas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud se ha desarrollado un ciclo de mejora en la atención al paciente IME. Partiendo del conocimiento de una menor asistencia del IME y una mayor prevalencia de patología infecciosa en esta población, el equipo de mejora identificó como problema de calidad la carencia de una atención protocolizada en este grupo, una menor asistencia a las consultas programadas y una gran variabilidad en la percepción de la salud. Posteriormente se priorizó por consenso la protocolización de la atención al paciente inmigrante, desarrollando una planilla de evaluación que se introdujo en el Sistema informático de consulta en el que se recogían datos clínicos, familiares, sociales, educativos y exploraciones complementarias; y la organización de talleres de promoción de la salud dirigidos a las madres de IME sobre vacunación, alimentación infantil, higiene y prevención de accidentes domésticos.

Se definieron los siguientes indicadores:

- Indicador captación: (nº de IME derivados a consulta médica/nº de pacientes con TIS en el CS) x 100 Estandar: 90%. Fuente de datos: tarjeta sanitaria.

- Indicador de evaluación: (nº IME evaluados/nº total de IME registrado) x 100 Estandar: 50%. Fuente de datos: historia clínica.

- Indicador de asistencia a talleres: (nº asistentes a talleres/nº IME evaluados) x 100 Estandar: 10%. Fuente de datos: trabajo de campo.

RESULTADOS: Captación: $(280/289) \times 100 = 96,8\%$. Evaluación: $(70/280) \times 100 = 25\%$. Asistencia a Talleres: $(7/70) \times 100 = 10\%$.

CONCLUSIONES:

-El desarrollo de un ciclo de mejora de calidad ha servido para instaurar en los programas específicos de nuestro CS la atención al IME.

-Aunque la asistencia a los talleres cumplió los objetivos planteados, fue escasa, lo que implica un replanteamiento en la captación para el desarrollo de talleres futuros ya que fue una experiencia altamente gratificante tanto para las asistentes como para el personal sanitario implicado.

M21.07

EL SOPORTE INFORMÁTICO COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN ASISTENCIAL. LAS GUÍAS CLÍNICAS

F. Murcia Nicolás, S. Rodríguez Pérez.

USP Hospital San Carlos, Murcia.

blackbeguina@hotmail.com

OBJETIVOS: Con la siguiente comunicación pretendemos explicar

cómo gestionamos la calidad de los Cuidados de Enfermería en USP Hospital San Carlos, a través de nuestro sistema informático de Guías Clínicas. Para dicho fin desarrollaremos: 1) Las características de las Guías Clínicas; y 2) Las diferentes aplicaciones en Asistencia, Docencia e Investigación y Gestión.

MATERIAL Y MÉTODO: Mediante la presentación del formato del programa, se va especificando la configuración de una guía clínica, personalizada para el paciente, por parte del profesional de enfermería en el momento del ingreso del paciente. Tras seleccionar la etiqueta diagnóstica correspondiente, el profesional selecciona dentro de las actividades que están asignadas a dicha etiqueta, las que le convienen al paciente, según los resultados de la valoración. La configuración de este Plan de Cuidados no es hermética, puesto que permite ir modificándola de acuerdo a la evolución del paciente. Toda la actividad de enfermería queda registrada en una gráfica donde se incluyen las constantes, pruebas diagnósticas, tratamiento y administración de medicación, plan de cuidados y observaciones de enfermería. Además del soporte informático, las Guías Clínicas están disponibles en soporte impreso, a modo de protocolo, para facilitar su manejo y trabajo. La estructura de este formato es: objetivo del documento, ámbito de aplicación, documentación de referencia, personal ejecutor, material y ejecución.

Las Guías Clínicas, tanto en soporte informático como en papel cumplen varias funciones en la dinámica de nuestro hospital:

- Asistencial: mejoran la planificación de los Cuidados de Enfermería. Evita que se queden actividades sin registrar y fomenta el uso del Proceso de Atención de Enfermería.

- Docente e Investigadora: sirven como soporte educativo para la formación de nuestros profesionales en servicios con demandas específicas, puesto que en ellas encontramos todas las demandas de cuidados que un paciente puede requerir. Además sugieren aspectos que pueden ser mejorados y plantear problemas de investigación basados en la evidencia.

- Gestión: ayudan a calcular niveles de dependencia de los pacientes y cargas de trabajo, así como el gasto económico.

RESULTADOS: Se plantea un sistema capaz de englobar todas las actividades de Enfermería, en cualquiera de las áreas profesionales, esto incrementa la calidad asistencial de los cuidados prestados.

CONCLUSIONES: La Enfermería debe ser capaz de plantear sistemas englobados en las nuevas tecnologías que, no sólo faciliten nuestra actividad profesional de día a día, sino que organicen nuestros conocimientos de forma científica y disciplinar.

M21.08

ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA RECEPCIÓN Y ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

L. Chueca, S. Sanclemente*, B. Egido, D. Esteban, B. Fraj, E.M. Oliver.

SALUD-Hospital Miguel Serve.

lorechut@hotmail.com

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La Unidad de Hemodinámica de nuestro hospital es una sección en continuo desarrollo y crecimiento con un progresivo aumento de la actividad en los últimos años. Los procedimientos a realizar son cada vez más complejos, a menudo diagnósticos y terapéuticos en la misma sesión, por lo que resulta imprescindible una profunda valoración previa del paciente, que a veces no está recogida ni en la solicitud del procedimiento ni en su documentación clínica. Así mismo, el paciente debe estar bien informado de su patología y de las posibles alternativas terapéuticas de forma que pueda participar activamente en el proceso de su enfermedad.

Por ello, creemos imprescindible la elaboración por parte de enfermería de un protocolo de acogida que mejore el conocimiento de la patología del paciente y su grado de información, que garantice su seguridad y disminuya su grado de ansiedad ante el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Elaboración de un protocolo de acogida al paciente: reflejará de manera clara y concisa las distintas etapas por las que debe pasar antes de un cateterismo cardiaco. Será exhaustivo y detallado, sin dejar lugar a dudas en cuanto a las funciones que corresponden a cada miembro del equipo así como la forma idónea de llevarlas a la práctica.

- Elaboración de una Hoja de Registros de Enfermería que incluirá los datos relativos al paciente (preparación, estado hemodinámico?) y una lista de comprobación (Check-list) con vistas a la posible utilización o no de un stent recubierto.

- Elaboración de una base de datos con las distintas variables.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Sobre el paciente: optimizar su preparación antes de entrar en la sala de Hemodinámica, identificación del mismo, correcta aplicación del documento de consentimiento informado, disminución del nivel de ansiedad frente a lo desconocido facilitando información adecuada a su nivel de comprensión.

Sobre el equipo de Hemodinámica: facilitar el acceso a la información sobre el paciente, documentar la asistencia proporcionada desde que el paciente llega al servicio de Hemodinámica. A su vez, este protocolo de acogida será un instrumento de enseñanza para el personal de nueva incorporación.

Así mismo, la elaboración de una hoja de registros de enfermería permitirá asegurar la continuidad de los cuidados una vez que el paciente abandone la sala de Hemodinámica.

M21.09

ENSEÑANDO AL PACIENTE

A. Colina Alonso, M. B. Arejolaleiba Aguirrezabal, M. C. López De Munain Ormazabal, I. Irurzun Larrañaga, M. Zurutuza Orthous, F. Jauregui Celaya.

HOSPITAL DE ZUMARRAGA.

ALBERTO.COLINAALONSO@OSAKIDETZA.NET

Objetivos: Establecer una sistemática entre los profesionales sanitarios de nuestro hospital que ayude a la formación del paciente en autocuidados y gestionar los recursos de manera eficiente.

Material y métodos: Tras la reflexión estratégica realizada se identifica como objetivo estratégico la alineación con la innovación y definimos, así mismo, una serie de atributos en los que podemos ser innovadores. Uno de estos atributos innovadores es la "participación del paciente en su propio cuidado" por lo que el hospital decide realizar una serie de acciones innovadoras para formar en salud a nuestros pacientes. Mediante la evaluación de las acciones formativas ya existentes como pueden ser la formación a diabéticos, uso de inhaladores en adultos y niños, automedicación con heparina, cuidados de colostomía, se detectan otras necesidades y se programan talleres para pacientes en otras patologías como: cuidado del pie diabético, apnea del sueño, etc.

Resultados: La buena aceptación del personal sanitario y su gran implicación como docentes han hecho posible llevar a cabo este tipo de actividades así como la muy buena aceptación por parte del paciente y sus familiares, colaborando de forma activa en aquellas actividades en las que se les ha ido instruyendo.

Conclusiones. Si los pacientes han sido bien seleccionados, la formación está bien planificada junto con la gran aceptación de los profesionales este tipo de acciones suponen una vía eficaz para tratar de incorporar al cliente en sus procesos de cuidado de la salud obteniendo además unos magníficos resultados.

M22.01

IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN Y TRAZABILIDAD DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

J. M. Celorrio Pascual, M. P. Medina Cerezal, G. Soro Alcubierre, A. Modrego González, M. L. Valles Gracia, R. Lacruz Arguedas.

SALUD / Hospital Ntra. Sra. de Gracia.

jmcelorrio@salud.aragon.es

Objetivos:

-Mejorar la gestión del instrumental quirúrgico.

-Garantizar la trazabilidad del instrumental desde su recepción en la central hasta su utilización en el paciente.

-Monitorizar los indicadores de los procesos de esterilización.

Material y métodos:

-Evaluación del estado del instrumental, reparación y/o sustitución en caso necesario.

-Codificación del instrumental (primero código alfanumérico y en segunda etapa con datamatrix).

-Definición de indicadores para todos los procesos de esterilización.

-Diseño e implementación del software, incorporación de lectores de códigos y etiquetas en esterilización y quirófano.

-Formación del personal de esterilización y quirófano.

-Realización de encuestas de satisfacción a clientes.

-Evaluación de la utilidad de la actividad formativa mediante encuesta y de la transferencia del conocimiento con un test específico y evaluación práctica.

Resultados: Evaluación del instrumental:

-Inicio: 36% del instrumental en condiciones adecuadas, 26% precisaba reparación, 23% tratamiento de superficie y 15% sustitución.

-A los 6 meses: 94% en perfectas condiciones, 2% en reparación y 4% pendiente de sustituir.

En 2006 se codificaron 2465 instrumentos que formaban parte de las cajas.

Se realizaron 2 actividades formativas (teórico-prácticas) de 3 horas (en 2 turnos de mañana y tarde), participando 24 personas (de quirófano y esterilización). Una actividad se centró en evaluación, tratamiento y mantenimiento del instrumental y otra en la utilización del software de gestión y trazabilidad. El 90% de los trabajadores valoraron las actividades formativas como útiles/ muy útiles para su trabajo. La transmisión del conocimiento en el 80% de casos fue óptima.

El sistema implantado impide errores en la configuración de las cajas, permite detectar las pérdidas de instrumental y su origen, conocer en todo momento su estado (evitando procesar material en malas condiciones), ubicación, nº de ciclos recibidos (usos), los costes de mantenimiento y garantiza la trazabilidad hasta paciente (al unir instrumental-ciclo-controles-paciente).

Para el 100% de clientes mejoró la percepción sobre conservación e identificación del material.

Conclusiones:

-La herramienta implantada nos ha permitido mejorar la gestión del instrumental y garantizar en todo momento las condiciones adecuadas para su uso.

-Evita los errores en la configuración de cajas y permite la gestión de costes.

-Soporta la trazabilidad hasta el paciente (ligando instrumental-paciente) y permite verificar de forma retrospectiva los procesos de la central, personal responsable, resultados de controles.

-Posibilita el cálculo automatizado de los indicadores de los procesos, facilitando la mejora continua.

M22.02

IMPLANTAR UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. D. C. García Cubero (0), J. M. Mena Mateo (1), D. Rodríguez Morales (2), A. Cañada Dorado (2).

(0) C.S. Alpes (Área 4 Atención Primaria Madrid), (1) Unidad de Calidad, (2) Unidad de Calidad Gerencia Área 4 Madrid.

cgarcia.gapm04@salud.madrid.org

OBJETIVO: Implantar un plan de seguridad del paciente en un centro de Atención Primaria.

MÉTODO: Las estrategias para la mejora son principalmente el fomento de la cultura de la seguridad, la atención centrada en el paciente y el análisis de los sucesos adversos y de los riesgos.

Diferenciamos diversas áreas de trabajo: la relacionada con el uso de medicamentos como alergias, tratamientos previos, confusiones por nombre parecido o etiquetado similar, interacciones, ausencia de cálculo de dosis individualizadas, forma de administración y vía inapropiadas y la relacionada con la comunicación insuficiente entre profesionales y con el paciente y sus familiares.

Durante el año 2008, se están implantando diversas estrategias sobre seguridad del paciente, encaminadas a crear una cultura de seguridad y sensibilización de los profesionales en la prevención de riesgos, favorecer la información impulsando sistemas de comunicación y análisis de fuentes de datos y mejorando la seguridad en el uso de medicamentos.

RESULTADOS: Se ha diseñado una encuesta de 24 ítems que recoge información sobre cultura de seguridad, información, comunicación y seguridad en el uso de fármacos, que se ha pasado entre los profesionales del Centro. Se ha programado un curso de formación para un grupo de trabajo, formado por ocho profesionales (médicos y enfermeras), que se encargará de impartir sesiones sobre sensibilización en la prevención de riesgos y seguridad del paciente para el resto del equipo. Se ha incorporado un registro específico de

efectos adversos medicamentosos disponible en nuestra historia clínica informatizada que garantiza el anonimato. La comisión de evaluación de reclamaciones se reunirá semestralmente para su análisis y elaboración de medidas correctoras. Se ha realizado un programa docente en el Centro, acreditado por la Agencia Laín Entralgo, enfocado a la Medicina Basada en la Evidencia. Se está monitorizando el programa institucional del anciano polimedcado, con énfasis en los criterios de Beers. Estamos optimizando la comunicación de incidencias farmacológicas mediante un protocolo de comunicación interna y realizando el seguimiento del proceso de mantenimiento del carro de paradas y de almacenamiento, conservación y reposición de la medicación.

CONCLUSIONES: La implantación de estas medidas está permitiendo crear una estrategia de seguridad del paciente en un Equipo de Atención Primaria.

M22.03

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN: UN RETO ESTRATÉGICO

K. Ibarra Hernández.

OSAKIDETZA.HOSPITAL DE BASURTO.

karmele.ibarrahernandez@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: En el 1er cuatrimestre del año 2008 finaliza en el Hospital de Basurto la implantación de un programa informático de Plan de Cuidados y Registros de Enfermería sustituyendo al antiguo formato papel.

A través de los datos obtenidos por la U. de Calidad en los últimos tres años, se aprecia un incremento progresivo del índice de UPP, por lo que se establece la conveniencia de instaurar un programa de prevención como estrategia de mejora de la seguridad del paciente. **OBJETIVO:** Desarrollar e implantar un plan estructurado, derivado de la evaluación de la Comisión de UPP, para la prevención y tratamiento de las UPP en un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODO:

1-Recogida de datos del índice de UPP intrahospitalaria (años 2005-06-07) desde la unidad de calidad.

2-Creación de una Comisión de UPP por parte de la Dirección de Enfermería, a fin de analizar el problema y adoptar medidas correctoras.

3-Desarrollar un Programa de Formación dirigido a enfermeras-os y auxiliares de la organización, a fin de incrementar el nivel de conocimientos en la gestión de la prevención y tratamiento de UPP.

4-Estudio de prevalencia de UPP, a fin de conocer la situación real del centro y determinar la eficacia del programa de prevención implantado.

RESULTADOS:

1-Resultados de los índices de UPP intrahospitalarios (años 2005-06-07).

2-Presentación de las recomendaciones de la Comisión tras el análisis situacional.

3-Evaluación de la gestión del conocimiento tras el programa de Formación (año 2008): 80% de la plantilla de enfermeras y auxiliares (aprox. 400 pers., 1º semestre del año). Nivel de satisfacción de los profesionales implicados en la formación: excelente.

4-Resultados del Estudio de Prevalencia (mayo 2008).

CONCLUSIONES:

1-La evidencia científica demuestra que las estrategias de abordaje exitosas para la reducción del índice de UPP y factores de riesgo asociado, deben ir enfocados al establecimiento de planes estructurados, consensuados y evaluados desde el punto de vista de la efectividad de las medidas correctoras implantadas.

2-Los resultados obtenidos nos han llevado a plantear en el ámbito de aplicación de este proyecto, la conveniencia de incidir con mayor periodicidad, en sesiones didácticas que combinan el autoaprendizaje y orientación con coaching, a fin de concienciar y sensibilizar a los equipos de enfermería en la relevancia del Programa de Prevención como garantía de calidad en el proceso del cuidado del paciente.

M22.04

INCIDENCIA DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

S. Murciano Sancho, N. Mimó, R. Cot, C. Roperio, A. Castelló, G. Collell.

Hospital de Barcelona. SCIAS.

sandramurcianosancho@hotmail.com

Objetivo: Determinar la incidencia de las caídas y las características de los pacientes que las presentan durante la hospitalización.

Material y método: Diseño: prospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes adultos y pediátricos ingresados en el hospital durante los tres últimos años (2005-2007). Instrumentos: se empleó un procedimiento para la detección de pacientes de riesgo y para adoptar medidas profilácticas para evitar las caídas, un documento preformateado para facilitar la declaración. Un grupo experto revisó mensualmente las declaraciones. Variables estudiadas: edad, sexo, riesgo al ingreso, hora de la caída, medicación de riesgo, consecuencias y número de caídas por paciente. Análisis estadístico: descriptivo.

Resultados: Se incluyeron ochocientos setenta y cinco pacientes que sufrieron caídas intrahospitalarias representando una incidencia de 3 caídas/1000 estancias. El 71% (621 pacientes) fueron personas con edad superior a 75 años y el 57% fueron varones. Se observó el mismo número de caídas de día que de noche y que el 9% sufrió más de una caída. El 71% fueron pacientes con riesgo. La severidad resultó grave en 23 pacientes, de los cuales, 10 sufrieron fractura de fémur. En el 89% de los pacientes se detectó como factor de riesgo medicación asociada a las caídas.

Conclusión: En los últimos años ha incrementado el número de declaraciones de caídas. El perfil del paciente de riesgo es el de una persona mayor de 65 años que recibió benzodiazepinas u otra medicación de riesgo y que solo ocasionalmente sufrió consecuencias graves del accidente. En las condiciones del estudio podemos afirmar que es necesario un mayor esfuerzo en la prevención de este grave problema.

M22.05

INTEGRACIÓN DE RESULTADOS ANALÍTICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA: PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO Y DE CONTROL DE LOS RIESGOS

Y. Díaz López (0), J. C. Estevez Muñoz (0), D. Malillos Pérez (0), M. A. Cuadrado Cenual (1), C. Gómez Pesquera (0), S. López Palacios (0).

(0) GERENCIA ATENCION PRIMARIA AREA 7 DE MADRID, (1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS.

ydiaz.gapm07@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Describir la puesta en marcha de OMILAB, procedimiento de integración automática de los resultados analíticos en la historia clínica de Atención Primaria, incorporando la gestión de riesgos derivados del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizaron las siguientes fases 1. Planificación de la implantación, que incluyó: rotación, del auxiliar de enfermería en otro centro con OMILAB; 4 horas de formación a profesionales sanitarios y 2 horas a no sanitarios; supervisión directa del proceso de extracciones durante 1 semana por los responsables; elaboración de un manual accesible a todos los profesionales, que incluye el procedimiento y la resolución de problemas más frecuentes y la automatización del proceso de envío/recepción de ficheros electrónicos, con mecanismos de alerta para la detección de errores. 2. Aplicación de la metodología AMFE 3. Seguimiento.

RESULTADOS: El cronograma de AMFE se cumplió: en 5 meses el 100% de los EAP tenían OMILAB, y el 92% del total de analíticas se procesaban por esta vía (estándar: 90%). La utilización del AMFE permitió la identificación de las áreas potenciales de riesgo y la puesta en marcha de las siguientes acciones: Elaboración y difusión a todos los centros del procedimiento de extracciones, rediseñado hacia un modelo más seguro; Definición de procedimientos de control para los errores de codificación de las muestras (comprobación en el momento, verificación a pares al final del proceso y control de los que no acuden a la extracción), y establecimiento de un procedimiento de coordinación con el laboratorio del hospital para resolver cualquier problema de codificación o incidencia que surja. Los errores de codificación, antes y después de la puesta en marcha de las acciones de mejora han pasado de 7.7 a 0.8 por cada 10.000 analíticas procesadas. El seguimiento efectuado tanto por el laboratorio como por los responsables de Atención Primaria ha permitido identificar los problemas y para su resolución se han realizado las siguientes intervenciones: dos sesiones centralizadas, una con las auxiliares de enfermería y otra con los responsables médicos, y 10 sesiones en los

centros en los que se detectaron más dificultades.

CONCLUSIONES: El AMFE nos ha permitido mejorar la seguridad de la información y del procedimiento de extracciones, disminuir los errores de codificación, y establecer la coordinación con el laboratorio para la intervención precoz ante una incidencia. Así mismo, la planificación ha permitido la implantación en todos los centros cumpliendo el cronograma previsto y alcanzando el estándar establecido como objetivo de utilización.

M22.06

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA: OPTIMIZACIÓN Y EVITACIÓN DE RIESGOS

Á. Palacios Pérez, L. Carbonell, A. M. San Román, P. Hidalgo, M. L. Minguella, S. De Miguel.

Gerencia Área 8 Atención Primaria.

apalacios.gapm08@salud.madrid.org

Objetivos:

1. Elaborar un documento que facilite la consulta enfermera en Pediatría.
2. Disponer de la visualización rápida de la actuación enfermera en cada revisión definida.
3. Evitar situaciones de riesgo.

Material y métodos: Se constituye un grupo de trabajo seleccionando para su participación a enfermeras con ejercicio profesional en consultas de pediatría, bajo los criterios de representatividad del Área en cuanto a experiencia, turno y ámbito de trabajo (rural / urbano). Se elabora un listado de problemas detectados y necesidades de mejora, agrupándolos por áreas y se planifica la dinámica de trabajo y el cronograma.

Resultados: El grupo de trabajo quedó formado por 6 profesionales (5 enfermeras de Pediatría y una Subdirección de Enfermería). Se celebraron un total de 3 reuniones, donde quedaron definidas 5 áreas de mejora.

Quedó elaborado un documento final de consenso, con la siguiente estructura: "Revisiones de Enfermería 0-18 meses", "Revisiones de Enfermería 2-14 años" y "Vacunaciones según calendario". Las revisiones de Enfermería incluyen: Anamnesis, Exploración, Vacunación, Revisión neurológica, Información y consejos y Plan de Cuidados (se presentará en el congreso).

Este documento se realizó bajo la premisa de una rápida visualización que facilitase el acceso ágil a toda la información y contenido de las revisiones en toda la edad infantil, que a la vez permitiese disponer de una documentación más completa si se desea, remitiendo al apartado concreto del "Protocolo de Salud Infantil" del Área 8. Asimismo es un documento sujeto a actualizaciones y colgado en la intranet.

Conclusiones:

- Disponemos de un documento ágil y facilitador de la práctica enfermera en la consulta de Pediatría.
- Se trata de un documento flexible y dinámico, de fácil acceso.
- Esta herramienta de trabajo colaborará en reducir los riesgos en la atención al paciente en edad pediátrica.

M22.07

LA FOTOGRAFÍA DIGITAL COMO SISTEMA ALTERNATIVO EN LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE DEU DE BARCELONA.

G. Pucho Rubio, M. Jabalera, M. J. Planas, O. Nadal.

HOSPITAL SANT JOAN DE DEU DE BARCELONA.

gpucho@hsjdbcn.org

Objetivo: Establecer un sistema alternativo que permita asegurar la identificación inequívoca de aquellos pacientes en los que por sus características personales y/o situación clínica no es posible realizarla con los sistemas clásicos (pulseras) establecidos en el centro.

Método: Los pacientes de la especialidad de psiquiatría forman parte del grupo que presentan dificultades para su identificación con pulsera. Después de analizar los diferentes sistemas alternativos disponibles en el mercado se opta por la realización de una fotografía digital del paciente. A continuación se analizan los aspectos éticos y legales que comportan la implantación de esta práctica. Tras la valoración positiva de estos aspectos, se procede a adaptar los documentos de "Autorización de ingreso" y "Normas en la unidad" para que a través de ellos se informe de este sistema de identificación al paciente y/o adulto responsable y autoricen la realización de la

fotografía.

Con el soporte del departamento de informática se diseña una página en entorno Web con dos carpetas (Ingresados e Histórico), con acceso restringido al personal asistencial de la unidad de hospitalización mediante identificador y contraseña donde se descargan las imágenes de los pacientes obtenidas con web-cam en el momento del ingreso. Las imágenes son identificadas con el nombre, fecha de nacimiento número de historia y de la habitación. **Resultados:** Durante los primeros tres meses desde su puesta en funcionamiento, se han identificado mediante este sistema a más de 80 pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría, no habiéndose observado ningún caso en que no se autorizara la realización de la fotografía ni habiéndose producido ningún tipo de incidente relacionado con esta práctica. El último corte de prevalencia (mayo) presenta un resultado del 100% de pacientes identificados, frente al 0% observado en Octubre.

Conclusiones: La realización de la fotografía del paciente se ha mostrado como un buen método alternativo para la identificación segura en la práctica asistencial, bien acogido por parte de los pacientes/familiares y profesionales además de ayudar a incrementar de forma importante el número de pacientes correctamente identificados.

M22.08

LA INFLUENCIA DE LOS EQUIPOS QUIRÚRGICOS EN COMPLICACIONES PERI-OPERATORIAS: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL BASADO EN METODOLOGÍA OTAS

C. Emparan García De Salazar, P. Soriano Gil-Albarellos.

Fundación Hospital Calahorra.

caremparan@yahoo.es

Introducción y Objetivos: el riesgo de fallo técnico durante los procedimientos quirúrgicos y su seguimiento post-operatorio es de sobra conocido, este estudio busca analizar la influencia que pueden tener en la seguridad de los pacientes unas adecuadas interacciones grupales en los equipos quirúrgicos. La hipótesis de que un efectivo trabajo en equipo puede prevenir la aparición de complicaciones severas se examina para analizar las variables que influyen en el desarrollo de complicaciones.

Material y Métodos: durante 120 procedimientos quirúrgicos realizados por cinco equipos quirúrgicos diferentes se analizó la capacidad de trabajo en equipo y cumplimiento de elementos de seguridad utilizando una escala de validación OTAS adaptada de procedimientos aeronáuticos. Una vez que se identificaron las características grupales de los equipos (grupo A coordinado, grupo B no coordinado) se analizaron de forma retrospectiva 3710 operaciones quirúrgicas clasificadas por factores de riesgo basados en el modelo POSSUM, y sus resultados valorados para analizar los resultados observados con respecto al grupo POSSUM esperado. Los efectos adversos fueron recogidos y organizados en tres niveles de importancia clínica (problemas menores, problemas que consumen tiempo o materiales como componentes sanguíneos, y problemas mayores que comprometieron la seguridad del paciente o indujeron a complicaciones serias como fístulas o mortalidad).

Resultados: la hipótesis de escalamiento de complicaciones y trabajo en equipo se vio confirmada. El análisis de regresión múltiple sugiere que por cada 3 problemas de interacción en grupos las complicaciones se incrementan 9.9 veces sobre el estándar esperado ($p < 0.001$), se reduce la seguridad intraoperatoria un 10% y la duración de la intervención se incrementa hasta 10 minutos (18% del tiempo total promedio). Los equipos definidos como efectivos y cooperadores tienen menor número de incidentes durante la intervención ($p = 0.035$), un incremento de seguridad operativa ($p = 0.004$) y un menor tiempo quirúrgico ($P = 0.01$). El riesgo quirúrgico se vio considerablemente incrementado con el tipo de equipo, el tipo de procedimiento quirúrgico al que se enfrentaba y la duración de la misma.

Conclusiones: el trabajo en equipo perioperatorio de las unidades quirúrgicas permite identificar aquellos factores de riesgo que inciden en la coordinación de los mismos permitiendo diferenciar las características de los mismos y mejorar la seguridad perioperatoria de los pacientes quirúrgicos, especialmente aquellos complejos.

M22.09

LA INFORMATIZACIÓN AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD CLÍNICA

V. Alija López, R. Revuelta Arroyo*, C. A. Pérez Palomares, I. Portilla Calva, G. Rodríguez Gutiérrez, M. J. Boo Puente.

Hospital Sierrallana.

mvaldor@hsl.scsalud.es

OBJETIVOS:

- Identificación del grado de implantación de la informatización de procesos integrados oncohematológicos.
- Identificación y cuantificación del valor añadido del modelo implantado a los procesos de prescripción, transcripción y administración de citostáticos en relación a la seguridad clínica y actividad asistencial.
- Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios del programa.

MATERIAL Y MÉTODO: Ámbito: hospital Sierrallana: servicios de Oncología, Hematología, Neumología y Hospital de día médico.

- Revisión de historias clínicas. (abril- mayo 2007).
- Programa informático ONCOFARM (abril-mayo 2008).
- Encuesta de satisfacción a profesionales.

Se valora el grado de implantación del programa en los estamentos implicados.

Se realiza un estudio comparativo retrospectivo de los tratamientos oncohematológicos prescritos y administrados: formato papel versus proceso informatizado. Se valoran aquellos errores detectados, tanto en la hoja de órdenes médicas como en la hoja de administración de tratamientos de enfermería en ambos formatos.

Se realiza una encuesta de satisfacción a los implicados en el proceso prescripción - administración de tratamientos oncohematológicos.

RESULTADOS: Desde febrero del 2008 se ha implantado el programa en todos los servicios que prescriben, preparan y administran citostáticos (99,46% de implantación a 31 de mayo).

Se valoraron estos ítems; datos identificativos y antropométricos, diagnóstico y su adecuación al protocolo, número de ciclo, firma, dosis, vía de administración, volumen, tiempo de infusión, diluyente y duración del tratamiento.

El porcentaje de errores detectados en el período de estudio fue; 37,53% en la revisión de órdenes médicas prescritas en formato papel, y de un 24,44% en el caso de las hojas de administración de tratamientos de enfermería. Estos datos, exceptuando de la firma, se encuentran registrados en la totalidad de los tratamientos prescritos a través del proceso informatizado.

El grado de satisfacción de los usuarios del programa es más alto (9 sobre 10) en comparación con las expectativas antes de su implantación (5,6). Se ha valorado como positiva la agilidad del proceso, la seguridad clínica y la organización y coordinación entre los servicios implicados.

CONCLUSIONES:

- Se ha conseguido implantar la informatización de procesos integrados oncohematológicos.
- Hay un aumento de la seguridad clínica en todas las etapas del proceso, con una disminución de los errores en la hoja de órdenes médicas y en la de administración de tratamientos.
- Hay un aumento de la satisfacción de los usuarios del sistema en relación a la revisión y actualización de protocolos, a la mayor rapidez, mejor planificación...

M23.01

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: AMFE EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

A. Larrazabal Bilbao.

Comarca bilbao.

j.i.fraileesteban@osakidetza.net

Objetivo: Analizar el Proceso de Gestión de Muestras Biológicas en Atención Primaria de Osakidetza, identificar situaciones latentes que afecten a la Seguridad del Paciente y proponer la introducción de barreras al Proceso.

Metodología: El Grupo aplicó el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) al proceso, examinando las actividades descritas en su flujograma (Orden médica/información, Cita, Obtención de muestras, Entrega, Distribución de resultados y Consulta). Se elaboró y analizó

una parrilla con 135 ítems y se puntuó según gravedad, índice de aparición y posibilidad de detección, para calcular el índice de prioridad de riesgo (IPR). Posteriormente se agruparon según el fallo crítico detectado y causas. Se realizó el corte del IPR en un nivel, 144 puntos, que aportase al menos una barrera a cada actividad y no exclusivamente un IPR alto. Se propusieron acciones de mejora para cada causa de modo de fallo, se adjudicó un responsable y un plazo de revisión de su implantación.

Resultados: De la tabla de 135 ítems (10-648 puntos IPR) surge el plan de acciones de mejora que recoge 12 posibles fallos críticos, 19 causas prevenibles y la propuesta de 25 barreras, para un período de 3-12 meses y un reparto de responsabilidades entre Responsable del Proceso, Dirección Asistencial y Servicios Centrales de Osakidetza. Los fallos en falta de información, volante incorrecto y material de recogida destacan en la actividad "orden médica" y se proponen instrucciones impresas en el volante, sesiones de sensibilización y la disponibilidad de un Manual de Procedimientos como soluciones. En la actividad "cita" destacó, por específica, la asociación errónea del volante (informática) por dificultades intrínsecas del programa Osabide. El paso "Extracción" se presentó como el más vulnerable (5 posibles errores). A problemas como no acude el paciente, paciente sin volante, identificación errónea, extracción incorrecta ó contenedor inadecuado se proponen soluciones como llamada control, sensibilización del paciente, eliminación del volante (internalizarlo), ampliación del tiempo, formación. La introducción al procedimiento de la revisión sistemática de la nevera eliminaría las entregas incompletas. El procedimiento de graficación del 100% de los volantes al Centro eliminaría la falta de resultados informáticos y mejoras en la herramienta Osabide controlarían la inadecuada utilización de los resultados en consulta.

Conclusión: El AMFE de la Gestión de muestras biológicas, identifica una apreciable cantidad de riesgos latentes, algunos de ellos con un nivel de riesgo crítico, que lleva al grupo a proponer barreras para minimizar el riesgo para la Seguridad del Paciente.

M23.02

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN PEDIATRÍA REALIZADA POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA DURANTE LA ATENCIÓN CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

M. P. Lalana Josa (0), B. Laclaustra Mendizábal (1), C. Carcas De Benavides (2), M. J. Lallana Alvarez (2), M. B. Pina Gadea (3), D. Serrano Pérez (4).

(0) Pediatra Centro de Salud de Borja, (1) Pediatra Centro de Salud Calatayud, (2) Farmacéutica Dirección Atención Primaria Sector Zaragoza 3, (3) Farmacéutica Dirección Atención Primaria Sector Calatayud, (4) Técnico Salud Dirección Atención Primaria Sector Zaragoza 3.

mplalana@salud.aragon.es

Objetivo: Aumentar la seguridad del paciente pediátrico mediante la mejora de la prescripción en pediatría realizada por los médicos de familia en un Centro de Salud rural.

Se pretende conseguir una indicación y dosificación adecuada de fármacos en pediatría.

Material y método: Durante 8 meses (de noviembre 2006 a junio del 2007) se revisó de forma retrospectiva y mes a mes, todas las hojas de registro de atención continuada realizada por los médicos de familia a niños menores de 14 años en el Centro de Salud de Borja. Se recopilaron problemas relacionados con: falta de registro de dosis, infra o hiperdosificación, inadecuación diagnóstico / prescripción, medicación no indicada para esa edad, falta de diagnóstico, falta de prescripción o la existencia de otra alternativa terapéutica más eficaz. Mientras se recogía la información se detectó por parte de los integrantes del equipo de salud el interés en disponer de algún material de fácil consulta para la dosificación correcta en pediatría así como una actualización de la patología más común en atención continuada de pediatría y su manejo.

Se impartieron al equipo tres sesiones de actualización en pediatría y se decidió la elaboración de una guía que facilitara la dosificación en pediatría.

Resultados: Se contabilizaron un total de 1421 registros de atención continuada en menores de 14 años y se detectaron 509 problemas. Algunos de los registros tenían hasta 3 errores. La mayoría de los problemas eran leves y de fácil resolución y muchos de ellos se trataba de falta de cumplimentación.

Resultado de todo ello fue la edición de una "Guía rápida de fármacos en pediatría para uso en atención continuada" y que ha sido difundida a los médicos de familia, pediatras y refuerzos del Sector Zaragoza III y Calatayud.

En una encuesta realizada a los médicos que realizan atención continuada en el Centro de Salud de Borja, refleja que desde que se dispone de la guía el 100% la ha consultado en algún momento y le ha resultado útil y de fácil consulta.

Conclusiones: El disponer de un documento de consulta rápida para el médico de familia, facilita enormemente la dosificación correcta en pediatría, lo que repercute en la seguridad clínica del paciente.

M23.03

NOTIFICACIÓN DE ERRORES EN QUIRÓFANO: PRUEBA PILOTO H. Vallverdu Cartie (0), P. Rebasa Cladera (1), J. L. López Negre (0), J. Comajuncosas (0), P. Gris (0), J. Urgelles Bosch (0).

(0) Hospital de Sant Boi, Sant Boi, (1) Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell.

helenavallverdu@telefonica.net

Introducción: Un "near miss" o incidente es un suceso o situación no planeada que no acaba en daño, pero puede ocasionarlo. El error humano es inevitable y dado que puede ser el origen del incidente hay que diseñar e implantar sistemas de protección (circuitos, protocolos) que impidan que el daño tenga lugar.

Objetivo: registrar todos los incidentes en quirófano que constituyen un atentado a la seguridad del paciente para su análisis y detección de puntos de mejora. Solo pacientes de cirugía general.

Material y método: Diseño de cuestionario de incidentes "near-miss" siguiendo las guías del NHS del Reino Unido. Se realizan reuniones informativas en el servicio de cirugía, anestesiología y personal de quirófano. Se fomenta la participación, se insiste en la notificación anónima y voluntaria. Ni la notificación ni los errores detectados serán penalizados en modo alguno. Se mantiene abierta la recogida de datos durante un período de 6 meses.

Resultados: A pesar de la insistencia en la notificación, sólo se registran 26 incidentes. No hay ninguna notificación del equipo de quirófano, ninguna notificación de urgencias.

Los incidentes se clasifican en relación a: cirugía del lugar erróneo: 1, error en la identificación o documentación: 4, error de procedimiento: 5, problemas equipamiento médico: 6, error diagnóstico: 4, problemas relacionados con la medicación: 6.

La edad de los pacientes se distribuye entre 22 y 76, se detectan los incidentes a lo largo de toda la sesión de quirófano.

Las causas relacionadas con la aparición de incidentes son: en 10 casos (34.8%) déficits de circuitos, protocolos o distribución de cargas de trabajo, en 5 casos (19.2%) causas estructurales o de equipamiento, en 5 casos (19.2%) déficits de formación y en 6 casos (23%) debidos a error humano.

En ninguno de los casos se infligió daño al paciente. En 4 casos se suspendió la intervención quirúrgica. Como consecuencia del análisis de los incidentes se han llevado a cabo las siguientes acciones: 1. Participación en protocolo para pacientes que toman antiagregantes orales. 2. Formación en señalización de estomas. 3. Propuesta de compra de material 4. Mejora del registro de incidentes para facilitar la notificación y análisis de casos.

Conclusiones:

1. Conseguir la participación es difícil, hay que fomentar la notificación mostrando voluntad de resolver problemas, nunca siendo punitivo.
2. Los errores no son anécdotas, realmente suceden.
3. A pesar de ser un tema tabú, conocer nuestros de errores nos ha permitido mejorar.

M23.04

NUESTROS PACIENTES ESTÁN IDENTIFICADOS, ¿HEMOS MEJORADO SU SEGURIDAD?

C. Fariñas-Álvarez*, M. Moreno De La Hidalga, M. Rodríguez-Rodríguez, E. Díaz-Sampedro, M. Otero-Santiago, A. R. Díaz-Mendi.

Hospital Sierrallana.

mfarinas@hsl.scasalud.es

Objetivos: La alerta sanitaria de identificación de pacientes se implantó en el Hospital en el año 2004. El objetivo ha sido evaluar la adherencia de uso del brazalete por parte del profesional de

enfermería.

Material y Métodos: Se ha realizado un estudio de observación directa durante 15 días. Se evaluó el uso para administración de medicamentos y extracciones sanguíneas. Los periodos de observación se realizaron coincidiendo con las horas de administración en unidades de hospitalización y de corta estancia; en Urgencias se observaron periodos de media hora sólo en los turnos de mañana y tarde. Para la observación se realizó el seguimiento de un profesional de enfermería en cada periodo de administración por parte de 7 enfermeros entrenados. Se calculó el tamaño muestral para una adherencia de utilización del brazalete del 50%. Se realizó un muestreo por conglomerados bietápico, en el que la unidad de muestreo fue el periodo de observación. Para cada administración se anotó si se comprobaba la identidad del paciente mediante el brazalete antes de llevarla a cabo.

Resultados: se observaron 60 periodos con una media de 7 periodos por unidad. Durante los mismos se produjeron 454 oportunidades de uso del brazalete, de las que se comprobó realmente el brazalete en 218 (adherencia al uso de 48,2%). De las 454, 274 fueron administraciones de medicamentos por vía invasiva, 120 administraciones por vía no invasiva, 35 glucemias capilares y 23 extracciones de sangre venosa/arterial. Se comprobó el brazalete en el 70% de las extracciones sanguíneas, el 55% de las administraciones de medicación por vía invasiva, el 40% de las glucemias capilares y el 32% de las administraciones de medicamentos por vía no invasiva. El Hospital de Día Médico presentó una adherencia de uso del 100%. Los profesionales que más usaron el brazalete fueron fijos del pull (68,8%) frente a los fijos de la unidad (43,4%). Los contratados del pull fueron los que menos lo usaron (31,3%) (p < 0,05).

Conclusiones: A pesar de que está implantada la identificación de pacientes desde hace 4 años, el uso del brazalete para comprobar la identidad de los mismos durante la administración de medicamentos es menor del 50%. La implantación del brazalete identificativo puede crear una falsa seguridad si después los profesionales no lo usan adecuadamente. Es necesario formar y concienciar a los profesionales de la importancia de su uso y utilizar nuevas barreras para evitar errores (sistemas de códigos de barras).

M23.05

PERCEPCIÓN DE ERRORES CLÍNICOS POR LOS PACIENTES

J. J. Mira Solves (0), M. Ziadi Trives (0), S. Lorenzo Martínez (1), J. Vítaller Burillo (0), L. Ortiz Henarejos (0), V. Pérez Jover (0).

(0) Universidad Miguel Hernández, (1) Fundación Hospital, Alcorcón. jose.mira@umh.es

OBJETIVO: Los efectos adversos (EAs) se identifican habitualmente a partir de declaraciones voluntarias o mediante estudios de cribado. La percepción del paciente sobre los EAs es menos conocida. El objetivo es analizar la frecuencia de (EAs) asociados a tratamientos médicos y quirúrgicos según las vivencias de los pacientes.

MÉTODO: Se pregunta a 603 pacientes de 4 hospitales (de 4 comunidades autónomas) sobre su última hospitalización. Se llevan a cabo dos estudios encadenados. En el primero (N=421), se pregunta por la frecuencia de molestias o complicaciones medicación o intervención quirúrgica incorrectas; y, en el segundo (N=182), se discrimina en la pregunta entre "sufrir complicaciones o daño por una medicación que fue mal o la que es alérgico" o por una "intervención quirúrgica que no salió bien del todo". Adicionalmente, se preguntó por la frecuencia de determinados riesgos (accidente tráfico, perder empleo, sufrir un error clínico, padecer una enfermedad grave...) Se recurrió a un muestreo aleatorio proporcional (precisión del 5%, p=q=0,50 al 95%). Se ha recurrido a Chi-Cuadrado, controlando por los posibles factores de confusión de sexo y edad, detectando diferencias para p<0,05 bilateral y 95% de confianza.

RESULTADOS: La tasa de prevalencia de EAs percibidos por los pacientes en el primer estudio es del 13,1% (IC: 9,15-16,97%). De estos, un 9,8% consideró que las consecuencias fueron graves. En el segundo estudio, la prevalencia de EAs debida a la medicación fue del 4,7% (IC: 95% 1,5-8%) y debida a intervención quirúrgica del 5,5% (IC: 2-9,1%). La prevalencia fue similar entre hombres y mujeres (x²=0,01, p=0,936). El 64% de los supuestos EAs fueron informados por los pacientes de más de 51 años, aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Un 11,9% (IC: 7,2-16,6%) consideran que el riesgo de ser víctima de un error médico con

consecuencias graves es alto al ingresar en un hospital en España. Hombres y mujeres tienen la misma percepción de riesgo ($p=0,541$). Este riesgo es menor comparado con la probabilidad de sufrir un accidente de tráfico (29,4%), un robo (27,9%), enfermedad grave (25,7%) o de perder el empleo (14,1%). Esta percepción de riesgo se triplica cuando se informa de haber padecido un EA durante el ingreso ($p=0,014$).

CONCLUSIONES: Los pacientes informan de tasas de EAs similares a las de estudios de cribado. Aunque la percepción de seguridad clínica es alta, la existencia de complicaciones o daño en el curso de un tratamiento previo incrementa la sensación de alarma.

M23.06

PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

M. D. Martín Rodríguez, M. V. Barreiro Díaz, B. García Gutiérrez, M. L. Goday Berini, M. Fernández López, M. S. Cegarra García.

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

lola.martin.rodriguez@sergas.es

Objetivo: Conocer la percepción sobre Seguridad del Paciente (SP) de los profesionales que trabajan en los recursos asistenciales de un servicio de urgencias y emergencias extrahospitalario.

Método: Estudio transversal descriptivo de percepción de la SP. Se utilizó un cuestionario de 12 preguntas en formato papel. Período diciembre 2007-mayo 2008. Sujetos del estudio: profesionales que trabajan en los recursos asistenciales del servicio: entregada a todo el personal sanitario (118 médicos y DUE) y a TTS que participaron en talleres de formación "Manos Limpias para una Atención Segura" (267 alumnos). Los resultados se recogieron en una tabla Excel. El análisis estadístico de los datos se ha realizado con SPSS 14.0 /EPIINFO.

Resultados: Respuesta 41.5% del personal sanitario encuestado y un 94% de los TTS. Había recibido formación previa sobre SP un 75.1%; conocían las directrices de OMS/MSC/SERGAS en SP el 44.3%; estaban de acuerdo/muy de acuerdo en que la SP es una prioridad del servicio 59.7%; En su área hay problemas SP: "No" 36.3%, posiblemente 29.8%, Sí 24%, NS/NC 5.2%; Sus procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia "en desacuerdo" 11.7%, "de acuerdo" 72.6%; La dirección del servicio trabaja en SP: "en desacuerdo" 21.2%, "de acuerdo" 51.7%; Si alguien comete un error: "se utiliza en su contra" 8.3%, se busca al culpable 20.3%, se pasa por alto 13.5%, se ponen medidas para evitar que se repita 39.1%, la dirección/compañeros expresa satisfacción ante sugerencias para evitar riesgos 10.8%; Se notifican los errores/EA/incidentes: "nunca" 6.2%, "ocasionalmente" 30.5%, siempre/casi siempre 54.2%. Si alguien notifica un EA se analiza y discute... "nunca" 13.2%, "ocasionalmente" 34.5%, "casi siempre/siempre" 40.3%. Se nos informa de los errores/Eas de nuestro servicio: "Nunca" 12.9%, "ocasionalmente" 38.5%, "casi siempre/siempre" 39.1%. Conoces las directrices OMS sobre higiene de manos: "No" 39.4%, "algo" 33.2%, "bastante/completamente" 19.4%. Valorar de 1 a 10 la SP en su servicio: media 6.44 ± 2.1 y mediana 7.

Conclusiones: En nuestro servicio hemos identificado que existe cultura de SP. Los trabajadores valoran el compromiso de la Dirección con la calidad y la S.P. y perciben que se demuestra con hechos. También hemos identificado áreas de mejora ya que aunque se percibe que la metodología de trabajo es adecuada para evitar errores, los trabajadores perciben problemas relacionados con la SP, es necesario mejorar los canales de información a los trabajadores del resultado del análisis que se realiza de incidencias y realizar más esfuerzos en formación en SP.

M23.07

PILATOS Y SEMMELWEISS: DOS FORMAS DE LAVARSE LAS MANOS

C. Aibar Remón, R. Mareca Doñate, M. J. Zamora Rodríguez, E. Clemente Roldán, V. García Cebrián, M. Félix Martín.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

caibar@unizar.es

Objetivos:

-Mejorar el conocimiento sobre los procedimientos disponibles para higiene de las manos entre los profesionales sanitarios.

-Evaluar la adherencia de los profesionales a las prácticas de higiene de manos.

Material y métodos: El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza diseñó el programa "En buenas manos" como parte del proyecto de mejora de la higiene de las manos en el personal sanitario. Las actividades fueron, entre otras, las siguientes:

-Formación para la correcta utilización de las soluciones hidroalcohólicas: Diseño de material formativo e informativo (presentación en power point, carteles, calendarios y folletos informativos); Difusión a los profesionales a través de sesiones formativas y medios de comunicación e intranet del centro.

-Evaluación mediante encuesta de adherencia y valoración de alternativas utilizadas.

Resultados: Se han realizado 42 seminarios de formación, siendo la participación en los mismos de 424 profesionales.

La encuesta de adherencia y valoración se distribuyó entre los profesionales de los tres servicios donde se había comenzado la implantación del Programa obteniendo una tasa de respuesta global del 20,6% (36,2% en Neonatos, 17,5% en UCI y 17,1% en Cirugía General B). El 71,9% usa las soluciones antisépticas de forma habitual, considerándose su uso "cómodo" por el 94,7% de los encuestados. Más de la mitad (59,8%) usa el producto menos de 10 veces por turno y un 23% lo usa más de 20 veces. El 54,4% prefiere el lavado de manos al uso de solución antiséptica (31,6%) como alternativa. El resto considera buenas ambas prácticas. El 64,9% responde haber observado algún cambio en el estado de la piel, considerándolo un cambio satisfactorio en el 60% de los casos.

Conclusiones: Hay dos personajes históricos celebres por lavarse las manos: Pilatos y Semmelweis. El primero por lavárselas cuando no debía y el segundo por intentar, con un denuedo que le llevó a la locura, que lo hicieran los profesionales sanitarios. Parece ineludible mejorar el cumplimiento de la recomendación de lavarse las manos mejor y con mayor frecuencia. Sin embargo, no podemos "lavarnos las manos" en aquellas cuestiones que afectan a la higiene y la seguridad del paciente. Es algo que concierne a todos, tanto a los responsables de la organización y gestión de los servicios sanitarios como a aquellos que están en contacto directo con el paciente.

M23.08

PREVENCIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A. Mataix Sanjuan, B. Medina Bustillo, S. Pardo López-Fando, T. Sanz Cuesta, I. Del Cura González, J. L. Arejula Torres.

Area 9 Atencion Primaria.

angel.mataix@salud.madrid.org

Objetivos: evaluar la eficacia de una intervención dirigida a disminuir los riesgos asociados al uso de Amiodarona y Simvastatina (dosis >20 mg) a través de la notificación a los profesionales sanitarios de dicha interacción farmacológica detectadas en su prescripción.

Material y métodos: Diseño: estudio intervención antes-después.

Ámbito: Atención Primaria.

Mediciones e intervenciones: Desde la Unidad Funcional de Riesgos se ha puesto en marcha una estrategia proactiva de prevención de errores de medicación relacionados con las interacciones. En una primera etapa se han identificado interacciones potencialmente abordables. Priorizándose la interacción entre Amiodarona y Simvastatina (dosis > 20 mg) por ser una interacción claramente establecida que incrementa el riesgo en el paciente de alteraciones musculares debidas a la estatinas. La intervención se ha estructurado en 3 fases.

Fase 1: se ha examinado a través del sistema de análisis y facturación de recetas (farm@drid) el número potencial de pacientes afectados por esta interacción en el periodo enero-marzo de 2008. Identificación de profesional/usuario por OMI-AP a partir de las recetas generadas. **Fase 2:** Elaboración de una hoja informativa para los profesionales por el servicio de farmacia que contiene una breve explicación de la interacción, sugerencias para el manejo de la misma y la identificación de sus pacientes. Se ha enviado la misma hoja informativa (sin datos de pacientes) al resto de médicos prescriptores.

Fase 3: se analiza el impacto de la intervención evaluando la actuación del profesional (valoración riesgo/beneficio) y el funcionamiento del circuito (confirmación de interacción en la historia, vía de devolución de los resultados, contactos telefónicos y consultas

relacionadas), aceptabilidad de la intervención por los profesionales. Resultados: Se han detectado en farm@drid 516 pacientes distintos en tratamiento con Amiodarona y 9.856 pacientes en tratamiento con Simvastatina (7.812 con la dosis de 20 mg y 2.044 con la de 40 mg). De estos, en 93 casos (17,8%) se observa el tratamiento conjunto. En OMI-AP, se detecta esta asociación en 111 pacientes (85 con 20 mg de Simvastatina y 26 con 40 mg), correspondientes a 87 profesionales diferentes. Los resultados parciales de la evaluación del impacto de la intervención señalan un alto porcentaje de cambio de prescripción con buena aceptabilidad por parte de los profesionales. Conclusiones: Los sistemas de información, tanto de análisis de prescripción como de historia clínica son de gran utilidad para la detección de interacciones. La estrategia de intervención desarrollada ha permitido disminuir los riesgos relacionados con esta interacción.

M23.09**PRIORIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRIAJE AVANZADO A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS Y SU PONDERACIÓN POR SU NIVEL DE URGENCIA**

R. Marrón Tundidor, S. Baquedano García, A. Urtubia Palacios, C. Ascaso Martorell, A. D. Antón Basado, S. Gracia Buesa.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

rmarron@comz.org

OBJETIVO: Conocer los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias (SU) y establecer su priorización en base al nivel de urgencia.

METODOLOGÍA: La estructuración de la clasificación e intervención inicial a través de protocolos de triaje avanzado (actuaciones delegadas antes de la visita médica reglada), llena de contenido una parte fundamental del proceso asistencial, donde el personal de enfermería es clave en la administración de los cuidados iniciales, aumentando la satisfacción y calidad percibida por parte de los usuarios y permitiendo introducir elementos de seguridad clínica en aquellos problemas más frecuentes y potencialmente peligrosos. El Sistema Español de Triage (SET) permite una gestión informatizada y normalizada de los motivos de consulta.

RESULTADOS: El análisis las Categorías Sintomáticas de los pacientes adultos clasificados durante los años 2005-2007 (204.899 pacientes) objetiva que, excluyendo los traumatismos y lesiones, en el área médica los motivos más frecuentes (Pareto) vienen representados por los problemas abdominales y digestivos (19,1%), la fiebre y problemas infecciosos (10%), la disnea (9,3%), el dolor torácico (8,7%), el Adulto con malestar general (7,3%) y la focalidad neurológica (5,1%). El estudio de éstas categorías sintomáticas según el nivel de urgencia permite la priorización según el peso específico de cada una de ellas.

La importancia de la categoría sintomática se establece al sumar los porcentajes de pacientes con nivel de urgencia I y II. Aplicando este método de priorización la categoría más importante pasa a ser el dolor torácico, ya que 54,2% de los pacientes son clasificados como nivel I y II. En segundo lugar la focalidad neurológica con un 37,4% y en tercer lugar la disnea con 35,2%. Esta nueva distribución parece más coherente que el mero análisis cuantitativo.

DISCUSIÓN: La posibilidad de realizar análisis de casuística en base al nivel de urgencia de los pacientes hace posible la priorización de los problemas mas relevantes y sobre los cuales es necesario establecer actuaciones de enfermería protocolizadas como la realización de un ECG en los pacientes con dolor torácico, aplicar el cuestionario de despistaje del código ICTUS a los pacientes con focalidad neurológica y la realización de gasometría a los pacientes con disnea y Sat O₂>92% y aplicación de O₂ antes de la visita médica reglada introduciendo parámetros de seguridad clínica en la espera de estos pacientes.

M24.01**EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

F. J. García Sánchez, M. Checa, S. Lorenzo, M. Rodríguez Muñoz, J. Ortigueira, J. González-Alvarez.

Hospital Universitario Fundación Alcorcon.

fjsanchez@fhacorcon.es

Antecedentes: La ambulatorización cada vez mas peso, llegando incluso a superar los procedimientos con ingreso.

Objetivo: identificar los factores determinantes del nivel de satisfacción de los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria en nuestro centro.

Ámbito: hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid, con un área de referencia de 255.000 habitantes.

Periodo de estudio: Del 21 de Enero de 2008 al 7 de Marzo de 2008.

Sujetos: Todos los pacientes que recibieron el alta durante el periodo de estudio en CMA.

Tipo de estudio: Estudio transversal que utiliza encuesta anónima.

Cuestionario: Se utiliza la encuesta de opinión del Paciente sobre la Asistencia Sanitaria para Cirugía Sin Ingreso de la Comunidad Valenciana.

Procedimiento: Se envía quince días después del alta, encuesta, carta de presentación y sobre prefranqueado.

Análisis: descriptivo, factorial y multivariante utilizando el programa estadístico SPSS. Escala: La escala que se utiliza para el cuestionario de la encuesta es de 1 a 5 puntos, donde 1 representa la calificación del servicio "mucho peor de lo que esperaba", mientras que 5 representa la calificación del servicio "mucho mejor de lo que esperaba".

Resultados: Se enviaron 650 encuestas y se recibieron 192 (29, 53%). Análisis de fiabilidad y validez de los datos mediante Alpha de Cronbach (0,965). 56,22% varones. 43,78 % mujeres. El 19% de los pacientes no tenían estudios, 49,7% contaban con estudios primarios, el 22,2% con estudios secundarios y el 9% con estudios universitarios. La media de la satisfacción global fue de 3,90 (desviación típica de 0,937).

Las medias obtenidas de los atributos valorados por los pacientes fueron las siguientes: Trato (4,13), Amabilidad (4,12), Enfermería (4,04), Resultado (3,98), Preparación (3,94), Disposición (3,90), Aspecto (3,88), Información de Médicos (3,83), Información a Familiares (3,77), Consultas Post Operatorias (3,61) y Apoyo Post Operatorio (3,58).

Se realizó análisis factorial en el que se agruparon las variables que determinan la satisfacción de los pacientes con el servicio de cirugía mayor ambulatoria en tres factores. Factor 1: Enfermería, Amabilidad, Trato, Disposición y Preparación; Factor 2: Información del Médico, Información a Familiares, Aspecto y Resultado; Factor 3: Consultas Post Operatorias y Apoyo Post Operatorio.

Mediante un análisis de regresión múltiple pudimos determinar que los tres factores son significativos en la satisfacción global de los pacientes, siendo los factores que obtuvieron mayor peso el Factor 1 (55%) y el Factor 2 (38%).

M24.02**EXPECTATIVAS DE INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA (ECVA)**

L. Garate Echenique*, B. Garitano Telleria, M. González De San Pedro Saenz De Urturi, R. González Gómez, M. M. Alonso Vallejo, T. Viniegra Ros, V. García Centeno.

Hospital Txagorritxu.

lucia-garate@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La enfermedad cerebrovascular aguda (ECVA) es tercera causa de muerte y primera causa de invalidez en nuestro país. Al instaurarse un ictus surgen multitud de necesidades. La bibliografía evidencia que la necesidad de información no se está cubriendo adecuadamente. Existe además, un gran desconocimiento sobre la información que esperan recibir los afectados por ECVA. Comprender esta expectativa resulta esencial para elaborar un protocolo adaptado a las necesidades reales de información de estas personas.

OBJETIVO:

a) Comprender qué información esperan recibir los afectados por ECVA durante la hospitalización y etapas iniciales de su recuperación.
b) Establecer las bases para elaborar un protocolo de provisión de información para personas con ECVA.

METODOLOGÍA: Las necesidades identificadas desde la perspectiva profesional y desde la perspectiva del paciente no siempre suelen coincidir. Dado que lo que se pretende es comprender la perspectiva del paciente, sus expectativas, consideramos que es más oportuno el empleo de una metodología cualitativa. Por su diseño abierto y flexible resulta más adecuada para extraer el punto de vista de los participantes. Se incluyó a personas diagnosticadas de ECVA

ingresadas en nuestro hospital durante 2007. Se desarrollaron dos entrevistas en profundidad por participante. Una en el hospital, 1-2 días antes del alta, y otra en el domicilio 25-30 días después. Tras el estudio piloto, con su consentimiento y manteniendo su anonimato, se entrevistó a 12 participantes, realizando un total de 23 entrevistas. Se grabaron y transcribieron todas hasta alcanzar la saturación de los datos. Las grabaciones y textos generados se analizaron con ayuda de mapas cognitivos, programa MaxQDA 07 y triangulación de investigadores.

RESULTADOS: Las personas entrevistadas no percibieron que la información fuera prioritaria. Eran conscientes de que no contaban con toda la que precisaban, pero entendían que esto era algo normal en su circunstancia y no vieron en ello motivo de insatisfacción. La razón principal era que apenas tenían expectativas respecto a la información. No esperaban que los profesionales les informaran más de lo que les informaban, y pensaban que ninguna información que pudieran darles les ayudaría a llevar mejor su día a día.

CONCLUSIONES: Las personas con ECVA apenas prestan atención a sus necesidades de información. Tienen expectativas muy escasas respecto a lo que la información puede darles y no esperan nada más de los profesionales. En este caso la satisfacción del usuario se convierte en un objetivo fácil de alcanzar, sin que sea en absoluto, sinónimo de calidad.

M24.03

GRADO DE SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO EN UNA CONSULTA DE RECEPCIÓN ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

J. Sánchez Rus (0), E. Vidal Esteve (1), J. Amigo Fernández (2), A. I. González Bravo (2), C. Vives Maffiotte (2), M. Gens Barberà (2).
(0) null, (1) ABS SALOU, (2) abs salou.
josarus@hotmail.com

OBJETIVO: Conocer el grado de satisfacción que expresa el usuario tras ser atendido por la enfermera en la consulta Recepción, Acogida y Clasificación.

JUSTIFICACIÓN: Nuestro centro está ubicado en una población costera de 26.000 habitantes censados, de los cuales, el 42% son extranjeros y pertenecientes a 92 nacionalidades diferentes. A estos, hay que añadir los visitantes de fin de semana y período estival que pueden llegar a ser de 180.000 personas. La demanda asistencial urgente para el servicio de urgencias puede alcanzar las 150 visitas diarias aproximadamente. Una parte importante de la demanda del usuario, pensamos que puede ser atendida por la enfermera o bien puede esperar a ser atendida por su médico en un plazo no superior a 24h. Con la finalidad de gestionar esta demanda, se pone en marcha la consulta de recepción, acogida y clasificación de pacientes por enfermería.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y retrospectivo de los datos recogidos mediante cuestionario validado en el período comprendido entre el 1/04/2008 y el 20/05/2008. Se han atendido 784 pacientes y se han realizado 71 encuestas de forma oportunista, de las cuales han respondido 69. Hay que tener en cuenta a la hora de responder la dificultad que supone el desconocimiento del idioma para la mayoría de usuarios de dicha consulta.

RESULTADOS: Trato recibido: muy satisfactorio (MS) 49,2%, satisfactorio(S) 40,5%, adecuado (A) 7,24%, poco satisfactorio (PS) 0, nada satisfactorio (NS) 1,4% no contesta (NC) 1,4%. Información facilitada: (MS) 43,47%, (S) 43,47%, (A) 8,69%, (PS) 1,4%, (NS) 1,4%, (NC) 1,4%. Horario de atención: (MS) 33,33%, (S) 40,5%, (A) 17,39%, (PS) 1,4%, (NS) 2,89%, (NC) 4,34%. Tiempo de espera: (MS) 39,13%, (S) 30,43%, (A) 17,39%, (PS) 5,79%, (NS) 5,79%, (NC) 1,4%. Organización y funcionamiento: (MS) 44,92%, (S) 39,13%, (A) 7,24%, (PS) 2,89%, (NS) 2,89%, (NC) 2,9%.

CONCLUSIONES: En general es una consulta muy bien acogida por el usuario. Destacan como muy satisfactorio el trato recibido y la organización y funcionamiento de la consulta. El usuario sigue valorando como poco satisfactorio el hecho de esperar a ser atendidos. De las observaciones recogidas se extraen las expectativas del usuario en relación a la demanda inmediata de atención.

Palabras clave: Cliente externo, satisfacción, atención enfermería.

M24.04

HA CAMBIADO LA OPINIÓN DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA TRAS LA IMPLANTACION DE LAS MEJORAS PROPUESTAS?

H. Aguado, I. Cerdá, M. Cruells, F. Cordón, C. Murillo.

Servicio Catalan de la Salud.

haguado@catsalut.cat

Introducción: En el año 2005 se incluyeron objetivos de mejora en los contratos de servicios de atención socio sanitaria, en base a las áreas de mejora obtenidas en los estudios de satisfacción de pacientes realizados en 2004.

Objetivos:

1. Conocer la opinión y satisfacción de las personas ingresadas en los distintos centros de atención socio sanitaria, en 2007, a nivel de comunidad autónoma y de territorios sin distinción de proveedores del servicio.
2. Comparar los resultados obtenidos en el estudio realizado en esta línea de servicio en año 2004.

Métodos: Entrevista personal con entrevistador mediante dos cuestionarios específicos (cuidados paliativos (CP)y convalecencia y media y larga estancia (CONVAyML)) elaborados y validados en 2004 para esta misma población de estudio con un total de 30 y 26 preguntas respectivamente. Se ha entrevistado 2197 personas (ASS) que suponen el 100% de la población entrevistable tras la aplicación de criterios de exclusión (55,8% de la población prevista inicialmente). Análisis univariante, bivariante y multivariante con regresión múltiple categórica con escalamiento óptimo para determinar predictores de satisfacción.

Resultados: Comparando los resultados obtenidos en 2004, se ha mejorado la valoración de los servicios en 26 de las 30 preguntas: 13 superan la valoración del 90% (10 en 2004), 14 están entre 90% y 75% (12 en 2004) y 3 por debajo del 75% (4 en 2004). La valoración global de satisfacción en $8,2 \pm 1,8$ ($8,3 \pm 1,7$ en 2004). Los principales predictores de satisfacción han variado en su importancia respecto a 2004: que el hospital se adapte a las necesidades (1º en 2007 y 4º en 2004), que se entiendan las explicaciones 16,3% (2º en 2007 y 6º en 2004), sentirse en buenas manos 15,2 % (3º en 2007 y 1º en 2004) y que la enfermera la escuche 12,8% (4º en 2007 y 2º en 2004).

Conclusiones: A pesar de las limitaciones del estudio por el elevado número de exclusiones, se dispone de información válida y objetiva que permite comparar la percepción de estos servicios con la obtenida en el estudio anterior. La mejora de resultados en algunos aspectos (atención médica, información asistencial y organizativa, gestión del tiempo libre) está relacionada con los proyectos de mejora que se han llevado a cabo de manera coordinada en estos servicios, lo que refuerza seguir apostando por el enfoque de mejora continua.

M24.05

IMPLANTACIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA AL PACIENTE Y FAMILIA EN EL HOSPITAL DE GUADARRAMA (MADRID)

M. J. Palacios Cristobal.

Hospital Guadarrama.

mpalacios.hgua@salud.madrid.org

OBJETIVO: Valorar y mejorar la implantación y cumplimiento del protocolo de acogida al paciente y familia por parte del personal sanitario del hospital de Guadarrama.

METODOLOGÍA: PERIODO: 1er. Semestre del año 2008.

ÁMBITO: Unidades de hospitalización del Hospital de Guadarrama.

DISEÑO: CICLO PDCA:

- Planificación y realización de sesión informativa dirigida a todo el personal sanitario y sesiones en planta impartidas por Jefes de Unidad de Enfermería en cada Unidad de hospitalización. Mes de Enero.
- Realización de 1ª encuesta a los pacientes para valorar su llegada y conocer el punto de partida de cómo se están recibiendo a los pacientes. Medición de la Calidad percibida Mes de Enero.
- Realización de 2ª encuesta, igual a la primera, para valorar la llegada de estos pacientes tras haber aplicado el protocolo de acogida. Medición de la Calidad percibida. Mes de Mayo.
- Comparación de resultados para identificar áreas de mejora para orientar nuestra actuación hacia las necesidades del

paciente. Mes de Mayo.

RESULTADOS: La comparación de los resultados de ambas encuestas han puesto de manifiesto que se ha mejorado en la actividad de acogida al paciente aumentando en 8 de los 12 ítems sobre los que se preguntaba: resaltando que el 100% de los pacientes considera que el trato recibido al ingreso ha sido bueno y muy bueno; que la información recibida sobre el funcionamiento de los distintos elementos de la habitación (timbre, teléfono, cama articulada, TV, etc.) ha sido muy buena y buena en el 100 % de los encuestados; la información que recibe la familia al ingreso la considera buena y muy buena en el 98% de los encuestados; ha mejorado la actividad de presentar al compañero de habitación, en caso de que tuviera, pasando del 70 % al 83% de cumplimiento; dejando los otros 4 ítems, casi igual (conocer el nombre del personal de enfermería que le recibió, entrega del neceser de acogida y guía hospitalaria, conocer el nombre del médico que le recibió).

CONCLUSIONES: Estos resultados nos permiten detectar las áreas de mejora sobre las que tendremos que incidir como son mejorar la entrega de la guía hospitalaria informativa, mejorar la entrega del neceser de acogida, presentación del compañero de habitación a la llegada, presentación del personal de enfermería e identificación de la Jefa de enfermería de la planta (a la que identifican como otra enfermera), y del médico.

M24.06

LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y SUS FACTORES DETERMINANTES EN UN HOSPITAL

M. L. Checa, S. Lorenzo, J. García Sánchez, J. Ortigueira, M. Rodríguez Muñoz, J. González-Alvarez.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

mlcheca@fhfalconcon.es

ANTECEDENTES: La satisfacción de los pacientes es un elemento clave en los modelos de gestión de calidad. Su análisis permite identificar puntos fuertes y áreas de mejora de la organización.

OBJETIVO: identificar qué factores determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en nuestro centro en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal semestral que utiliza encuesta anónima, que se remite por correo. No se envía recordatorio. Instrumento: Cuestionario SERVQHOS. Escala: 1-5 puntos (1= calificación del servicio "mucho peor de lo que esperaba", y 5 = calificación del servicio "mucho mejor de lo que esperaba") y encuesta adicional con datos demográficos.

ÁMBITO: hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 255.000 habitantes, aunque para las especialidades de referencia el hospital cuenta con una población de 550.000 habitantes.

PERIODO DE ESTUDIO: 1998 - 2007.

SUJETOS: Se realiza envío semestralmente por correo, con sobre prefranqueado, sin recordatorio a una muestra representativa de las altas ocurridas en el periodo de estudio, excepto exitus, cuidados intensivos, reanimación, pediatría y psiquiatría.

Análisis descriptivo, factorial y multivariante utilizando el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Se enviaron 11.218 encuestas, con una tasa media de respuesta del 28,65% (3.215 encuestas cumplimentadas). Análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach): 0,95.

La satisfacción media del periodo 1998-2007 fue de 3,40.

La media de los atributos durante el periodo de estudio fue: Habitación (3,80), Amabilidad (3,84), Apariencia (3,76), Enfermería (3,75), Tecnología (3,71), Trato (3,69), Preparación (3,65), Disposición (3,61), Interés(3,44), Confianza(3,57), Llegada (3,66), Información (3,63), Familiar (3,62), Problema (3,53), Señalización (3,48), Capacidad (3,47), Rapidez (3,06), Espera (3,04) y Puntualidad (3,0).

El análisis factorial nos permitió identificar cinco factores que influyen en la satisfacción global de los pacientes: Atención (Interés, Problema, Disposición, Confianza, Amabilidad, Preparación, Trato, Capacidad y Enfermería); Tiempo (espera, puntualidad, rapidez); Entorno (tecnología, apariencia, habitación); Información (informes médicos, familiar); Ingreso (llegada, señalización).

Se realizó regresión múltiple y se observa como los factores los factores que condicionan la satisfacción varían anualmente; en 2007 son Atención (35,5%), Tiempo (19,75%) e Información (16%). Los factores Atención y Tiempo actúan como determinantes de la satisfacción durante todo el periodo de estudio.

M24.07

MAS VALE PREVENIR QUE CURAR ¿CONOCEN LAS ARAGONESAS LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

M. V. Fustero Fernández* (0), A. Lukic (1), M. Bárcena Caamaño (0), I. Calvo Cebollero (1), M. D. Ariño Martín (2), J. M. Millaruelo Trillo (3).

(0) Centro de Salud Cariñena (Zaragoza), (1) Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza), (2) Centro de Salud San Pablo (Zaragoza), (3) Centro de Salud Torrero La Paz (Zaragoza).

fusterofer@yahoo.es

Objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de morbilidad y mortalidad en las mujeres de los países desarrollados, siendo en gran parte prevenible. Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que los varones y la prevención primaria y secundaria es clave.

Nuestro objetivo como grupo PAMYC (Programa Aragonés de Mujer y Corazón) es conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en las mujeres aragonesas y saber si los identifican y valoran su influencia en el desarrollo de la ECV, con el fin de tomar medidas para controlarlos y disminuir el riesgo cardiovascular.

Material y métodos: Llevamos a cabo una encuesta telefónica, semiestructurada a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en Aragón. Error muestral de $\pm 3\%$, nivel de confianza del 95% y $p = q = 0,5$. Muestreo por estratos, con una selección aleatoria dentro de cada estrato, definido por dos criterios: grupos de edad y municipios por número de habitantes.

Resultados: El 27,2% de las mujeres encuestadas son fumadoras, entre las menores de 35 años fuman el 44,5%. El 8,3% son diabéticas, un 21,7% son hipertensas, y también un 21,7% dicen tener el colesterol elevado. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso, un 48% dice que no hace deporte o lo hace de forma esporádica, siendo el 62% de las que no hacen deporte mujeres menores de 50 años.

Sólo un 44,4% de las encuestadas identificó la diabetes como FRCV, el tabaquismo un 95,5%, la dislipemia un 93,1%, la HTA un 97,3%, el estrés un 95,6%, la obesidad el 97,8%, el sedentarismo un 88,5% y los antecedentes familiares el 77,7%.

Conclusiones: Destaca la elevada prevalencia del tabaquismo, sobre todo en las más jóvenes, que se sitúa por encima de la media nacional. Mas de la mitad de las encuestadas no identifican la diabetes como FRCV, que además es especialmente importante en las mujeres. El grupo PAMYC ve necesario difundir el conocimiento de los FRCV, su influencia en la aparición y evolución de la ECV y la manera de controlarlos o eliminarlos con un abordaje práctico, promoviendo cambios en el estilo de vida de las mujeres y de su entorno con el propósito de disminuir el riesgo cardiovascular de esta población, haciendo especial hincapié en el abandono del hábito tabáquico y en la importancia de la diabetes.

M24.08

MEJORAS EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ A PARTIR DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE 2007

G. Rivas Costa, MC. Delgado Sanz, M. Santaolaya Cesteros, MT. Saez Carral, M. Cerpa Calderón, J. García Caballero.

Servicio de Informes de Salud y Estudios. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario la Paz.

gonzalo.rivas@salud.madrid.org

Objetivos: Medir el grado de satisfacción de los familiares con la asistencia atención prestada en el Hospital de Día Infantil del Hospital Universitario de La Paz e identificar posibilidades de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de una adaptación de la encuesta de satisfacción SERVQHOS a la población atendida en el Hospital de Día Infantil, del Hospital Universitario La Paz durante los tres últimos meses de 2007. De los 900 pacientes atendidos se seleccionó aleatoriamente una muestra de 200 personas. La principal medida de satisfacción se hizo con una escala visual de 0 a 10 puntos. Se definió la satisfacción excelente la mayor de 8 puntos. Se recogieron variables del paciente (edad, sexo y motivo de ingreso), del familiar que cumplimenta la encuesta (edad, sexo, país de origen y nivel de estudios). Se recogieron los problemas y las propuestas de

mejora de los encuestados con preguntas abiertas que se analizaron cualitativamente. Mediante un modelo de regresión logística se valoró asociación de las variables con la satisfacción excelente.

Resultados: Las encuestas recogidas fueron 184 (tasa de respuesta de 92%). La satisfacción global media es 9,2. Los motivos de atención más frecuentes fueron: intervención quirúrgica (71,2%), quimioterapia (3,3%), otro tratamiento intravenoso (9,2%), exploración ocular bajo anestesia (4,9%) y otras pruebas diagnósticas (2,7%). La satisfacción excelente se asoció con los pacientes mayores de 9 años. La investigación cualitativa detectó como principales problemas y mayores oportunidades de mejora los relacionados con la espera (instalaciones, tiempos, ruidos) y la información (telefónica, a la llegada, durante el ingreso y al alta).

Conclusión: La satisfacción con este servicio es muy buena. El análisis cualitativo ha permitido extraer mucha información relevante que además resulta coherente con los resultados del análisis descriptivo. Incorporando medidas especiales en la atención a los más pequeños cuando acuden para una cirugía podríamos conseguir la excelencia también en este tramo de edad. Los análisis de la encuesta de satisfacción son de gran utilidad para identificar medidas correctoras encaminadas a mejorar la atención.

M24.09

NUEVO MODELO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE POLITICA SANITARIA EN EL ÁREA DE SALUD DE PUERTOLLANO

C. Fernández Carretero (0), J. M. Bleda García (1), Á. Santos Gómez (0), M. T. Sánchez Pérez (0).

(0) Gerencia de Área Única. Puertollano (Ciudad Real), (1) Gerencia SESCAM. Toledo.

cesareof@sescam.jccm.es

Justificación: La participación comunitaria como derecho de los ciudadanos a intervenir en la toma de decisiones que afectan a su vida y relativas a su salud. Hasta ahora, la participación exclusivamente asesora, consultiva, con carácter meramente informativo y con escasas funciones de gestión, se ha mostrado desmotivadora, por eso los clásicos órganos de participación están obsoletos y la mayoría no han funcionado como se esperaba, siendo necesario buscar otras estructuras mas adecuadas, adaptadas a las demandas y necesidades de los ciudadanos, con participación mas activa. El ciudadano debe ser cogestor y corresponsable junto con la Administración en la toma de decisiones en la gestión del sistema sanitario.

Objetivos: Superar el tradicional modelo de asesoramiento y consulta e involucrar a la población en la participación activa y potenciar la capacidad de decisión, gestión y responsabilidad de los ciudadanos en el sistema sanitario, adecuando las respuestas desde lo público, a las necesidades y demandas de los ciudadanos, favoreciendo así una mayor eficiencia por optimización de los recursos.

Material y métodos: Diseño previo del "nuevo modelo" de participación ciudadana, mediante encuentros-jornadas-grupos focales con intervención de ciudadanos, profesionales y Administración. (años 2.005/06).

Implementación de los nuevos órganos de participación ciudadana e institucional (años 2.007/08) con la creación del "Grupo de Trabajo" dinamizador, Plan de Formación (jornadas), Plan de Comunicación (información) y Plan de Acción para la constitución de los nuevos órganos según Decreto 61/2007: FORO VIRTUAL de Salud (participación directa de ciudadanos), FORO PARTICIPATIVO de Salud (deliberar, planificar y elaborar propuestas) y CONSEJO DE PARTICIPACIÓN Y ADMINISTRACIÓN del Área (coordinación de la participación ciudadana)

Resultados: En este novedoso proyecto, han participado 43 asociaciones, tramitando 78 propuestas, de las que seleccionaron 27, enviándose 11 al Gerente del SESCAM y resultando 8 aceptadas para su inclusión en el contrato de gestión del 2.008.

Conclusiones: Nuevo modelo de participación deliberativa en gestión sanitaria bien aceptado por la comunidad.

Se debe producir un cambio cultural en la organización sanitaria y en los estilos de gestión por parte de la Administración, para mejorar el servicio de salud potenciando su orientación a las necesidades de la población, cambio a nivel del ciudadano (necesidad de información y formación) que debe sentir el sistema sanitario como algo suyo para cuidarlo y contribuir a la sostenibilidad social y cambio a nivel de los

profesionales que no deben entender la participación ciudadana como una amenaza, sino como propuestas de mejora.

M25.01

LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA

P. Massó (0), J. M. Aranaz (0), J. J. Mira (1), J. Vitaller* (2).

(0) Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, (1) Departamento de Psicología Social. Universidad Miguel Hernández de Elche., (2) Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche. palomasso@hotmail.com

Objetivo: Analizar y comparar estudios sobre la percepción y la opinión de los pacientes acerca de la seguridad clínica en los hospitales.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en 10 bases de datos (EMBASE, MEDLINE, PsychINFO, SCOPUS, Science Citation Index Expanded, Social Science Citation, IME, Sociological Abstracts, LILACS y la Cochrane Library) para identificar artículos científicos sobre percepciones de seguridad clínica, publicados entre 1989 y 2006.

Resultados: De 699 artículos, se seleccionaron 18: 8 de ellos determinaban la frecuencia de experiencias relacionadas con EA y percepción de seguridad referidas por los pacientes, 7 se centraban en el impacto de los EA respecto a la relación médico-paciente, y 3 incluían opiniones de pacientes sobre la gestión y comunicación de EA, así como propuestas para prevenirlos.

Conclusiones: La incidencia de EA referida por los pacientes fue similar a la estimada por otros procedimientos. El concepto de EA en los pacientes difería con respecto a los médicos. La calidad de comunicación por parte del médico influía en la forma de percibir los EA por los pacientes, destacando las consecuencias emocionales, y la mayoría deseaba que los EA les fuesen comunicados. En general, los pacientes apoyaban la modificación de los sistemas para prevenir EA, así como sancionar a los médicos ante este tipo de sucesos.

Esta investigación ha sido financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) (referencia 06/90318 y 06/90043).

M25.02

LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS: INDICADOR PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

C. Fernández Redondo, N. Illana Rodríguez, A. M. Ortega González, M. Funes Hernandez, A. García Pérez, P. Ferrer Bas.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

mn.illana@carm.es

La prevención de caídas de pacientes hospitalizados es un componente básico de seguridad en la atención de enfermería.

Entendemos como prevención de caídas a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras esté hospitalizado.

La enfermera es quien mejor puede identificar tanto los factores de riesgo potenciales, como aquellas situaciones reales que pueden ocasionar un efecto negativo sobre los pacientes.

OBJETIVOS:

- Prevenir las caídas, auto lesiones o lesiones a otros.
- Determinar la incidencia de este tipo de accidentes hospitalarios y analizar causas.
- Estandarizar el empleo de las medidas de contención y prevención de caídas.
- Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas.

MÉTODO: Valorar riesgo de caídas (Se aplicará a todos los pacientes ingresados en Hospitalización la Escala de Riesgo J.H.DOWTON.) y documentarlo en la hoja de valoración de enfermería y plan de cuidados.

A todo paciente cuya valoración indique alto riesgo, debe aplicarse el protocolo de prevención de caídas y se le debe informar.

ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA PREVENIR CAÍDAS (PC) INDICADORES Y SUBCRITERIOS PARA VALORAR CUMPLIMIENTO

PC-1: (Nº pacientes con valoración de riesgo caídas en las primeras

24 h / Nº enfermos evaluados ingresados más de 24 horas) x 100

PC-2: (Nº pacientes con cuidados adecuados a protocolo (adecuación

del correcto frenado de cama) en las últimas 24 horas/ N° total pacientes valorados x 100

PC-3: (N° pacientes de riesgo de caídas con cuidados adecuados a protocolo en las últimas 24 horas/ N° total pacientes valorados de riesgo) x 100:

- PC-3-1: Adecuación del correcto frenado de la cama
- PC-3-2: Adecuación del correcto mantenimiento al alcance del paciente del interfono, pertenencias y dispositivos de ayuda a la deambulación
- PC-3-3: Presencia de Barandillas en función del riesgo identificado

PC-4: n° total de caídas declaradas voluntariamente.

RESULTADOS: EN MAYO DE 2007 SE IMPLANTÓ EL NUEVO PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL H. U. VIRGEN DE LA ARRIXACA. EN MAYO DE 2008 SE RECIBIERON POR PARTE DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA LAS MODIFICACIONES EN LOS INDICADORES PARA VALORAR EL CUMPLIMIENTO QUE FUERON INMEDIATAMENTE ACTUALIZADOS EN EL PROTOCOLO YA EXISTENTE.

CONCLUSIONES: El índice de caídas es un indicador para evaluar la calidad de la atención de enfermería, por lo que se debe capacitar al personal sobre la correcta identificación de los "pacientes de riesgo" aplicando los criterios establecidos.

M25.03

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EMPIEZA AQUÍ: CUMPLIMIENTO DE LA LOPD

P. Fernández Rodríguez, F. Lobo Santa María, A. Moreno García, V. Asenjo Gómez, C. Girabent Careta, J. Herrero Manso.

USP Hspital San Camilo.

paloma.fernandez@usphospitales.com

OBJETIVO:

- Generar herramientas, instalar equipos e implantar un plan de acciones que permitan conseguir una correcta gestión de los datos del paciente, asegurando su protección según lo establecido en la legislación vigente (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).
- Incremento de concienciación y conocimiento de profesionales y pacientes.

METODOLOGÍA: Para poder dar cumplimiento a la normativa vigente, a partir del análisis de la situación inicial (año 2000), desde el departamento de Sistemas de la Información junto con Asesoría jurídica se plantean seguir una serie de pasos:

1. Inscripción en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos.

Se debe de crear un fichero a nombre del centro.

2. Adopción de medidas de seguridad

- Implantación de un Sistema de Gestión Hospitalaria, desarrollada por el departamento de Sistemas de la Información y hecho a medida de las necesidades del hospital.

- Incorporación de contenedores cerrados de destrucción de información confidencial y destructoras de documentos en todos los puestos en los que se genera documentación.

- Sistemas de seguridad de nivel 3 sobre las historias clínicas.

- Archivo con llave, sistemas contra incendios, control de acceso...
- Control total de historias clínicas por parte de la Responsable.
- Protocolo en caso de préstamo y solicitud de historias clínicas.

- Incorporación cláusulas en los contratos que regulen el tratamiento de datos por cuenta del tercero.

3. Información y concienciación

- En los puntos más concurridos del centro existen notas explicativas de información a los pacientes.

- Todos los documentos que contengan datos de pacientes y que estén a disposición de los mismos deberán incluir coetillas que informen sobre sus derechos de tratamiento (acceso, rectificación, cancelación, oposición).

- Sesiones informativas para concienciar al personal. Periódicamente se les informa de los cambios existentes.

4. Auditorías

- Anualmente se realizan auditorías de seguimiento mediante una empresa externa e independiente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: En la auditoría de 2007 se consigue el primer informe favorable, denotando la gran evolución con

respecto a la situación inicial y el alto grado de cumplimiento de la normativa vigente. No obstante, es un trabajo continuo debido a las modificaciones actuales de la ley que hacen que sea más rígida y difícil de cumplir.

La garantía del derecho fundamental de la protección de datos de carácter personal es fundamental para el desarrollo de gestión de la seguridad de los pacientes.

M25.04

LA TASA DE ENFERMEDAD TROMBO-EMBÓLICA VENOSA (TVP) ¿ES UN BUEN INDICADOR DE SEGURIDAD DE PACIENTES?

I. *Rodrigo Rincón (0), Y. Montes García (1), A. Arrazola Aranzadi (2), E. Bernal-Delgado (3), J. Beltrán Peribañez (3), S. Teresa (4), A. Díaz Martínez (5).

(0) Hospital de Navarra, (1) Universidad Pública de Navarra, (2) Departamento de Salud. Gobierno de Navarra, (3) Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, (4) CatSalut, (5) Servicio Andaluz de Salud. mi.rodrigo.rincon@cfnavarra.es

Actualmente las organizaciones sanitarias buscan indicadores que permitan detectar áreas de mejora relacionadas con la seguridad del paciente. La importancia de la TVP, que comprende la trombosis venosa profunda y el trombo-embolismo pulmonar postoperatorio, radica en ser una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad de los pacientes hospitalizados. Además, un importante número de casos podrían ser evitados si se siguieran las recomendaciones de profilaxis antitrombótica de las guías de práctica clínica.

Objetivo: Conocer si la tasa de TVP es un indicador válido y fiable, para detectar diferencias de calidad entre hospitales.

Metodología: Se ha analizado la tasa de TVP por cada 100 altas quirúrgicas (TVP en diagnóstico secundario de pacientes mayores de 18 años asignados a GDRs o procedimientos quirúrgicos exceptuando pacientes obstétricas) en 175 hospitales de agudos del SNS. La fuente utilizada ha sido el CMBD de 5,707,406 altas de los años 2003 y 2004. Se han evaluado dos tipos de factores, los dependientes del paciente (edad, sexo, índice conjunto de Elixhauser y número de diagnósticos) y los relacionados con el hospital (tamaño, actividad docente, servicios terciarios...). En cuanto a la validez del indicador se estimó la variación en las tasas de TVP atribuible al hospital, una vez ajustado por case-mix, (regresión logit multinivel). En cuanto a la fiabilidad, a) para analizar si las diferencias entre proveedores son o no sistemáticas, se ha analizado el componente sistemático de la variación; y, b) para determinar su fiabilidad interanual, se ha contrapuesto los casos observados en 2005 con los esperados según los modelos estimados en los años precedentes (funnel plot).

Resultados: La tasa cruda global de TVP fue 0,24%. Una vez ajustados los factores dependientes del paciente, el hospital explicó un 24% de la variabilidad ($\rho = 0,24$ IC 0,2-0,3). La variabilidad sistemática fue moderada (CSV=0,22). Para el indicador de TVP, las variables relacionadas con el hospital varían en la misma dirección que en otros indicadores de seguridad analizados (fractura de cadera, úlcera de presión...). La correlación entre la medida en 2003-2004 y el año 2005 fue alta ($r=0,57$). La inmensa mayoría de los hospitales se encontraron dentro de los intervalos de confianza esperados, aunque 16 hospitales tuvieron más casos de lo esperado.

Conclusiones: El indicador propuesto para medir la TVP es un indicador válido y tiene la fiabilidad suficiente para detectar áreas de mejora entre proveedores hospitalarios.

M25.05

LAS DECLARACIONES DE EFECTOS ADVERSOS UN PRIMER PASO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Y. Sabate Aguila, I. Navarro Masegosa, G. Sambola Figueras, M. Brianso Florencio, C. Cavalle Ferre.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS.

yolisabate@hotmail.com

Objetivo: Monitorizar los efectos adversos, declarados para poder clasificarlos y realizar propuestas de mejora.

Material y método: Agrupación y clasificación de las declaraciones realizadas en el buzón de notificaciones de Seguridad Clínica de nuestro Centro, de los años 2005,2006 y 2007.

Realización de propuestas de mejoras.

Realización de feedback con los profesionales.

Resultados: Numero total de declaraciones n=90, En el 2005 corresponde al 20%, en el 2006 33,3%, y en el 2007 46.6%.

Se clasifican según grado de gravedad:

Innocuos 85.10%

Tipo 1 (Hecho o circunstancia que pueden ser causa de error), Tipo 2 (Error que no ha llegado al paciente)

Tipo 3 (Error que no ha causado daño al paciente),

Tipo 4 (Error que ha obligado a realizar un seguimiento al paciente) Nocivos 14.9%

Tipo 5 (Error que ha causado un daño temporal, reversible),

Tipo 6 (Error reversible que ha obligado a intervenir o hospitalizar),

Tipo 7 (Error que ha causado un daño permanente),

Tipo 8 (Error que ha obligado a realizar una intervención para salvar la vida)

Tipo 9 (Error que ha contribuido a la muerte de un paciente)

También se han clasificado según tipos de error:

Prescripción i administración de fármacos 66.6

Procedimientos incorrectos, dietas, seguridad medioambiental.. 20.2%

Identificación de pacientes 6.6%

Materiales y dispositivos defectuosos/no disponibles 6.6%

- Como propuestas de mejora se han realizado sesiones formativas e informativas a todos los profesionales del Centro con una asistencia del 87%.
- En la pagina Web se han publicado las correcciones a cada uno de las notificaciones susceptibles de ser mejoradas.
- Se han elaborado diferentes posters gráficos divulgativos con recomendaciones para evitar errores sistematicos, (Formativa de prescripción de fármacos..)

Conclusión: Los sistemas de declaración y registro de los efectos adversos permiten agrupar datos referentes a los incidentes y o accidentes para monitorizarlos y concienciar de los problemas de seguridad a los profesionales, estableciendo líneas de actuación en beneficio tanto para la organización como para el paciente.

M25.06

LOS ENFERMEROS COMO HERRAMIENTAS EN LA MEJORA DE LA CALIDAD

M. Ortega Peinado (0), I. Val Carrascon (0), Á. Morilla Bernal (0), C. Cortés Criado (0), M. A. Blanco Galán (1), J. M. Montis Pelegay (0).

(0) HOSPITAL COMARCAL MELILLA (INGESA), (1) INGESA MADRID.

ucalidad.hcml@insalud.es

INTRODUCCIÓN: La seguridad del paciente es un problema y responsabilidades de todos, profesionales y pacientes, de ahí la necesidad de la implicación del personal de enfermería, así como disponer de una base de datos, para la mejora y la transmisión.

OBJETIVOS:

- Conocer la implicación del personal de enfermería en nuestro hospital en la seguridad del paciente, tanto en cuanto significa un acto más en la prestación de nuestros cuidados.
- Evaluar aquellos procesos donde los enfermeros/as han participado en la mejora de la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO:

- Estudio observacional descriptivo comparativo en el tiempo.
- Grupo de trabajo para el estudio y elaboración de herramientas de trabajo.
- Estudio inicial de aquellos procesos donde el enfermero estaba implicado y se había iniciado el proceso de mejora, así como de aquellos procesos que considerándolos de calidad asistencial se habían evaluado para comenzar el proceso de mejora.
- La valoración de enfermería, nuestra herramienta base para iniciar nuestra metodología de trabajo. En 2007 se ha realizado un estudio comparativo de valoraciones realizadas con respecto al % de altas.
- Identificación inequívoca del paciente y la percepción de éste en su seguridad: En 2007 se realiza un estudio de sensibilización tanto del personal como de los pacientes sobre la sensibilización en seguridad, respecto al uso de pulseras identificativa. Comparativamente este año hemos realizado otro añadiendo otros datos de interés como son: doble

identificación en neonatología.

- La prevención de las infecciones hospitalaria:

- UPP, registro informatizado.
- Prevención de efectos adversos. Sistematización de informes de caídas.
- La solución hidroalcohólica en habitaciones del paciente, ha sido una realidad durante este año pasado, la dotación a de herramientas formativas sobre cómo utilizar esa solución y el protocolo de lavado de manos mediante charlas y dípticos.
- Salud perinatal, colaboración con el observatorio de salud de la mujer.
- Alta de enfermería.

CONCLUSIONES:

- Conocer nuestro entorno hospitalario y las practicas asistenciales nos permite disponer periódicamente y de forma objetiva de datos de todas las líneas de mejora.
- Un sistema de notificación y una adecuada valoración y gestión de riesgos hará que tanto los pacientes como los propios profesionales "se sientan seguros".
- Transmisión de resultados.

M25.07

LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA (SADME) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD y SEGURIDAD EN EL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO

L. Velasco Rocas, G. García Riestra, E. Vázquez, F. Menéndez Fernández, A. Franco Vidal, A. Álvarez.

Hospital Universitario Central de Asturias.

lucia.velasco@sespa.prncast.es

OBJETIVO: Mejora de la calidad y seguridad del proceso farmacoterapéutico a través de la implantación de SADMEs en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO:

1. Aplicar la metodología AMFE al proceso de prescripción, dispensación y administración de medicamentos en Urgencias (sólo se analizaron modos de fallo).

2. Implantación de los SADME como herramienta de minimización de puntos de fallo, optimizando el sistema a las necesidades del Servicio: número de SADME, medicamentos en cada una de ellas y circuitos de reposición.

3. Valoración cualitativa de los puntos de fallo y la posible reducción de los mismos debido así como valoración del personal que trabaja con ellos ("Report" de los responsables de ambos servicios y encuesta de valoración del personal).

RESULTADOS: Se identificaron 28 puntos de fallos con la siguiente distribución: Interpretación de órdenes médicas (8), retirada de medicamentos (11), registro en la historia clínica (5), Administración (4), Gestión del botiquín (3).

Cada área precisó de un punto de dispensación (5 SADME). Se formó al personal de ambos servicios y a los coordinadores de 24 h del hospital en relación a la implantación de estos sistemas. Quedó definido el circuito y frecuencia (4 días/Semana) de reposición. La implantación se llevó a cabo en 5 fases, ajustándose al cronograma establecido.

Con la implantación de los SADME de los 28 puntos de fallo se minimizan 5 y desaparecen 12, mayoritariamente en los procesos de retirada de medicamentos, administración y gestión del botiquín ya que se eliminan los depósitos de medicamentos y los problemas derivados (omisión de la gestión de stock). Tanto los Responsables como el personal de los Servicios de Farmacia y Urgencias considera positiva la implantación de los SADME tanto desde el punto de usabilidad como de la utilidad para el proceso farmacoterapéutico si bien se detectan oportunidades de mejora relacionadas con la carga y condiciones de trabajo para el Servicio de Farmacia y la lectura de la huella digital y adecuación con las órdenes médicas.

CONCLUSIÓN: Los SADME no constituyen un fin sino un medio para mejorar la atención al paciente y la seguridad en la utilización de medicamentos. Es idónea la implantación de los SADME en Urgencias por ser una Unidad opaca. Estos dispositivos son herramientas de fácil aprendizaje y ágil manejo e incrementan la seguridad al reducir y eliminar puntos de fallo en el proceso prescripción-dispensación-administración si bien es necesario realizar ajustes en su implantación.

M25.08**LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN EL ESTUDIO DE EFECTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA. PROYECTO SIVCEA**

J. Gómez, V. Agulló, J. Aranaz, J. Requena, J. Miralles*.
HOSPITAL UNIVERSITARI SAN JOAN D'ALACANT.
gomez_jan@gva.es

Estos resultados son consecuencia de una investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) (referencia 06/90318 y 06/90043).

OBJETIVOS: Los sucesos adversos ligados a la asistencia sanitaria suponen un problema importante para la salud pública.

En el año 2002 el FIS, dio soporte a un proyecto de estudio multicéntrico para identificación, definición y análisis de Efectos Adversos derivados de la asistencia hospitalaria, que dio lugar, entre otros a un sistema de información que facilitara la recogida de datos referente a los efectos adversos, siguiendo las restricciones establecidas por la guía de cribado y los formularios a cumplimentar en el estudio.

Tras el sistema inicial, desarrollado como aplicación local y debido al éxito de la misma en diversos proyectos, tanto a nivel nacional como internacional, y como consecuencia de la complejidad de soporte y actualizaciones del mismo, nos planteamos el despliegue de una aplicación web pública que permitiera con los criterios del estudio, su aplicación en cualquier proyecto de esta naturaleza.

MATERIAL Y MÉTODOS: El sistema de información es una aplicación web realizada en java con JSP's bajo un servidor de aplicaciones Tomcat.

No se recoge información alguna que permita identificar a ningún paciente ni episodio, dado su carácter de sistema público. No obstante, desde el punto de vista funcional, el sistema posee un acceso restringido a la información en función del perfil y proyectos definidos para cada usuario.

En cada proyecto, el usuario puede decidir si la información de cada caso registrado es o no visible, a efectos estadísticos, para el resto del sistema o enteramente privada.

RESULTADOS: El proceso comienza siempre con la búsqueda del caso correspondiente, para evitar su duplicidad y permite la recogida de la información de los casos a registrar siguiendo las pautas de inclusión del proyecto FIS.

Registrado cada caso, deben cumplimentarse los formularios de cribado del proyecto (Factores de riesgo y Resumen de la historia clínica), en función de los que el sistema nos guiará por los cuestionarios en modo asistente, mostrándonos tan solo aquellas cuestiones a completar en función del contenido de nuestras respuestas según las directrices del estudio.

CONCLUSIONES: Desde el punto de vista funcional el sistema cubre la recogida, gestión y explotación de datos del proyecto según las especificaciones del mismo: Gestión de casos multi-evento y multi-efecto adverso.

Se dispone así, de una herramienta para el estudio de efectos adversos, válida para la mejora de la calidad asistencial.

M25.09**MAPA DE RIESGOS DEL PACIENTE ATENDIDO EN URGENCIAS GENERALES SEGÚN AMFE**

D. López García, A. Hernando Uzkudun, N. Mauleon Echeverría, S. Unanue Rodríguez, D. Arranz Izquierdo, J. Aviles Amat.
Servicio de Urgencias Hospital Donostia, San Sebastián.
DAVID.LOPEZGARCIA@OSAKIDETZA.NET

Objetivo: Describir los riesgos del paciente atendido en urgencias. **Metodología.** Grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales de Urgencias, Farmacia, y Calidad. Mapa de procesos de la atención urgente y diagramas de flujo de cada subproceso 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. Excluido del análisis, la prescripción y administración de medicación, objeto de un AMFE previo.

Resultados: Se detectaron 101 posibles fallos: 15 en la solicitud, 22 en triaje, 35 en traslado al box y primera atención médica, 4 en realización de pruebas complementarias e interconsultas, 9 en la recepción de pruebas y decisión terapéutica y 16 en el cierre de

episodio. Se priorizaron los riesgos a través del Índice de Priorización de Riesgos (IPR). Los posibles fallos más puntuados fueron: la no verificación de la identidad del paciente, uso de información incompleta en la valoración, fallo en el circuito de solicitud de consultas rápidas, ausencia de alarmas ante resultados analíticos anómalos, existencia de más de un acceso desde el exterior y ausencia de registro de actividad realizada por algunos profesionales. El equipo de trabajo decidió trabajar la verificación de la identidad del paciente, ya que al ser una actividad transversal, aparece como causa de posibles fallos en todos los subprocesos de la atención urgente. Estos resultados han sido difundidos a todo el personal del Servicio, con un triple objetivo: Sensibilizar una vez más en seguridad clínica, verificar el grado de acuerdo o desacuerdo con el análisis realizado y recoger las aportaciones del personal para enriquecer el proceso y facilitar la implantación de las mejoras.

Conclusiones: Si a estos 101 posibles fallos añadimos los 88 detectados en el AMFE de medicación, resulta que una persona atendida en urgencias corre el riesgo de sufrir 189 posibles fallos durante su paso por el Servicio. Este dato por sí sólo debería ser suficiente para poner todos los medios y barreras necesarias que impidan la consecución de los fallos. 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.

M26.01**IMPACTO DE LA GESTIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO EN EL CLIMA LABORAL DEL HOSPITAL LA FUENFRÍA**

L. Pascual Bastida*, M. Garrido, P. Muñoz, MP. González, R. López.
Hospital La Fuenfría, Cercedilla
direnf.hfff@salud.madrid.org

OBJETIVO: Realizar un estudio para analizar y diagnosticar el clima laboral resultante del Impacto del despliegue del Plan Estratégico, desde en inicio de su ejecución en 2006 hasta la actualidad 2008.

METODO: Estudio observacional descriptivo de base poblacional dirigido a todos los profesionales del Hospital. Se ha utilizado la escala Q-LABORS para medir el clima laboral compuesta por 56 ítems, agrupados en 10 factores obtenidos mediante análisis factorial.

RESULTADOS: De todos los formularios remitidos a los profesionales, el grado de respuesta ha sido de un 39,4% en enero de 2008 frente a un 47,9% del estudio realizado en noviembre de 2006. Los ítems mejor valorados en comparativa con el estudio realizado en 2006 han sido liderazgo del equipo directivo, comunicación y relaciones interpersonales, medios materiales y tecnológicos, la mejora de posibilidades de desarrollo profesional y los peor valorados, la deficiente organización del trabajo en equipo y el liderazgo inadecuado de algunos mandos intermedios.

CONCLUSIONES:

1. Se percibe una mejoría general con respecto al estudio realizado en 2006 en el clima laboral que ha afectado a casi todos los estamentos, aunque de diferente manera, el nuevo estilo de Dirección ha sido en parte, el responsable de la mejora del clima laboral.
2. La renovación y el aumento del número de los recursos humanos ha mejorado del grado de satisfacción de los profesionales.
3. La concreción de estrategias dirigidas a promocionar a los profesionales en la organización ha permitido la mejora del desarrollo profesional.
4. La incorporación de las nuevas tecnologías informáticas ha permitido al hospital vencer el aislamiento dentro del sistema y aminorar las cargas de trabajo.
5. La inversión en reformas estructurales y equipamiento en el área asistencial y en la adecuación de espacios ha cambiado la imagen del Hospital.
6. Las características particulares de Fuenfría dificultan el cambio cultural necesario para avanzar en el desarrollo del proyecto, se detecta un déficit para desarrollar el trabajo en equipo, se detecta el ejercicio de liderazgo inadecuado por parte de algunos mandos intermedios, la rigidez del modelo normativo-legal vigente que regula la organización del trabajo dificulta la conciliación de la vida laboral y personal, por tanto, resulta un factor desmotivador que afecta negativamente al grado de satisfacción de los profesionales.

M26.02

IMPACTO DE LA REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y LA IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS EN LA MEJORA DE LA EFICIENCIA DE UNA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE GESTIÓN DE TARJETA SANITARIA

M. Marquez Campos* (0), Y. Domingo Blanco (1), R. M. I. Martínez Ortega (0), S. Contreras Lorenzo (0), J. Castellano Alarcón (0).

(0) Servicio Madrileño de Salud - Gerencia Atención Primaria Área 1, (1) Servicio Madrileño de Salud - Gerencia Atención Primaria Área.

mmarquez.gapm01@salud.madrid.org

El Área 1 de Atención Primaria de Madrid, situado en la zona sur-este de la Comunidad, da cobertura a 769.562 asegurados en 33 centros y 19 consultorios. El volumen de TSI tramitadas en 2007 fue de 358.894, de las cuales, en la Unidad Periférica de Tramitación de TSI (UPT) se gestionaron 147.069. Esta unidad está formada por 8 profesionales. Durante todo 2007 se produjo una creciente demora en la tramitación, llegando a 31 de enero de 2008 con 12.904 propuestas pendientes y una demora de 45 días. A la vista de esta situación se analizaron las cargas de trabajo y las posibles áreas de mejora interna.

Objetivos: Disminuir el número de propuestas pendientes un 50% en 3 meses.

Disminuir el tiempo de demora a menos de 15 días en 3 meses.

Mejorar la satisfacción e implicación de los profesionales en la UPT. Material y métodos: Se realiza un análisis DAFO sistemático del proceso, donde se evaluó la situación de cada uno de los elementos que se gestionan: entradas, salidas, guías, tareas internas, tiempos de proceso y recursos. En este análisis se ha implicado a todos los profesionales de la unidad, con una metodología participativa, manteniendo reuniones periódicas donde se han utilizado diferentes técnicas de análisis y consenso.

Se ha reestructurado la asignación de tareas, implantando un sistema rotativo con ayudas mutuas y estableciendo una dinámica de seguimiento con reuniones donde participan todos los profesionales de la UPT. Periodo de observación 3 meses (febrero a abril de 2008). Se evaluó la satisfacción y percepción de participación con una escala 1-10 antes y después de la intervención (participando el 100% de los profesionales).

Resultados: A 25 de abril de 2008 el número de propuestas pendientes es de 3.394 (una reducción del 73,07%), y la demora máxima es de 14 días (fecha de la última propuesta pendiente: 11/04/08).

El nivel de satisfacción en 2007 fue del 5,57 y en 2008 del 8,28.

El sentimiento de implicación pasó de un 5,42 en 2007 a un 8,14 en 2008.

Conclusiones. Definir y analizar los procesos de trabajo abre oportunidades de mejora.

Para mejorar la efectividad y la eficiencia de una unidad administrativa, un factor clave y demostrado como válido es la implicación de los profesionales en su trabajo.

M26.03

LA CALIDAD Y EL GASTO DE LA PRESCRIPCIÓN, ¿ESTÁ RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO DEL COSTE DE LOS FÁRMACOS DEL ÁMBITO CARDIOVASCULAR?

E. Timoner, M. Fonseca, G. A. Fleitas, M. Caldentey*, G. Tamborero, C. Picornell.

Centre de Salut del Coll d'en Rebassa.

gtamborero@terra.es

Objetivo: Correlacionar el conocimiento del coste de los fármacos del área cardiovascular (CV) más prescritos por los médicos de atención primaria (AP), con el gasto farmacéutico y con la calidad de la prescripción.

Material y métodos: Diseño: Estudio descriptivo transversal utilizando como instrumento principal para el estudio un cuestionario ad hoc.

Ámbito: Médicos de AP de un Centro de Salud. Marzo 2008. Sujetos: 17 médicos de familia del Centro de Salud. Fuentes de información: a) encuesta ad hoc, con datos personales y profesionales, y 14 ítems destinados a valorar el conocimiento del coste de los fármacos del área CV más prescritos (según ranking 2007); b) indicadores de calidad de la prescripción, y c) indicadores presupuestarios (gasto en farmacia).

Se comparó el precio estimado por los encuestados para cada

fármaco con el precio oficial para comprobar la posible sobrevaloración o infravaloración (que se fijó en $> 0 <$ del 20% sobre el precio oficial, respectivamente) y se contrastó con la calidad de la prescripción y con el gasto.

Resultados: Se detecta un escaso conocimiento del coste de los fármacos CV, el precio de los fármacos más caros se infravalora, mientras que los medicamentos de menor valor son supervalorados. No existe correlación entre el conocimiento del coste y el gasto real ($r = -0,56$), ni con la calidad de la prescripción ($r = 0,34$).

Conclusiones: El conocimiento del coste de los fármacos es un elemento imprescindible para un uso racional de los mismos. En AP existen importantes déficits en el conocimiento de los fármacos CV, que deberán ser superados.

M26.04

LAS RELACIONES ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES: OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

R. Escriche Ros, A. B. Morata Crespo.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

roxirama@msn.com

OBJETIVO:

- Conocer la opinión entre los Médicos de Atención Primaria (MAP) de un Servicio de Rehabilitación (SRHB).

- Analizar la realidad del trabajo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODO: En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria (AP) de Alma-Ata concluyó exponiendo que la AP representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad; prestando servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Por otro lado, es necesario considerar la medicina física y rehabilitación bajo un enfoque de modelo biopsicosocial, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de salud desde una perspectiva biológica, individual y social, para conseguir este enfoque es fundamental el desarrollo de la rehabilitación en el primer nivel asistencial. Este hecho sumado a la creciente demanda experimentada por esta especialidad en los últimos años, plantea una reordenación de la RHB en AP como única alternativa racional para satisfacer esta necesidad.

Este estudio nace de la curiosidad por conocer la opinión de los MAP acerca de esta realidad, analizando las opiniones lanzadas desde dos centros de salud (CS) de un área urbana sobre un mismo SRHB, observando las diferencias entre ambos, pues uno goza de presencia física del SRHB y otro no. Para ello se diseñó un estudio transversal por medio de encuesta anónima que valoraba 9 ítems y que se repartió a 44 facultativos de los CS durante los meses de octubre y noviembre de 2007.

RESULTADOS: Participación: 72.7%. La integración física del SRHB en los Centros de Atención Primaria (CAP) resulta imprescindible para el 94%, la satisfacción actual con el SRHB es alta en el 37.5%, el grado de acuerdo con los tratamientos muy alto en el 50%, y la información útil siempre en el 56%. Por contra el tiempo de demora de la primera consulta es considerado excesivo para el 97% y el seguimiento de pacientes aceptable para el 78%. La formación conjunta con rehabilitación resultaría de interés para el 97%.

CONCLUSIONES:

- La mayoría de los MAP consideran importante la integración de un SRHB en el CAP.

- Existe gran interés en la formación conjunta, debido a la escasa formación durante la licenciatura.

- Encontramos consenso en cuestiones como el tiempo excesivo de demora y la necesidad de consensuar criterios de derivación y manejo.

- Existen grandes discrepancias en cuanto al grado de satisfacción actual con el SRHB, siendo muy superior en el centro con presencia física del SRHB.

M26.05

PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL HOSPITAL LOS ARCOS

M. Muñoz Sánchez*, M. D. Saura Pizarro, N. Sevillano González, L. Ferrer García, E. Cervantes Uran, M. J. García Pina.

Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera.

manuela.munoz@carm.es

Objetivos: Conseguir la adaptación al entorno laboral de forma positiva en el menor tiempo posible y evitar con ello una disminución de la calidad asistencial, sobre todo en el periodo estival, donde son más numerosas las nuevas contrataciones.

Metodología: Las actividades incluidas en el Plan de Acogida son: 1- contacto con la Dirección de Enfermería de forma personal donde se les asigna destino en base a: experiencia previa, deseo del trabajador y necesidades del hospital; 2- acto de bienvenida dirigido por la Directora de Enfermería donde son presentados los supervisores de las diferentes unidades y servicios del Hospital, en dicho acto la supervisora de calidad realiza una sesión con presentación en power-point, en la que son informados de la Misión, Visión y Valores del hospital, los objetivos de calidad en enfermería y las líneas de trabajo general para enfermeras y auxiliares; 3- tras la sesión, cada profesional se dirige con el supervisor correspondiente a su unidad, donde se le informa del turno de trabajo y se le ofrece información específica de cada uno de los servicios. Al mismo tiempo, se les hace entrega del Manual de Acogida para nuevos profesionales. El Plan de Acogida es evaluado con una encuesta de 16 ítems, que cumplimentan los nuevos trabajadores, con el fin de identificar áreas de mejora.

Resultados: Agrupamos los ítems por bloques para emitir los resultados obtenidos, de una totalidad de 91 encuestas cumplimentadas en el año 2007 (se entregaron 124). A) Valoración global del plan de acogida: satisfactorio/muy satisfactorio 97%; B) Valoración entrevista Dirección de Enfermería: útil/muy útil 86%; C) Valoración acto de bienvenida: no asisten 33%, útil: 58%; D) Valoración recepción por el supervisor: correcta/muy correcta 97%. Conclusiones: Los profesionales valoran positivamente la globalidad del plan de acogida, así como la información y la recepción por parte del supervisor y la Dirección de Enfermería. Identificamos como área de mejora la asistencia al acto de bienvenida y la valoración de la información impartida en el mismo.

M26.06

PLAN DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN Y ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA VISIÓN INTEGRAL

S. Lospitao Gómez, A. M. Medina Reina, M. D. C. Holguín Fernández, M. Gutiérrez Pozuelo, M. D. M. García Gálvez.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

saralospitao@hotmail.com

INTRODUCCIÓN : Desde nuestra andadura en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital de Fuenlabrada a principios del 2004, hemos recibido la incorporación de numeroso nuevo personal de enfermería y alumnos procedentes de diversas universidades y master postgrado.

El comienzo del trabajo en UCI debido a las condiciones especiales dadas en dicho lugar: la patología de los pacientes, la complejidad de los cuidados del paciente y su familia, la tecnología utilizada para ello, etc; ha supuesto y supone una experiencia estresante y llena de dificultades.

Esta justificación nos impulsó a idear desde nuestro servicio un plan de acogida que comprenda diversos aspectos que consideramos de vital importancia para facilitar la inserción del nuevo personal y alumnado en el equipo multidisciplinar de la UCI y a la mejora de la calidad del cuidado de nuestros pacientes y sus familias.

OBJETIVO: Elaborar un plan de acogida integral que facilite tanto para el personal de nueva incorporación como a los alumnos de enfermería su integración profesional en el equipo intensivo.

MÉTODO: Detección de necesidades y deficiencias en diversas reuniones de evaluación de calidad del cuidado de los pacientes en nuestra unidad de cuidados intensivos; elaboración de diversas propuestas y recogida de sugerencias.

RESULTADOS: Elaboración del plan de acogida.

El plan de acogida propone una visión integral que acoge diferentes aspectos tales como:

- Tutorización personalizada de los enfermeros de nueva incorporación y alumnado.
- Presentación y orientación sobre la misión, visión y valores de nuestra unidad.
- Plan de formación inicial impartido por el personal médico y de enfermería que comprenda diversos temas de vital importancia como los campos de cuidados hemodinámicos,

respiratorios, nefrológicos, técnicas de comunicación con el paciente y la familia, etc

- Facilitación de formación y conocimientos sobre salud laboral y seguridad en el trabajo.
- Visita física y guiada al hospital y Unidad de Cuidados Intensivos.
- Entrega de los protocolos de enfermería y médicos así como tarjeta de principales teléfonos de contacto, planilla y las diferentes escalas de valoración y medición.
- Inicio de plan de formación continuada e integración de los grupos de trabajo enfermeros.
- Evaluación de plan de acogida con cumplimentación de encuesta de satisfacción.

CONCLUSIONES: Mediante el plan de acogida es posible facilitar la integración en el equipo intensivo y con ello, garantizar una mayor satisfacción personal y profesional así como una mejora de la calidad del cuidado de los pacientes y familias.

M26.07

PLAN INDIVIDUAL DEL LÍDER (PIL)

I. Gallego Camiña, S. Rabanal Retolaza, A. De Allende Achalandabaso, U. Aguirre Larrakoetxea, R. Villa Valle, K. Solozabal Orbegozo.

HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO OSPITALEA (OSAKIDETZA).

ines.gallegocamina@osakidetza.net

Objetivo: Mejorar el desarrollo de las competencias de los líderes del Hospital, mediante la evaluación, análisis y establecimiento de un Plan Individual del Líder (PIL).

Método: 1) Aplicación de un cuestionario de autocumplimentación estructurado en 13 ítems, (escala 1-10), que recoge la medición de las 4 competencias del liderazgo definidas en el Hospital en su última reflexión estratégica. 2) Muestreo; población total de los servicios evaluados excepto para el de radiodiagnóstico que por su volumen se aplicó la técnica del muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional. 3) Análisis de resultados y elaboración del Plan Individual del Líder con acciones de mejora, objetivos e indicadores a 2 años (PIL). 4) Entrevista personalizada del Director Gerente con cada líder. 5) Comunicación de resultados a los colaboradores.

Resultados: 1) Planificación de la 1ª evaluación a todos los líderes a 3 años (07-09), con el objetivo de mantener una evaluación bienal. 2) Definición de un cuestionario que evalúa las competencias del líder; generación de líderes en su entorno, capacidad de trabajo en equipo, compromiso con la excelencia y la capacidad de impulsar el cambio. 2) Universo de estudio (Fase I y II): en la primera Fase se aplica la encuesta sobre el Equipo de Dirección (6 miembros) y la Responsable de Calidad, en la segunda Fase al Jefe de Hematología, Farmacia, Anatomía Patológica, Esterilización, Mantenimiento, Alimentación, Aprovisionamientos, Económico Financiero, y Radiodiagnóstico. 3) Participación: para una población total destinataria de 381 sujetos, la respuesta ha sido de 300, suponiendo un índice de respuesta global de un 78,7%, siendo éste en la Fase I de un 97,9% y en la Fase II de un 67,3% 4) Explotación estadística individualizada para cada líder y global acumulada, siendo muy satisfactorios los resultados; media global de 6,73 y valores máximos globales como la "identificación del líder con misión del Hospital" con un 7,18. 5) Desarrollo de un Plan Individual del Líder ligado a las competencias, con ámbitos de mejora, objetivos a cumplir e indicadores de referencia.

Conclusiones: 1) Los resultados obtenidos muestran niveles altos de satisfacción, lo que sirve como estímulo para seguir trabajando en la línea de la mejora continua. 2) El uso de la misma herramienta las distintas fases de evaluación permite disponer de valores de referencia, si bien es cierto que los resultados siempre deben analizarse en su contexto. 3) La motivación y la gestión del cambio destacan por ofrecer oportunidades de mejora.

M26.08

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE INCIDENTES VIOLENTOS EN LOS EAP DEL ÁREA 1 DE MADRID

J. Cecilia Navazo, M. L. Tello García.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 1 DE MADRID.

jcecilia.gapm01@salud.madrid.org

ANTECEDENTES: En 2002 el Área 1 de Atención Primaria de Madrid define un protocolo de actuación ante situaciones violentas en sus

centros de salud, cuya utilización generalizada empieza en 2004. El objetivo es dar la mejor respuesta institucional ante tales hechos mediante actuaciones con profesionales y usuarios.

OBJETIVO: Describir los incidentes notificados a la Gerencia del Área 1 desde Enero de 2004 a Febrero de 2008 mediante este protocolo, analizando los perfiles de los agresores, de los agredidos, de las circunstancias que desencadenaron los hechos, de la respuesta institucional y de las repercusiones legales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elabora una base de datos única, a partir de diversos registros.

Tratamiento estadístico de los datos con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS: Se obtienen 211 incidentes notificados, procedentes de todos los EAP del área 1, de un servicio de salud mental y de un SAR (Servicio de Atención Rural).

El género de los agresores es varón en 58,3% de los casos. El género de los agredidos es mujer en el 74,4% de casos.

Las tres categorías profesionales de los agredidos mas encontradas fueron médico de familia (59,2%), auxiliar administrativo (19%) y enfermera (13,3%).

En más del 50% de los incidentes, la circunstancia implicada fue desacuerdo en la prescripción (14,2%), desacuerdo en la valoración (12,8%), desacuerdo con el orden de entrada en consulta (10,9%), desacuerdo en la indicación de IT (10%) o desacuerdo con la citación (9%).

Las respuestas institucionales más frecuentes fueron carta al usuario (66,4%), denuncia (19,9%) y carta al profesional (13,7%).

CONCLUSIONES: Las situaciones conflictivas con ciudadanos en los centros de salud son hechos aislados, si bien de enorme impacto en los profesionales.

El Área 1 tiene un protocolo de notificación y gestión que es necesario divulgar entre los profesionales.

Es deseable unificar su registro.

Es importante observar y analizar este fenómeno, para poderlo prevenir.

Los médicos de familia son, según este estudio, la categoría profesional más afectada.

Las mujeres médicas de familia y pediatras del Área 1 sufren estos incidentes en mayor proporción que los varones médicos de familia y pediatras y los agresores son mayoritariamente varones, por lo que podría subyacer un problema de violencia de género.

Las situaciones más frecuentemente implicadas están relacionadas con la gestión de agendas, la prescripción o la de gestión de IT.

Debe potenciarse la respuesta institucional hacia los profesionales, así como el registro de la misma.

M26.09

PROYECTO PARA LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTERES DE BIOSEGURIDAD EN EL HOSPITAL DOS DE MAIG DE BARCELONA

M. Pi* Guerrero, C. Barcelo Suarez, C. Padilla Llamas, S. Oleaga, J. Esteve Ferran, B. Vila Balcells.

Hospital Dos de Maig, Barcelona.
merce.pi@sanitatintegral.org

OBJETIVOS: Sensibilizar a los profesionales de la importancia de utilizar catéteres con dispositivo de seguridad(CDS). Analizar ventajas/inconvenientes de los CDS por los profesionales, para elegir el CDS adecuado.

Realizar formación a los profesionales sobre los CDS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo prospectivo de Noviembre 2007-Junio 2008, en tres servicios piloto: Urgencias, Hospital de Día, Unidad Hospitalización Medicina.

Se planificaron varias fases:

FASE I: Planificación, análisis de costes, búsqueda bibliográfica para identificación de productos. Se escogieron cuatro grupos de CDS: Grupo I de activación pasiva sin alas, Grupo II de activación pasiva con alas, Grupo III de acción activa, Grupo IV palomitas de seguridad para infusión.

FASE II: Evaluación económica de sustitución de productos.

FASE III: Priorización en la sustitución de productos según la gravedad de inoculación y frecuencia de accidentes.

FASE IV: Formación a los profesionales.

FASE V: Valoración de los productos mediante cuestionarios de preguntas cerradas y abiertas cumplimentados por los profesionales.

Se valoraron las variables: 1. Grado de satisfacción, 2. Facilidad de

manejo de canalización, 3. Flexibilidad del catéter (puntuando 0 -10 las variables 1, 2, 3) 4 Mecanismo de seguridad (Excelente, bueno, regular, no fiable), 5. Ventajas/Inconvenientes.

RESULTADOS: Se realizaron 100 encuestas, 25 de cada grupo.

Para las variables (1,2,3) se obtuvo una puntuación media de 8 para el grupo I, 8,6 grupo II, 7,5 grupo III y 8 grupo IV.

El 36% opina que los CDS de los grupos I y II tienen un excelente mecanismo de seguridad, un 40% opina que los catéteres de acción activa no son fiables, y un 60% que el grupo IV tiene un buen mecanismo de seguridad.

Las respuestas a las preguntas abiertas para valorar Ventajas/Inconvenientes son:

Ventajas: Un 90% opina que son la seguridad y el fácil manejo, un 40% opina que los CDS del grupo II ofrecen menor resistencia que los del grupo I al retirar el fiador. Inconvenientes: Un 50% opina que es no poder recanalizar el catéter en los grupos I, II y un 70% cree que los CDS del grupo III no son seguros si no se activa a tiempo el mecanismo de seguridad

CONCLUSIONES: La aceptación del cambio de los catéteres actuales por los de bioseguridad ha sido satisfactoria.

Podemos considerar más efectivos los CDS de acción pasiva y las palomitas de seguridad para infusión.

La ventaja más destacada es la seguridad frente a los posibles accidentes y el mayor inconveniente ha sido el no poder recanalizar el catéter.

Los profesionales han demostrado interés y satisfacción a la hora de recibir la formación.

M27.01

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS INGRESOS PROCESOS DE SALUD CRONICOS

M. P. Espelt Aluja.

Institut Catala de la Salut.
pespelt.tarte.ics@gencat.cat

Justificación: De todos es conocido que una de las debilidades mas importantes del proceso asistencial se encuentra en la dificultad de garantizar la continuidad de la atención y especialmente en los procesos complejos y/o de especial fragilidad, de manera singular en las reagudizaciones de los procesos crónicos. Tras una historia de coordinación sistemática (4 años) entre el hospital Joan XXIII y las ABSs de referencia pensamos que era un momento oportuno para avanzar cualitativamente en las situaciones de mayor fragilidad y frecuencia (Cardiológicos, Respiratorios).

Objetivo: Garantizar la continuidad asistencial de las personas con procesos de salud crónicos fomentando la interdisciplinariedad.

Metodología:

1. Revisión y acuerdos para la mejora del circuito y protocolo de comunicación-enlace:

A quien -- ingresos por reagudización o complicación de su problema de salud

Cuando -- a partir de la existencia de pronóstico

Quien ----- enfermera de enlace hospital/enfermera gestora de casos de Atención Primaria

Como ----- Preparación del alta a través del seguimiento durante el ingreso y la generación de conocimiento previo de la persona y su entorno.

2. Análisis descriptivo de los procesos de transferencia de las personas ingresadas por problemas respiratorios y cardiológicos.

Población: personas ingresadas por los motivos citados del Camp de Tarragona (150.000 Habitantes)

Periodo analizado: 1 de Enero a 30 de Abril de 2008.

Resultados: procesos gestionados -286, con un solo ingreso 262 personas, con 4 ingresos 2 personas, con 3 ingresos 2 personas, con 2 ingresos 5 personas.

3% corresponden a personas < de 65 años, 97% >65a.

104 procesos cardiológicos primer diagnóstico, 28 Insuficiencia cardíaca diagnóstico secundario

54 procesos respiratorios primer diagnóstico, 19 EPOC diagnóstico secundario

Conclusiones: El protocolo sistematiza la continuidad de atención y ha favorecido el consenso entre profesionales.

Las patologías cardíacas significan el grupo mas numeroso entre los ingresos médicos en el hospital de agudos.

La influencia del esfuerzo educativo y de control desde AP influye en

la disminución de ingresos por complicaciones generadas (también paso en nuestro territorio con otros procesos médicos como la diabetes).

M27.02

MEJORA DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN A LA DIETA Y SU CONTENIDO EN SODIO. COMO HACER MÁS APETITOSOS LOS PLATOS COCINADOS SIN SAL

G. M. Martín Gracia, A. González Pérez, A. Checa Villa, F. Ota Arbizu, M. A. Herrero Gil, J. Pérez Pérez, C. Laborda Ezquerro.
 Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
 gmartingr@salud.aragon.es

Objetivos: el objetivo principal es el de informar de forma intensiva a la población hipertensa respecto al contenido de sodio en los alimentos, de manera comprensible, sencilla, sin prisas, adaptando siempre la información a las circunstancias personales (edad, cultura, aislamiento, capacidad, economía) para intentar que tras la información transmitida nuestros pacientes sean más cumplidores, se responsabilicen de sus acciones y creen hábitos saludables.

A su vez hemos de darles alternativas para que los platos cocinados sin sal sepan más agradables y así aumentar el seguimiento de la dieta.

El objetivo final sería disminuir la tensión en los pacientes sodio-dependientes.

Material y métodos: cada dos meses se realizarán visitas programadas con el médico y/o la enfermera, en la primera cita se informará de forma exhaustiva de aquellos alimentos que no se deben ingerir, nombrándolos uno a uno y se comentarán las sustancias que pueden mejorar el sabor de los alimentos cocinados sin sal.

En las visitas posteriores, coincidiendo con la toma de tensión, se realizará un recordatorio, se averiguará la adhesión a la dieta y las dificultades que el paciente ha encontrado para llevarla a cabo.

Siempre habrá apoyo por escrito: hoja informativa con los alimentos ricos en sal y con las sustancias que mejoran el sabor, así como dibujos acompañantes y posters.

En los contactos ocasionales que surjan con los pacientes también incidiremos de forma breve.

La intervención esta basada en el dialogo personalizado.

Entre las causas del incumplimiento se anotarán:

Edad (relación con las capacidades funcionales y con la motivación), sexo (las mujeres que viven solas se desenvuelven mejor con las comidas), apoyo humano (si la comida esta preparada es más fácil seguir la dieta), la soledad, la falta de tiempo, recursos etc.

Resultados: los resultados obtenidos hasta el momento en relación a la adquisición de conocimientos son buenos (98%), sin embargo y como era de prever los resultados en relación al consumo de los alimentos no recomendados en la dieta han sido malos (5%).

Conclusiones: aquellos hipertensos con pluripatología y/o que han sufrido un evento en relación con su tensión elevada son los que más se motivan.

Las causas que justifican el incumplimiento son múltiples, pero que nunca sea por la desinformación por parte de los equipos de salud. Hemos de seguir adelante, intentando que cada vez los pacientes sean más responsables y activos con su salud, conociendo sus riesgos y la forma de evitarlos.

M27.03

OPTIMIZANDO EL USO DEL MEDICAMENTO AL ALTA HOSPITALARIA: DISPENSACIÓN COMPARATIVA DE TRATAMIENTOS FINITOS EN MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA

I. Villar Fernández, M. Izuel Rami, S. Bello Dronda, J. M. Aguirre Errasti, M. T. Villa Gazulla, M. Á. Gotor Lázaro.
 HOSPITAL MIGUEL SERVET.
 isavillar@hotmail.com

Objetivo: Desde 2006 los Servicios de Medicina Interna y Neumología tienen programa de farmacéuticos de enlace para minimizar la discontinuidad entre niveles asistenciales. En 2007 se inició la dispensación de tratamientos finitos prescritos al alta hospitalaria. Este trabajo pretende conocer: 1) el impacto de esta dispensación, tanto en las dosis que se evita que el paciente acumule en su domicilio, como en el ahorro económico, 2) análisis comparativo entre

servicios.

Material y métodos: El farmacéutico dispensa las unidades exactas para finalizar tratamiento con los medicamentos prescritos al alta cuya duración prevista de tratamiento es inferior a un mes. **Ámbito:** servicios de Medicina Interna y Neumología. **Periodo:** 6 meses. **Variables:** pacientes atendidos; sexo, edad y aportación; fármacos dispensados totales, por paciente y promedio, y su clasificación por grupo farmacoterapéutico; unidades dispensadas y evitadas; ahorro frente a la dispensación por receta y ahorro medio por paciente. **Ahorro por medicamento= PVP envase comercial - (dosis dispensadas * precio unitario de compra en hospital).** Para no pensionistas se aplica un factor de corrección de 0,6.

Resultados: Se generaron 642 altas en Neumología y 562 en Medicina Interna, dispensándose medicamentos al 65,1% y 37,2% respectivamente. **Distribución por sexos:** Neumología: 70% hombres; Medicina Interna: 52% hombres. **Edad media y aportación:** Neumología: 69,1 años (IC95%: 67,7-70,4), 84% pensionistas. **Interna:** 74,2 años (IC95%: 72,1-76,3), 90% pensionistas. Se dispensaron 987 tratamientos (un fármaco a 337 pacientes, dos a 223, más de dos a 66). **Promedio de fármacos por paciente:** 1,6 (IC95%: 1,52-1,63). **Media de dosis dispensadas por tratamiento:** Neumología 11,2 (IC95%: 10,4-12,1), **Interna** 13,7 (IC95%: 12,3-15,0). **Media de dosis evitadas:** Neumología 11,9 (IC95%: 11,3-12,6), **Interna** 10,2 (IC95%: 9,3-11,2).

Distribución de los fármacos dispensados por grupo terapéutico: 46,1% antiinfecciosos, 37,9 % corticoides, 7,2 % Inhibidores de Bomba de Protones y 14,2 % otros. Se consiguió ahorrar 11.428,4 € (Neumo: 19,0 €/paciente, Interna: 16,9 €/paciente), correspondiendo el 77,5 % a los antiinfecciosos. Las fluorquinolonas constituyen el 46,8% de los antiinfecciosos dispensados.

Conclusiones: La mitad del total de altas generadas han sido subsidiarias de dispensación de algún medicamento al alta. Por cada dosis dispensada aproximadamente se evita la acumulación domiciliar de otra, lo que contribuye a disminuir el riesgo de automedicación, especialmente con antibióticos. El ahorro económico, derivado tanto de la dispensación del número exacto de dosis como de su menor precio de adquisición hospitalario, es otro aspecto importante.

M27.04

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO (PDPTto), DIRIGIDO A PACIENTES CON TMG QUE ESTÉN EN UN PROCESO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

M. E. Samaniego Díaz De Corcuera.

Fundación Rey Ardid.

esamaniego@reyardid.org

Objetivos:

1- Aplicar datos de evidencias científicas que indican que el 50% de los pacientes con Esquizofrenia sufren recaídas en menos de un año y está relacionado, entre otros factores, con el abandono del tratamiento.

2- Aplicar a nuestro PDPTto programas psicoterapéuticos de abordaje grupal; para incorporar evidencias en relación a la identificación positiva entre los miembros del grupo, mejora de la interacción social.

3- Monitorizar éstos datos y resultados y añadir otros recogidos a través de la puesta en marcha de un PDPTto psicofarmacológico.

Material y métodos: Se inicia en febrero del 2007 ; elaboramos un censo que irá incorporando progresivamente usuarios adscritos al programa según orden de ingreso y que cumplan criterios de TMG Trastorno Mental Grave.

El seguimiento diario permitirá monitorizar el funcionamiento global del grupo de usuarios con TMG incluidos en él.

PROCEDIMIENTO: en la actualidad están la totalidad de ingresados 39 pacientes divididos en dos grupos martes y jueves. Se atenderá al paciente de manera individualizada desde un abordaje interdisciplinario.

Resultados:

1- De los 44 pacientes atendidos, 4 no son evaluables, 31 precisan y se considera apropiado este programa de preparación de tratamiento, en 1 paciente no se puede realizar el programa por gravedad clínica y en 11 no es apropiada la realización de este programa por necesitar otro tipo de intervención.

2- De los 44 pacientes atendidos (100%), 33 tienen un diagnóstico

enmarcado dentro de TMG (75%) Un 9,09% 4 no pueden ser evaluables por permanecer en el centro menos de 24 horas. Es necesario realizar el Programa de preparación de tratamiento en 32 de los 33 casos de TMG.

CONCLUSIONES:

- Destacar la actitud positiva del equipo y de la totalidad de los usuarios que han intervenido en la puesta en marcha del Programa.
- Monitorizar resultados relacionados con la mejora continua de los usuarios con TMG en la preparación, adherencia y previsión de su tto.
- Hemos incorporado metodología del proceso enfermero recogido en La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) de Moorhead, Jonson y Maas. ((0307) AUTOCUIDADOS : MEDICACIÓN NO PARENTERAL)
- Hemos visto la necesidad de definir conceptos para medir resultados: qué entendemos por "conoce su tto": conoce el nombre, el color de sus pastillas..., los horarios, las dosis, indicaciones, efectos secundarios...; "maneja su tto": prevé la necesidad de fármacos antes de que se le acaben, sabe preparar su tto, sus dudas...sus temores...sus sentimientos, puede resolver los problemas generados.

M27.05

PROTOCOLO DE ACOGIDA A LA UCI-CRT DEL H.U.M.S.

M. I. Cano Mateo, M. J. Barrado Narvián, M. C. Flecha Merino, D. González De La Cuesta, T. Ibañez Puncel, P. Mainer Sanmartín.
Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
isabelcanomateo@gmail.com

OBJETIVOS: La Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología es una de las cuatro unidades del H.U.M.S: de Zaragoza.

Es imprescindible que las enfermeras que trabajen en esta unidad tengan desarrolladas las competencias específicas adecuadas a las necesidades de los pacientes, neuroquirúrgicos y politraumatizados. Para ello se pretende conseguir:

Mantener la continuidad asistencial durante el periodo vacacional u otras circunstancias.

Disminuir la ansiedad del personal de nueva incorporación y que va a estar trabajando en la unidad durante un largo periodo de tiempo.
MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha diseñado un protocolo de acogida con iconografía en la que se ve la unidad con fotografías de las diferentes localizaciones de todo aquello que van a tener que ubicar de forma rápida.

Se realiza una presentación al grupo, previamente citado, con apoyo audiovisual, donde:

Se enumeran las normas de funcionamiento de la unidad, con las tareas que se realizan en los diferentes turnos.

Se entrega un cuestionario para verificar los conocimientos sobre Cuidados Intensivos de los nuevos enfermeros.

Toda la información se entrega, además, en un CD-rom.

Al finalizar el contrato se les pasa otro cuestionario para evaluar la satisfacción del protocolo de acogida.

RESULTADOS: Según las encuestas entregadas, la incorporación a la Unidad es menos traumática y las enfermeras se sienten más integradas, lo que produce menos tensiones y mejor asistencia. Además, si se cuenta con profesionales que tienen formación previa de Cuidados Intensivos, su inclusión es prácticamente automática.

CONCLUSIONES: La UCI-CRT va a cambiar de ubicación próximamente, y además contará con un nuevo sistema informático de gráficas e historias clínicas. Por ello este protocolo se verá modificado y aumentado con una segunda parte donde se explique el funcionamiento del nuevo programa informático Centricity y las nuevas instalaciones. El proceso que incluye la cita, reunión, presentación de las personas y del protocolo, explicación de las normas básicas y la entrega del CD-rom, consigue una disminución del estrés en el personal de nueva incorporación.

Por todo ello, pensamos que es imprescindible organizar protocolos de acogida para que la línea de la calidad asistencial no se rompa nunca.

M27.06

PROTOCOLOS CONSENSUADOS. HERRAMIENTA DE GARANTÍA PARA UNA ATENCIÓN CONTINUADA Y SEGURA

A. M. Mora Banderas (0), B. P. Pérez Pomares (0), J. C. Toribio Montero (0), F. Ruy Díaz Cobos (1), M. L. Mancha Parrilla (0), B. De Prada Otermin (0).

(0) Hospital Costa del Sol, Marbella, (1) Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria, Málaga.
anamb@hcs.es

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN: "El consenso, una herramienta clave en la atención continuada al paciente" directriz clara que fundamenta este trabajo.

Desde el servicio de Consultas externas del Hospital Costa del Sol (HCS) se detecta que algunos pacientes con necesidad de curas sufren variabilidad en el cuidado de las mismas cuando son derivados a otros centros o atención primaria. Se genera la necesidad de elaborar protocolos de actuación conjuntos aplicables en el Distrito Costa del Sol y sus dos hospitales de referencia H.C.S y Hospital universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

OBJETIVOS: Garantizar la continuidad de la atención enfermera, disminuir la variabilidad en el cuidado, homogeneizar criterios de atención, estructurar y protocolizar acciones e intervenciones de los enfermeros que prestan cuidados a la población adscrita a los centros mencionados (censo 452.685 habitantes).

MATERIAL Y MÉTODOS: Profesionales de enfermería de las distintas áreas implicadas coordinados por la Unidad de Calidad del H.C.S. diseñan el procedimiento de actuación.

Se crea un equipo de trabajo en el que participan 31 enfermeros de los diversos centros que se estructura en cuatro grupos para trabajar las cuatro especialidades quirúrgicas: dermatología, cirugía, traumatología y Urología.

Cada grupo selecciona los protocolos a desarrollar, según criterios de priorización establecidos (complejidad, frecuencia de aparición, necesidades y magnitud). A lo largo de un año se trabajan estos contenidos realizando sesiones grupales es las que:

-Se adaptan los contenidos a la mejor evidencia.

-Se consensúan criterios y elaboran los protocolos siguiendo una estructura común.

-Se edita un manual con los protocolos consensuados.

-Se planifica y realiza una jornada de difusión (Diciembre de 2007), responsabilizando a miembros asignados de los distintos centros para que difundan esta información a todos los profesionales que deben aplicarlos.

-Se incluye en el registro de enfermería del HCS y en el programa de Atención Primaria un ítem para asegurar la correcta identificación de cumplimiento del mismo.

RESULTADOS: Se diseñan 10 protocolos (4 de dermatología, 3 cirugía, 2 Urología y 1 Trauma).

Junio 2008 formados el 91% de los profesionales que deben aplicarlo. Incorporación de un ítem de control que asegura la aplicación del mismo y que permita una trazabilidad de los datos de A.P y A. E para asegurar el correcto cumplimiento de los mismos, así como la Continuidad en el cuidado.

Control y explotación de estos datos por la Comisión de Cuidados de Área del Distrito/ Hospital Costa del Sol.

M27.07

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: MEJORAR LA INFORMACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III

M. C. Esquivias Jaramillo (0), M. Á. Martín Burriel (1), M. González García (2), J. Lombardo Murillo (2), T. Martínez Gallego (2), J. Pueyo Usón (3).

(0) Atención Primaria Sector Zaragoza III, (1) HCU Lozano Blesa, (2) CS Valdefierro, (3) CS Bombarda.
enfermera-valoracion.hcu@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Mejorar la información de los cuidadores informales en el Sector Zaragoza III.

Mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de los pacientes en el Sector Zaragoza III.

Mejorar la atención a los cuidadores que proporcionan los profesionales del Sector Zaragoza III y la continuidad de cuidados entre distintos niveles asistenciales.

MÉTODOS: Formación de un grupo de trabajo constituido por siete personas representantes de diferentes categorías profesionales: enfermeras de atención primaria, enfermera de enlace de atención primaria del sector Zaragoza III, enfermera de valoración del hospital HCU Lozano Blesa, trabajadoras sociales del hospital y de Atención Primaria, y la Coordinadora de Calidad de Enfermería del Sector III. Revisión bibliográfica: Datos recogidos de la base de datos de la Unidad de Valoración de pacientes crónicos y dependientes. Datos extraídos de las encuestas realizadas en los talleres de cuidadores.

RESULTADOS: Se ha configurado un circuito de captación y derivación interniveles de cuidadores principales.

Se ha elaborado una hoja en OMI para el cuidador principal.

Se ha diseñado el contenido de talleres para cuidadores en Atención Primaria.

Elaboración de folletos informativos para cuidadores sobre la prevención de UPP, prevención de caídas y autocuidados del cuidador.

Se han impartido 2 talleres a los que han acudido 16 cuidadores de edades comprendidas entre 44 y 78 años. De ellos 14 eran mujeres y dos hombres, 10 de ellas eran amas de casa y 6 jubilados. Las expectativas que los cuidadores manifestaron respecto a los talleres fueron: de aprendizaje en todos los casos, para evadirse de los problemas o de la soledad, buscando comprensión y por la necesidad de ser informados sobre recursos.

Las edades de los pacientes cuidados oscilaban entre los 70 y 87 años, todos presentan dependencia entre total y grave, excepto en un caso que era dependencia moderada. En la encuesta de satisfacción la mitad de las cuidadoras consideran la experiencia como muy buena y la otra mitad como buena. La escala utilizada: Muy mala-mala-buena-muy buena.

Conclusiones: Se ha mejorado la captación de los cuidadores principales en el Sector.

Se ha mejorado la coordinación entre niveles facilitando la comunicación de los profesionales y la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario.

Se ha mejorado la formación de aquellos cuidadores que asistieron a los talleres.

M27.08

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA UROLÓGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

J. A. Pérez Arbej*, J. Subirá Ríos, M. Martín Montañés, J. Valle Gerhold, B. Blasco Beltrán, M. T. Bernal Laborda.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

japereza@salud.aragon.es

OBJETIVO: El proceso diagnóstico-terapéutico de los pacientes con patología urológica ha sido tradicionalmente un procedimiento largo, debido a la frecuente necesidad de utilizar métodos diagnósticos complejos, muchas veces dependientes de otros especialistas.

Describimos el proceso de creación y puesta en marcha de una Consulta de Urología de Alta Resolución (CAR). Se analizan las dificultades encontradas, las medidas tomadas para superarlas y los resultados obtenidos durante los cuatro primeros meses de funcionamiento.

MATERIAL y MÉTODOS: Comenzamos con la dotación, a la consulta del Ambulatorio Inocencio-Jiménez, de ECÓGRAFO, ajustándose la agenda de consulta a 11 pacientes (20 minutos/paciente). Estamos pendientes de completar la dotación con CISTOURETROSCOPIO FLEXIBLE y FLUJÓMETRO.

Se remitió a todos los Centros de Salud y M.A.P. del Sector III del SALUD nota explicativa de la consulta, patologías diana y la necesidad de remitir al paciente, según casos, con análisis de sangre, orina, urocultivo y RX simple.

Se realizó un Curso teórico-práctico de Formación en Ecografía Urológica, en la Unidad de Formación del Hospital, impartido por el más experto de los urólogos del Servicio.

Se crearon fichas y base de datos para monitorizar permanentemente la evolución de la consulta (estudio prospectivo, desde el 1-01-2008 a 30-04-2008).

RESULTADOS: Tras estos cuatro meses de funcionamiento observamos que el 89,3%, de los 364 pacientes visitados, habían sido enviados por los M.A.P., como pacientes nuevos.

Como datos negativos el 27,9% se remitieron por patología genital o

andrológica (no-diana) y solo el 36,5% de pacientes aportaban estudios complementarios.

Con los datos obtenidos de la historia clínica, exploración física y ecografía (realizada al 62,8%), el 52,4% de pacientes fueron dados de alta, con o sin tratamiento, o incluidos en lista de espera quirúrgica. El 47,6% restante se citó para una nueva consulta (pruebas y/o tratamientos).

En el 17,3% se consideró la consulta como nada de resolutive y si lo fue, en mayor o menor grado, en el 82,7%, al realizar u orientar correctamente el diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIONES: Aunque creemos que el tiempo de seguimiento es insuficiente, la capacidad resolutive de este modelo de consulta ha sido muy alta, y por tanto muy beneficioso para el colectivo de pacientes de nuestro sector. Esto supone por tanto un incremento en la calidad de la asistencia que prestamos, al acelerar el diagnóstico y disminuir la frecuentación a Consultas de Urología (segundas consultas).

M27.09

REGISTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

M. J. Amorín Calzada, M. L. Lou Alcaine, C. Laguna Berna, J. M. Abad Díez.

Gobierno de Aragón.

mjamorin@aragon.es

OBJETIVOS: Conocer el porcentaje de pacientes con enfermedad avanzada o terminal que han recibido cuidados paliativos en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Determinar en qué dispositivo del sistema de Salud de Aragón han recibido los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utiliza como fuente de datos todos los pacientes incluidos en el censo de pacientes crónicos dependientes que están catalogados como cuidados paliativos en el ámbito de la atención primaria. Otra fuente de información son los datos recogidos por los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) a través de una aplicación específica.

En los hospitales de convalecencia se utiliza como fuente de datos una aplicación creada propiamente para recoger información sobre cuidados en pacientes crónicos dependientes.

Para identificar el itinerario seguido por el paciente se utiliza como identificador la tarjeta individual sanitaria.

Los datos hacen referencia al año 2007 a dispositivos públicos y concertados. Se excluye los cuidados paliativos prestados en hospitales generales.

RESULTADOS: Los equipos de atención primaria de Aragón identificaron 657 pacientes a los que habían prestado cuidados paliativos a lo largo del año 2007, dentro del marco del programa de atención a pacientes crónicos dependientes (4% de los pacientes censados).

Los equipos de soporte de atención domiciliaria prestaron cuidados paliativos a 1024 pacientes en el mismo año (83% de total de pacientes atendidos). De ellos, solo 112 estaban incluidos en el censo de crónicos dependientes (17% de los pacientes censados en atención primaria con cuidados paliativos).

En los hospitales de convalecencia hubo 433 pacientes en el 2007 a los que se había prestado cuidados paliativos. Solo 46 pacientes estaban incluidos en el censo de atención primaria (7% de los pacientes censados).

CONCLUSIONES: El número de pacientes que han recibido cuidados paliativos en 2007 en dispositivos específicos (ESAD, hospitales de convalecencia) es superior al número de pacientes a los que los profesionales de atención primaria han prestado cuidados paliativos domiciliarios en el mismo período. Todos los pacientes necesitados de cuidados paliativos deberían estar censados en el ámbito de la atención primaria.

Los motivos de esta discrepancia deberían ser analizados y descartar, entre otros: la falta de cumplimentación en el censo de atención primaria, la inclusión tardía de estos pacientes en el programa de crónicos dependientes y/o problemas en el cruce de datos de diferentes sistemas de información.

M28.01

¿ES POSIBLE IMPLANTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA TODOS LOS LABORATORIOS CLÍNICOS DE UN SERVICIO AUTONÓMICO DE SALUD?

J. C. García-Aísa* (0), J. I. Barrasa Villar (1), F. Tejada Barrigón (0).

(0) Servicio Aragonés de Salud, (1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
jcgaisa@aragon.es

Objetivo: En SALUD se decidió implantar un sistema de gestión de la calidad (SGC) en los laboratorios clínicos de sus hospitales. El proyecto se inicia con el impulso de profesionales de los laboratorios que transmiten a la Gerencia de SALUD la conveniencia de establecer un modelo de calidad. Presentamos el trabajo realizado hasta este momento, su metodología y los resultados obtenidos.

Material y método: Se analizaron distintos modelos. Un grupo de profesionales propuso desarrollar un SGC basado en ISO 15189.

Se decidió implantarlo y acreditarlo externamente. El proyecto se desarrollaría en etapas, ampliando progresivamente el alcance de las determinaciones que cada laboratorio incluía en el SGC.

Se ofreció a los laboratorios de nueve hospitales y un centro de especialidades, la posibilidad de integrarse en el proyecto.

En 2006 se convocó un concurso público para contratar servicios de consultoría.

Los laboratorios determinaron qué parte de su ámbito de actuación se incluía en el SGC inicialmente.

Se compaginó trabajo en cada laboratorio con talleres conjuntos según áreas de actuación. Se analizó la situación inicial, documentación a elaborar, áreas a modificar y actuaciones a iniciar. Cada laboratorio determinó funciones de "dirección del laboratorio", "responsables técnicos" y "responsable de calidad". Se estableció la función de "coordinador de calidad de los laboratorios de Sector".

Resultados: Iniciaron el SGC siete hospitales y un centro de especialidades incluyendo pruebas en áreas técnicas de Anatomía Patológica, Bioquímica, Farmacología, Hematología, Inmunología, Microbiología y Toxicología.

Se elaboró la documentación del SGC utilizando un procedimiento con tres niveles semejante a otros SGC de SALUD.

La interacción entre profesionales de laboratorios del mismo hospital y entre hospitales, ha facilitado el desarrollo del proyecto y acciones de "casi" benchmarking interno.

Se realizaron auditorías internas de los laboratorios incluidos en el proyecto.

Al redactar este resumen, se está preparando la solicitud a ENAC para la auditoría externa de acreditación y se analizan las oportunidades de ampliación del proyecto, implicando a nuevas áreas técnicas o completando las iniciadas.

Conclusiones:

1.-El proyecto presenta las siguientes características: a)basarse en un modelo contrastado, b)tener el acuerdo de la mayoría de los profesionales, c)ser accesible a todos los laboratorios clínicos de SALUD y d)estar respaldado por la Dirección al ser un proyecto "institucional".

2.-El diseño e implantación del SGC ha generado oportunidades de mejora.

3.-En definitiva, parece que sí es posible implantar un SGC para todos los laboratorios clínicos de un servicio autonómico de salud. En ese camino estamos.

M28.02

¿PRODUCE ALGÚN BENEFICIO LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000?

P. Jiménez Aleixandre*, P. Menchén Fernández-Pacheco, C. González Asanza, P. Daza De Toro, C. Ruiz Martínez, T. Rey Velasco.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.
pjaleix@hotmail.com

OBJETIVOS: describir el proceso realizado durante el año 2006 en la Sección de Endoscopia Digestiva del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, desde la decisión de solicitar una certificación ISO 9001:2000 hasta su obtención. Exponer las ventajas e inconvenientes encontrados desde el inicio del proceso hasta Abril de 2008.

METODOLOGÍA: para obtener una certificación de conformidad del

sistema de calidad con la norma ISO 9001:2000 es necesario gestionar por procesos, con orientación al cliente, y mejora continua. Todo ello debe registrarse de la forma definida en dicha norma.

Actividades necesarias:

- Constituir un comité de calidad, cuyos miembros deben poseer (o recibir) formación en gestión de procesos y en Norma ISO 9001:2000.
- Definir el cliente y estudiar sus requisitos.

- Analizar la situación de partida: documentación preexistente en la sección de endoscopia respecto a: definición de procesos, procedimientos documentados, registros, etc.

- Elaborar un cronograma de desarrollo con dos vertientes: definición-despliegue de los procesos, y desarrollo del sistema documental específico requerido por la Norma 9001:2000.

- Implantar el Sistema de Gestión de Calidad así definido.

RESULTADOS: El proceso de certificación y todas las actividades que exige han promovido:

- Procesos: mejora del diseño de los procesos, y su gestión. Ha sido necesario unificar criterios asistenciales.

- Orientación al cliente: definir explícitamente los clientes y sus requisitos, y evaluar periódicamente su opinión mediante encuestas, ha mejorado el enfoque hacia la satisfacción del cliente, además de la aplicación de ciclos de mejora como resultado de las encuestas.

- Mejora continua: las reuniones periódicas del Comité de Calidad, para evaluar los indicadores y los resultados de las encuestas de satisfacción, ha impulsado la realización de ciclos PDCA. Las auditorías han facilitado la detección de oportunidades de mejora.

- Implicación: la oportunidad de comunicar incidencias de calidad, que se analizan y contestan en la siguiente reunión del comité de calidad, y las reuniones periódicas para actividades de mejora de la calidad ha aumentado la implicación de los trabajadores.

CONCLUSIONES: Ventajas:

- Mejora de Procesos.

- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica (aumentando la seguridad de los pacientes).

- Se detectan más oportunidades de mejora (y se han realizado más ciclos PDCA) que en años anteriores.

- Aumento de la implicación de los trabajadores en actividades de mejora de la calidad, y en la orientación hacia el cliente.

Inconvenientes: el necesario consumo de tiempo no es bien aceptado por el entorno.

M28.03

ACREDITACIÓN HOSPITALARIA: FACTORES CLAVE DE ÉXITO
M. Ballester Roca* (0), C. Biosca Adzet (1), J. Tor Aguilera (1), R. Castellsagué Montañés (1).

(0) null, (1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.
mballesterr.germanstrias@gencat.cat

Objetivos: Conseguir la acreditación del hospital según el modelo de acreditación de centros sanitarios de atención aguda del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Evaluar la discrepancia entre el criterio interno seguido para la autoevaluación y el criterio de los auditores externos.

Material y métodos: Se realizaron 2 autoevaluaciones siguiendo el modelo de acreditación de centros sanitarios de atención aguda del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Las autoevaluaciones fueron realizadas por un grupo de trabajo multidisciplinar liderado por la Dirección de Calidad del hospital.

Después de la primera autoevaluación, se elaboraron planes de acción por áreas, incluyendo las comisiones clínicas, direcciones y responsables asistenciales. Los planes describían las acciones necesarias para alcanzar los estándares de la acreditación, asignándoles responsable, recursos necesarios y calendario. Se realizó un seguimiento mensual del cumplimiento de los planes. Se incluyeron como objetivos dentro del proceso de dirección por objetivos algunos ligados al cumplimiento del plan de acción.

La evaluación externa fue realizada por un equipo de auditores externos acreditados por el Departament de Salut.

Resultados: El resultado global de la primera autoevaluación (junio 2007) fue del 46%. El de la segunda autoevaluación (diciembre 2007) fue de un 74,6%. La puntuación obtenida en la evaluación externa (enero 2008) fue del 78,06%.

La discrepancia entre la 2ª autoevaluación y la evaluación externa fue del 3,5%. Por criterios, las discrepancias oscilan entre 0,01% y 18%. La mejora de la puntuación global en el período junio 2007- enero

2008 fue del 32,1%, (criterios de agentes: 38,4% ; criterios de resultados: 18,0%).

Se redactaron 50 planes de acción.

Conclusiones: Los resultados obtenidos corresponden a una fase inicial de la implantación de un modelo EFQM: se avanza más en los criterios de agentes, obteniendo mejoras importantes; siendo más difícil visualizar el avance en los criterios de resultados.

Los factores de la mejora sustancial en los resultados de la autoevaluación en un periodo de 7 meses fueron identificados: priorizar la generación de documentación, establecer un sistema de gestión de la documentación centralizado, disponer de una Dirección de Calidad de nueva creación, como elemento dinamizador de la organización, con responsabilidad al más alto nivel, actuando como consultor interno, en especial para las áreas de gestión (criterios 1 a 4), mejora de la comunicación interna y mayor implicación de los profesionales.

Los factores de discrepancia con los auditores externos se produjeron principalmente a nivel de los resultados clave.

M28.04

APLICACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACION DE CATALUÑA EN EL HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

J. Grau Cano, A. Prat Marín, M. Santiñà Vila, M. Sallés Creus, A. Trilla García.

Hospital Clinic i Provincial, Barcelona.
 jgrau@clinic.ub.es

Objetivo: Presentar la metodología de trabajo, la autoevaluación y los resultados de la auditoria externa del proceso de acreditación del hospital, realizado de conformidad a lo establecido en el Decreto 5/2006 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Material y Método: En el marco del plan de calidad del Hospital Clínic de Barcelona se constituyó la Comisión de Autoevaluación de la Acreditación que, integrada por 12 personas, tenía el objetivo principal de realizar la autoevaluación sobre la base de los 531 estándares esenciales del modelo agrupados en 9 criterios: Liderazgo, Política/Estrategia, Personas, Alianzas/Recursos, Procesos, Resultados Clientes, Resultados Personas, Resultados Sociedad y Resultados Clave. Responsabilizándose una o más personas de cada criterio en función de su magnitud (nº estándares), se realizaron reuniones de seguimiento semanal del 15 de Septiembre de 2006 al 15 de Octubre de 2007.

Resultados: La fase de autoevaluación proporcionó una valoración global del 85,6 % en la consecución de los estándares. La evaluación externa y verificación presencial por parte de una empresa acreditada por el Departamento de Salut evaluó con un 89,6 % global la proporción de cumplimiento de los estándares esenciales.

Conclusiones: La aplicación del modelo de acreditación ha permitido realizar un análisis de situación en todas las áreas de la organización, y ha contribuido ha clarificar y cohesionar elementos primordiales del proceso asistencial. Finalmente se han identificado aquellas áreas de mejora prioritarias que serán objeto de especial dedicación desde el Programa de Calidad en los próximos meses.

M28.05

BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA CON COLORANTE Y TECNICAS ONCOPLASTICAS EN EL CANCER DE MAMA. ACREDITACION Y RESULTADOS CLÍNICOS

J. A. Carrasquer Sesé*, R. Oncins Torres, M. Matute Najarro, A. Bitrián del Cacho, MA. Aragón Sanz, P. Gambo Grasa.

HOSPITAL DE BARBASTRO - SALUD.
 jacarrasquer@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Mejorar la capacidad técnica del equipo multidisciplinar de la Unidad de Mama del Hospital de Barbastro, a fin de:

- Aumentar la tasa de cirugía conservadora y mejorar los resultados estéticos del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, manteniendo la seguridad oncológica.

- Evitar linfadenectomias innecesarias mediante la implementación y aplicación de la biopsia del ganglio centinela axilar con colorante.

MATERIAL Y MÉTODOS: La iniciativa de los profesionales y el soporte de la Administración para la formación y material adecuado, encaminados a:

- Incorporar técnicas oncoplasticas en la cirugía mamaria
 - La validación, acreditación y aplicación terapéutica de la biopsia del

ganglio centinela axilar con colorante (isosulfan).

- El análisis los datos quirúrgicos y anatomopatológicos del periodo 2005/2008, comparándolos con los cinco años previos. Indicadores: la tasa de cirugía conservadora , la tasa de biopsia ganglio centinela, las linfadenectomias evitadas, reintervenciones para ampliación de bordes / mastectomias de rescate, y tasa de reconstrucción.

RESULTADOS: El proceso de validación de la biopsia del ganglio centinela (56 casos) se realizo en 2000/04 cumpliendo los criterios de seguridad. La acreditación hospitalaria en 2005.

De 2005 a junio de 2008 se realizaron 88 biopsias de ganglio centinela axilar (57% de los nuevos casos); tras el diagnostico patológico definitivo se evito la linfadenectomia en mas del 80% de las biopsias axilares.

En el periodo 2000/04 de los 215 casos nuevos de cáncer intervenidos, 111 finalizaron con mastectomia y 104 con cirugía conservadora (el 48.4%).

En el periodo 2005 a junio 2008 la cirugía conservadora se realizo con criterios de seguridad oncológica en 107 casos (69%) de los 154 casos nuevos intervenidos.

La tasa de cirugía conservadora seha asociado a un aumento de las reintervenciones en tumores lobulillares infiltrantes y ductales in situ. CONCLUSIONES:

1. Las Unidades de Mama han supuesto una oportunidad de mejora en el tratamiento del cáncer de mama al permitir una mayor experiencia y capacitación de los profesionales y la incorporación de técnicas actualizadas.
2. La implementación de la biopsia selectiva del ganglio centinela axilar con colorante ha permitido evitar procedimientos mutilantes innecesarios, sin necesidad de tecnología propias de hospitales de nivel superior.
3. La tasa de cirugía conservadora ha aumentado consistentemente, dependiendo tanto del diagnostico precoz como de la formación de los profesionales quirúrgicos.

M28.06

BUSCANDO LA SATISFACCIÓN A TRAVÉS DE LA CERTIFICACIÓN

P. Aguado Manzanares*, M. Lázaro Melgar, E. Velasco Valverde.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.
 bichoypaty@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La central de Esterilización del Hospital universitario de Fuenlabrada, tras un año de certificación conforme a la norma 9001:2000 continúa encontrando áreas de mejora y no conformidades, unas propias de la unidad y otras relacionadas con la parte del proceso que corresponde a nuestros clientes.

OBJETIVO: Implicar a nuestro principal cliente (quirófano y Partitorio) en la mejora de el pretratamiento y envío de material, conforme a lo establecido, para lograr un aumento su satisfacción y de los profesionales de la unidad.

METODOLOGÍA: Tras la segunda auditoria interna, y 1º de seguimiento externa, y al haber realizado encuestas de satisfacción, detectamos que la base de los problemas se debe a:

- Falta de comunicación
- Desconocimiento de lo que hacemos, cuando lo hacemos y cuanto se tarda
- Actividad quirúrgica urgente y programada que implica el lavado manual del material por Stocks insuficientes.
- Envío e identificación inadecuados que nos lleva a parecer ineficientes a pesar de nuestro esfuerzo que se ve incrementado al tener que resolver esas dificultades.
- Falta de posicionamiento neutral del Supervisor al coincidir la dirección del quirófano y esterilización en la misma persona. Es "juez y parte".

RESULTADOS: El personal de la central decide implicarse a través de los objetivos ligados a calidad en la realización de "Jornadas de puertas abiertas" como modelo de jornadas formativas e informativas para el personal del hospital.

Al personal de quirófano se le marca como objetivo la obligatoriedad de firma e identificación del paciente en las tarjetas de comunicación de los contenedores de instrumental, con el fin de incrementar la seguridad de quien manipula el material sucio.

Se propone el aumento de stock de instrumental.

Se incorpora esta área de mejora para el siguiente periodo hasta la siguiente auditoria.

CONCLUSIONES: Sin implicación no hay satisfacción.

Por nuestra parte seguimos revisando y actualizando nuestros procedimientos y marcándonos metas que mejoren nuestras expectativas para mejorar la satisfacción de nuestros clientes y la nuestra propia.

M28.07

CALIDAD DE LA DOCENCIA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: EVALUACIÓN DE LOS ROTANTES

A. A. Mateos Rodríguez (0), P. Huertas Alcazar (0), J. Mallo Pérez (0), M. D. M. Sánchez Martín (1), G. Mora Navarro (1).

(0) SUMMA112, (1) Area 11 Atención Primaria Madrid.

amateo.summa@salud.madrid.org

Objetivo: El Servicio de Urgencias Médicas de Madrid SUMMA112 recibe alumnos de postgrado de enfermería y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC); estos últimos, desde octubre de 2007. El objetivo de este estudio es conocer la opinión de los alumnos sobre su rotación en nuestro Servicio.

Material y Métodos: Se administraron encuestas cerradas a los alumnos de postgrado de enfermería y a los residentes de MFyC del mes de Octubre de 2007 que se encontraban realizando la rotación en ese momento. Esta encuesta es utilizada en el Hospital Universitario Clínico San Carlos para la evaluación de los propios residentes. Se utilizó el programa estadístico spss 12.0 (spss©) para el análisis estadístico.

Resultados: Se registraron 48 encuestas; 7 de Residentes y 41 de Enfermeros. La edad media fue de $26 \pm 4,4$ años; 35 (83,3%) mujeres y 7 (16,7%) hombres. El 60% de los alumnos realizaron 5 guardias y en el 64% de los casos la rotación fue obligatoria; y solo 14 (29,2%) alumnos habían realizado rotación por otro SEM.

31 (64,6%) evaluaron a la rotación de forma satisfactoria o muy satisfactoria pero aproximadamente el mismo porcentaje la calificaron de duración insuficiente (77,1%). 42 (87,5%) afirmaron que la rotación era muy importante en su formación. La supervisión durante la rotación fue valorada satisfactoriamente en el 66,6% de los casos y la responsabilidad depositada en los alumnos como adecuada en el 66,7% de los mismos.

Es de destacar que la evaluación general de la rotación es peor entre los residentes de MFyC que entre los enfermeros y que esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,005$).

Conclusiones: La rotación de alumnos de postgrado de enfermería y de residentes del MFyC por el SUMMA112 recibe una calificación buena pero es mejorable en muchos aspectos. La gran mayoría de encuestados manifestaron en el campo libre la corta duración de la rotación.

En este sentido el SUMMA112 ha creado la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria englobada dentro del Departamento de Formación, es la encargada de organizar la rotación de los residentes por nuestro Servicio. Para ello se ha acreditado a 100 tutores que han recibido o están recibiendo formación en metodología docente y se han desarrollado programas concretos, métodos docentes y evaluativos comunes para todos los rotantes del Servicio.

M28.08

COMPARTIENDO CONOCIMIENTO ORGANIZACIONAL: AUDITORÍA INTERNA DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DEL SALUD

J. I. Barrasa Villar (0), J. C. García Aísa (1), E. Altarribas Bolsa (0), J. M. Turón Alcaine (2), F. Berisa Losantos (3), M. J. Hernández Navarrete (4), J. Moliner Lahoz (5).

(0) Hospital Clínico Universitario, (1) Servicio Aragonés de la Salud, (2) Sector de Alcañiz, (3) Hospital Obispo Polanco, (4) Hospital Universitario Miguel Servet, (5) Hospital de Barbastro.
jbarrasa@salud.aragon.es

Objetivo: Describir el proceso de auditoría interna llevado a cabo por los propios profesionales de las Centrales de Esterilización (CE) de los nueve hospitales del SALUD dentro de su Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) certificado según Norma ISO 9001:2000.

Material y método: Se impartió formación sobre auditoría a diferentes personas voluntarias de las CE que cumplieran los requisitos básicos para ser auditores internos según el procedimiento de auditoría interna del SGC. Se diseñó y difundió un programa de auditoría en el

que se detalló el alcance de las mismas, la documentación de referencia, los principios básicos, el calendario, los equipos, el desarrollo, los recursos y la responsabilidades del programa de auditorías. Se añadió además a dicho programa un modelo general de plan de auditoría y una lista de comprobación para facilitar el desarrollo de la misma.

Resultados: un total de 32 personas recibieron formación en auditorías internas, aunque definitivamente solo 27 participaron como auditores u observadores (52% médicos y 48% diplomados en enfermería). Se formaron 9 equipos de auditores para cada uno de los nueve hospitales auditados formados por un auditor líder y una media de 3 auditores de apoyo. En todos los equipos había personas expertas en las actividades de las CE y alguien más conocedor del SGC. Los resultados de las auditorías se expusieron en común en una sesión conjunta entre todos los participantes y posteriormente se redactaron los correspondientes informes de auditoría. En total se detectaron 68 observaciones y 18 No Conformidades. Tres CE presentaron alegaciones que fueron subsanadas de mutuo acuerdo con el jefe del equipo auditor implicado. En la posterior auditoría externa de seguimiento, las CE del SALUD lograron mantener el certificado de su SGC sin que se detectara ninguna No Conformidad. Conclusiones: La experiencia de auditoría interna llevada a cabo por profesionales del propio sistema en el SALUD ha resultado muy positiva por el gran intercambio de conocimiento que ha supuesto entre las diferentes CE, que han podido compartir y conocer las formas y modos de trabajar de cada uno, pero también por la falta de conflictividad, la reducción de costes comparado con lo que costaría si se hubiera hecho por una empresa externa, por el resultado final conseguido (recertificación sin No conformidades) y por las garantías que supone para el mantenimiento del SGC la implicación directa del personal de las centrales en el proceso de evaluación y mejora.

M28.09

DE 25 "ISOS" a 1 "ISO". ¿ES UN RETO?

J. Darpon Sierra, I. Urrutia Johansson, K. Ibarra Hernández, N. Guerra Zaldúa, M. Onandia Ocerin, K. Mezhorta Echaurren.

HOSPITAL DE BASURTO.

ISABEL.URRUTIAJOHANSSON@osakidetza.net

Objetivo: diseñar, unificar, implantar y evaluar la totalidad de los procesos definidos en nuestro Hospital aplicando una metodología basada en la GPP con enfoque ISO 9001.

Justificación: tras obtener la certificación ISO en 25 procesos, y apostar por el diseño e implantación de los procesos macro del Hospital (Hospitalización, Urgencias y Consultas), se decide dar un enfoque global al sistema de certificación centradas exclusivamente en un enfoque global de organización.

Método:

- 1.Elaboración del Mapa de Procesos.
- 2.Experiencias piloto en 3 servicios asistenciales.
- 3.Análisis de Resultados.
- 4.Diseño, implantación, de los Procesos generales de Apoyo.
- 7)Diseño, implantación de los Procesos de Apoyo Clínico.
- 8)Diseño, implantación de los Procesos Alternativas a la Hospitalización.
- 9)Diseño, implantación de los Procesos MACRO.
- 10)Certificación ISO 9001 del Hospital.

Resultados: Certificaciones:

- 2001: Anatomía Patológica y Laboratorio de Urgencias.
- 2003: Citostáticos.
- 2005: H.Neurología; Urgencias Pediatría; HDOM; PIJ, Parto; Mantenimiento; Limpieza.
- 2006: RRHH; Gestión Económica; Aprovisionamiento, Mantenimiento, Banco de Sangre.
- 2007: Hospital de Día Médico, CMA, Radioterapia; Diálisis; Rehabilitación.
- 2008: Radiodiagnóstico y Farmacia.

El enfoque por servicios y procesos, ha supuesto:

- Mejorar la interacción de los diferentes servicios (35).
- Ha propiciado identificar, corregir y eliminar las causas de ineficiencias detectadas.
- Definición del circuito de trabajo y unificación de criterios - Identificar y aprovechar el conocimiento y polivalencia de las personas que participan.
- Diseño del Cuadro de Mando de Procesos.

- Diseño e implantación de un sistema de medición de satisfacción de los pacientes (encuestas).
- Sistemática de Evaluación y mejora en procesos, el "REDER Hbas", que permite la comunicación directa con la Dirección y la integración de objetivos estratégicos, de procesos y Plan de Gestión.

Conclusiones: La apuesta por la certificación única y la metodología utilizada, ha permitido:

- Definir, controlar y actualizar un sistema de objetivos e indicadores.
- Recogida y análisis de la percepción / satisfacción de los pacientes.
- Definir "reglas de juego" entre procesos
- ¿qué, cuándo y cómo necesito/ qué, cuándo y cómo necesito?
- Homogeneizar criterios de actuación.
- Iniciar sistemática de reuniones de equipo.
- Abonar el terreno para el diseño e implantación de los procesos macro asistenciales.

Conclusión final: el objetivo final no es obtener la certificación ISO única, sino un reconocimiento a tener una metodología desplegada de GPP en el Hospital que garantice la eficacia, eficiencia, accesibilidad, seguridad y satisfacción a nuestros pacientes/ usuarios.

M29.01

GESTION POR PROCESOS DE LA LAVANDERÍA EN EL HOSPITAL: GARANTÍA DEL CONFORT EN LA ROPA HOSPITALARIA DESTINADA A PACIENTES Y TRABAJADORES.
M. J. Galiana Rodríguez*, L. Peralta Viguera, S. Izquierdo Álvarez.
 Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
 sizquierdo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: La lavandería del H.U.M.S. empezó a funcionar el 2 de marzo de 2004 con un equipo de profesionales compuesto por: Lavanderas, Planchadoras, Celadores y Personal de Mantenimiento. Entre todos garantizan la máxima limpieza e higiene de las prendas y puesta a punto de las máquinas. Diariamente se lavan entre diez y doce mil kilos de ropa. Las instalaciones ocupan 1800 metros cuadrados que se distribuyen en dos áreas: 1) Zona sucia: a las 7 de la mañana empieza la recepción de ropa al llegar las furgonetas con jaulas de ropa sucia, clasificado de prendas catalogado en 16 tipos diferentes y lavado e higienizado de la ropa sucia en dos túneles y 5 lavacentrífugas. 2) zona limpia: secado y planchado, que varían en tiempo y temperatura en función del tipo de prenda y pliegan las prendas. La última fase es el empaquetado y distribución a los diferentes centros sanitarios de la comunidad y a los servicios de nuestro hospital.

OBJETIVO: Diseñar, desarrollar e implementar todo el conjunto de subprocesos que componen el proceso general de higienizado de la ropa hospitalaria, uno de los procesos soporte o apoyo más importantes en el sector hospitalario, con el fin de abrir camino en la certificación ISO 9001 del Servicio de Lavandería.

METODOLOGÍA: Se aplicaron los símbolos estándar para la elaboración de diagramas de flujo y diagramas de proceso, analizándose las etapas más críticas a controlar y gestionar.

RESULTADOS: Se elaboraron e implementaron y difundieron un total de 17 diagramas de subprocesos que componían el proceso general, entre los que destacan:- Circuito general de la ropa en el servicio de Lavandería.-Plegado de calidad manual de la bata verde de quirófano.-Carga y descarga de la lavacentrífuga IPSO 20Kg.-Carga y descarga de la lavacentrífuga IPSO 35 kg.-Plegadora de toallas.-Carga de lavacentrífugas.-Clasificación de ropa sucia.-Empaquetado de ropa.-Carga y puesta a punto de la lavacentrífuga MILNOR NUEVA.- Carga y puesta a punto de la lavacentrífuga MILNOR VIEJA.-Secado manual.-Introducción de ropa en el tren de uniformidad.-Introducción de ropa en el tren de planchado: 1, 2, y 3.

CONCLUSIONES: La lavandería garantiza el máximo confort en la ropa destinada a pacientes y trabajadores. Para mejorar día a día cada uno de los subprocesos citados en necesario el diseño de unos óptimos diagramas de proceso, aclaratorios para el personal. Se comprobó que con la difusión de los mismos, disminuyó en un 75% los posibles errores o no conformidades detectadas.

M29.02

GUÍA METODOLÓGICA (GM) PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS BASADOS EN LA EVIDENCIA
M. P. * Tabuenca Espada (0), P. Comet Cortés (1), M. J. Vicente Edo (2), E. Para El Grupo De Enfermería Basada En La Evidencia De Aragón (3).

(0) Atención Primaria, Sector Zaragoza II, (1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, (2) Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, (3) SALUD.
 mptabuenca@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Elaborar una guía metodológica que facilite de una forma homogeneizada la elaboración de protocolos de cuidados basados en la evidencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.

MATERIAL Y MÉTODOS: En la CA de Aragón y dentro del marco del Convenio de Colaboración con el Instituto "Joanna Briggs", se creó un Grupo de Trabajo de Enfermería Basada en la Evidencia que elaboró la GM para desarrollar protocolos de Cuidados Basados en la Evidencia.

Las fases de elaboración de la GM fueron las siguientes:

- 1ª: Para establecer los criterios de calidad que debe contener un protocolo, se realizó una revisión de documentos nacionales de calidad (Gestión de Calidad de los Servicios de Salud de la Universidad de Murcia) e internacionales (Instrumento AGREE, y "step by step guide to developing protocols" del National Institute of Clinical Excellence, NICE Reino Unido)

- 2ª. Una vez establecidos los criterios de calidad, se diseñó una lista de chequeo para valorar la calidad de los protocolos existentes en las Unidades y/o Centros del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) para establecer que apartados debería contener un protocolo basado en la evidencia.

- 3º. Se consensuó la estructura final y los contenidos que debe tener un protocolo basado en la evidencia, y en base a ello se diseñó la guía metodológica.

RESULTADOS: La GM contiene 15 apartados que incluyen los autores, revisores, declaración de conflicto de intereses de los mismos, justificación, objetivos, profesionales a quien va dirigido, población diana, metodología, actividades ó procedimientos, algoritmo de actuación, indicadores de evaluación, glosario/definiciones, bibliografía; y cada uno estos apartados contiene una nota aclaratoria con el objetivo de ayudar y facilitar la elaboración de los mismos.

CONCLUSIONES: Esta herramienta como modelo para elaborar protocolos de cuidados basados en la evidencia puede ser muy útil para unificar documentos, evitar la variabilidad en la práctica clínica y mejorar el servicio y atención al ciudadano.

M29.03

HOSPITAL DOS DE MAIG: PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE PRESENTAN RECLAMACIONES O SUGERENCIAS

T. Ros Martrat, S. Juncosa, C. Bayo, A. Benet, A. Pons.

Hospital Dos de Maig, Barcelona.

teresa.ros@sanitatintegral.org

Objetivos: El Hospital Dos de Maig (HDM) redefinió en 2005 su modelo organizativo, basado en la Coordinación Asistencial, Liderazgo Clínico y Gestión por Procesos. Entre los procesos de soporte, la Unidad de Atención al Cliente (UAC) desarrolló "Gestionar Satisfacción Usuarios" (SAU), que contempla gestión de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos del cliente externo. En el 2006 se estableció como indicador de calidad la relación entre motivos de insatisfacción-expresados desde reclamaciones y sugerencias de usuarios-y patología del paciente atendido en Hospitalización. El objetivo era disponer de información sobre el perfil clínico del usuario afectado por una reclamación o sugerencia, con la idea de detectar áreas de mejora.

Material y Métodos: Las altas hospitalarias (AH) se codifican con CIE-9-MC, agrupándose mediante AP-GRD v. 21.0 (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) para su gestión; se obtienen las altas distribuidas por Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).

Por parte de SAU las reclamaciones y sugerencias (R/S) se registran en una base de datos en formato Excel, donde se recoge de manera sistemática el número de episodio del proceso asistencial al que se refiere la reclamación o sugerencia.

La información de SAU del período 2005-2007 se ha relacionado con

datos de las altas hospitalarias, obtenidos de Documentación Clínica, analizando el número de reclamaciones y sugerencias asignadas a una CDM.

Resultados:

1. El porcentaje de R/S sobre las AH anuales se ha mantenido en los tres años estudiados, siendo algo menor en el 2007 (2005: 0.75%, 2006: 0.78%; 2007: 0.64%).
2. Las R/S se distribuyen en 15 de las 25 CDM. Estas CDM agrupan el 93%, 96% y 89% respectivamente de las AH anuales.
3. La edad media de las 15 CDM es mayor que la edad media total, en los 3 años analizados.
4. Mayor nº de pacientes en GRD?s médicos en las 5 CDM con mayor % de R/S.

Conclusiones: SAU y Documentación Clínica ofrecen al conjunto de procesos y servicios del HDM información del perfil clínico de los usuarios que presentan reclamaciones y sugerencias, para conocer aquellas patologías que pueden incurrir en una mayor incidencia de motivos de insatisfacción y anticiparnos en la detección de áreas de mejora.

La edad media de los pacientes de las CDM con R/S es mayor que la edad media total, en los tres años estudiados.

La patología médica parece resultar más susceptible que la quirúrgica de expresar los pacientes hospitalizados mayor insatisfacción.

M29.04

IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, POR PARTE DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES EN EL GRADO DE CONTROL DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS: PROPUESTAS DE MEJORA

L. Rios Valles, A. Ibiricu Barro, O. Doblado López, F. Margalef Pallares, T. Bordell Sierra.

CAP CAMBRILS.

lrios@grupsgassa.com

Objetivo: comparar el grado de control de la patología crónica según el grado de utilización de guías de práctica clínica (GPC). Conocer las diferencias de control según la utilización de las mismas por diferentes profesionales.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial y diabetes, atendidos en un centro de salud urbano, en las diferentes consultas de profesionales. Criterios de exclusión: no constan cifras de hemoglobina glicosilada o Tensión arterial (TA). Pacientes no visitados por médico ni enfermería. Periodo: año 2007

Fuente de datos: historia clínica informatizada.

Variables: diagnóstico, grado de control (diabetes bien controlada Hb glicada < 7,5; HTA bien controlada con TA < 140/90). Numero de pacientes visitados solo por el médico, solo por enfermería o por ambos. Grado de utilización de la GPC informatizada.

Los datos se han extraído mediante acces 2003. Paquete estadístico SPSS 13.0

Resultados: Diabéticos N= 936 Hipertensos N= 2.547. El 66,8 de diabéticos están bien controlados y el 61,5% de hipertensos.

Grado de utilización GPC: en los diabéticos, se utilizó la GPC en el 67,6% de consultas médicas, 88,8% de enfermería y el 60,3 % ha sido utilizada por los dos profesionales. En los hipertensos, la han utilizado en el 72,0% de visitas medicas, 91,6% de DUI y en el 64,9% ambos profesionales.

Grado de control: En las consultas medicas que se utiliza la GPC, el 71% de diabéticos están bien controlados frente al 62% de control en los pacientes en los que no se utilizan ($p = 0,012$). En los hipertensos, están bien controlados el 66% de pacientes si utilizan la GPC frente el 52% de los que no se ha utilizado ($p < 0,005$).

En las consultas de enfermería, no existen diferencias significativas en el grado de control si se utilizan o no las GPC, ni en diabéticos ni en hipertensos. Si ambos las utilizan, el 68% de diabéticos están bien controlados sin diferencias significativas respecto a la utilización por parte de uno solo de los profesionales, y el 64% de hipertensos ($p < 0,000$) respecto a si solo lo utiliza uno de los profesionales.

Conclusiones: Las GPC son utilizadas mayoritariamente por enfermería.

La utilización de las GPC por los médicos mejora el grado de control de ambas patologías crónicas, no siendo así en las consultas de enfermería. Tendríamos que revalorar las competencias de las enfermeras en el control de las patologías crónicas más prevalentes.

M29.05

IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES

J. A. Ramírez Moreno.

Hospital San Juan de Dios de Córdoba.

jaramirez@cordoba.sjd.es

Los planes de calidad diseñados en el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS de CÓRDOBA, contienen en sus líneas estratégicas la estructura de atención en procesos asistenciales, tendiendo a la cooperación y a la creación de una cultura distinta, orientada a la obtención de resultados.

La implantación de nuestros procesos asistenciales supone un conjunto de acciones orientadas a asegurar la implicación de la dirección y la incorporación de elementos propios de la gestión por procesos que permiten ofertar una mayor garantía de continuidad asistencial y cuidados, mejorando la accesibilidad a los servicios.

Para llevar a cabo nuestro objetivo seguimos las siguientes fases: formar equipo de trabajo, describir y documentar el proceso, realizar análisis de situación, detectar problemas y posibilidades de mejora, análisis causal de problemas, evaluación, elaboración de manual de implantación y aprobación del plan. Cada proceso debe contener: plan operativo, plan de gestión, plan de comunicación y cronograma. La evaluación se lleva a cabo a través de indicadores que miden los niveles de cumplimiento deseado.

Para evaluar los indicadores de calidad de los 11 Procesos Asistenciales que componen el Mapa de Procesos, hemos realizado un audit. de HHCC midiendo aquellos indicadores que se describen en las normas básicas de calidad que plantea el contrato programa para el año 2006, para así verificar "la correcta implantación de los Procesos claves del Centro".

En la actualidad nos encontramos en fase de revisión y planteamiento de acciones de mejora en base a los resultados obtenidos al audit. La difusión de este plan de implantación de procesos ha permitido que los profesionales de nuestro hospital, adopten criterios de actuación unánimes, ofertando equidad asistencial, accesibilidad y garantizando niveles óptimos de calidad en la atención a usuarios. Nuestras claves para el éxito del son: la comunicación, personalización, compromiso, liderazgo, coherencia y adecuación de recursos.

Bibliografía: Mapa 2 de Procesos Asistenciales Consejería de Salud.; Contrato Programa; Moracho O. Gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga y modelo europeo de Excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. En: Rev. Calidad Asistencial. 2000. (15): 142-150; Arcelay-Salazar A. Gestión de procesos. En: Calidad Asistencial. Número Monográfico de Gestión de Procesos. 1999. (14): 245-246; Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira J, et al. Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario. En: Rev Calidad Asistencial. 2000. 15 184-191.

M29.06

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES EN EL ÁREA 1 DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. M. Rodríguez De Lucas, T. Hernández De Las Heras, J. L. Martín Maldonado, M. García Sánchez-Gabriel, A. Herrador Rodríguez, A. Ortiz Martín.

SERMAS - Gerencia Área 1 de Atención Primaria de Madrid.

arodriguezl.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Facilitar la incorporación de los nuevos profesionales a su puesto de trabajo, dándoles a conocer los objetivos generales y potenciar la labor de equipo.

MÉTODOS: Desde la Dirección del Área 1 de A.P. se ha impulsado el proyecto de Gestión por Procesos. Una vez desarrollado el árbol de procesos, entre los que se ha identificado el de "Incorporar Recursos Humanos" se bajó a gestión dicho proceso estableciendo como área de mejora la implantación de un Plan de Acogida a nuevos profesionales. El desarrollo del mismo consistió en establecer unas pautas de actuación en relación a la información y/o formación que deben recibir los profesionales para cumplir el objetivo de eliminar, en la mayor medida posible, la incertidumbre que genera el primer contacto.

RESULTADOS: Tomando como base la Guía de Acogida existente en el Área, se actualiza y se completa con la información demandada por profesionales una vez que ya habían sido incorporados a sus puestos de trabajo. Esta guía contemplaba ya datos sobre Sistema

Sanitario de Madrid, Misión Visión y Valores del área, características sanitarias de la misma, organización, cartera de servicios, organización de la Gerencia, derechos de los usuarios, Vacaciones, permisos y licencias. Los temas que se añaden se establecen en dos ámbitos de actuación, uno general y otro específico de cada Equipo de Atención Primaria. En el general se incorporan los siguientes temas: legislación que debe ser conocida por los trabajadores, a protocolos, códigos, procedimientos a seguir en cada uno de los puestos, oferta formativa, jornadas, etc. En el específico son datos relativos al trabajo de cada Equipo en relación al reglamento interno, características de la población, participación ciudadana, comisiones, etc.

CONCLUSIONES: Algunas de las actuaciones que ya han sido puestas en marcha han supuesto una clara mejora en la calidad percibida por nuestros profesionales demostrada en las apreciaciones manifestadas por ellos mismos al finalizar los actos de acogida que tuvieron lugar en las incorporaciones de las últimas OPE's. Al finalizar todos los pasos de la implantación de este proyecto obtendremos resultados numéricos en base a la encuesta de satisfacción que remitiremos a los trabajadores del área que se hayan incorporado durante este periodo.

M29.07

IMPLANTACIÓN DE UNA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS EXTRAHOSPITALARIAS

P. González Prieto, M. D. Martín Rodríguez, X. M. López Álvarez, C. D. V. Favia Alzola, R. Codesido Miras, M. Penas Penas.

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

pablo.gonzalez.prieto@sergas.es

Objetivos: Identificar los procesos/procedimientos del Área de Facturación, sistematizarlos y documentarlos, establecer un sistema de seguimiento y medición del cumplimiento de los requisitos de calidad.

Metodología: Formación de un grupo de trabajo; Revisión de toda la documentación y registros disponibles sobre el Área de Facturación; Identificación de los procesos operativos; Definición de requisitos de calidad; Construcción de indicadores; Sistematización y elaboración de la documentación de los procedimientos; Instrucciones técnicas; Aprobación de la Dirección; Implantación.

Resultados: Documentos de Procedimientos normalizados Xestión da Facturación de Servizos Asistenciais Urxentes PA.03.01-01; Xestión da Facturación de Servizos PA.03.01-02; Disponibilidad de los procesos en la intranet de la Fundación; Informatización de los indicadores.

Conclusiones: Los procedimientos documentados y sistematizados permiten homogeneizar las actuaciones de los trabajadores, a la vez que facilitan la formación y el proceso de acogida del personal de nueva incorporación; Homogeneización de la evaluación del funcionamiento del proceso; facilita la comprensión del proceso de facturación por otros profesionales de otras áreas.

M29.08

INDICADORES DE CALIDAD EN URGENCIAS A PARTIR DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

C. Migueles Guerrero, P. Del Pozo Herranz, T. Sebastián Viana, D. González Bravo.

Hospital de Fuenlabrada.

cmigueles.hflr@salud.madrid.org

Introducción: El Hospital de Fuenlabrada comienza su actividad en 2004, siendo el primer hospital de la Comunidad de Madrid que tiene la historia clínica informatizada e integrada. En 2005 se empieza a trabajar en el modelo de calidad europeo y se diseña el plan estratégico, definiendo dentro de la visión del mismo la gestión por procesos. Dentro de los procesos clave se encontraba el proceso de urgencias. En abril de 2007 se formó el grupo de trabajo de urgencias para diseñar el proceso asistir en urgencias.

El grupo de trabajo comenzó a trabajar en abril del 2007 finalizando el diseño del proceso urgencias en diciembre de ese mismo año, en el que integra:

- Subproceso 1, filiación y clasificación: 6 actividades, 5 indicadores
- Subproceso 2, asistencia en urgencias: 7 actividades, 5

indicadores.

- Subproceso 3, observación: 5 actividades, 2 indicadores.
- Subproceso 4, alta de urgencias: 5 actividades, 2 indicadores.

- Identificación de áreas de mejora, agrupadas en:

1. Mejoras organizativas.
2. Mejoras en la asignación de recursos.
3. Mejoras en el apoyo desde las TICs.

Objetivos:

1.- Objetivo general: Gestionar con la metodología de procesos, la entrada de pacientes en urgencias.

2.- Objetivos específicos:

Implantar subprocesos desde la acogida hasta el alta en urgencias.

Evaluar el resultado a través de los indicadores definidos en cada una de las áreas de mejora.

Material y método: Después de definir el mapa de gestión por procesos se eligió como uno de los prioritarios el proceso de asistir en urgencias por ser uno de los que tienen más frecuentación de pacientes y los que revisten mayor complejidad.

Se formó un grupo de trabajo representativo de profesionales de la unidad de urgencias compuesto por 15 integrantes: personal de enfermería 5 (enfermeros 3, auxiliar de enfermería 1, celador 1), médicos 6, informático 1, admisión de enfermos 2, personal de acogida 1. El grupo ha realizado 8 reuniones de trabajo para concluir en un informe de situación y el diseño del proceso.

Resultados: Actualmente se está trabajando para la implantación de estas áreas de mejora basándose en los indicadores de calidad definidos en cada uno de ellos, teniendo resultados en el momento de 3 de ellos.

Conclusiones: El hospital ha adoptado la gestión estratégica por procesos como forma de organizar y evaluar el trabajo que realizamos, procesos coordinados por profesionales a nivel operativo.

M29.09

INDICADORES DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS: SELECCIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE LOS BÁSICOS

P. Busca Ostolaza, J.R. Aginaga Badiola, M. Cancio Fanlo, I. Gurrutxaga Arriola, M.J. Preciado Barahona, A. Aranzabal Conde.

Hospital Donostia, San Sebastián.

pablobusca@gmail.com

Introducción: A pesar de la publicación de diversos manuales de indicadores de actividad y calidad para la gestión de los Servicios de Urgencias, no es uniforme la aplicación y monitorización periódica, de forma general. Sería deseable establecer un conjunto de indicadores básicos para su amplia aplicación.

Objetivos: Selección de entre todos los indicadores establecidos, aquellos básicos para la gestión del Servicio de Urgencias.

Material y métodos: Servicio de Urgencias acreditado por la Sociedad española de Urgencias y con certificación ISO 9001:2000.

Seguimiento mensual, desde hace >5 años, de >100 indicadores.

Establecimiento del grupo de trabajo: técnico en calidad y responsables de la gestión.

Valoración y selección por consenso de los indicadores, según criterios de accesibilidad, seguridad y relevancia para el funcionamiento.

Resultados: Se han seleccionado como básicos:

Número de urgencias diarias.

Tiempo de triaje: Estándar >90% en <6 minutos.

Respuesta a las prioridades establecidas en el triaje. Para la prioridad 1: atención inmediata en el 100% de estos pacientes. Prioridad 2 y 3: atención en <30 y 60 minutos en >90%. Prioridad 4 y 5: atención en <120 y 180 minutos en >85%.

Altas con diagnóstico codificado. > 90% de las altas deben estar codificadas.

Altas realizadas por adjunto. >65% de las altas deben estar generadas por un adjunto del Servicio.

Estancia en el Servicio. >90% de los pacientes deben ser dados de alta en <5 horas.

Parte de incidencias / seguridad. Registro y análisis diario de las mismas.

Quejas, reclamaciones y agradecimientos: Registro y análisis semanal de las mismas. Mortalidad en el Servicio. Registro y análisis mensual de los casos, con valoración de la atención en el óbito, así como de las atenciones previas.

Proceso clínico IAM: -Tiempo de respuesta: En >90% de los casos su atención debe ser inmediata. -Constancia de la administración de antiagregación: En >90% de los casos debe quedar registrada. -Atención previa por el mismo motivo en las últimas 72 horas: <2% de los pacientes deberían haber sido atendidos.

Conclusiones: El establecimiento de esta serie de indicadores permite valorar desde el comienzo hasta el final el proceso de atención en urgencias, así como uno de los procesos más críticos: IAM.

Sería deseable la monitorización, análisis y comparación con los indicadores de calidad de otros servicios para mejorar el proceso de atención en los servicios de urgencias.

M30.01

INNOVANDO EN LA GESTION POR PROCESOS

I. Gallego Camiña, S. Rabanal Retolaza, A. Chueca Ajuria, R. Villa Valle, K. Solozabal Orbeago, J. Guajardo Remacha.

HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO OSPITALEA (OSAKIDETZA).
ines.gallegocamina@osakidetza.net

Objetivo: Reorientar el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Galdakao Usansolo hacia el paciente, reagrupando por Macroprocesos, redefiniendo las herramientas de evaluación (auditorías internas y revisiones por la Dirección) con el objetivo de hacer un sistema más ágil y eficaz.

Metodología: El HGU empezó la implantación del Sistema de Calidad en el 2003, a lo largo de estos años ha ido abordando los diferentes procesos identificados, empezando por la certificación de los procesos de apoyo técnico, como Anatomía Patológica, Laboratorios, Banco de Sangre y Farmacia. En el 2005 certificaba Esterilización, Alimentación, Mantenimiento, Aprovisionamientos y Económico-Financiero. El 2007 se abordó Radiodiagnóstico, RRHH y el MACROPROCESO de Hospitalización y este año se ha iniciado la Rehabilitación, Informática y el Quirúrgico. El SGC ha alcanzado un alto grado de desarrollo, sin embargo este hecho puede traer consecuencias como: dispersión o multiplicidad de datos que pueden convertirse en desinformación, visión atomizada que puede "no visualizar" al paciente como cliente único, complejidad del SGC (16 auditorías internas de procesos, 16 revisiones por la dirección, 16 informes de gestión.).

Para analizar y buscar soluciones el HGU ha aplicado el Benchmarking con otras organizaciones y la reflexión estratégica en el Comité de Dirección.

Resultados: 1) Enfoque Único hacia el paciente. El paciente es el cliente de todos los procesos del Hospital, de los asistenciales y los de apoyo. 2) Agrupación de los procesos por MACROPROCESOS de Apoyo en; Macro de Apoyo al Diagnóstico (RX, Laboratorio y Anatomía patológica), Macro de Apoyo al Tratamiento (Medicamento, Hemoderivados, Rehabilitación, Alimentación), Macro de Recursos (RRHH, Aprovisionamientos, Esterilización, Económico Financiero) y Macro de Estructura (Informática y Mantenimiento). 3) Asociación de los requisitos del paciente por MACROPROCESOS. 4) Auditorías internas centradas en el asistencial y las interacciones: auditorías organizativas por MACROPROCESOS. Elaboración de un informe único de auditoría con conclusiones orientadas a la organización del Hospital en su conjunto y su repercusión en paciente.

Conclusiones: 1) El Sistema de gestión de calidad había alcanzado un nivel que requería de una reflexión estratégica sobre la eficacia del mismo. 2) La organización dispone de un alto grado de conocimiento de cada uno de los procesos, esta cercanía constituye un valor fundamental, por eso se debe buscar el equilibrio con la eficacia del sistema. 3) El siguiente paso en la gestión por procesos en el HGU pasa por la revisión UNICA por la Dirección sobre el proceso de Hospitalización y revisiones específicas por MACROPROCESOS.

M30.02

INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE UN HOSPITAL

I. M. Galán Meléndez, C. J. Tahoces Bastida, J. A. Ortigueira Espinosa, J. M. González Álvarez.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
imgalan@thalcorcon.es

Objetivos: Diseñar e implantar procedimientos dinámicos que permitan alcanzar niveles óptimos de seguridad y salud de sus trabajadores para conseguir la integración de la Prevención de

Riesgos Laborales (PRL) en su sistema de gestión.

Ámbito: Hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid.

Periodo: un año.

Método: Gerencia diseñó un plan estratégico junto a la Dirección de RRHH y al jefe del Servicio de Prevención (S.P.), logrando el compromiso de todas las Direcciones y Servicios en el diseño, difusión e implementación de la política de PRL.

El S.P. identificó 12 procedimientos que se realizaron secuencialmente, con diferentes fases de implantación atendiendo a prioridad temática. La Dirección de RRHH y el S.P. diseñaron los procedimientos, que fueron revisados y consensados por la Dirección y aprobados en Junta Directiva, informándose al Comité de Seguridad y Salud y estando disponible en la Intranet para consulta de todos los miembros de la organización.

Resultados: El Procedimiento "Preparación, Control y Edición de Procedimientos del Sistema de Gestión de PRL" estableció la estructura de los restantes: "Vigilancia de la Salud individual de los profesionales", "Adecuación de puestos por motivos de salud", "Integración de la Prevención en la Adquisición y Mantenimiento de Equipos de trabajo", "Elección, Distribución, Utilización y Mantenimiento de Equipos de Protección Individual", "Coordinación de Actividades empresariales en materia de Prevención", "Investigación de accidentes de trabajo", "Metodología y Estrategia de Evaluación de Riesgos Laborales", "Controles Periódicos", "Información, Consulta y Participación en materia preventiva", "Planificación Preventiva" y "Actuación ante exposición accidental con material biológico (EAMB)".

Dichos procedimientos constituyen la estructura del Plan de Prevención del hospital, aprobado, implantado y difundido en todos los niveles del mismo.

La integración de la prevención en el sistema de gestión conlleva incentivo económico, se incardina así como otro elemento motivador y gratificador para el personal. Por la reciente implementación de los procedimientos y tras evaluación de la consecución de los objetivos, la materialización de los incentivos será inminente.

La auditoría legal dictaminó la conformidad a la totalidad de los procedimientos.

Conclusiones: El impulso y la implicación directa de la Gerencia se constituyen como estrategia eficaz logrando una política coherente y coordinada en PRL. En el breve transcurso de implementación los procedimientos se consolidan como elemento imprescindible para disminuir la variabilidad en la práctica y favorecer la evaluación que permitirá la pertinente actitud preventiva.

M30.03

INVITIENDO EN CUIDADOS, OBTENEMOS RESULTADOS

C. López Sáenz*, V. Almajano Navarro, N. López Ibor, M. V. Gumiel García, E. Altarribas Bolsa, A. Vecino Soler.

HCU Lozano Blesa.
avecino@able.es

Objetivos:

1. Unificar criterios en la valoración enfermera y en el informe de continuidad de cuidados de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, según criterios de la comisión de cuidados enfermeros del SALUD.

2. Mejorar cuantitativa y cualitativamente la calidad de los registros enfermeros.

Metodología: La actual Dirección de Enfermería apuesta por el desarrollo de la gestión de cuidados en las unidades de hospitalización y así dar respuesta a las necesidades de cuidados de la población que atendemos. La estructura de la Dirección de Enfermería, en el año 2007, incorpora la Subdirección de Cuidados y Procesos, la Coordinación de área de Cuidados, e incluye en esta estructura, a dos enfermeras asistenciales expertas en metodología, reforzando de esta forma los RRHH destinados a este área. El hospital dispone de 805 camas de hospitalización, atendidas por 399 enfermeras y 358 auxiliares de enfermería.

La hoja de valoración enfermera ha convivido en soporte informático y papel en los últimos años. La actual unificación en soporte informático ha supuesto una dificultad añadida a la correcta cumplimentación de todas las necesidades básicas.

El informe de continuidad de cuidados se ha sustentado en soporte informático desde su implementación.

1. Realización de talleres formativos en grupos reducidos de seis

personas en metodología y registros enfermeros.

2. Apoyo directo en las unidades asistenciales.

3. Cortes mensuales por unidades del número de registros elaborados, revisando la calidad de los mismos y los profesionales que los han realizado.

4. Refuerzo personalizado a aquellos profesionales que tras la revisión de los cortes lo precisaran (captación activa).

Resultados: En una primera fase se evaluaron las unidades de nueva incorporación en gestión de cuidados con herramienta informática. En una segunda fase se evaluaron de forma conjunta todas las unidades de hospitalización.

Valoración enfermera por necesidades: año 2005 se cumplimentan 87% en soporte informático y papel, sin eliminar aquellas que no estaban cumplimentadas en su totalidad según criterios de SALUD. En el mes de mayo 2008 tenemos una cumplimentación del 85% en soporte informático con revisión del contenido.

Informe de continuidad de cuidados: año 2004 3.8%, año 2008 mes de mayo 44.6%.

Conclusión: La inversión en las personas de la organización conlleva a resultados objetivables para la consecución de los proyectos.

M30.04

LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001

L. Arranz Arana*, R. M. Valverde Citores, A. Colina Alonso, M. Palacios López, A. Pérez Sáez, E. Zuazo Zamalloa.

Hospital de Zumarraga.

leonor.arranzarana@osakidetza.net

OBJETIVO: Describir la aplicabilidad clínica de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO-9001 al proceso de atención integrada del niño.

MATERIAL Y MÉTODOS: La aplicación de la norma ISO -9001 al proceso de la atención global del niño está comprendida en la gestión por procesos desarrollada en el Hospital.

Su proyección en la clínica pediátrica supone la planificación y ejecución de acciones específicas e imbricadas entre sí: la organización de la atención del niño de forma integral genera tres subprocesos interactivos (urgencias-hospitalización-consultas-externas) respetándose la misión global con la misión y características peculiares de cada proceso.

Exige la participación dinámica de los diferentes procesos de apoyo y consolidar mecanismos de interacción y comunicación bidireccional con los mismos.

Una optimización del abordaje completo de la atención al niño requiere una continuidad eficaz y fluida entre los procesos de apoyo para resolver con eficacia las interfases que enlazan las distintas acciones del proceso de atención pediátrica. En consecuencia precisa definir un sistema de información que aporte nuevos indicadores (unos generales y otros específicos) que abarquen tanto parámetros de actividad como científico-técnicos y estrategias cuya función es registrar las incidencias del desarrollo del proceso global.

RESULTADOS: La metodología aplicada facilita una sistemática de actuación que garantiza la seguridad del niño y contempla una información adecuada para el niño o tutor responsable.

Definición de las etapas y alcance del proceso integral desde el inicio del mismo, es decir con la planificación del riesgo del recién nacido antes de nacer.

Implicación de los profesionales sanitarios en la mejora continua del proceso asignando responsabilidades particulares a los componente del equipo sanitario.

Sistematización de reuniones del equipo sanitario para analizar y evaluar los resultados de los indicadores para el desarrollo de las distintas estrategias y avanzar en el conocimiento compartido.

Esta metodología garantiza las diferentes interfases de los subprocesos siendo las interfases las zonas más débiles para conseguir la continuidad del proceso.

CONCLUSIONES: 1.- Mejora en la metodología de abordaje de los procesos de atención integral al niño. 2.- Consolida la información adecuada para con el niño o tutor responsable. 3.- Eficacia y mejora en la gestión de los recursos. 4.- Aumento de la satisfacción del personal integrante del proceso.

M30.05

LA ENFERMERIA COMO GARANTIA DE CALIDAD EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DESDE EL ÁREA DE CLASIFICACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

R. Marrón Tundidor, C. Serrano Del Rio, L. Grima Campos, M. Á. Cortés Gracia, C. Sánchez Ferrer, H. Sanmartín Allue.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

rmarron@comz.org

OBJETIVO: Analizar la adecuación en la distribución de las áreas asistenciales según el nivel de urgencia realizado por enfermería desde el área de clasificación de un Servicio de Urgencias (SU).

Analizar el comportamiento de los flujos horarios de los pacientes que acuden a un SU según su nivel de urgencia y su aplicación en la distribución de las tareas de enfermería.

METODOLOGÍA: El uso de la atención urgente en España por parte de los usuarios es homogéneamente creciente. La hiperfrecuentación y la sobresaturación tienen unos efectos negativos y directos sobre la calidad de los SU. Los esfuerzos por adecuar los recursos a estas situaciones es una prioridad. Las nuevas herramientas de gestión como el Sistema Español de Triage (SET) colocan al personal de enfermería en un puesto clave en la gestión de la organización de los SU. Optimizando los recursos y gestionando el riesgo. Se ha analizado la adecuación de las derivaciones desde el área de clasificación a las diferentes zonas según el nivel de urgencia y el porcentaje de reubicación. A su vez se ha realizado el análisis de los flujos horarios de los pacientes clasificados.

RESULTADOS: Se ha analizado los pacientes adultos clasificados durante los años 2005, 2006 y 2007 (204.899 pacientes). Objetivándose un tasa de reubicación menor del 10% en todos los casos. Los pacientes que acuden al SU los hacen de forma similar en el turno de mañana y tarde, decreciendo de forma significativa en el turno de noche. Los días laborales se objetivan dos picos asistenciales el primero alrededor de las 11:00 -12:00 y el segundo de 16:00-17:00 horas. Los festivos desaparece/suaviza el pico de la tarde. Estos picos se deben a la afluencia de pacientes de los niveles II-III-IV, sin embargo el nivel I y V no sufren a penas fluctuaciones.

DISCUSIÓN: El conocimiento de los flujos horarios de pacientes que acuden al SU en función del nivel de urgencia permite establecer los recursos de una manera más racional en dependencia del circuito asistencial descrito para cada nivel: áreas de atención a pacientes críticos (I-II), área de boxes (II-III-IV), consultas rápidas (V)... permite establecer la previsión de recursos enfermeros necesarios pudiendo ofrecer una atención de mayor calidad, incluso en las situaciones de mayor saturación. El personal de enfermería está plenamente cualificado para gestionar de forma óptima el área de clasificación. En este sentido los protocolos de derivación son una herramienta útil.

M30.06

LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA

M. I. Cano Del Pozo*, E. Domínguez Pío.

061 ARAGÓN.

micano@salud.aragon.es

Objetivos: Avanzar en el compromiso con la calidad aspirando a la excelencia asistencial.

Material y métodos: El Modelo de Excelencia está sirviendo de referente para el diseño y desarrollo de las políticas de calidad en una gran diversidad de organizaciones sanitarias. En este contexto, el 061 ARAGÓN ha apostado por el Modelo EFQM como guía para la evaluación y mejora de los sistemas de gestión de su organización. Tras haber realizado cinco autoevaluaciones de acuerdo a este modelo, el 061 ARAGÓN está preparando su presentación a una evaluación externa.

Resultados: Se ha elaborado el Plan estratégico con líneas prioritarias de acción para los próximos cuatro años. Asimismo se ha presentado el Plan de Gestión anual y un Plan de mejora con cuatro áreas y tres acciones de mejora: desplegar la sistemática de la gestión por procesos, desarrollar la gestión de personas, desplegar y evaluar el plan estratégico, desarrollar un cuadro de mandos integral para la evaluación de resultados, identificar y gestionar las alianzas, fomentar la participación en foros externos y realizar actividades para mejorar la gestión medioambiental. Hasta la fecha se han creado cuatro

equipos de mejora y un grupo focal para análisis de necesidades y expectativas de profesionales. De la evaluación del sistema de gestión de calidad se derivó la modificación del mapa de procesos, identificándose factores críticos de éxito por áreas de resultados estratégicos y se han definido indicadores básicos para la monitorización de los mismos.

Conclusiones: La preparación para la presentación a una evaluación externa está sirviendo como incentivo a la organización para avanzar en la mejora del sistema de gestión, utilizando la redacción de la memoria como método de aprendizaje y consolidación del Modelo de Excelencia. Asimismo está consiguiendo aumentar la implicación de los profesionales en la mejora del servicio.

M30.07

LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORA EFQM EN LA COMUNIDAD DE MADRID

A. Pardo Hernández, C. Navarro, J. Moron, A. Alguacil, J. Ferrandiz, E. Juarez.

Consejería Sanidad Comunidad Madrid.

alberto.pardo@salud.madrid.org

Objetivo: Analizar los resultados de la aplicación del Modelo de Autoevaluación y Mejora del Sistema Sanitario Madrileño.

Material y método: Se ha realizado una adaptación a la sanidad madrileña del Modelo EFQM, elaborando diversas herramientas como los manuales de aplicación y una herramienta informática para facilitar las autoevaluaciones.

Se incorporó la realización de la autoevaluación y la puesta en marcha de al menos tres proyectos de mejora a los contratos de gestión. Se decidió no exigir la puntuación del modelo.

Se estableció un modelo común de informe y se creó un grupo técnico de análisis de los resultados, que sintetizó la información y utilizó los ejes transversales del modelo para clasificar las áreas de mejora.

Se ha realizado un informe de síntesis que ha sido presentado a todas las gerencias en una jornada.

Resultados: Han aplicado el Modelo el 90% de las gerencias del sistema sanitario público madrileño y de éstas, el 97% han priorizado y definido sus planes de acción.

Considerando aquellas gerencias que, si bien no han finalizado, están en fases iniciales de la autoevaluación, la cifra global de implantación del Modelo asciende al 97%.

Se han identificado en total en torno a 3.500 puntos fuertes (el 69, 5% referido a los criterios agentes y el 30,5% a los resultados) y un número similar de áreas de mejora.

Las áreas de mejora más comunes son comunicación interna, planificar y tener herramientas de medida de la gestión, mientras que las áreas más priorizadas son comunicación interna, cuadro de mandos, diseño y metodología por procesos, planificación estratégica y clima laboral.

Se han definido alrededor de 200 proyectos de mejora. En Atención Especializada los más frecuentes son el diseño, metodología y mejora de procesos y la comunicación interna, mientras que en Primaria son la comunicación interna y la mejora participación profesionales en comisiones clínicas.

Conclusiones: El modelo está ampliamente implantado en nuestras organizaciones sanitarias públicas.

Se ha desarrollado un Modelo y unas herramientas comunes, que nos han identificado un gran número de puntos fuertes y áreas de mejora y que nos indican actuaciones en comunicación interna, planificación y herramientas para conocer y medir la gestión.

Se están implantando una gran cantidad de proyectos de mejora que permitirán encaminar a los centros hacia el incremento de la calidad del servicio a través de la mejora continua de la calidad.

M30.08

LÍDERES ENFERMEROS: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTA PARA MEJORAR LA MOTIVACIÓN

M. N. López Ibort* (0), G. Bara Machín (1), M. J. García De Luxan (0).

(0) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa" DE ZARAGOZA, (1) HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET" DE ZARAGOZA.

nilopez@telefonica.net

Introducción: Enfermería es clave en la prestación de servicios a la población dentro de las Organizaciones Sanitarias. Crear equipos de alto rendimiento es un objetivo que debe buscar cualquier Organización. Para conseguir estos equipos es necesario realizar un estudio de la situación, y a partir de ahí, establecer un plan de mejora. ¿Qué piden los colaboradores a sus líderes? ¿Cuáles son sus expectativas?

Objetivo: Analizar e interpretar los requisitos, rasgos y elementos que deben poseer los líderes de enfermería dentro del sistema sanitario y como líder de un equipo, a la vez que identificar cuáles son los factores que ayudarían a elevar el nivel de motivación del equipo. Estas herramientas servirán para diseñar un plan de mejora encaminado a conseguir equipos de alto rendimiento.

Material y método: el enfoque elegido para el estudio fue cualitativo. El método de investigación: técnica de consenso "Grupo Nominal" realizada en dos hospitales Aragoneses de la red de SALUD; en el Hospital "Royo Villanova" de 250 camas se genera la pregunta ¿Qué aspectos considera necesarios que debe poseer una líder de enfermería para ejercer el liderazgo y liderar el equipo de trabajo?, y en el Hospital "Lozano Blesa" de 800 camas se genera la pregunta ¿Qué necesitarías para que aumentara tu motivación en el trabajo diario?

Población a estudio: enfermeras de cada hospital para cada estudio. Resultados: las 5 primeras respuestas priorizadas, según los criterios de magnitud, gravedad y viabilidad fueron: con respecto a lo que se pide al líder: Dotes de relación interpersonal (79), conocimiento de gestión y administración (72), motivación del personal (71), Capacidad de negociación (63), Conocimiento de la enfermería en general y del equipo en particular (62), trabajo en equipo, implicarse y facilitar el trabajo (61), con respecto a la motivación: reconocimiento profesional (63), definir funciones (59), reducción de cargas de trabajo (59), reconocimiento económico (58), autonomía profesional (58).

Conclusiones: los dos trabajos están en línea con las publicaciones contrastada. La propuesta de mejora incluye: entrevistas periódicas con los colaboradores para conocer expectativas, necesidades, problemas laborales, delegar a sus colaboradores para fortalecer el sentimiento de equipo, subordinar la agenda a las necesidades del colaborador, negociar bajo el lema ganar-ganar, diseños de proyectos bianuales, evaluar el desempeño de cada colaborador con indicadores adecuados, elaborar sistemas formativos todo ello empleando el feed back como estrategia principal.

M30.09

LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

M. S. Parrado Cuesta.

Hospital de León, León.

sparrado@hleu.sacyl.es

OBJETIVO: Iniciar el diseño de los procesos y procedimientos propios de las áreas correspondientes a la Dirección de Gestión, de tal forma que se posibilite la construcción de distintos indicadores (estructura, proceso y resultado) que vengán a facilitar la adecuada gestión por procesos en las áreas no asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODO: Se aplicaron los siguientes procedimientos generales del Área de Calidad de la Dirección de Gestión:

1. Procedimiento para la emisión, aprobación, modificación y control de procedimientos.
2. Instrucción de Trabajo para numerar documentos.
3. Instrucción de Trabajo para elaborar el Manual de Funcionamiento de las Secretarías Médicas.

Hemos utilizado el modelo EFQM, según su adaptación a la Administración de la Comunidad de Castilla y León, y la norma ISO 9001: 2000.

RESULTADOS: Documentación generada:

Procesos:

- Unidad de Personal
 - Expedientes personales
 - Optimización de plantilla
 - Dimensión de la plantilla
 - Plan de Acogida
- Unidad de Gestión de Compras
 - Procedimiento para la adquisición de productos nuevos

Indicadores:

Personal:

- De proceso: 5
 - % de Expedientes donde consta el registro de la actualización
 - % de Expedientes donde consta registro del personal que actualiza
 - N.º de Áreas que aplican el Procedimiento de Acogida
 - N.º de personas a las que se ha aplicado el Procedimiento de Acogida
 - N.º de valoraciones positivas sobre la eficacia del Procedimiento de Acogida
- De resultado: 4
 - % de expedientes actualizados
 - Índice de rotación
 - % de expedientes personales enviados a pasivo
- De estructura: 3
 - % personal por categoría
 - Pirámide de edad de la plantilla
 - % de personal del Dpto. de RR.HH

Gestión de Compras:

- Indicadores de proceso: 2
 - Nº solicitudes presentadas
 - % solicitudes rechazadas
- Indicadores de resultado: 1
 - Tiempo medio transcurrido entre la recepción de la solicitud y la resolución de la misma.

Hoja de Cheking: 2.

CONCLUSIONES: La revisión, adecuación y actualización de los procesos existentes supone una clara posibilidad de mejora dado que lleva implícita la normalización de los mismos. Paralelamente, conlleva la asignación de responsabilidades y una clara implicación tanto en el objetivo común del hospital como en el trabajo en equipo. Todo este proceso nos ha permitido iniciar nuestra andadura en la Gestión por Procesos y en la elaboración de indicadores que permitan medir y evaluar los objetivos establecidos.

M31.01

MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE HEPATOLOGÍA INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

M. Cerpa Calderón, C. Díaz Fernández, G. Rivas Costa, L. Hierro Llanillo, P. Jara Vega, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.
mauriciocerpa@gmail.com

Objetivos: Organizar por procesos al servicio de Hepatología Infantil del Hospital Universitario La Paz.

Material y Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con organización por procesos, asociados especialmente a servicios pediátricos hospitalarios.

Se llevaron a cabo reuniones conjuntas entre los servicios de Hepatología Infantil y de Medicina Preventiva.

Se definieron los procesos y subprocesos asistenciales, de investigación y de formación; así como procesos directivos y de apoyo; integrándolos en un documento gráfico de Power Point, y apoyado con hipervínculos a todos los documentos propios del servicio.

Se usaron herramientas informáticas como: Power Point y Word versión 2003.

Resultados: Se ha elaborado:

1. Un mapa de procesos que define 3 tipos de procesos:
 - Procesos Directivos: según la gestión de recursos humanos, de recursos materiales y la gestión de resultados.
 - Procesos Clave o Asistenciales: hospitalización, consultas externas, ámbito comunitario, trasplante hepático. Además se definieron procesos de: participación institucional, docencia e investigación.

- Procesos de Apoyo: servicios de cirugía, anestesiología, inmunología, microbiología, radiología, nutrición, etc.

2. Diecinueve Fichas de los Procesos definidos, con el siguiente contenido: identificación del proceso, el propietario del proceso, el objeto o misión, el equipo, el alcance, la entrada, la salida, las instrucciones, las actividades del proceso con sus responsables y sus registros, los estándares, la periodicidad de la evaluación.

Conclusiones: La organización por procesos es una forma fácil y efectiva de organizar un servicio asistencial.

Se ha utilizado como base del Mapa de Procesos, un documento en Power Point que detalla gráficamente la organización del servicio de Hepatología Infantil; con hipervínculos que permiten su uso interactivo con acceso a todos los documentos del servicio.

M31.02

MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

M. Santaolaya Cesteros*, M. J. Pascau González-Garzón, R. Rodríguez De La Torre, M. A. Iglesias Diz, J. García Caballero.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ.

msantaolaya@gmail.com

OBJETIVOS: Desarrollo e implantación de un mapa de procesos de Enfermería del Servicio de Neonatología como estrategia de mejora continua de la calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Mapa de Procesos ha sido realizado de forma conjunta entre Servicio de Neonatología y la Unidad de Calidad del Hospital Universitario La Paz.

Se siguieron distintas etapas:

1. Identificación de procesos estratégicos, claves y de soporte.
2. Diseño y construcción del mapa de procesos.
3. Desarrollo de una ficha de proceso y un diagrama de flujo de actividades para cada proceso clave.

RESULTADOS: Se ha definido y diseñando un mapa de procesos global del Servicio de Neonatología.

La descripción de cada proceso clave se ha realizado mediante una ficha de proceso que incluye sus principales características: misión, propietario, equipo de trabajo, destinatarios y ámbito, límites de entrada y de salida, actividades del proceso -con definición de responsables y registros- y sistema de indicadores y estándares para realizar el seguimiento y evaluación de los procesos. La secuencia e interrelación de las actividades de los procesos clave se han recogido en un diagrama de flujo.

Procesos clave:

A. Asistencia:

- Atención al neonato en sala de parto
- Observación/estabilización del neonato
- Atención al neonato en cuidados intensivos
- Cuidados especiales del neonato
- Atención domiciliaria neonatal
- Lactancia materna

B. Docencia-investigación

- Plan de acogida personal nueva incorporación
- Sesiones enfermería servicio neonatología
- Escuela de padres
- Curso de lactancia materna para personal sanitario
- Docencia alumnos enfermería
- Formación continua

En el rediseño de los procesos se han desarrollado e incorporado distintas innovaciones: Checklist de atención al neurodesarrollo en cuidados intensivos, Plan de cuidados de enfermería adaptado a neonatología, trípticos, folletos y pósters de información a los padres.

CONCLUSIONES: La gestión por procesos es una herramienta útil para conseguir los objetivos de Calidad Total: mejorar la satisfacción y la información de los padres de los neonatos ingresados en el servicio, favorecer la implicación activa de los profesionales y desarrollar estrategias dirigidas a la mejora continua en la atención neonatal.

M31.03

MEJORA DE CALIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE FÁRMACOS CITOTÓXICOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa" DE ZARAGOZA

O. Frisas*, B. Acha, L. Santamaría, E. Zueco, A. Laguía, M. Félix.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

ofrisas@salud.aragon.es

OBJETIVOS:

1. Adecuar y mejorar las técnicas de administración de citotóxicos.
2. Minimizar riesgos de exposición en trabajadores, pacientes y medio ambiente.
3. Adecuar y mejorar la recogida de residuos citostáticos a la normativa vigente.
4. Mejorar la información/formación del personal expuesto.

METODOLOGÍA: Estudio realizado por los profesionales Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales del Sector 3 de Zaragoza. Cconsta de dos fases.

En cada fase se valora:

1. Análisis de la situación: visita y valoración directa de cada uno de los Servicios implicados.
2. Encuestas personalizadas: a mandos intermedios y trabajadores implicados (enfermeras y auxiliares de enfermería). Durante la misma se da información específica a cada trabajador.

Los ítems valorados en cada Servicio son:

Técnicas y vías de administración, equipos de protección individual, material utilizado para la administración y manipulación, medidas adoptar en caso de salpicadura en piel o mucosas y en caso de derrames en suelos y superficies o en ropa, disposición y ubicación de los kits de extravasación, salpicadura y derrame, fecha de última revisión de cada kit y adecuación de su contenido, forma de recogida y eliminación de residuos, incidencias y accidentes relacionados con la administración o manipulación, información/formación recibida, observaciones y sugerencias.

En cada fase se realiza:

- Análisis de los ítems para cada Servicio.
- Información al mando intermedio de deficiencias observadas y medidas correctoras a adoptar.

RESULTADOS: Cuantificados

1. Uso de equipos de protección individual acordes a la tarea realizada en un 92% de los Servicios implicados.
2. Adecuación del contenido de los Kits en un 100% de los Servicios implicados.

No cuantificados:

1. Adecuación del lugar de administración de fármacos citotóxicos.
2. Mejora de técnica de administración.
3. Mejora de recogida y eliminación de residuos.
4. Mayor implicación de mandos intermedios.
5. Mayor aportación de sugerencias al protocolo.

CONCLUSIONES: La realización de estudios de mejora de calidad y su revisión periódica, asociado a una adecuada información/formación de los trabajadores implicados, es necesario para una correcta aplicación de nuevas técnicas y/o protocolos.

La implantación del protocolo de administración de citostáticos ha supuesto una minimización de los riesgos asociados a la manipulación de estos fármacos, mediante la adecuación de los métodos de trabajo y mejoras técnicas.

M31.05

MEJORA DE LA ESTRUCTURA Y REGISTRO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INTOLERANCIA A HIDRATOS DE CARBONO

C. Chaverri Alaman, J. Bailac Costa, J. Gutiérrez Martínez, L. Altemir Campo, M. Allue Ciudad, F. Valdivia Barrales, C. Lueza Lampurlanes.

Hospital de Barbastro, Barbastro.
cchaverri@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: Hemos detectado la falta de criterio que tenemos en nuestra actuación con pacientes diagnosticados de Intolerancia a la glucosa careciendo de registro unificados. Es importante establecer estos criterios teniendo en cuenta factores de riesgo y la importancia de nuestra actuación con este grupo de pacientes en cuanto a prevención Diabetes 2.

OBJETIVOS.

- Registro actualizado de pacientes con I.T.G. controlados en consulta de enfermería.
- Unificar criterios de registro y de actuación, según FACTORES DE RIESGO.
- Educar en prevención de DM y trabajar según factores de

riesgo.

- Proporcionar formación a los profesionales sobre la actuación en consulta con estos pacientes.

MÉTODOS Y ACTIVIDADES: Mediante técnica de grupo nominal se priorizan:

- Actualización del listado de pacientes controlados por personal sanitario.
- Marcar pautas de citación.
- Abordaje de Factores de Riesgo en consulta programada de enfermería, desde el punto de vista preventivo.
- Captación: en consulta a demanda de medicina y enfermería. Actuación en consulta programada enfermería

RESULTADOS: N° total de pacientes que en la Hº Clínica se registran los Antecedentes Familiares de DM.

Resultado: SI = 55,5% NO = 37,5% Objetivo: 80%

Nº total de pacientes que en la Hº Clínica se registran Factores de riesgo

Resultado: SI = 95% NO = 5% Objetivo: 80%

Factores de Riesgo registrados:

HTA: al menos una vez al año

Resultado: SI = 91,67% NO = 8,33%

CHOL: al menos una vez al año

Resultado: SI = 93% NO = 7%

OBESIDAD: al menos una vez al año peso, talla ó IMC de los últimos 12 meses

Resultado: SI = 96% NO = 4%

Nº de Intervenciones en consulta de enfermería.

Resultados: SI = 91,67% NO = 8,33% Objetivo: 80%

CONCLUSIONES: Consideramos que para trabajar en prevención de Diabetes es importante:

- registrar antecedentes familiares.
- un diagnostico precoz, detección de pacientes con GBA teniendo en cuenta otros factores de riesgo arditos.
- Organizar las intervenciones necesarias en consulta de enfermería, Según factores de riesgo.

M31.06

MEJORA DEL PROCESO "GESTIONAR ACCESO" EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. A. Miguel Abanto, M. T. Sanz Bayona, A. López Muiños, A. Rabanal Basolo, J. Izquierdo Mayordomo, M. A. López Cabellos.

AREA 9 DE ATENCIÓN PRIMARIA.
mmiguela.gapm09@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Describir el impacto de la puesta en control del proceso "Gestionar Acceso" sobre los indicadores de calidad en un equipo de atención primaria.

MATERIAL Y METODOS: Para alcanzar el objetivo se utilizó la metodología de la mejora de procesos.

Los criterios de selección del proceso fueron: el malestar entre los profesionales y el elevado número de reclamaciones recibidas en relación a este proceso.

Se nombró propietario del proceso al Director del EAP, y el grupo de mejora estuvo constituido por toda la Comisión de Dirección del EAP contando además con la participación de 1 profesional de cada estamento. Se realizó la evaluación del proceso (a partir de cada descriptiva del proceso) mediante un análisis de campos de fuerza, identificándose 6 ayudas, 4 barreras, 4 puntos fuertes y 4 áreas de mejora.

Las medidas de mejora fueron: elaboración de criterios de actuación, instalación de back office y reorganización de la actividad de la UNAD, reuniones del EAP para transmitir la importancia de la autoconcertación, revisión del circuito de desburocratización y reuniones de seguimiento de resultados de los indicadores.

Se compara el cumplimiento de los indicadores del proceso antes (junio 2007) y después de la introducción de las medidas de mejora (diciembre 2007).

RESULTADOS: El total de consultas atendidas fue de 138.433 en el primer semestre y de 105.596 en el 2º semestre.

El porcentaje de consultas sin cita previa pasó del 11% al 13%.

El porcentaje de citas autoconcertadas entre los médicos aumentó desde el 51,99% hasta 66,17%. Entre los enfermeros pasó del 52,07% a 58,28%. El porcentaje de pacientes en circuito de desburocratización de recetas aumentó del 13,62% a 16,6%. El número de consultas telefónicas en 1 mes pasó de 53 a 60.

El porcentaje de reclamaciones por motivos relacionados con la cita fue de 23% en el 1º semestre del 2007 y del 22,5% en el 2º semestre. CONCLUSIONES: Consideramos que la metodología aplicada nos ha permitido mejorar el proceso, en especial los indicadores de calidad técnica, mientras que los de calidad percibida por el usuario no han experimentado variación en el periodo estudiado. 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.

M31.07**MEJORA EN LA GESTIÓN DE PROCESOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN**

B. Fernández González, M. T. Prada Rocas, M. E. Fuente Álvarez, M. Tristan Fidalgo, G. García Zapico, A. Pérez Arias.

HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.

bernabe.fernandez@sespa.princast.es

OBJETIVOS: Generales: Desarrollar en profundidad la definición, descripción y gestión de los procesos clave, elemento fundamental para conseguir buenos resultados en una de las áreas de resultados estratégicos: LA MEJORA CONTINUA DEL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. La acreditación según Modelo Joint Commission Internacional (JCI).

Específicos: Descripción, análisis y diseño del proceso "HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL". Definición de indicadores. Seguimiento y evaluación. Mejora proactiva: rediseño del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Primer Semestre 2006: Constitución equipo de proceso. Objetivo: sistematizar las actividades del proceso de hospitalización, a través de la mejor evidencia disponible y teniendo como referente los estándares de la JCI. Segundo Semestre 2006: difusión/implantación en todos los Servicios Médicos y Quirúrgicos y Unidades de Enfermería.

Segundo Semestre 2006 y primer cuatrimestre de 2007: revisión periódica del cumplimiento y análisis de las desviaciones a través del seguimiento de indicadores del proceso y evaluación del grado de implantación: se definieron puntos críticos de las actividades del proceso (accesibilidad-continuidad en la atención, derechos del paciente y familia, recepción del paciente al ingreso, evaluación, reevaluación, atención al paciente, anestesia, cirugía y educación). Segundo Semestre 2007: recopilación de las "lecciones aprendidas" para su utilización en el siguiente ciclo de planificación. Realizado el análisis de resultados, los responsables del proceso optaron por rediseñar de forma radical el proceso con el objetivo de obtener una mejora global en su eficiencia: equipo proceso más amplio, Informe situación, formar/sensibilizar a profesionales, priorizar problemas identificados (DAFO), redefinir misión, propuesta procedimientos críticos: procedimiento general de hospitalización, pase de visita, traslado de pacientes y asignación/ gestión de camas; selección de nuevos indicadores: cuadro de mando (CM), plan de implantación, plan de seguimiento y mejora.

RESULTADOS: Aprendizaje en la gestión de procesos (taller de formación 6 horas -12 personas). Participación y trabajo en equipo (7 reuniones - 4 horas/reunión; 10 personas de media/reunión). Mejor coordinación médico/enfermera. Elaboración de un nuevo CM. Abordaje de procedimientos críticos, rediseño de actividades para conseguir un proceso más eficiente: nuevo procedimiento de hospitalización, normalización del pase de visita, informes de prealta, gestión de camas, información al paciente y familia. Plan de auditorías. Acreditación del Hospital por la JCI en mayo de 2008.

CONCLUSIONES: Este enfoque basado en procesos nos ha permitido cruzar las barreras entre diferentes unidades funcionales, unificando sus enfoques hacia las metas principales de la organización, mejorar la gestión, enfocar y priorizar iniciativas de mejora y estimular la participación del personal.

M31.08**MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL: EFECTIVIDAD DE UNA VÍA CLÍNICA EN UN PROCESO MÉDICO, LA EPOC AGUDIZADA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA**

J. M. Sánchez Nieto*, A. Carrillo Alcaraz, P. J. Menchón Martínez, L. Paz Ramírez, A. Caballero Mesa, P. García Torres.

HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER.

juanm.sanchez3@car.m.es

Objetivos: 1º analizar la efectividad de una Vía Clínica (VC) para un proceso médico, EPOC agudizada con Ventilación no Invasiva (VNI) frente al mismo proceso manejado "convencionalmente", 2º comparar solicitudes de técnicas diagnósticas y costes.

Método: Ensayo cuasi-experimental antes-después, de pacientes incluidos en VC (Grupo VC) comparado con cohorte histórica anterior a VC (Grupo GC) apareados por edad, sexo, y gravedad. Variables resultado: días estancia media (EM), número radiografías, gasometrías y analíticas, reingresos, mortalidad, costes.

Análisis estadístico: variables expresadas como media $\pm$ desviación estándar y porcentajes. Comparación entre variables Chi2 y T Student.

Resultados: 128 pacientes, 64 por grupo. 98 varones (76,6%), 30 mujeres (23,4%), edad media: 70,4 $\pm$ 14,4. De noviembre 2006 a mayo 2008 (VC) y enero de 2004 a octubre 2006 (GC). No diferencias en características basales entre grupos. Parámetros respiratorios no diferencias, salvo PaO2/FiO2 : 221 $\pm$ 77 (VC) vs 186 $\pm$ 27 (GC) (p < 0.001). Días EM hospitalaria VC: 11,7 $\pm$ 7,6 vs 13,8 $\pm$ 7,1 (GC) (p = 0,140), EM UCI en VC: 3,6 $\pm$ 2,0 vs GC: 4,4 $\pm$ 1,8 (p = 0,049); Número complicaciones en VC: 15 (24,6%) vs 25 (39,1%) en GC (p = 0,083). Pruebas solicitadas VC: 25,5 $\pm$ 17,5 vs 37,6 $\pm$ 18,7 (GC) (p < 0,001). Rx de tórax VC: 2,4 $\pm$ 1,7 vs 4,8 $\pm$ 2,9 (GC) (p < 0.001). Gasometrías VC: 9,5 $\pm$ 6,4 vs 12,1 $\pm$ 5,7 (GC) (p = 0.014). Analíticas VC: 13,7 $\pm$ 10,3 vs 20,7 $\pm$ 11,1 (GC), (p < 0.001). Mortalidad VC: 7 (11,5%) vs: 13 (20,3%) en GC (p = 0,178). Indicadores Vía Clínica: 12,5% de exclusiones. Protocolos: Medicación nebulizada 100%, Ventilación: 90,3%, Constantes enfermería: 98,4%, Registro fugas ventilador: 100%, cálculo IMC: 67,7%, gasometría previa VNI: 93,5%, Dosis/horario corticoides: 79%, Tipo/dosis antibioterapia: 98,4%, Adiustramiento inhaladores: 37,3%. Coste medio por días de estancia VC: 1.379 $\pm$ 952 euros vs 3.696 $\pm$ 879 euros (GC); Coste medio por proceso asistencial /paciente VC: 3.377 $\pm$ 952 euros vs 4.134 $\pm$ 879 euros (GC). Ahorro medio por paciente VC: 757 euros. Ahorro en población estudiada (64 pacientes): 48.448 euros. Conclusiones: 1ª Existe mejora en la efectividad, 2ª disminuye el coste medio del proceso asistencial. 3ª. Disminuye significativamente la EM en UCI, el número de pruebas realizadas, con tendencia a disminución de la mortalidad en el grupo VC, 4ª. Elevado cumplimiento de indicadores de control de la Vía Clínica.

M31.09**METODOLOGÍA PARA LA REVISIÓN DE LOS INDICADORES BÁSICOS DE CALIDAD EN EL GRUPO CAPIO SANIDAD**

M. Blanco Rodríguez, L. Alfaro Cadenas, E. Gómez Felipe, E. Badia Perich, M. D. Burqueño Jerez.

Capio Sanidad.

mblanco@capiosanidad.es

INTRODUCCIÓN: En el Grupo Sanitario Capio Sanidad, independientemente de los indicadores de calidad específicos de cada centro, existen una serie de indicadores comunes a todos ellos (indicadores básicos) que son herramienta indispensable para el departamento central de calidad, no sólo para la adecuada medición de procesos, sino para facilitar la comparabilidad o benchmarking entre los centros que componen el Grupo.

OBJETIVO: En función del análisis de los indicadores básicos preexistentes y tras algunos años de experiencia, se hace evidente la necesidad de proceder a su revisión y adaptación a las necesidades del Grupo, teniendo en cuenta, entre otras consideraciones, las distintas fuentes de obtención de datos (encuestas de satisfacción, herramienta informática para gestión de reclamaciones, punto de acceso a la información accesible desde intranet corporativa, etc.) a fin de simplificar la medición, en la medida de lo posible.

MÉTODOS: La sistemática de trabajo se desarrolla a través de las reuniones periódicas de los miembros del Núcleo Central de Calidad (NCC), con distribución de los indicadores por procesos entre sus miembros, atendiendo a su especialización, considerando también las diversas fuentes corporativas de obtención de datos. Cada componente del NCC tutoriza en materia de calidad algunos de los centros sanitarios de Capio Sanidad, por lo que está en disposición de recoger las aportaciones de los Núcleos Promotores de Calidad (NPC) de aquellos. Las propuestas son debatidas posteriormente en reuniones de NCC.

Una vez aprobada, la 1ª versión es sometida de nuevo a consideración de los centros para atender, si es posible, sus últimas

propuestas o alegaciones.

El diseño de los mapas de indicadores se realiza en una doble dirección, en función del tipo de centro que se gestiona (centros de agudos o centros de atención sociosanitaria).

RESULTADOS: Se han aprobado cien indicadores básicos para centros de agudos y cuarenta y cinco para centros de atención sociosanitaria con un alto grado de consenso, de los cuales un alto porcentaje, son de obtención directa a través de las distintas fuentes informáticas de datos corporativas.

También se pretende realizar seguimiento de los indicadores a través de un gestor documental en plataforma web, desde donde controlar las variables de los mismos (evoluciones, cumplimentaciones en fecha, valores de referencia, etc.)

CONCLUSIONES: Los indicadores de calidad constituyen un elemento de medición que, estableciendo los circuitos de revisión adecuados, pueden ser dinámicos, participativos y, por tanto, mucho más efectivos.

PALABRAS CLAVE: Indicadores básicos de calidad, Núcleo Central de Calidad.

M32.01

¿CÓMO ESCUCHAMOS LO QUE LA SOCIEDAD ESPERA DEL HOSPITAL?

P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, M. Ferreras Valiente, M. Á. Moreno De La Hidalga, C. Fariñas Álvarez, D. Acón Royo.

Hospital Sierrallana.
pherrera@hsl.scsalud.es

PALABRAS CLAVE: Expectativas. Participación.

OBJETIVOS: Conocer las expectativas de nuestros Grupos de Interés e integrar las mismas en la estructura de participación de las personas de la organización.

METODOLOGÍA: Profundizar en la idea de RSC y el despliegue de ésta entre todos los Grupos de Interés, buscando la participación activa en la sociedad, y conociendo sus expectativas y percepciones, para poder establecer objetivos y actuar en su mejora conjunta debe de ser el horizonte de un Centro Excelente. Tras la segunda autoevaluación del centro, una de las acciones de mejora priorizadas fue "conocer las necesidades y expectativas de los clientes". Por otro lado, abordamos la transformación y adecuación de nuestra estructura organizativa, a través de una estructura paralela de participación para todas las personas de la organización, estructurada en tres niveles: órganos colegiados de nivel estratégico, de nivel táctico y de nivel operativo, que integra, horizontal y verticalmente, todas las Comisiones y Grupos de Trabajo, agrupadas por áreas funcionales afines.

RESULTADOS: Comisión de Participación Ciudadana y Bienestar Social, cuyo objetivo es intercambiar información entre los clientes y la organización. Están representados la Dirección, Atención Primaria, y representantes de grupos sociales. Grupo de Acogida al Hospital, funcionando desde el año 2000, integrado por profesionales del Centro, y cuyo objetivo es definir aquellas actividades que faciliten la integración del Paciente en el Hospital mientras dure su estancia en el mismo, en el año 2005 se integraron 6 representantes de asociaciones de pacientes, 3 de ayuntamientos, 2 de vecinos y uno de consumidores, revisando periódicamente desde entonces el Protocolo de Acogida y los documentos en él integrados. Comisión de Sostenibilidad, cuyo objetivo es liderar la integración en nuestra organización de los principios de Responsabilidad Social, así como las relaciones con nuestros grupos de interés, para conseguir un impacto positivo en la Sociedad de la que formamos parte, contribuyendo de esta manera a satisfacer sus necesidades presentes y las de las futuras generaciones. En estos momentos forman parte de la misma 15 representantes de los Grupos de Interés, que han participado en la elaboración del Plan de Acción 2008 en materia de RSC del Hospital.

CONCLUSIONES: Hemos conseguido incluir en nuestra dinámica de trabajo a los Grupos de Interés, integrándolos en Comisiones asesoras para la toma de decisiones de la Dirección. Las organizaciones han valorado de forma excelente esta iniciativa del Hospital, y de forma muy positiva la utilidad de la misma.

M32.02

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PLANIFICACIÓN DE ACTUACIONES TRAS LA EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

A. Miquel Gómez, I. Cornejo García, P. Ortiz Ros, P. Jiménez García, A. B. Martín Mendiola, M. Moreno Alarcón.

Gerencia Área 8 Atención Primaria.
amiquel.gapm08@salud.madrid.org

Objetivos: Establecer acciones de mejora tras la evaluación de riesgos psicosociales en un área de atención primaria.

Material y Métodos: Análisis de riesgos psicosociales utilizando cuestionario validado ISTAS a todos los trabajadores de un Área. Tasa de respuestas global del 63%; Identificación de dimensiones con mejor y peor situación respecto a población de referencia; Priorización de dimensión a abordar con criterios (Magnitud=Porcentaje de respuestas en tercil desfavorable; Intensidad=diferencia de medianas respecto a población referencia; Aplicación de ciclo de mejora sobre dimensión en peor situación: Exigencias psicológicas sensoriales; Constitución de grupo de mejora con criterios de voluntariedad, pertenencia a áreas de estudio de encuesta, distrito de origen; 4 delegados de prevención como observadores; servicio de prevención como asesores; moderador y secretario. Tres reuniones de dos horas separadas por mes y medio con siguientes contenidos: Formación paralela en riesgos psicosociales y herramientas de calidad; Análisis de dimensión priorizada; Identificación y análisis de causas mediante técnica de Grupo Nominal y Diagrama de Causa Efecto; Selección de Soluciones mediante matriz de relación causal; Establecimiento de Acciones de mejora mediante matriz de relación solución-acciones; Priorización con criterios de Importancia, frecuencia, recursos necesarios y posibilidad de intervención por grupo mediante correo electrónico; Establecimiento de acta con plan de mejora completo por la Comisión de Dirección; Diseño de indicadores de proceso y resultado; Comunicación en Jornadas de Área; implantación de mejoras.

Resultados: Tasa de respuesta de 63%. 21 dimensiones analizadas. 9 en situación desfavorable. Priorización de la dimensión "Exigencias Psicológicas Sensoriales". Identificación de 34 causas. Selección de 29 soluciones que se despliegan en 38 acciones de mejora relacionadas con la ergometría, los reconocimientos de salud, la selección y tipo de mobiliario, el acceso telefónico, el hardware y el software informático, la dotación de recursos humanos, la organización interna, la formación y la información a la población. 8 de las acciones ya en implantación. Acciones que transversalmente afectan otras dimensiones.

Conclusiones: La aplicación de un método completo y reconocido para la evaluación de riesgos psicosociales en un área de Atención Primaria es novedosa.

El nivel de cobertura es elevado.

La utilización de herramientas de calidad ha permitido la participación de profesionales asistenciales del área y la implicación de las organizaciones de los trabajadores en la elección y el establecimiento de mejoras.

La interrelación entre la prevención laboral y la calidad es posible, novedosa y muy fructífera.

M32.03

CELEBRACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE EN EL HOSPITAL GALDAKAO- USANSOLO

K. Solozabal Orbegoza, E. Gómez Inhiesto, I. Gallego Camiña, A. Chueca Ajuria, R. Villa Valle, S. Rabanal Retolaza.

Hospital Galdakao-Usansolo.
kepa.solozabalorbegoza@osakidetza.net

Objetivo: Impulso de RSC en el Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) a través de acciones de sensibilización medioambiental enfocadas a grupos de interés (Sistema Sanitario, Sociedad, Clientes y Proveedores).

Método: 1) Encuesta Sociedad: Cuestionario de autocumplimentación de 5 ítems y dirigido a ayuntamientos de la Comarca Interior que da cobertura el HGU 2) Técnica de auditoría Ekoscan 3) Técnica cualitativa de consenso: Equipo de mejora Medioambiental 4) Benchmarking con grupo de intercambio de buenas prácticas "Oligopsonio" con presencia de 10 hospitales de diferentes comunidades autónomas.

Resultados: A raíz de resultados de encuesta de sociedad del año 2007, se evidencia como área de mejora la difusión de la política medioambiental. Esta área también había surgido en auditorías Ekoscan. Para ello se decidió la elaboración de un programa para la celebración del Día Mundial del Medio Ambiente que promueve la ONU durante la semana del 2 al 6 de Junio con los siguientes puntos: 1) Cartel informativo con motivo de la celebración, lema de la ONU y datos de acciones llevadas a cabo por el Centro 2) Creación de buzón de sugerencias ambientales. 3) Elaboración de folletos informativos para pacientes, familiares y personal del Centro con datos explicativos de la labor realizada por el Medio Ambiente y con consejos para reducir el Impacto Ambiental en el Hospital y fuera de él. 4) Distribución del postre elaborado con productos de Comercio Justo en menú para pacientes. 5) Concienciación sobre Consumo Eficiente a través de exposición: "Consumo de papel en el Hospital". 6) Difusión a través de Herramientas de Comunicación Interna: artículos en la revista y renovación del apartado de Intranet dedicado a Gestión Ambiental. 7) Difusión del acto y de la política medioambiental a Grupos de Interés: Organización central de Osakidetza, Hospitales de la Red, Hospitales pertenecientes al grupo del Oligopsonio para Mejora Ambiental y Ayuntamientos y Técnicos de agenda Local 21 de localidades y comarcas a las que da cobertura el HGU.

Conclusiones:

- 1) Mejora de relaciones y flujos de información (Benchmarking) entre Hospitales integrantes del Grupo Oligopsonio.
- 2) Difusión de la labor de Gestión Ambiental del Centro dentro y fuera de su área de influencia.
- 3) Todas estas acciones facilitarán una mayor sensibilización, mejorando nuestros resultados en la percepción por parte de la sociedad en coherencia con las líneas estratégicas del HGU y la RSC.
- 4) Se ha logrado una mayor implicación de la Dirección del Centro en desarrollo ético sostenible.

M32.04

COMO INCORPORAR LA VOZ DEL CLIENTE A LA GESTIÓN DEL HOSPITAL

R. Gotsens Vila, R. Julià Masip, E. Dorca Badia.

Hospital de Sant Celoni.

rgotsens@hsceloni.es

Objetivos: Abrir el hospital a la sociedad incorporando la voz del paciente en la gestión del mismo e impulsar la participación del ciudadano en la mejora continua.

Acercar la opinión de pacientes, acompañantes y ciudadanos en general al Consejo de Dirección y a partir de aquí a los distintos equipos de gestión del hospital facilitando una dinámica organizativa que tenga siempre en cuenta la perspectiva del paciente y la sociedad a la que damos servicio.

Material y métodos: Recoger la opinión, no tan solo del usuario a través de encuestas de satisfacción, sino de la sociedad a través de encuestas a la población.

El diseño de la encuesta lo realiza un Instituto de Enseñanza Secundaria del municipio. El hospital está situado en una área semirural en la comarca del Baix Montseny, atiende una población de 48.000 habitantes dispersos en 12 municipios. Es un hospital comarcal básico sin partos, pediatría ni UCI. Dispone de 54 camas para enfermos agudos, atiende 34.000 urgencias anuales y genera 3.665 altas. La población procede de 2 áreas básicas de salud.

Las encuestas se dirigen a una muestra representativa de los usuarios del hospital atendidos en el último año en los servicios de urgencias (20 preguntas), hospitalización (19 preguntas), consulta externa (15 preguntas). El objetivo de las encuestas es detectar si el hospital está enfocado hacia el paciente y se analiza: trato, puntualidad, comodidad, clima e información. La respuesta tiene una puntuación numérica del 1 al 10.

Se recogen datos demográficos: sexo, edad, nivel de estudios y percepción del estado de salud (pudiendo ser la respuesta a esta última pregunta muy bueno, bueno, regular y malo).

En todas las encuestas hay un apartado de texto libre para recoger la opinión del usuario sobre la organización.

Las encuestas se distribuirán a una muestra representativa de usuarios de cada servicio a finales de junio a través de una carta. Se incluye sobre de respuesta franqueado.

En agosto se introducirán las respuestas en una base de datos y se analizarán con el paquete estadístico SPSS en el mes de Septiembre.

Resultados: Se presentarán los resultados obtenidos en Septiembre 2008.

Conclusiones: Incorporar la perspectiva del ciudadano es fundamental a la hora de detectar oportunidades de mejora y poder diseñar así políticas de mejora continua de calidad en los centros asistenciales, y de manera especial centrando el foco en la relación de proximidad entre el ciudadano y el hospital.

M32.05

COMUNICACIÓN DE CRISIS ANTE EL BROTE DE UNA PATOLOGÍA NUEVA EN UN CENTRO DE TRABAJO

M. Pérez-Quintanilla, J. M. Molina Aragonés.

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).

miguel.perez@sem.gencat.cat

Introducción: La aparición, en febrero de 2007 y durante meses sucesivos, de un brote de lipoatrofia semicircular en diferentes empresas, entre ellas el Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña (SEM), tuvo un gran impacto mediático en los diferentes medios de comunicación. La noticia de la "nueva" patología y su rápida divulgación despertó todas las alertas sanitarias, laborales y sociales- y se convirtió en el tema de moda diario de televisiones, radios y rotativos. La presión mediática fue en aumento en la medida que surgían nuevas empresas implicadas y aumentaba el número de trabajadoras afectadas.

OBJETIVOS: Presentar el proceso de comunicación realizado para neutralizar, normalizar y ajustar a la realidad los titulares y las noticias, manteniendo a la vez una comunicación abierta y transparente tanto a nivel interno como externo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Documentación informativa sobre las diferentes notas de prensa realizadas.
- Estudio semántico y presentación de las informaciones facilitadas periódicamente por el SEM a los medios de comunicación, en base a la estrategia previamente diseñada. Se realizaron diez notas de prensa del tema su evolución y contenidos.
- Seguimiento de las noticias aparecidas y respuesta de los medios a las notas.
- Estudios ambientales realizados por una empresa externa especializada y contratada al efecto.
- Seguimiento posterior de las lecturas diarias termohigrométricas desplegado por Prevención de Riesgos Laborales.

RESULTADOS:

a) nivel externo: Como resultado de la estrategia planteada, de menos a más, se redujo de forma muy significativa la demanda de información y disminuyó la petición de entrevistas de los medios con los responsables de la empresa. Nuestra presencia en las noticias pasó a un plano irrelevante y tan sólo de complemento en la información que se mantuvo durante semanas en las principales cabeceras de los diarios e informativos del país.

b) nivel interno: La transparencia y regularidad de las notas informativas internas mantuvieron el buen nivel laboral de la empresa -no se produjo inestabilidad ni absentismo laboral- y no afectó el habitual funcionamiento. Se produjeron bajas laborales.

CONCLUSIONES: Tal como ya recomendaba Curvers, B., en su trabajo sobre 900 casos de lipoatrofia en Bélgica, un buen tratamiento de la información en éste caso y en otros de similares características, es más que necesario imprescindible.

Aportamos la evolución del número de noticias, lugar de aparición, medios, etc. En nuestro caso, aplicando la recomendación, hemos podido comprobarlo y beneficiarnos de una praxis más que correcta altamente efectiva.

M32.06

EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL EN RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA NORMA SA 8000: 2001

C. Villarroya Font*, M.A. Villarroya Font.

Badalona Serveis Assistencials.

cvillarroya@bsa.gs

Introducción: Esta organización está adherida al Pacto Mundial de las Naciones Unidas y es la primera organización sanitaria del Estado

certificada con la norma internacional de Responsabilidad Social SA8000:2001. manifestando así que es una empresa que apuesta por la Igualdad, por la preservación del medio ambiente, por la transparencia y el respeto a los derechos humanos.

Objetivos: Elaborar un documento donde se facilite la descripción de la organización y de los Sistemas de Calidad y Responsabilidad Social adoptados, para asegurar el cumplimiento permanente de los requisitos de las Normas SA 8000:2001, así como de las leyes a las cuales se ha sometido voluntariamente.

Material y Métodos: Elaborar el Código Ético de la organización.

Adhesión al Pacto Mundial de las Naciones Unidas.

Elaboración del Plan de Acción:

- Desarrollo de la documentación del sistema de gestión:
 - Manual de gestión.
 - Procedimientos.
 - Otra documentación.
- Implantación de la documentación:
 - Generación de registros.
- Auditoría interna.
- Auditoría de Certificación.

Conclusiones: Esta Organización ha contribuido a dar difusión y sensibilizar a la sociedad sobre el concepto de responsabilidad social Corporativa y dejar constancia de que:

- Las personas son el centro de nuestra actividad.
- Nuestro Compromiso con la RSC y la mejora continua.
- Un sistema de gestión basado en los principios éticos.

M32.07

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS EN EL HOSPITAL PLATÓ

J. López Carrascosa, C. Montilla Rivas, L. López Coronas, J. Martínez Arberola, A. Pérez Díaz, C. Ramírez Gonzalez.

Hospital Plató.

riscos.laborals@hospitalplato.com

OBJETIVOS: El compromiso institucional de Hospital Plató con el respeto al medio ambiente va más allá del imperativo legal en relación con la gestión de los residuos generados en el centro.

Una de las acciones más importantes llevadas a cabo para ello fue el diseño de un nuevo Plan de Gestión de Residuos, dentro del Plan estratégico 2007-2010.

METODOLOGÍA:

- Creación en el año 2005 de un Grupo multidisciplinar, cuyo trabajo dio como fruto un nuevo Plan de Gestión de Residuos donde se plasman acciones concretas para mejorar la gestión intracentro.
- Constitución del grupo de trabajo, en Comisión de Gestión de Residuos en mayo de 2007.
- En cada reunión de la comisión se elabora un documento resumen con los puntos tratados. La Comisión dispone de asesoramiento interno, Responsable de Medio Ambiente, y externo por parte de la empresa CESPAGR, SA, Gestor de Residuos Autorizado.
- Revisión periódica del Plan de Gestión de Residuos Intracentro.
- Formación externa del Presidente de la Comisión de Residuos y del Responsable de Medio Ambiente.
- Formación e Información al personal interno y externo del Hospital.
- Inversión en contenedores y señalización.
- Registro estadístico de los residuos segregados.
- Indicador de: Incidencias en la discriminación de residuos (zonas asistenciales).
- Instrucciones de trabajo de recogida de residuos.
- Reciclaje de papel, cartón, chatarra y aceites.
- Valorización de líquidos reveladores y fijadores fotográficos.
- Recuperación de Ag en radiografías.

RESULTADOS: Las cantidades y volúmenes recogidas cada año van aumentando como se observa en el Registro estadístico desde el 2005. También se observa un aumento anual del número de diferentes tipos residuos retirados y que en el 2008 asciende a 18, frente a los 10 que se recogían en el 2005.

CONCLUSIONES: La creación de la Comisión de Residuos, gracias al estudio de impactos ambientales, ha permitido una mejora sustancial en la segregación de los residuos generados. El personal realiza una separación de residuos en la zona de trabajo, y se ha mejorado el sistema de retirada.

M32.08

INICIATIVAS DE SOLIDARIDAD Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL DESDE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

J. Marta Moreno*, J. Pardo**, T. Ventura**, A. Sese***, C. Barba, en nombre de todos los miembros del Grupo de Solidaridad y Cooperación del Sector Zaragoza II.

*Director del HUMS; ** Coordinadores del Grupo.; ***Gerente del Sector. Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

jmarta@salud.aragon.es

Desde el año 2005, en el Sector Zaragoza II, existe un Grupo de Solidaridad y Cooperación en Salud, que colabora con grupos similares en otros centros de Aragón. Se organiza en cuatro áreas:

- Formación y Sensibilización.
- Inmigración y minorías.
- Normativa, organización y permisos.
- Proyectos internacionales de cooperación.

La cooperación internacional es posible gracias a la participación de los profesionales y a la existencia de un marco normativo y de financiación pública claro, a través de una "Encomienda de Gestión" desde la Oficina de Cooperación del Gobierno de Aragón, que selecciona y aprueba los proyectos, al Servicio Aragonés de Salud que los ejecuta.

En estos años hemos desarrollado proyectos internacionales en:

- Tchad: dispensario de Kyabé y hospital de Sahr: formación en embarazo y transmisión VIH. Donación de un ecógrafo. Formación en ecografía.
- Malawi: Hospital de Mtengo Wa Nthenga, Kanengo y Kenzi (CHAM). Envío de un contenedor con material y equipamiento electromédico, donación de un ecógrafo. Acciones médico quirúrgicas: operar y enseñar. Asesoría en infraestructuras; Formación en ecografía.
- Senegal (en colaboración con el Sector III): Hospital Regional de Kaolack: envío de un contenedor con material electromédico, de laboratorio y equipamiento de un quirófano completo.
- República Dominicana: Formación de 40 ecografistas, con el apoyo de la OPS. Formación de radiología y ecografía en Barahona, en colaboración con la Secretaría de Salud y OPS. Formación de médicos y enfermeras en Salud Mental Comunitaria, con la Secretaría de Salud Mental dominicana. Intercambios y estancias en España para psiquiatras y enfermeras. Formación en peritaje psiquiátrico.

Como se recoge en nuestro reglamento interno, nuestra visión y valores son: "Como profesionales de un servicio público de salud que tiene como base el derecho universal a la salud, la equidad y la justicia social, creemos que es nuestra obligación trabajar por los más desfavorecidos allá donde estén".

"Creemos que el conocimiento de la situación sanitaria de los países menos desarrollados contribuye a una mejor valoración de los propios recursos sanitarios, a favorecer en los profesionales una mejor percepción de su papel social y a un mejor conocimiento de las patologías prevalentes en esos países".

M32.09

JORNADAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, M. Gutiérrez Torre, J. C. Garrido Gómez, M. Á. García González, A. Escajadillo Canales.

Hospital Sierrallana.

pherrera@hsl.scsalud.es

PALABRAS CLAVE: RSC. Sensibilización. Expectativas.

OBJETIVOS: Fomentar actividades de sensibilización en Sostenibilidad, Identificar mejores prácticas en RSC y conocer las expectativas de nuestros Grupos de Interés.

METODOLOGÍA: La Comisión Medioambiental, en 2004, diseñó una actividad, Jornada, técnica, de carácter anual, alrededor de la cual se programan otros actos de diferentes temáticas que incluyen aspectos relacionados con las dimensiones de la RSC. Están dirigidas a las personas de la organización, pacientes/acompañantes y sociedad en general. Las dos primeras Jornadas se programaron en relación al Día Mundial del Medioambiente, 5 de junio, posteriormente se programan alrededor de la fecha de apertura del Hospital. Desde entonces las Jornadas son una herramienta al servicio de la Comisión de Sostenibilidad. La elección de la temática y del diseño de la

actividad se realiza a través de la metodología REDER del modelo EFQM.

RESULTADOS: 4 Jornadas que incluyen: Actividades técnicas, de carácter universal, en las que a través de 6 mesas redondas se han abordado aspectos de: Gestión medioambiental, Responsabilidad Social, expectativas de nuestros usuarios y Pacto Mundial. Participaron en las mismas: 2 ONG's, 5 Hospitales, Representantes de: Asociaciones de Pacientes 3, Consumidores, 1, de la Administración, 4 y 5 empresas de diferentes ámbitos adheridas al Pacto Mundial. Ha habido actividades de sensibilización con exposiciones: Sobre el trabajo de ONG's, 3, Fotográficas, 3, 1 de paneles didácticos, 1 sobre actividades de las Asociaciones de Pacientes, sobre los Objetivos del Milenio y Causas de la Pobreza, y 1 charla informativa sobre el trabajo de campo de una ONG. Actividades dirigidas al personal: 1 Concurso de ideas para el eslogan que identifica al Hospital con el Desarrollo Sostenible, con 29 participantes. 2 Concursos fotográficos Salud y Medioambiente, en los que han participado 38 personas con 101 fotografías, con posteriores exposiciones de las mismas. En la 1ª Jornada se intercambiaron 100 termómetros de mercurio por otros de galio, siendo este momento el inicio de la retirada del mercurio en la Institución. Actividades a la Sociedad en general, Jornadas de Puertas Abiertas y actividades de carácter socio-cultural, obras teatrales junto con Conferencias, relacionadas con eventos culturales de nuestra Comunidad.

CONCLUSIONES: Estas Jornadas nos han dado la oportunidad de difundir los conceptos de Sostenibilidad y RSC, aumentar nuestro conocimiento sobre el marco teórico del mismo, establecer alianzas con otros agentes sociales, e identificar expectativas de nuestros Grupos de Interés, permitiéndonos todo ello avanzar en el desarrollo de nuestra RSC.

M32.10

MODELO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

I. Cornejo García * (0), J. Mayol Canas (1).

(0) null, (1) Área 8 de Atención Primaria - Servicio Madrileño de Salud. slorenzo24@yahoo.com

Objetivos: Cada vez más, la sociedad demanda de las empresas y organizaciones una actuación responsable, no sólo en el ámbito económico, sino también en el medioambiental y social.

Tanto la Comisión Europea como los gobiernos han emitido recomendaciones y normas para fomentar la Responsabilidad Social de las empresas y organizaciones.

El objetivo de este trabajo es proponer un modelo para la implantación de un proyecto de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) en las organizaciones sanitarias.

Material y Métodos: Se ha examinado la bibliografía sobre RSC, las Recomendaciones de la Comisión Europea, las conclusiones del Foro de Expertos en RSE del Ministerio de Trabajo, la Guía de la Global Reporting Initiative en su versión de noviembre de 2006 (GRIG3) y las escasas experiencias de RSC en organizaciones sanitarias en nuestro país.

Resultados: Se propone un modelo para implantar un proyecto de RSC en las organizaciones sanitarias, definido por las siguientes fases:

1. Formación en RSC del Equipo Directivo y de los Responsables de las Unidades Asistenciales y de Gestión.
2. Incorporación de criterios de RSC a la Misión, Visión y Valores de la organización.
3. Identificación de los aspectos de RSC sobre los que actuar desde las perspectivas: financiera, de usuarios, de personas de la organización, de otros "grupos de interés", tecnológica y de procesos (orientados al usuario y de soporte).
4. Priorización y programación de acciones.
5. Establecimiento de indicadores y definición del sistema de seguimiento.
6. Despliegue de las acciones.
7. Evaluación de los resultados.
8. Comunicación de las conclusiones de la evaluación a todos los "grupos de interés".
9. Revisión del modelo.

Conclusiones: La implantación de proyectos de RSC en las

organizaciones sanitarias aumenta su legitimación ante sus "grupos de interés" y ante la sociedad en su conjunto y proporciona una ventaja competitiva.

M32.11

PLAN DE ACCIÓN EN MATERIA DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y VOLUNTARIADO SOCIAL

P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, M. Á. García González, C. Pereda Andonegui, J. J. Hermosa Villanueva, D. Acón Royo.

Hospital Sierrallana.

pherrera@hsl.scsalud.es

PALABRAS CLAVE: Expectativas. Cooperación. Voluntariado.

OBJETIVOS: Identificar las expectativas de las ONG's/Fundaciones. Establecer un Plan de Acción.

METODOLOGÍA: Desde hace varios años el Hospital realiza actividades en conjunto con ONG's/Fundaciones. En 2007, tras ser incluido en el CG el objetivo: Establecer acuerdos con ONG/Fundaciones, abordamos la colaboración con las mismas de una manera sistemática. Constituimos la Comisión de Acción Social, para, entre otras actividades, liderar la consecución de dicho objetivo. Aplicando la metodología REDER del modelo EFQM, identificamos a personas de la organización vinculadas con ONG's/Fundaciones a quienes convocamos a una reunión de trabajo, también participaron otras personas interesadas en el tema. Mantuvimos entrevistas personales con responsables de las ONG's, con las que habíamos colaborado, con otras que bien por su representatividad, o por la labor realizada las consideramos claves, y otras entidades, de especial relevancia, como el Gobierno Autónomo y la Universidad. Tras estas entrevistas y reuniones elaboramos un primer Documento de Síntesis que recoge las expectativas de estos Grupos. Identificamos a las diferentes ONG's/Fundaciones existentes en Cantabria, su ámbito de actuación, y las convocamos a una Jornada, que incluyo, entre otras, la presentación del Documento de Síntesis. Se les pidió a los asistentes, que en un plazo de tiempo, aportaran las sugerencias que consideraran oportunas al mismo. Con las aportaciones recibidas elaboramos el Documento Final.

RESULTADOS: En estos años, el Hospital ha participado de manera activa con 7 ONG's/Fundaciones en diferentes actividades, relacionadas con proyectos 5, y con actividades de sensibilización, exposiciones, Concursos de Dibujo...

En todo el proceso de elaboración del Plan de Acción en materia de Cooperación para el Desarrollo y Voluntariado Social han participado representantes de 20 entidades y de la Coordinadora Cántabra de ONG's que integra a 35 ONG's. El Plan de Acción incluye acciones para potenciar el voluntariado entre el personal del hospital, para la realización de actividades en materia de sensibilización y formación, y la participación en proyectos y campañas concretos. Este Plan se integra en el Plan de Acción en RSC 08. La Coordinadora Cántabra de ONG's, forma parte de la Comisión de Sostenibilidad, órgano encargado de desarrollar el marco de la Responsabilidad Social.

CONCLUSIONES: Las organizaciones han valorado de forma excelente la iniciativa del Hospital. La metodología REDER nos ha permitido aumentar nuestro conocimiento sobre el voluntariado social y para el desarrollo y establecer alianzas con otros agentes sociales, y avanzar en el desarrollo de nuestra responsabilidad social.

M32.12

PUERTAS ABIERTAS: VEN QUE TE CUENTO

P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, M. Gutiérrez Torre, R. Revuelta Arroyo, P. Garrido Ballesteros, C. Talegón Pinilla.

Hospital Sierrallana.

pherrera@hsl.scsalud.es

PALABRAS CLAVE: Expectativas. Percepción. Comunicación.

OBJETIVOS: Promocionar la salud. Identificar expectativas de la sociedad en su conjunto. Conocer la percepción que tiene la misma del Hospital.

METODOLOGÍA: Mejorar la comunicación y el dialogo, asegurar la capacitación del paciente/acompañantes y de la sociedad en general en cuestiones como la utilización de recursos y dispositivos sanitarios, alimentación y primeros auxilios, entre otros temas, es una de las claves de la Promoción de la Salud desde el Hospital, formando parte ésta de la Responsabilidad Social Corporativa del Centro. Dentro de la línea emprendida en el Hospital, de "Responsabilidad Social como

estrategia de Sostenibilidad", y aplicando la metodología REDER del Modelo EFQM, desde el año 2004, se desarrollan las Jornadas de Puertas Abiertas. Las mismas se dirigen desde el Servicio de Atención al Usuario. Comenzaron su andadura coincidiendo con el X aniversario de apertura del Hospital. Posteriormente, se han incluido como una actividad vinculada a las Jornadas de Desarrollo Sostenible, atendándose también demandas puntuales fuera de esas fechas. Las Jornadas de Puertas Abiertas, se desarrollan en el Hospital, aunque también se han realizado visitas a Centros Educativos. Los temas abordados son variados y están relacionados con: la Cartera de Servicios, la Misión, el Mapa de Procesos del Hospital; Alimentación y Trastornos de la Alimentación; Carreras Universitarias en Ciencias de la Salud y Salidas profesionales y Primeros Auxilios. En la Jornada del Hospital se realiza además una visita guiada. En las últimas ediciones al finalizar las mismas, a través de un cuestionario, preguntamos por el interés de la actividad y por la percepción que tienen los asistentes del Hospital.

RESULTADOS: Desde la puesta en marcha de las Jornadas de Puertas Abiertas, han acudido al Hospital 443 personas, de 38 entidades diferentes. La opinión que les merece la misma es de un 8 sobre 10, el 80,93 consideran la percepción que tienen del Hospital como satisfactoria o muy satisfactoria. En las visitas realizadas a los Colegios, han participado 14 Centros Educativos, 1569 alumnos, valorando las charlas con un 8,4 sobre 10. En la última edición, se emitió el Programa radiofónico de mayor audiencia en la comarca desde el Hospital, centrándose el contenido del mismo, en la difusión de las nuevas líneas de trabajo emprendidas en el último año.

CONCLUSIONES: Los participantes valoran de forma excelente la iniciativa del Hospital, y de forma notable la utilidad del intercambio, permitiéndonos alcanzar los objetivos propuestos.

M33.01

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UN INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

M. I. Lluís Ferretjans, Y. Cáceres Tejeiro, M. Caldentey Tous*.
CS ESPORLAS.

mcaldentey@ibsalut.caib.es

Introducción: La adolescencia es una etapa fundamental del desarrollo en la cual se configura la identidad y el estilo de vida de las personas. Existe de forma creciente en los últimos años una preocupación por los "riesgos" de salud en la adolescencia: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas o trastornos de conducta alimentaria.

Durante el curso escolar 2006-2007 se creó en el Instituto de Educación Secundaria de Esporles (Mallorca) una Comisión de Educación para la Salud (EPS) constituida por representantes profesionales educativos, sanitarios, asociación de padres y madres, y adoptó 2 tipos de estrategias:

- 1- La puesta en marcha de una Consulta Joven en el Instituto.
- 2- Realización de Talleres de Educación para la Salud.

Objetivos: Mejorar la formación en salud de los adolescentes, para que sean capaces de tomar decisiones autónomas, inteligentes y responsables en todo lo relacionado con la salud y aumentar la práctica de conductas saludables por parte de los adolescentes.

Material y Métodos: Se realizaron reuniones de coordinación de la Comisión de EPS. Se pasó una encuesta de Salud a todos los alumnos y se priorizaron los temas a trabajar en los Talleres: educación en asertividad y toma de decisiones, alimentación y nutrición, educación afectivo-sexual, prevención de drogas, educación en el uso adecuado de internet.

Los talleres constan de 4 sesiones de 55 minutos de duración (impartidos por profesorado y personal sanitario) y se organizó la Consulta Joven, todos los viernes de 11-00 a 13-00h, cuyos responsables son la enfermera de pediatría y la pediatra del centro de salud.

Resultados: Aumento de la implicación de los jóvenes en su salud. Priorización de sus propias necesidades de formación. Asistencia media de 12 alumnos por día en la consulta joven.

Conclusiones: La participación del grupo aumenta la motivación e interés del alumnado en sus propios problemas. Permite el acercamiento del personal sanitario a los adolescentes y aumentar sus conocimientos sobre su salud. El trabajo conjunto de profesionales sanitarios y educativos aumenta la calidad de la formación en salud.

M33.02

IMPLANTANDO EL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE UN SECTOR SANITARIO

M. T. Villa Gazulla, A. Sesé, J. Marta, J. R. García Mata, M. Vela.

Hospital Universitario "Miguel Servet".

mtvilla@salud.aragon.es

Introducción: El Plan de Gestión de la Calidad del Sector Zaragoza II se articula como un Plan Sectorial derivado del Plan estratégico, que está interrelacionado con los demás planes del Sector y que documenta el compromiso directivo y de la organización con la calidad.

Objetivo: Implantar el Plan de Gestión de la Calidad en un Sector Sanitario que atiende a 392.927 habitantes.

Material y métodos: Se ha procedido a documentar, implantar y difundir un Plan en el que se evidencia el compromiso de la Alta Dirección con la calidad a partir de la definición de una política y estrategia clara, la articulación del Organigrama para la gestión de la calidad y el desarrollo del Programa, que incluye el análisis de la calidad mediante el modelo EFQM y la monitorización de indicadores enmarcados en los objetivos de calidad del Contrato de Gestión del Servicio Aragonés de Salud.

Resultados: Durante el año 2007 se ha realizado la evaluación EFQM con una puntuación de 301 puntos que ha motivado la puesta en marcha de 19 Proyectos de mejora liderados por 15 directivos. Además, 46 servicios del hospital están desarrollando 134 Líneas de mejora, a las que se suman 55 proyectos enmarcados dentro del Programa de apoyo a iniciativas de mejora, financiado por el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma con un total de 39.493 Euros.

Otros 61.130 Euros están destinados a Proyectos de Seguridad Clínica. Otros datos importantes de resultados en el desarrollo de la calidad en el Sector son:

- 8 procesos en marcha.
- Aplicación de 11 estándares de la Joint Commission en marcha.
- 17 Comisiones clínicas en la que participan 226 profesionales.
- Impulso de los procesos de certificación con la utilización de la ISO 9001 y la puesta en marcha del proceso de acreditación de los laboratorios con la norma ISO 15189.
- Finalmente, se han destinado 38.935 Euros para la formación continuada en calidad.

Conclusiones: El Plan de Gestión de la Calidad se configura como un instrumento natural útil para la consecución de los objetivos globales del Sector Zaragoza II. Su actualización en mayo de 2008 pretende mejorar continuamente su eficacia, para garantizar un servicio satisfactorio y de calidad a su población de referencia.

M33.03

LAS "AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS" (ACSC) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN 5 ZBS

L. Colomé, R. M. Tomás Cedó, L. Balaña, J. Galbany, L. Rios, D. Pedrico.

Grup Sagessa.

lcolomes@grupssagessa.cat

Objetivo: Se dispone de un sistema de información periódico de Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) para gestión clínica y revisión de casos por parte de los 5 equipos de APS de nuestra organización.

El objetivo del estudio es cuantificar y determinar los resultados de la revisión de casos ACSC del año 2007 en 5 Zonas Básicas de Salud (ZBS) y evaluar su utilidad.

Material y métodos: A partir del CMBDAH de hospitalización del hospital de referencia de las 5 ZBS, se elaboran trimestralmente estadísticos de frecuencia y listados individuales de los casos de ACSC observados en el periodo, que se remiten a la ZBS correspondiente.

En la ZBS, el EAP revisa cada caso en sesiones periódicas, determinando si tiene historia abierta, si consta un episodio previo relacionado con el ACSC, si ha sido derivado desde la ZBS, factores de riesgo conocidos y grado de control de los mismos. Se registran los resultados y las acciones propuestas si las hay.

Resultados: Se comunicaron 417 episodios de ACSC en el conjunto de las 5 ZBS. Los ACSC más frecuentes fueron: insuficiencia cardíaca

(28%) y cardiopatía isquémica (26%).

El 14% de los ACSC no constaban en la ZBS, aunque el paciente hubiera declarado que residía en la zona.

De los que constaban, cerca de un 90% presentaba un contacto previo relacionado con la ACSC, un 77% fue derivado a atención especializada por el propio EAP (un 23% acudió de motu propio), el 88% presentaba factores de riesgo (FR) asociados registrados, y un 80% de éstos tenía los FR bajo control.

Conclusiones: El sistema de información elaborado resulta útil para la revisión continuada de los casos ACSC provenientes de la propia ZBS. Existe un 14% de pacientes no controlado por el propio EAP con factores de riesgo o patología importante. Son necesarias acciones proactivas para acoger este porcentaje de población en el EAP.

Cerca de un 20% de pacientes con FR conocidos, no tienen éstos bajo control. Hay que adoptar acciones de mejora dirigidas a estos casos.

M33.04

MAPA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN DE MURCIA C. Arellano Morata* (0), R. Gomis Cebrian (0), P. Parra Hidalgo (0), T. Fernández Aparicio (1), M. Alcaraz Quiñonero (2), R. García De León González (3).

(0) Consejería de Sanidad, Murcia, (1) Servicio Murciano de Salud, (2) Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia, (3) Hospital Virgen del Castillo, Yecla.

carmen.arellano@carm.es

OBJETIVOS:

1. Conocer la prevalencia y duración de la lactancia materna (LM) en la Región de Murcia.

2. Analizar los motivos de abandono.

3. Conocer las variables sociodemográficas que influyen sobre la LM.
MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal, realizado en mayo-junio de 2007. La unidad de estudio fue las madres/niños que acuden al centro de salud para completar el calendario de vacunación hasta los 15 meses de edad. El ámbito de estudio fueron las 77 zonas de salud enmarcadas en las 6 Áreas Sanitarias en las que se distribuye la Región de Murcia. La fuente de datos fue un cuestionario y el modo de cumplimentación mediante entrevistador. El tamaño muestral se calculó para una precisión aproximada del 2%, confianza del 95% y prevalencia estimada del 50%. Muestreo estratificado proporcional al número de recién nacidos y residentes en cada área sanitaria y al número de tarjetas sanitarias asignadas al pediatra de zona. Se recogieron datos socio sanitarios del bebé, la madre, y de la alimentación del niño.

RESULTADOS: Se remitieron 1992 cuestionarios (lo que supone el 11,5% del total de nacidos vivos) de las cuales fueron cumplimentadas 1836 (95,2% de tasa de respuesta). Iniciaron la LM el 89,7%(1643), de éstos el 76,7%(1405) lo hicieron de forma exclusiva. Al 3º mes mantenían la LM completa (incluye LM exclusiva y LM con aporte de líquidos no nutritivos) el 44,4% y al 6º mes el 29,3%. La duración media de ésta fue de 75 (IC 15 días) y con alimentación suplementada se prolongó hasta los 129 (IC 20 días). Los niños NO alimentados con LM (10%), fue por: enfermedad / ingreso (46,7%), falta de leche (28,6%) y decisión de la madre (19,3%). Las causas de abandono fueron hipogalactia y percepción de insaciabilidad del bebé (29,3%) y no ganancia de peso (11%). Las variables relacionadas con la LM que influyeron de forma significativa ($p < 0,05$) fueron el peso del niño, el tipo de parto, el Área sanitaria, edad de la madre y la paridad, la actividad laboral, el lugar de procedencia y el nivel de estudios de la madre.

CONCLUSIONES: Las cifras de lactancia materna en Murcia no son las recomendadas por la OMS, y para mejorarlas son necesarias intervenciones dirigidas a los grupos de riesgo identificados tras el estudio.

M33.05

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA DE LA RESIDENCIA "MONREAL" DE LA TERCERA EDAD EN MONREAL DEL CAMPO, TERUEL

E. Carod Benedito* (0), T. Lainez Lorente (1), C. Gómez Cadenas (1), M. J. Julve Sebastián (2), M. Montolio Gracia (2), E. M. Beltrán Escura (2).

(0) null, (1) CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO, TERUEL, (2) RESIDENCIA "MONREAL" DE MONREAL DEL CAMPO, TERUEL.

ecarod@salud.aragon.es

Objetivos: Mejorar la asistencia de los residentes en situaciones complejas y de gravedad, optimizando la utilización de recursos existentes y aumentando la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria.

Material y métodos: Estudio de intervención sin asignación aleatoria "antes-después".

1º.-Estudio descriptivo transversal del último cuatrimestre del 2007 con el objetivo de realizar un diagnóstico de la situación de partida en relación a las demandas atendidas por el servicio de urgencias del Centro de Salud de Monreal.

2º.-Catalogación de las patologías atendidas según la definición de Grandes síndromes Geriátricos ("ies de Geriatria") y según la ansiedad que ocasionaron en los profesionales de la residencia que los atendieron con una hoja de recogida de datos. Descripción de las situaciones que fueron realmente urgencias y donde deberían haberse atendido: residencia-domicilio/centro de salud.

3º.-Se realizarán intervenciones de las siguientes características: Reuniones interdisciplinarias trimestrales entre miembros del centro de salud y la residencia para mejorar la comunicación, información relevante de residentes, protocolos de actuación, etc. Así mismo se intentará mejorar la difusión de información a la familia.

Sesiones científicas docentes a los profesionales de la Residencia y presentación de protocolos de actuación en las situaciones más complejas o que más ansiedad crearon.

4º.- Estudio descriptivo transversal del último cuatrimestre del 2008 con el objetivo de realizar un diagnóstico de la situación después de la intervención.

Resultados: Disminuir el número de demandas urgentes que pueden solucionarse en la misma residencia.

Estimación de la disminución de derivaciones a urgencias del centro de salud y hospital.

Disminuir la ansiedad ante la demanda de situaciones percibidas por los trabajadores de la residencia como graves.

Mejora de la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria a los residentes.

Mejora de la satisfacción de los residentes y sus familias.

Aumentar coordinación y colaboración entre los profesionales de ambos centros y mejorar la satisfacción de los mismos.

Facilitar la participación de la familia en el proceso de atención sanitaria al anciano dependiente.

Conclusiones: Gracias a la colaboración y mejor coordinación de los profesionales de ambos centros (de salud y residencia) se han realizado una serie de intervenciones que han contribuido a mejorar la atención socio-sanitaria del residente aumentando la calidad de vida y dignidad del residente y facilitando la participación de la familia. Todo ello se traduce en una mayor satisfacción del usuario y del profesional al mejorar la efectividad y eficiencia de dicha atención sanitaria.

M33.06

MEJORA DEL CONTROL DE HIPERTENSOS: EL PAPEL DE LA ENFERMERA

E. Morales Suárez, A. Collado Cucò, O. Doblado López, M. Ocete Manero, E. Enri Fernández, T. Espejo Vidal.

SAGESSA.

acollado@comt.es

Objetivo: Comprobar la relación entre intervención de enfermería y control de los pacientes hipertensos.

Metodología: Estudio observacional descriptivo. Revisión de las intervenciones sobre pacientes hipertensos durante los años 2006 y 2007 (total: 4700 intervenciones sobre 392 pacientes) en una Área Básica de Salud rural con 6000 personas adscritas. Obtención de

datos a partir de la Historia Clínica (HC) informatizada (OMI-AP). Se recogen datos de edad, sexo, patologías, motivo de consulta, profesional que la realiza, cifras de tensión arterial y cupo al que pertenece el paciente. Se acepta el criterio de control de la hipertensión arterial (HTA) propuesto por el Servei Català de la Salut en su contrato de servicios con nuestro centro.

Los datos son tabulados y depurados mediante aplicativo basado en Microsoft Access. Estudio estadístico mediante el paquete SPSS. (Estadística descriptiva, test de Student, test del χ^2 cuadrado, análisis de la varianza y regresión logística binaria).

Resultados: Total visitas realizadas: 22189 entre los 2 años (10952 el 2006 y 11237 el 2007), de las cuales 2096 (1885 y 1965) corresponden a intervenciones sobre HTA (Media de intervenciones sobre HTA anuales: 7,5 el 2006 y 7,2 el 2007).

No se encontraron diferencias por edad, sexo ni coexistencia de otras patologías crónicas entre ambos años.

Se recuperan 392 individuos con información de ambos años. Esta muestra no se diferencia significativamente del global de hipertensos registrados.

Durante el 2006 el 37% de las visitas fueron realizadas por el médico de cabecera y el 56% por la enfermera, siendo del 44% y el 51% respectivamente el 2007.

Se consiguió el control del 59% de los pacientes el 2006 y del 53% el 2007. El porcentaje de visitas con la enfermera es la única variable que se relaciona significativamente con el porcentaje de pacientes controlados.

La relación entre variación del porcentaje de visitas de enfermería y probabilidad de alcanzar el nivel de control resultó pobre ($R^2=0,045$) aunque estadísticamente significativa ($p<0,001$). La introducción de otras variables en el modelo de regresión no modifica substancialmente estos resultados. Se muestra la estimación de la probabilidad de control de un paciente hipertenso en función del porcentaje de visitas que realice con enfermería.

Conclusión En nuestro estudio se muestra la existencia de una relación poco intensa pero estadísticamente significativa entre visitas de enfermería y control de la hipertensión. Son necesarios más estudios para determinar la relación con otros factores que condicionan este control.

M33.07

MEJORIA EN SALUD DE LOS DIABÉTICOS, MEDIANTE SU CONTROL METABÓLICO Y OPTIMIZACIÓN DE LA HbA1c, EN CENTRO DE SALUD DE BERDÚN, HUESCA

A. C. Gimenez Baratech*, A. Arnal Barrio, S. Salinas Gargía.

ATENCIÓN PRIMARIA HUESCA.

anacargim@yahoo.es

OBJETIVOS: Conseguir un mejor control metabólico de los pacientes, ajustando los diferentes tratamientos para conseguir una HbA1c menor a 7% (cifra consensuada por la comunidad científica), al menos en el 60% de los pacientes. Llevarlo a cabo a través de la información a los pacientes y la motivación de los profesionales.

MÉTODOS: Se examinaron los resultados obtenidos en la evaluación anual del Contrato de Gestión del Sector de Huesca. Se analizaron, por parte de todo el Equipo, las posibles oportunidades de mejora. Se priorizaron las siguientes acciones:

1º Organización y actualización de registros.

2º Realizar sesiones y casos clínicos monográficos de la Diabetes.

3º Organizar charlas participativas con los diabéticos pertenecientes al Centro.

4º Evaluación del número de analíticas con HbA1c y de su resultado, tras 6 meses de actuación intensiva.

Se estudiaron todos los diabéticos, tanto tipo I como tipo II, incluidos en el Programa del Diabético del Centro de Salud y se evaluó en mayo 2008.

RESULTADOS:

- El Centro tiene incluidos en el Programa del Diabético a 106 pacientes (76 hombres y 30 mujeres). Destacamos que 61,31% de los pacientes tienen más de 70 años.

- Al no estar informatizado el Centro se unificaron todos los listados y se realizó una única hoja Excel.

- Se organizaron dos charlas de educación grupal, en diferentes pueblos.

- Se realizaron 4 sesiones teóricas y 2 de casos clínicos.

- Se les realizó HbA1c a 82 pacientes (85,41%), mejorando la cifra

del 60% del 2007.

- Se consiguió una HbA1c menor a 7% en 54 pacientes (65,85%), superando el 42,26% anterior.

CONCLUSIONES:

- La motivación de los profesionales en un tema concreto de salud de la población, conlleva resultados muy favorables.

- Se puede mejorar el control metabólico de los diabéticos mediante la información y la intensificación de las medidas higiénico-dietéticas en los pacientes y actualizando los conocimientos sobre el tratamiento farmacológico a los profesionales.

- Se obtuvo una ganancia en salud de los diabéticos al conseguir cifras de control metabólico mejores que las publicadas en la literatura científica.

M33.08

OXÍGENO DOMICILIARIO: CALIDAD ASISTENCIAL DE LA INDICACIÓN INICIAL

R. Bernabeu Mora*, J. M. Sánchez Nieto, P. García Torres, A. Carrillo Alcaraz, R. Andújar Espinosa.

HOSPITAL J.M.MORALES MESEGUER.

juanm.sanchez3@car.m.es

Objetivo: Analizar la calidad científico-técnica (CAcc) de la indicación inicial de oxígeno domiciliario (IIOD) en la población dependiente de un hospital de área.

Metodología: Estudio evaluativo prospectivo de calidad asistencial en pacientes valorados consecutivamente en consulta monográfica de terapias respiratorias (CTR). Valoración: Oxígeno en gasometría arterial (GA) (analyzer ABL800 FLEX, Copenhagen) u oximetría (pulsioxímetro Spiro Pro-Jaeger, Germany). Dimensión: calidad científico-técnica. Población: pacientes con IIOD. Definiciones: IIOD: tiempo inferior a tres meses desde inicio del oxígeno. Tratamiento inhalado (Tinh) adecuado: en EPOC y asma, existen 1) coincidencia del Tinh del paciente con recomendación de Guías clínicas: GOLD y GINA y 2) autoadministración inhalador, según evaluador, realización correcta inspiración y apnea (normativa SEPAR). Criterios Calidad (Cr). Cr1: existencia datos técnicos administración de oxígeno, Cr 2: realización GA antes de IIOD, Cr3: IIOD cumple con Guía GOLD, Cr 4: pacientes con IIOD paliativa tienen hipoxemia ($\text{sat O}_2 < 90\%$), Cr 5: Tras evaluar paciente en CTR continua indicación (IIOD), Cr6: Tinh adecuado. Análisis estadístico: variables expresadas como media $\pm$ desviación estándar y porcentajes. Comparación entre variables χ^2 y T Student.

Resultados: Se analizan 152 casos de IIOD, 48 pacientes (31,5%) no acudieron, 19 (39,6%) tenían IIOD paliativa. Se estudiaron 104, 62 hombres (59,6%), 42 mujeres (40,4%), edad $78,3 \pm 7,6$ años. Tiempo entre prescripción de oxígeno y cita $71,4 \pm 52,9$ días. Diagnósticos IIOD: 40 EPOC (38,5%), 27 "paliativos" (26%). Especialidades: Medicina Interna: 63 casos (60,6%), Urgencias: 13 (12,5%), Neumología: 7 (6,7%). En 25 (24%) no existe documento prescripción.

El Cr1: datos técnicos (fuente, forma administración, flujo y horario) incumplen 71 de 79 casos (89,9%). 69 casos (66,3%) no indican fuente oxígeno. No realización de GA previa a indicación (Cr2) en 18 casos (20%). 52 pacientes (83,9%) no cumplían GA de guía GOLD (Cr3). Indicación "paliativa" no se detectaba hipoxemia en 10 pacientes (38,9%) (Cr4). Tras evaluación en CTR se continuaron Oxígeno (Cr5) 33 pacientes (42,9%). No cumplían Tinh adecuado 40 pacientes (78,4%). Al relacionar criterios con especialidades hay diferencias significativas en datos técnicos (Cr1), siendo Neumología el que menos incumple ($p = 0,024$). Las mismas relaciones existen en GA recomendada ($p = 0,039$) y continuación de indicación ($p = 0,008$).

Conclusiones: 1ª: La calidad científico-técnica de la IIOD es deficiente, 2ª Existe un elevado porcentaje de ausencia a las citas e incumplimientos en los criterios analizados. 3ª Una cuarta parte de indicaciones corresponden a indicaciones paliativas.

M33.09

RESULTADOS DE CALIDAD PERCIBIDA EN UN CENTRO DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SESCAM

C. Moreno-Chocano Gutiérrez*, T. Noblejas Negrillo, J. Ortiz Valdepeñas, R. Fernández Fanega, A. Figueras Juárez, O. Solas Gaspar.

SESCAM / Hospital General Ciudad Real.

cesareom@sescam.jccm.es

Objetivo: Los centros de Especialidades Diagnóstico y Tratamiento (CEDT), creados para favorecer la alta resolución de los procesos sin desplazamientos añadidos, integran la Atención Primaria, Especializada y Urgencias. Nuestro objetivo era evaluar el grado de satisfacción de la población atendida en el CEDT de Daimiel un año después de su apertura.

Material y método: Se seleccionaron aleatoriamente 339 usuarios (36% hombres y 64% mujeres) entre la población atendida en consultas especializadas de octubre del 2007 a enero del 2008. Se realizaron entrevistas telefónicas por personal propio, previamente formado para la realización de la encuesta de satisfacción que adaptamos previamente a la empleada de manera general, por la Fiscam.

Resultados: El 87% consideran que ha mejorado la asistencia sanitaria en su localidad desde la apertura del centro y el 93,20% que se mejorará la asistencia en los próximos años. El 88,7% están muy de acuerdo que se realicen las pruebas sin desplazarse al Hospital. El 89% reconoce la eficacia y resolución de su proceso. Un 94% valora como satisfactoria o muy satisfactoria la capacidad de escucha del médico. La satisfacción global es de 8,15 siendo la media del Sescam 7,71.

Conclusiones: Nuestros resultados avalan la hipótesis que acercar la asistencia al ciudadano mejora la calidad percibida y las expectativas de los usuarios.

M33.10

RESULTADOS DE LA MEJORA DE CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE DIABÉTICO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL TRAS OCHO AÑOS DE EVALUACIÓN CONTINUA Y ¿HASTA CUANDO? M. Granado González*, M. V. Fustero Fernández, D. Saras Piedrafitá, A. Oto Negre, M. Bárcena Caamaño, D. San Miguel Arbués.

Centro de Salud de Cariñena (Zaragoza).
manugran@hotmail.com

Objetivos: Evaluar la atención al paciente diabético para mejorar el control metabólico y disminuir las complicaciones y la morbilidad de la enfermedad.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en la población diabética tipo II del centro de salud de Cariñena. Periodo de estudio: Periodos de un año del 31 de mayo al 1 de junio de 2000, 2002, 2003, 2006 y 2008. Fuente de datos: registro informatizado de patologías crónicas e historias clínicas. Muestra: aleatoria, en cada evaluación: 2000 n= 123, 2002 n= 115, 2003 n= 116 2006 n= 115 y 2008 n= 114. para un error; = 0,05%. Variables estudiadas: sexo, edad y años de evolución, Tensión arterial (TA), fondo de ojo (FO); bito tabóquico, estado ponderal, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, examen de pies, y educación sanitaria, realizados en el último año; o. Así mismo en la penúltima evaluación se mide la asociación de variables que conforman el Síndrome Metabólico y se determina la prevalencia del mismo.

Los datos se procesaron con el programa Excel de Office 2000.

Los resultados se presentan y discuten en sesiones de equipo, y con el ánimo de mejorar se establecieron medidas de mejora y se llevan a cabo dentro del equipo.

Resultados: Estaban dentro del rango definido como buen control por las últimas recomendaciones de la ADA (Asociación Americana de Diabetes) las variables siguientes: Año 2000, TA, 41.12%, LDL Colesterol 4.7%, Hemoglobina Glicada 28,04, Registro de Microalbuminuria 25.33% y F.O 39.25%.

Con diferentes altibajos en las reevaluaciones posteriores, los últimos resultados de junio de 2008 son: TA 70.17%, LDL Colesterol 42,10%, Hemoglobina Glicada 50,80, registro de Microalbuminuria 68,42% y F.O 57,00%.

Conclusiones: Se ha objetivado una importante mejora global de los registros y los resultados que sugieren un mejor control metabólico de los diabéticos del centro de salud, aunque siguen siendo mejorables, por lo que en el debate de los resultados con el equipo se decide de nuevo adoptar medidas de mejora como potenciar las sesiones clínicas de actualización, incrementar las consultas programada con estos pacientes, realizar sesiones de interconsultas con los especialistas de referencia y por supuesto seguir reevaluando bianualmente los resultados; ya que es evidente que no basta con

realizar evaluaciones de un proceso para mejorarlo, sino que es imprescindible cerrar el ciclo de mejora implementando las medidas oportunas.

M33.11

RESULTADOS EN SALUD EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

V. Ruiz Romero, A. Fernández Moyano, F. Baquero Garcés, C. Palmero Palmero, R. Aparicio Santos, R. Fernández Ojeda.

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

vruiz@aljarafe.sjd.es

Objetivos: Comparar resultados en salud en los pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera antes y después de implantar un procedimiento de colaboración entre los servicios de Traumatología y Medicina Interna, que permite que los pacientes sean atendidos por Medicina Interna desde el mismo día de su ingreso.

Material y métodos: Se seleccionan, a través del CMBD y de la Historia Digital Acticx, a todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe por fractura de cadera, durante el primer semestre de 2006 (antes de implantar el procedimiento), un total de 100 pacientes, y en el primer semestre de 2007 (una vez implantado), 87 pacientes. Se realiza un estudio descriptivo de ambas muestras y un estudio comparativo de estancias, demora de intervención, mortalidad, reingresos, transfusiones, profilaxis antibiótica y tromboembólica. Las muestras son comparables en la proporción de sexos (81% mujeres), si embargo, el grupo de 2006 tienen una edad de 84 (P25:79, P75:88) de mediana y en 2007 es de 81 (P25:76, P75:85), siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Resultados: La estancia media disminuye, pasando de 9,25 días (SD: 6,04) a 7,52 días (SD: 4,78) ($p<0,05$), debido a una disminución de la estancia quirúrgica que baja de 2,92 días (SD: 2,67) a 1,73 días (SD: 1,58) ($p<0,05$). La demora de la intervención también mejora, se intervienen en las primeras 24 horas (desde el diagnóstico en Urgencias) el 37,9% en 2007, frente al 26% ($p<0,05$) de 2006; en 48 horas el 63,2%, frente al 50% ($p<0,05$) y, en 72 horas, el 81,6% frente al 64% ($p<0,05$). Los reingresos disminuyen pasando del 43% al 25,6% ($p<0,05$). La media de pacientes transfundidos aumenta de 35 a 49,4%, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. La mortalidad al año en el primer trimestre de 2006 fue del 41%, frente al 16,2% de 2007 ($p<0,05$); la mortalidad intraepisodio pasó del 10,7% (6 casos) al 2,7% (1 caso).

Conclusiones: El procedimiento de colaboración entre ambos servicios ha mejorado notablemente los resultados en salud de los pacientes, disminuyendo la estancia, la demora quirúrgica, los reingresos y la mortalidad intraepisodio y al año. En cambio han aumentado las transfusiones, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. Se han detectado otras áreas de mejora: actualizar los procedimientos vigentes, sistematizar la valoración funcional antes y después de la intervención y ampliar y mejorar la recogida de datos para facilitar su evaluación.

M34.01

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: GUÍA ÉTICA PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN UN "HOSPITAL SIN PAPELES"

M. M. Ortiz Otero*, F.J. Rivas Flores, R. Navalón Cebrián, Y. Gómez Ibáñez, Á Gómez Delgado, P. Serrano Balazote.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

mortiz.hflr@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: La seguridad de los pacientes es una cuestión que va ganando importancia en gran medida por la nueva tecnología que se utiliza en la asistencia. Pero una cuestión que no siempre se considera en la seguridad de los pacientes es el manejo de la información y de los criterios éticos que deben seguirse para garantizar el control del paciente sobre la información y demostración del respeto a la intimidad.

OBJETIVOS:

1. Valorar los puntos más vulnerables en el acceso a la información clínico-asistencial
2. Establecer criterios de acceso a la información clínica ajustado a la Ley de Protección de Datos, Ley de Seguridad Informática, la Ley de Autonomía del Paciente y el nuevo Reglamento de Protección de datos.

MATERIAL Y MÉTODO:

1. Revisión del circuito de acceso a la documentación sanitaria por los trabajadores del hospital (sanitarios y no sanitarios-administrativos).
2. Revisión de la pertinencia o no de los circuitos de acceso a la información, mediante cuadro de algoritmo jerarquizado.
3. Revisión de los protocolos que aseguran el conocimiento de la responsabilidad de todos los que acceden a información clínica, en virtud de su actividad.
4. Comparación con las recomendaciones de la Agencia de Protección de datos de la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS: Se han definido como elementos clave:

1. Identificar documentalmente a los titulares de derechos y reconocer la documentación que se puede entregar de acuerdo a lo establecido en la Ley.
2. Tipificar la documentación que se puede entregar de acuerdo a lo establecido en la Ley.
 - a. Informes solicitados y/o imagen de radiología.
 - b. Historia completa.

CONCLUSIONES: El tener identificado el algoritmo de solicitud de documentación clínica agiliza los trámites en el área de documentación clínica y homogeneiza la entrega de la documentación siguiendo los criterios establecidos.

El circuito de acceso a la documentación muestra coherencia con la finalidad asistencial y garantiza la seguridad informacional del paciente. El sistema de algoritmos jerárquicos establecido en el acceso a la HCE garantiza la seguridad de los pacientes en el acceso a la información. Aumenta la seguridad del paciente al tener garantizada la intimidad y confidencialidad y gestión de sus datos. Todo ello redundará en la mejora de la calidad asistencial.

M34.02

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: PRESENTACIÓN DE ALERTAS MEDIANTE INTEROPERABILIDAD SEMÁNTICA. EL EJEMPLO DE LA ESCALA DE NORTON

R. Navalón Cebrián*, F.J. Rivas Flores, MM. Ortiz Otero, A. Gómez Delgado, P. Serrano Balazote.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.
rnavalon.hflr@salud.madrid.org

Introducción: La historia clínica electrónica permite a varios usuarios simultáneamente introducir y recibir información de los pacientes, y mediante algoritmos generar alertas que lleguen a los usuarios asistenciales que deben tomar decisiones. La detección precoz de problemas clínicos permite instaurar medidas que redundan en mejoría clínica y disminución de las estancias. Ello requiere de una precisión conceptual y terminológica que en lenguaje convencional no se alcanza. Las posibilidades que ofrece SNOMED-CT, (terminología de referencia y de interface), facilitan la detección normalizada de estos eventos adversos. Se trabaja sobre un dominio referente a las Úlceras por presión (UPP) con la escala Norton, para detectar un problema de calidad asistencial.

Material y métodos: La HCE utilizada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada dispone de formularios y notas clínicas y de evolución que, mediante lenguaje normalizado, podría proporcionar información de la presencia precoz de UPP. Se utilizan los términos tanto de la escala Norton para UPP, tanto en los formularios como en lista de problemas. Con estos términos se realiza un mapeo con SNOMED-CT, que devuelve una codificación exhaustiva de este problema. La codificación que aporta SNOMED-CT se importa a la aplicación informática que gestiona el circuito asistencial del Hospital Universitario de Fuenlabrada (SELENE). Estos problemas son devueltos por el sistema de información como etiquetas que identifican el problema.

Se utiliza mensajería HL-7 para la interconexión.

Resultados: Se ha mapeado el léxico que se refiere a la escala Norton: 29 códigos SNOMED-CT (hallazgos y entidad observable). Estos códigos se incluyen en el Sistema de Información Sanitario. Al escribir el sanitario el literal devuelve un código SNOMED-CT que muestra la gravedad y complicación, siendo un sistema de alertas para tomar decisiones.

Conclusiones: SNOMED-CT nos permite detectar eventos adversos asociados a las UPP, es más amplio que la CIE-9-MC; al adquirir un lenguaje codificado más exhaustivo.

Precisa una adecuada coordinación entre el personal asistencial

(médico y enfermería) y los documentalistas, que deben tener una buena preparación en terminología médica para llevar a cabo un mapeo completo.

M34.03

SEGURIDAD DE PACIENTE: INTEGRACIÓN EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

A. Chueca Ajuria, I. Gallego Camiña, J. Guajardo Remacha, S. Sarrionanidia Azaola, K. Solozabal Orbegozo, R. Villa Valle.

Hospital de Galdakao, Galdakao.
anamaria.chuecaajuria@osakidetza.net

Objetivo: Integrar la seguridad clínica (de paciente) en la gestión del macro Proceso de Hospitalización del Hospital Galdakao-Usansolo, como requisito de paciente y dimensión de calidad.

Método: 1) Técnicas de Auditoría del Proceso de Hospitalización. 2) Visitas a plantas de hospitalización: observación directa. 3) Técnicas cualitativas de consenso en las Revisiones del proceso a través de reuniones del Equipo de Proceso. 4) Utilización de la herramienta "Embalse de ideas" realizadas con los Gestores de Calidad del proceso de Hospitalización.

Resultados: 1) Definición de un sistema de notificación de incidencias realizado utilizando el "embalse de ideas". 2) Implantación y difusión del sistema mediante sesiones por plantas (2) y generales (1) dirigida a todo el personal de Hospitalización, suponiendo el 51,5% del total del personal del hospital. 3) Se identificaron áreas de mejora a raíz de la implantación del sistema de notificación: a) redefinición del circuito del TAO, b) revisión del sistema de identificación de pacientes (pulseras identificativas). 4) En las visitas a plantas y en las auditorías, se identificaron puntos críticos asociados a la seguridad del paciente en todas las etapas e interacciones del proceso, como el circuito del carro de unidosis, revisión caducidades de medicamentos, Ordenes Médicas, etc. lo que ha conllevado la creación de un Mapa de Seguridad y la creación de un equipo sobre seguridad del medicamento. 5) Inclusión en el Plan de Gestión del proceso de un plan de formación y sensibilización de seguridad clínica (asociada a paciente). Se han realizado seis sesiones de formación, al que han asistido aproximadamente 108 personas de todos los estamentos del hospital, con una media de valoración global de satisfacción del 7,85 (Escala de 1-10).

Conclusiones: 1) La gestión por procesos según norma ISO 9001:2000 lleva implícita la gestión de riesgos, lo que facilita la integración de ambas herramientas. 2) La información recogida en el sistema de notificación nos ha servido para aprender e identificar áreas de mejora relevantes en cuanto a impacto en paciente. 3) Importancia, de extender la cultura de seguridad y sensibilizar a todos los profesionales en contacto con el paciente, para la implantación de un sistema de notificación de incidencias con enfoque a paciente, evidenciándose en la calidad de las notificaciones que se realizan. 4) Necesidad de crear un equipo de Seguridad en el uso del medicamento que sea multidisciplinar y contando con la presencia de la dirección, personal del proceso de Hospitalización así como de Farmacia.

M34.04

SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USO DE FÁRMACOS CONCOMITANTES

C. Gómez Montes (0), L. Alonso Carrión (1), M. I. Rodríguez (2), E. Alba Conejo (1), I. M. Paniagua Gómez (3).

(0) Centro de salud "Las Lagunas", (1) Hospital "Virgen de la Victoria", (2) Delegación Provincial de Salud de Málaga, (3) Delegación Provincial de Salud de Málaga.
gocarm@gmail.com

El objetivo fundamental del trabajo fue conocer la seguridad con que se manejaban los pacientes que recibieron tratamiento oncológico de última generación de forma ambulatoria y evaluar si recibieron otros medicamentos simultáneamente. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo entre Octubre 2006 y Agosto 2007, con 65 pacientes con cánceres en estadios avanzados tratados ambulatoriamente con medicamentos oncológicos de última generación y tomados de ensayos clínicos realizados en el Servicio de Oncología médica del Hospital "Virgen de la Victoria". De los 65 pacientes el 56,9% eran femeninas y 43,1% masculinos.

El 75,4 % de los pacientes tomó medicación concomitante, o sea la

mayoría de nuestros pacientes, siendo 56.9% analgésicos, y 50.9% corticoides. El número de medicamentos concomitantes tomados por persona con el tratamiento oncológico fue de 2,63.: 18.4% tomó un medicamento; 20.4% dos medicamentos y 61.2% tres o mas.

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre el número de medicamentos concomitantes recibidos y el tipo de tratamiento oncológico administrado.

No existieron diferencias estadísticamente significativas en la relación de los medicamentos concomitantes con el sexo, o con el tiempo que duró el tratamiento oncológico, aunque si con la edad de los pacientes.

Nuestro estudio demuestra que el uso de fármacos concomitantes está extendido entre los pacientes oncológicos y que existen asociaciones que no dependen de la duración del tratamiento oncológico sino que son intrínsecas al fármaco antineoplásico, no existiendo diferencias significativas que pueden guardar relación con el tipo de neoplasia o con la diferente práctica clínica del médico que atiende a cada paciente.

Por lo tanto proponemos crear: un registro de medicamentos concomitantes como componente de la historia clínica, que sirva de herramienta al plan de seguridad del paciente y nos permita reconocer la presencia de efectos adversos para poder prevenirlos, visualizarlos o mitigarlos.

M34.05

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PRECAUCIONES DE CONTACTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

M. Cerpa Calderón, J. García Caballero, A. Varela González, A. Gil Luciano, P. Elola.

Hospital Universitario La Paz.

mauriciocerpa@gmail.com

Objetivo: Identificar y prevenir brotes de microorganismos que se transmitan por contacto. Involucrar al paciente, al personal médico y de enfermería en esta importante medida de seguridad.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia científica sobre prevención de brotes por microorganismos que se transmiten por contacto.

El servicio de Medicina Preventiva desarrolló la hoja de ruta, detallando los procesos y documentos relevantes a elaborarse en nuestro contexto hospitalario.

Se elaboraron documentos para personal sanitario y para paciente y familiares; con herramientas informáticas como Word, Access, Publisher y Power Point.

Se desplegó a los servicios implicados.

Resultados: El proyecto de las precauciones de contacto contiene:

- Un algoritmo que define la identificación de pacientes que requieren precauciones de contacto: por resultados de la vigilancia nosocomial que se realiza en el laboratorio de medicina preventiva, por interconsulta (oral o escrita) de médicos y enfermeras de hospitalización; por los resultados de laboratorio de Microbiología cuando se aíslan microorganismos poli-resistente; y otros (ej. traslado de otro centro médico).
- Un documento con los 6 criterios, que definen la inclusión en precauciones de contacto.
- Dos documentos técnicos (breves y apoyados por gráficas), que detallan según se trate de cuidados intensivos u hospitalización en planta: las 5 ó 6 principales precauciones que debe tener el personal sanitario y las personas que entren en contacto con el paciente y su entorno: ubicación del paciente (no aislar), uso de guantes y bata, uso exclusivo de fonendoscopio y otros, higiene de manos con soluciones alcohólicas, limpieza de habitación y traslado del paciente. Durante su entrega, debe explicarse su contenido e importancia.
- Un tríptico diseñado para involucrar e informar al paciente y familiares del porque de las precauciones de contacto, los cuidados a realizar durante la hospitalización y tras el alta y otros aspectos relacionados.
- Una hoja de recogida y una base con: los datos del paciente, la indicación de las precauciones y las variables que evalúan su cumplimiento en fechas alternas hasta el alta de las precauciones de contacto.

Conclusiones: Se organiza y mejora el proceso de precauciones que

evitan la transmisión de microorganismos por contacto; aumentando la seguridad del paciente y de los profesionales. Permite su evaluación y mejora.

Se involucra al paciente, familiares y personal sanitario, al concienciarlos de la importancia de las acciones a realizar.

M34.06

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN HISTERECTOMÍAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

A. Díaz Redondo, M. Cerpa, A. M. Haro Martínez, Y. Rivero Montesdeoca, J. Aroca Palencia, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.

aliciadiazredondo@gmail.com

OBJETIVOS: Implementar acciones preventivas para reducir infecciones posthisterectomía utilizando el bundle de infección de localización quirúrgica (ILQ) como sistema de vigilancia epidemiológica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó la recogida de variables en la historia clínica y mediante llamada telefónica de las pacientes sometidas a histerectomía durante el primer trimestre de 2008. Teniendo como variables relevantes, en cuanto a vigilancia epidemiológica las definidas en el bundle de ILQ; y realizándose estudio epidemiológico mediante la comparación de éstas con los estándares.

En informe de Word y Power Point se presentaron los resultados y las propuestas de mejora en los servicios implicados.

RESULTADOS: Aún, teniendo en cuenta que el 100% de las cirugías fueron contaminadas o limpias-contaminadas, la incidencia de infección fue del 13,8%; siendo del 4,6% mientras las pacientes permanecieron hospitalizadas, del 9,2% durante las 4 primeras semanas tras el alta. La profilaxis antibiótica fue adecuada en el 87,7% de los casos. El 100% de las pacientes sufrieron rasurado del vello. No quedó reflejado registro de temperatura corporal en ningún caso. La duración media de las intervenciones fue de 115 minutos, frente a 120 minutos recomendados. El 40% de las pacientes con hiperglucemia preoperatoria tuvieron ILQ, frente al 11,8% de las normoglucémicas.

Tras estos resultados, se presentan como recomendaciones a los servicios interesados: mejorar la tasa de profilaxis antibiótica adecuada hasta el 100% de las pacientes, promover la normotermia y registrar la temperatura corporal en historia clínica; alcanzar un buen control glucémico antes de la intervención quirúrgica; realizar una adecuada higiene de manos prequirúrgica con solución alcohólica, presentando el correspondiente documento informativo a los profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES: La mayoría de las Infecciones de Localización Quirúrgica en este estudio se detectan posteriormente al alta.

Las mejoras para el control y prevención de la ILQ se engloban en el Bundle que se despliega entre los profesionales de Ginecología y Anestesia para su implementación y verificación.

M34.07

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN CESÁREAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

M. Cerpa Calderón, A. Gil Luciano, J. Aroca Palencia, M. Grande Arnesto, J. Ordas Santo Tomas, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.

mauriciocerpa@gmail.com

Objetivos: Proponer acciones de mejora para prevenir la infección de localización quirúrgica (ILQ) en la cesárea, con el nuevo sistema de vigilancia epidemiológico basado en el bundle de ILQ.

Material y Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica de factores asociados a infección de localización quirúrgica en cesárea. Se recogió las variables importantes de la vigilancia epidemiológica (de la historia clínica y telefónicamente) en el periodo del primer trimestre 2008, definiéndolas como importantes según evidencia científica (bundle de ILQ).

Se realizó la valoración estadística y epidemiológica de resultados, comparándolos con los estándares. Se valoraron propuestas de mejora específicas según los resultados. Se elaboró el informe (en Word y Power Point) y se desplegó en servicios implicados.

Resultados: La incidencia de infección de localización quirúrgica fue elevada (11,7%) durante dicho periodo. Todas las infecciones se presentaron post alta. El 40% fueron cirugías limpias. Se realizó rasurado del vello en el 100% de las pacientes. La administración de profilaxis antimicrobiana preoperatoria fue adecuada en el 100% de los casos. La mediana del tiempo de la cirugía fue de 55 minutos. El 25% de las pacientes diabéticas tuvo hiperglucemia pre y postoperatoria. No se registró la temperatura del paciente. Las acciones a mejorar desplegadas fueron: cortar el vello con maquinilla y no rasurarlo; controlar y registrar la normotermia del paciente durante la intervención y utilizar las soluciones alcohólicas en la higiene de manos prequirúrgica, realizándose un afiche respectivo. **Conclusiones:** El nuevo sistema de vigilancia epidemiológica, incluye los factores relevantes (bundle de infección de localización quirúrgica) según la evidencia científica. Nos permite extraer propuestas de mejoras concretas y trabajar sobre ellas para prevenir infecciones y aportar mayor seguridad al paciente.

M34.08

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROPUESTAS DE MEJORA PARA PREVENIR MEDIASTINITIS TRAS CIRUGÍA CARDIACA

A. Gil Luciano*, M. Cerpa Calderón, M. V. Huertas Paredero, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.
ana.gill@salud.madrid.org

Objetivos: proponer acciones de mejora basadas en la evidencia científica para prevenir la aparición de mediastinitis tras cirugía cardiaca.

Material y métodos: estudio de casos de mediastinitis tras cirugía cardiaca debido a la detección de un aumento de los mismos en el contexto de la vigilancia epidemiológica de la infección de localización quirúrgica, durante los meses de enero y febrero de 2008. Se realizó una valoración de los casos y de la presencia de factores relacionados con la aparición de mediastinitis. Posteriormente se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia científica disponible acerca de la efectividad de las medidas del bundle para la prevención de infección de localización quirúrgica y se elaboraron propuestas de mejora adaptadas a los resultados.

Resultados: la incidencia de mediastinitis tras cirugía cardiaca durante los meses de enero y febrero de 2008 fue elevada, de 9.5%. Los pacientes no presentaron riesgo preoperatorio aumentado de mediastinitis. En la preparación prequirúrgica destacó el rasurado del vello de los pacientes en lugar de corte. El tiempo de intervención fue elevado en la mitad de los casos y en el postoperatorio inmediato existió hiperglucemia en el 75% de los casos. Las propuestas de mejora, basadas en el bundle de prevención de infección de herida quirúrgica, fueron: realizar corte de pelo en lugar de rasurado cuando sea necesario retirar el vello, control postoperatorio de glucemia y ajustar el tiempo de intervención. Por último se llevó a cabo el despliegue de resultados y recomendaciones en sesión a los Servicios implicados en la atención a los pacientes sometidos a cirugía cardiaca.

Conclusiones: la valoración de los factores relacionados con la infección de herida quirúrgica permite detectar oportunidades de mejora adaptadas a un entorno y a un momento determinado; previniendo la aparición de nuevos casos y mejorando la seguridad y la calidad de la atención a los pacientes.

M34.09

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA

I. Moraza Dulanto.

HOSPITAL TXAGORRITXU.

INMACULADA.MORAZADULANTO@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: La actividad asistencial en general y la utilización de medicamentos en particular, entraña una serie de riesgos al combinar factores de un sistema complejo como es el sanitario con actuaciones humanas.

Los errores de medicación suponen un riesgo real y grave para los pacientes, así como un elevado coste económico, siendo una característica importante a destacar que pueden ser prevenibles.

Tras la detección de varios errores en la administración de medicación en nuestra unidad hospitalaria, se creó la necesidad de realizar un

análisis.

Objetivos:

- Analizar los errores para identificar los fallos del sistema.
- Diseñar y poner en marcha un plan de medidas para la unidad con el fin de disminuir la probabilidad de errores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se creó un grupo de trabajo con 7 enfermeras de la unidad.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre errores de medicación, cultura de seguridad y análisis causa-raíz

Se decidió realizar el análisis causa-raíz (ACR) a cuatro errores recientes, elegidos en base a los siguientes criterios: gravedad del daño, potencial para aprender, existencia de reclamación y recursos disponibles.

Queda pendiente la evaluación de la efectividad de las medidas implantadas en el plazo de un año.

RESULTADOS: Se identificaron 10 fallos del sistema: 1 fallo relacionado con factores de equipo y sociales, 3 con factores organizativos, 4 con factores de tarea, 1 con factores de ambiente de trabajo y 1 con factores del paciente.

7 fallos fueron susceptibles de intervención por el equipo de enfermería diseñándose las siguientes medidas:

- Fomentar la cultura de seguridad en el equipo mediante formación.
- Implantar un sistema de notificación y registro de errores.
- Establecer que sea la enfermera responsable del paciente quien prepare y administre su medicación.

-Crear una norma de no interrupción al personal cuando prepara medicación.

-Identificar la medicación en el momento en que se prepara con los datos completos del paciente (nombre, apellidos y número de cama).

-Establecer un criterio de orden de administración de medicación endovenosa pautaada a la misma hora (principalmente cuando coinciden varios antibióticos).

-Educación sanitaria del paciente con respecto a su medicación.

CONCLUSIONES: El análisis causa-raíz permitió identificar los fallos del sistema demostrándose que es una herramienta válida, eficaz y sencilla de utilizar.

Los errores de medicación analizados fueron multicausales y multidisciplinares.

Se observó la importancia de fomentar una cultura de seguridad en los equipos y crear un sistema de detección y registro no punitivo y confidencial.

M34.10

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE SUCESOS ADVERSOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 17. HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT "CENTRO DE ESPECIALIDADES STMA FAZ Y ATENCIÓN PRIMARIA. - SINEA"

V. Agulló, J. Gómez, J. Aranaz, J. Miralles*, J. Requena.

Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.

agullo_vic@gva.es

OBJETIVOS: Desarrollar un sistema de información para el registro y notificación de sucesos adversos, así como, la posibilidad de revisión posterior de las alertas registradas. El Sistema de Información debe permitir la eliminación de la identificación de los datos administrativos del paciente una vez revisado el mismo, además de posibilitar la descarga de los datos registrados.

MATERIAL Y MÉTODOS: El sistema de información es una aplicación web con dos partes identificadas claramente, una pública en la que se registra (de manera anónima, opcionalmente) los sucesos adversos, y otra parte de acceso restringido para los revisores de los casos.

En la parte pública se cumplimentan 1,2 o 3 formularios en función del suceso adverso. En el primero se registran los datos del suceso y sus implicaciones. El segundo se cumplimenta en caso de errores de medicación siendo un registro basado en el formulario del Programa de notificación de Errores de Medicación del ISPM. El tercero es un enlace a la Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a un medicamento de la Agencia Valenciana de la Salud en caso de RAM. El sistema de información es una aplicación web realizado en java con JSP's bajo un servidor de aplicaciones Tomcat y está accesible desde cualquier punto del Departamento 17 de Salud tanto de Atención Especializada como Atención Primaria.

El sistema realiza un aviso por correo electrónico a los registradores cada vez que se registra un suceso adverso en el sistema.

RESULTADOS: Hemos detectado que aproximadamente un 20% de

los sucesos registrados vienen de forma anónima, siendo identificado el resto. Esperamos que este formulario para la notificación de incidentes o efectos nos ayude a detectar y evitar los problemas que se vayan identificando.

CONCLUSIONES: La implantación del sistema en abril del 2008 está empezando a indicarnos que los servicios más implicados con los temas de calidad asistencial han empezado a utilizarlo como herramienta. En algunos casos como una herramienta complementaria a sus sistemas de calidad.

M34.11

SOPORTE AL PLAN DE INVIERNO

N. Larrañaga Garaikoetxea, A. Crespan, M. Rodríguez, A. Ezkurra, Y. Alonso, A. Ortega.

Hospital de Mendaro.

Nerea.larranagagarakoetxea@osakidetza.net

INTRODUCCION: El déficit de camas para hospitalización ha pasado de ser un problema puntual durante el año a una situación bastante habitual en nuestro hospital. Parece ser que el ciclo de menor requerimiento de camas, producido por los cambios epidemiológicos (natalidad), los avances de la cirugía ambulatoria y la ambulatorización de los procedimientos, no ha logrado equilibrar la demanda de camas para hospitalización, especialmente en la población adulta-mayor. Esta situación se expresa en la saturación y colapso de las unidades de urgencias, derivación de pacientes a otros hospitales y la suspensión de la actividad quirúrgica con el consecuente aumento de las listas de espera. En esta comunicación no pretendemos analizar la demanda de hospitalización, ni la disposición efectiva de los recursos, ni los factores que condicionan el mayor rendimiento de éstos. El propósito de esta comunicación es presentar nuestra experiencia en un proyecto de "Soporte al Plan de Invierno".

OBJETIVO: Disminuir el impacto de los ingresos urgentes sobre la actividad programada.

Paliar el problema de saturación de Urgencias facilitando vías de drenaje externo.

METODOLOGIA:

-Creación de un grupo de trabajo con el propósito de describir los procedimientos, identificar los puntos críticos y proponer soluciones de mejora.

-Temporalización del proyecto.

-Implantación de intervenciones propuestas.

-Seguimiento y evaluación.

RESULTADOS:

-Unidades de soporte de urgencias: creación de la "unidad transfer".

-Elaboración e implantación de un procedimiento global de gestión y priorización de camas.

-Gestión centralizada de camas: enfermera gestora de camas.

-Mejora del flujo de trabajo en los servicios afectados y disminución de la presión de camas para el personal.

CONCLUSIÓN: La gestión centralizada de las camas hospitalarias y su priorización por la enfermera gestora de camas y la disponibilidad de una unidad transfer ha probado su efectividad como instrumento válido de gestión asistencial.

M34.12

VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA CONOCER QUÉ DICE LA PRENSA ESCRITA SOBRE LOS ERRORES CLÍNICOS Y SU IMPACTO SOCIAL

J. J. Mira Solves (0), M. Guilbert Mora (1), V. Ramírez Pastor (1), L. Ortiz Henarejos (1).

(0) null, (1) Universidad Miguel Hernández.

jose.mira@umh.es

OBJETIVO: Validar una herramienta para analizar cómo son tratadas las noticias sobre errores clínicos (EC) en la prensa, valorando su impacto en la población.

MÉTODO: Estudio basado en el análisis de contenido. Análisis de 30 noticias seleccionadas al azar del período Abril a Noviembre de 2007. Para rastrear todas las noticias sobre EC publicadas en los medios en nuestro país se recurrió a la herramienta Segured que permite capturar noticias en cualquier medio automáticamente.

Primero, identificamos los descriptores más adecuados para rastrear noticias sobre EC (validez de la estrategia de búsqueda). Para ello, en

paralelo se llevó a cabo el rastreo de noticias en los siguientes medios: Información, El Mundo y El País, tanto manualmente (revisión sistemática de las versiones escritas), como mediante Segured, comparando ambas estrategias de búsqueda. Segundo, se definieron a priori 4 categorías mutuamente excluyentes de análisis que daban lugar a un total de 30 aspectos de las noticias a considerar para describirlas. Estas categorías y aspectos fueron revisadas por 2 profesionales sanitarios del ámbito de la calidad y seguridad clínica y 2 de la comunicación. Tercero, se diseñó una matriz con instrucciones para codificar las noticias y una escala del impacto de la noticia (rango 0 a -10). Para validar esta herramienta dos jueces, de forma independiente, codificaron y evaluaron las noticias. Alto nivel de acuerdo Kappa supera 0,80.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 30 noticias. La información sobre EC aparece relacionada con: errores médicos, negligencias o mal praxis, denuncias, quejas de pacientes o indemnizaciones por sentencia judicial a satisfacer a pacientes o familiares. Un 63% de las noticias versan sobre EC de los que existe sentencia judicial en contra con consecuencias fatales, muy graves o graves para los pacientes. El grado de acuerdo entre jueces a la hora de codificar en categorías mutuamente excluyentes la estructura y el contenido de cada noticia fue alto, con excepción de si fue contrastada la fuente con dudas en 3 casos (kappa=0.783; p<0.001). Grado de acuerdo entre jueces: ámbito de difusión (kappa=0.949; p<0.001); sección (kappa=1; p<0.001); alcance de la noticia (profesionales, centro, sistema sanitario) (kappa=0.854; p<0.001); y magnitud del impacto (kappa=0.952; p<0.001).

CONCLUSIONES: Los descriptores de la herramienta diseñada permiten rastrear y capturar con un mínimo de error noticias publicadas sobre EC. Se ha comprobado su validez y su utilidad para valorar estructura y contenido de las noticias y desarrollado una escala para medir su impacto social.

M35.01

OPINIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: INFORMACIÓN, VISITAS Y ENTORNO DE LA UNIDAD

L. Rios* (0), M. B. Almada (1), J. C. Pardo (0), M. E. Quintana (1), M. Iglesias (0), A. Carrillo (1).

(0) USP. Hospital San Carlos, (1) Hospital Morales Meseguer.

968246333@telefonica.net

Objetivo: Conocer la opinión sobre la información medica, visitas a pacientes y entorno laboral de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Pacientes y Métodos: Estudio multicéntrico en 2 UCIs: UCI pública (UCIpu) de 18 camas donde se realiza 2 informaciones, a las 13 y 20 horas, y 1 UCI privada (UCIpr) de 5 camas con una única información a las 13 horas. La herramienta empleada es un cuestionario ad hoc que consta de 21 ítems que explora la opinión de familiares, 6 ítems sobre características del paciente y 5 sobre el familiar encuestado. Las encuestas se realizaban a las 24-48 horas del alta de paciente. Las variables se expresan como porcentajes y media $\pm$ desviación estándar, y la comparación entre variables mediante Chi2 de Pearson o prueba exacta de Fisher.

Resultados: Durante un mes se encuestaron a 103 familiares (22 en UCIpr y 91 en UCIpu), 59.3% mujeres, edad 57 ± 16 . El horario de información fue considerado inadecuado en 14.2% de familiares y el 27.5% quería aumentar la duración y numero de las visitas. El 8% refería no entender a veces las informaciones médicas. El horario de información fue considerado como inadecuado en 9.1% de familiares de UCIpr y 15.4% en UCIpu (p=0.675) solicitando información libre a demanda el 4.5 y 45% respectivamente (p=0.001). La visita se considera suficiente en 54.5% de la UCIpr y 76.9% de UCIpu (p=0.06). El 31.8% de familiares de UCIpr y 27.8% de UCIpu refieren querer estar presentes durante los procedimientos que se realizan (p=0.945). El 77% y 79% de familiares respectivamente solicitaban información por parte de enfermería (p=0.995). Los familiares varones (29%) referían querer estar presente durante las técnicas ligeramente por encima de las mujeres (18%), mientras que la petición de información por parte de enfermería es solicitada ligeramente mas por mujeres (84% y 71%, p=0.157).

Conclusiones: Debería de atenderse mas al proceso de información y visita a familiares de los pacientes en UCI, adoptando una política mas flexible no solo en cuanto a numero de informaciones y duración

de la visita sino también mejorándola con la incorporación de la información por parte del personal de enfermería.

M35.02

OPINIÓN DE LAS GESTANTES, CON FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y SIN ELLOS, SOBRE LA ASISTENCIA A SU PRÓXIMO PARTO. ESTUDIO COMPARATIVO Y ANÁLISIS DE SU PROPIA AUTOEVALUACIÓN POSTERIOR

M. L. Gotor Colás, S. Gotor Colás.

Hospital Miguel Servet.

mlgotor@salud.aragon.es

Objetivo: Conocer qué opinan nuestras gestantes, con factores de riesgo y sin ellos, sobre la asistencia a su próximo parto.

Comparar las dos poblaciones y analizar su propia autoevaluación posterior.

Métodos: Se ha elaborado un estudio prospectivo de cohortes. La cohorte de riesgo estuvo constituida por 200 gestantes con factores de riesgo gestacional y la cohorte control por 199 embarazadas sin factores de riesgo. Se han utilizado cuestionarios escritos, uno realizado anteparto y otro postparto, con el propósito de conocer la opinión de las gestantes atendidas en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza sobre los procesos de dilatación y parto.

Resultados: De todos los resultados obtenidos destacar que las pacientes de la cohorte no expuesta, demandan más información sobre el parto, asisten con mayor frecuencia a clases de Educación Maternal y solicitan más movilidad durante su estancia en dilatación.

Conclusiones: Globalmente, subrayar que más del 50% de las gestantes hubieran deseado vivir su parto de modo diferente, lo que refleja cierta insatisfacción personal. Sin embargo, un 85% de las embarazadas se mostró satisfecha con la asistencia sanitaria recibida.

M35.03

PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DE LAS FAMILIAS Y/O REFERENTES DE PERSONAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

H. Aguado (0), A. Hernández (0), M. Cruells (0), F. Cordón (0), R. M. Saura (1).

(0) Servicio Catalán de la Salud, (1) FAD.

haguado@catsalut.cat

Introducción: Existen líneas de atención sanitaria en las cuales, dadas las características de los pacientes atendidos, es necesario disponer de la opinión de familiares y/o referentes y profesionales a fin de complementar los estudios de satisfacción realizados directamente sobre los pacientes.

Objetivos: Obtener una información complementaria a la mostrada por los pacientes entrevistados en estudios cualitativos y cuantitativos anteriores, como soporte a la toma de decisiones del comprador y proveedor en cuanto a la elección de los proyectos de mejora mas adecuados y factibles.

Conocer las diferencias entre las percepciones y expectativas de familias y de profesionales, sobre los servicios que se prestan en la media y larga estancia psiquiátrica (ASM-MILLE).

Metodología: Realización de 4 grupos focales con un total de 38 familiares directos y/o referentes de pacientes ingresados en el momento del estudio (marzo-nov 2007) de 7 centros de ASM-MILLE, análisis de contenidos y agrupación en dimensiones de la calidad.

Entrevistas semi-estructuradas con 5 informadores clave (4 profesionales y 1 directivo de esta línea de servicio).

Priorización de las expectativas extraídas a partir de los grupos focales y entrevistas (valoración de 0 a 10) mediante el uso de la técnica Delphi en dos rondas (tasa de respuesta de 74,1% y 80% en primera y segunda ronda respectivamente).

Resultados: Las percepciones, expectativas normativas e ideales aportadas por familiares y profesionales, se agruparon en 8 factores (información, implicación en las decisiones, competencia profesional, relación y trato, confort, servicios sociales, organización), 5 de los cuales coinciden con los manifestados por los pacientes en otros estudios, aunque hay diferencias en los contenidos. En cuanto a la priorización de expectativas realizadas por familiares y profesionales, hay mayor coincidencia en expectativas ideales que en las normativas (5 y 2 respectivamente sobre las 8 con mayor puntuación). Conclusiones: La diferencia de valoración de las características de un

servicio entre pacientes y familiares viene a subrayar el uso complementario de la opinión de estos últimos sobre la manifestada por los pacientes. La información obtenida de contrastar la opinión de los diferentes agentes (pacientes, familiares y profesionales), puede incrementar las posibilidades de acierto a la hora de establecer mejoras en los servicios.

M35.04

PREGUNTAS ABIERTAS EN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN SANITARIA ¿ES POSIBLE CLASIFICAR LAS RESPUESTAS?

M. A. García Orea, M. T. Ortega Maján*, J. C. García Aísa.

Gerencia del Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

magorea@aragon.es

Objetivos: Crear un sistema de codificación de las opiniones manifestadas por los usuarios en la pregunta abierta de la encuesta de satisfacción sobre servicios sanitarios de Aragón, para disponer de un sistema de clasificación que permita el seguimiento y comparación de las mismas.

Material y métodos: En la encuesta de opinión sobre distintos ámbitos asistenciales de Aragón se incluye una pregunta abierta. Ésta consta de dos apartados para que el paciente exprese lo que más y menos les gusta de la asistencia sanitaria.

A partir del Proyecto de armonización de los servicios de información y atención al usuario del SALUD y la codificación propia utilizada en la encuesta de opinión de atención primaria de 2003, se creó un nuevo sistema de codificación. Con el fin de verificar su adecuación, esta clasificación fue aplicada por un equipo a las aportaciones realizadas por los usuarios, en el periodo de agosto a diciembre de 2005. Tras varias sesiones de trabajo, se llevaron a cabo las modificaciones pertinentes hasta consolidar la actual codificación.

Resultados: La clasificación asigna cinco dígitos: el primero identifica el grupo, el segundo el subgrupo, el tercero aspectos concretos específicos (AC) y dos últimos códigos complementarios para desagregar algunos aspectos de personal, especialidad y servicios.

Se han creado diez grupos, 18 subgrupos, 107 AC y 33 códigos complementarios (18 para personal, 13 para especialidad y dos para aspectos del servicio), obteniendo 407 códigos posibles, distribuidos por grupos de la siguiente manera:

1- Accesibilidad y entorno, ocho AC.

2- Recursos humanos y equipamiento: dos subgrupos y cuatro AC.

3- Habitabilidad y confortabilidad (ocho subgrupos): limpieza, espacio físico e instalaciones (dos AC), ubicación de pacientes (dos AC), comodidad (cinco AC), cocina, lencería, servicios externos (nueve AC) y otros (seis AC).

4- Accesibilidad y organización (ocho subgrupos): citaciones (cinco AC), horarios (tres AC), tiempos espera (seis AC), tiempos atención (dos AC), acceso especialidades (tres AC), tiempos acceso especialidades (seis AC), derivación otros centros (cuatro AC) y otros (11 AC).

5- Percepción de profesionales, cinco AC.

6- Información, dos AC.

7- Conformidad con asistencia, seis AC.

8- Coordinación, cinco AC.

9- Transporte sanitario, siete AC.

10- Otros aspectos, tres AC.

Conclusiones: El sistema de codificación diseñado ha sido y sigue siendo útil para monitorizar las fortalezas y debilidades de las unidades asistenciales y así mantener los aspectos que son valorados como positivos y corregir los negativos.

M35.05

PROTOCOLO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD EN ARAS A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

A. Sans Boix*, R. Carulla, A. García, N. Macià, N. Ayala.

Xarxa Assistencial de Manresa (ALTAHIA), Barcelona.

asans@althaia.cat

La redacción del protocolo ha sido la respuesta a la petición formulada por los profesionales de admisiones y secretarías, cuya inquietud estaba dirigida a satisfacer al paciente y al mismo tiempo asegurar la confidencialidad.

Objetivos: Elaborar un documento que se ajustara al marco legal, a las

particularidades de la Fundación Althaia y de utilidad para los profesionales sanitarios y no sanitarios de la Institución.

Metodología: Un grupo pluridisciplinar de diferentes ámbitos (atención al usuario, médicos, calidad, documentación clínica y archivos) realizó la revisión de la documentación existente y bibliografía. Se consultó a diferentes profesionales clave de los ámbitos de: consultas externas, urgencias, hospitalización, atención primaria y asesores jurídicos. Se elaboró el documento y fue revisado, en última instancia, por el Comité de Ética Asistencial.

Los contenidos importantes a destacar son: a) Titularidad de la información. Quien ha de informar, de que, como y límites del deber de informar b) Que se entiende y que es confidencial y, sus aspectos prácticos, c) Acceso a la documentación clínica, quien, requerimientos para solicitarla y d) Otras informaciones, telefónica, etc.

Resultado: Sin haber realizado la difusión y formación sobre el documento se han introducido mejoras.

1. Es casi una constante que haya un resumen fin de semana del proceso de los pacientes graves y particularidades del abordaje del mismo en la Historia Clínica para que las decisiones tomadas por el equipo, el paciente y/o familia se transmitan con la máxima fiabilidad.

2. Cada profesional tiene la password para entrar en la Historia Clínica en el mismo día de incorporación a su lugar de trabajo.

3. Se ha creado un formulario y circuito centralizado para la obtención de documentación por parte del paciente, familiar o representante una vez haya sido dado de alta hospitalaria, asegurando, con las credenciales la confidencialidad.

Conclusiones: El protocolo esta contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial, a la satisfacción del paciente, a facilitar el trabajo de los profesionales y finalmente a garantizar el derecho del paciente a la información y obtención de documentación clínica.

M35.06

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CASD (CENTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS)

C. Guiteras Mauri, L. Orriols Galvé, F. Arrufat Nebot, J. Verdaguer Gorchs, R. Carrera Goula.

CONSORCIO HOSPITALARIO DE VIC.

qualitat@chv.cat

Objetivo: Conocer y analizar los motivos de satisfacción e insatisfacción de los pacientes del servicio de drogodependencias del Consorcio Hospitalario de Vic, sin hacer inferencias estadísticas.

Material y métodos: Después de consultar diversa bibliografía y objetivar que no existen instrumentos validados para el análisis de la satisfacción de los pacientes drogodependientes, optamos por la realización de grupos focales, segmentando los pacientes atendidos por problemas de alcoholismo y por drogas ilegales.

Se realizaron 4 grupos focales, con la participación de 7-11 personas escogidas al azar, de entre los pacientes atendidos en los últimos 3 meses en nuestro centro. Los grupos se realizaron fuera del entorno hospitalario.

Se pidió que debatieran cuestiones relacionadas con su experiencia como usuarios del servicio, especialmente en cuanto a: Información y acceso al servicio, capacidad de respuesta, valoración de las visitas, los profesionales, el tratamiento y expectativas no cubiertas.

Resultados: Como incidencia cabe destacar que hubo una especial falta de asistencia entre los convocados en los grupos de drogas ilegales (38%).

Las principales críticas efectuadas por los grupos hacen referencia a la organización del servicio, en especial a la saturación, al tiempo de espera y a la falta de capacidad de respuesta ante las urgencias, las primeras visitas o las recaídas. También se hace referencia al tiempo de espera entre visitas, al incumplimiento del horario de citación y la poca duración de las visitas.

La actividad de los profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) está generalmente bien valorada. Se destaca la competencia y los conocimientos, pero se valora especialmente el trato personal, la receptividad o la acogida. Algunas críticas puntuales se deben a la percepción de falta de sensibilidad o de comprensión por parte de algún profesional.

Los participantes en todos los grupos piden terapias psicológicas, la creación de terapias de grupo e información de la existencia de asociaciones vinculadas a su patología. Consideran que el servicio cumple con las necesidades básicas del tratamiento, pero la

organización de terapias de grupo y otras actividades terapéuticas mejoraría la calidad del servicio. Piden poder "hablar" sobre su enfermedad y "distraerse".

Conclusiones: Los aspectos organizativos los peor valorados por los pacientes.

- Necesidad de otras terapias: grupos, talleres, actividades.
- Tiempos de espera (especialmente visitas poco frecuentes).
- Falta de capacidad de respuesta ante las urgencias.

Aspectos positivos de la atención:

- Trato personal (personalización preocupación, humanidad, paciencia, flexibilidad, cordialidad, comprensión, amabilidad,...).
- Eficacia y buena atención personal.

M35.07

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON EL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL EN DOMICILIO

J. Aguilar Lozano.

BAXTER S.L.

jesus_r_aguilar@baxter.com

OBJETIVOS: Baxter S.L. realiza la provisión del servicio de Diálisis Peritoneal (DP) domiciliaria para miles de pacientes cada año.

En diciembre del año 2.006, Baxter solicitó a la empresa FBA consulting que realizara una encuesta independiente con el objetivo de conocer la calidad percibida y el grado de satisfacción de los usuarios del servicio, tanto en la modalidad de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) nocturna, como en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA).

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra encuestada incluyó a 266 pacientes de 5 áreas distintas del territorio nacional y de ambas modalidades, DPCA y DPA, lo que representó el 88,1% de la población seleccionada inicialmente.

Todos los pacientes encuestados habían dado su consentimiento informado para participar en la encuesta y para ceder sus datos a la firma FBA consulting que, con anterioridad, también garantizó documentalmente a Baxter la protección de los datos que se le cedían para la realización de las llamadas telefónicas a los domicilios de los pacientes.

El documento de recogida de datos era un cuestionario de 14 preguntas específicas y una abierta de recomendación.

Junto al estudio demográfico, se realizó un análisis univariado de todas las cuestiones incluidas en la encuesta, un análisis de correlaciones, y un análisis de los comentarios.

RESULTADOS: El número de respuestas son representativas para un índice de fiabilidad del 95% con un margen máximo de error del 1%. Los resultados de las 14 preguntas sobre satisfacción de los usuarios variaron entre 8,92 y 9,63 puntos sobre 10, respectivamente.

Las preguntas que mostraron mayor correlación con la satisfacción global fueron;

-¿Cómo calificar a lo seguro/a que se siente con el servicio de entrega de materiales?

-valore su nivel de satisfacción con el cumplimiento de las fechas de entrega de material

-valore su nivel de satisfacción con el trato recibido por la persona responsable de la atención telefónica.

CONCLUSIONES: Aunque el nivel de satisfacción con el servicio que Baxter proporciona a los pacientes de DP en domicilio es alto, es importante conocer exactamente cuáles son los puntos posibles de mejora y aquellos que más valoran los usuarios.

Como consecuencia del estudio, las acciones de Baxter van dirigidas a aumentar la sensación de seguridad percibida por los usuarios, garantizar que los pacientes reciben la información necesaria y que se cumplen las fechas de entrega.

M35.08

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

B. García Cepeda*, J. Carmés Bouzán, M. Carreras Viñas, M. Lale Candal, J. Pérez Vilarinho, J. A. De Prado Díez.

Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela.

begona.garcia.cepeda@sergas.es

OBJETIVOS: Diseñar y aplicar un instrumento para conocer grado de

satisfacción percibida por pacientes hospitalizados del CHUS dentro del Plan de Calidad.

Aportar recomendaciones de mejora.

Desarrollar cultura de colaboración entre profesionales y pacientes que corrija actitudes de sospecha o agresividad y mejore la calidad de la asistencia.

METODOLOGÍA: El estudio se centra en las dimensiones de eficacia organizativa información al paciente trato equipamiento hospitalario y confort. Como innovación para estimar el nivel global de satisfacción de los pacientes se establece un peso diferencial para cada una de las dimensiones del concepto de satisfacción. Esta decisión toma en cuenta el peso que debe tener en la satisfacción del paciente el logro del objetivo institucional prioritario que es la mejora de la salud frente a otros complementarios. La necesidad de conocer el grado de vigencia de esta lógica organizativa y contar con amplio apoyo hizo obligado partir de una metodología cualitativa centrada en una auditoría social de profesionales y pacientes.

Mediante metodología cuantitativa se recogen datos de satisfacción de los enfermos hospitalizados dados de alta durante el mes de mayo (2000 pacientes). Para realizar análisis comparados el cuestionario se elaboró teniendo en cuenta los instrumentos utilizados en otros estudios recientes. Se construye un primer instrumento de 74 preguntas, testadas mediante entrevistas en profundidad utilizando la escala más común con valores de 1 a 10. A muchos pacientes la escala le resultó demasiado amplia concentrándose sus respuestas sólo en cuatro puntos. Se simplifica el protocolo reduciéndolo a 24. Resulta un protocolo para ser respondido entre 5 y 8 minutos esto facilita un alto grado de aceptación. La bondad y congruencia de los ítems seleccionados quedan manifiestas por el elevado índice de participación y respuesta. Rechazo < 1% y > del 80% deja forma de localizarle posteriormente.

RESULTADOS: Destacar la valoración prioritaria de la curación como principal componente de la satisfacción que eleva el índice general de satisfacción a un nivel muy alto así mismo la gran mayoría de los entrevistados considera elevada la competencia profesional de los médicos y enfermeras. El trato aparece como segundo factor de satisfacción a este propósito importa destacar que mientras sólo uno de cada diez pacientes sintió ganas de presentar alguna queja ocho de cada diez desean manifestar su agradecimiento. Otras dimensiones analizadas hacen referencia a la rapidez y calidad de la asistencia información facilitada disposición a escuchar tiempo dedicado equipamiento del hospital habitación y comida.

M35.09

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. A. Fernández Conde, M. Espada, J. J. Martínez Villegas, M. J. Baro Díaz-Recio.

Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

juliof@sescam.org

PALABRAS CLAVE: satisfacción, atención usuario, calidad.

OBJETIVO: Evaluar el conocimiento y satisfacción de los usuarios respecto de los servicios dispensados por las Unidades Administrativas (UUA) de una Gerencia de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal por encuesta telefónica. Universo: 276.083 usuarios con Tarjeta Sanitaria y adscripción a un Centro de Salud o Consultorio que contara con UUA a 31/12/2006. Tamaño de la muestra: 1.068 entrevistas en total con una fracción de muestreo del 0,4%. La muestra ha sido calculada para estimar los resultados con un nivel de confianza del 95% y una precisión (error de muestreo) de $\pm 3\%$. Tipo de muestreo aleatorio y estratificación por Centro Sanitario. En cada Centro la asignación muestral ha sido proporcional (una entrevista por millar o fracción de TSI adscritas a 30/06/2007) con una afijación mínima de 20 entrevistas por Centro. En cada estrato se ha aplicado una distribución proporcional al número de usuarios por sexo, nacionalidad y grupo de edad. Cuestionario: estructurado y cumplimentado mediante entrevista telefónica, con una duración máxima de 4 minutos. Trabajo de campo: desde 13/08/2007 a 17/09/2007, de lunes a viernes no festivos entre las 09:30 y 19:30 horas.

RESULTADOS: Para completar las 1.068 encuestas ha sido necesario llamar a 2.337 usuarios. El índice medio de satisfacción respecto de las UUA ha sido de 7,73. Sólo el 24% de los usuarios conocía el nombre de algún profesional de su UUA. En general se

muestra satisfacción con las instalaciones (80%) y se percibe una mejoría en la atención en los últimos años (68%). Un 52% conocía la alternativa de cita previa vía web.

CONCLUSIONES: La satisfacción del usuario con los profesionales de las UUA parece vincularse a la propia satisfacción con el Sistema Sanitario. No obstante, hay ciertos aspectos que inciden en una mejor valoración: presión asistencial por debajo de las 3.000 TSI, centros sanitarios personalizados (medios o pequeños), estabilidad en la plantilla, fidelidad del usuario (por edad o frecuentación), implicación y formación del profesional, etc.

M35.10

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICAS (CEP) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ 2007

M. Cerpa Calderón, A. Gil Luciano, A. Varela González, Á. Otero Puime, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.

mauricioerpa@gmail.com

Objetivo: Valorar tanto el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en los Centros de Especialidades Periféricas, como la influencia de factores condicionantes. Analizar las sugerencias y los problemas expresados para detectar oportunidades de mejora.

Material y métodos: Se realizó la evaluación de la satisfacción del paciente atendido en los 5 Centros de Especialidades Periféricas (CEPs) del Hospital Universitario la Paz - Madrid: José Marvá, Alcobendas, Colmenar Viejo, Fuencarral y Peñagrande, mediante un estudio transversal con encuesta anónima y voluntaria basada en el cuestionario SERVQHOS cumplimentada por el paciente. Se recogieron aspectos de la satisfacción con la información recibida, el trato, los tiempos de espera, problemas y sugerencias expresadas por los pacientes. Se efectuó un análisis univariante y multivariante (regresión logística). Se desarrolló propuestas de mejora. Se desplegaron informes por especialidad y por CEP (en Word y en Power Point).

Resultados: Participaron 1503 pacientes, de 18 especialidades. La valoración global de la satisfacción en una escala del 0 al 10 obtuvo una calificación de 7,43 (D.S. 3,32). En el análisis multivariante se obtuvo: que el trato recibido por el médico (O.R. 4,84) y el tiempo dedicado a la consulta (O.R. 2,98) presentan mayor asociación con la satisfacción; mientras que el desplazarse al hospital para pedir alguna cita o prueba (OR=0,64) se asocia a mayor insatisfacción. Los problemas más frecuentemente expresados por los pacientes están relacionados con el proceso de citación, especialmente citas por teléfono, el retraso en la hora de consulta y la lista de espera.

La satisfacción global del paciente atendido en los CEPs es alta, pero ligeramente menor que la satisfacción de consultas externas hospitalarias. Se observa mayor satisfacción en los Centros de Especialidades de menor volumen de pacientes (CEP Peñagrande y Colmenar Viejo). Es más frecuente conocer el nombre del personal médico y no el del personal de enfermería.

Conclusiones: La satisfacción global del paciente atendido en los CEPs, es alta (73,5% de pacientes satisfechos).

Se extraen como propuestas de mejora: mejorar el proceso de citaciones (en sala de citaciones, el tiempo que le demora al paciente obtener una cita y el proceso de sistema de citas por teléfono); mejorar la información a los pacientes (especialmente sobre riesgos del tratamiento y la evolución de la enfermedad); ajustar la hora de atención al horario de citación y disminuir el tiempo de lista de espera.

M35.11

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

A. Varela González*, M. Cerpa Calderón, A. Gil Luciano, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.

amai.varela@salud.madrid.org

Objetivos: valorar el grado de satisfacción en el paciente hospitalizado en el Hospital Universitario La Paz y proponer acciones de mejora.

Material y métodos: estudio transversal con encuesta anónima y voluntaria adaptada a partir del cuestionario SERVQHOS y entregada en mano al paciente hospitalizado, realizado durante los meses de marzo a junio de 2007. La encuesta recoge datos sociodemográficos,

preguntas de respuesta múltiple sobre satisfacción con aspectos de la información recibida, con el trato y con aspectos de hostelería, y preguntas abiertas sobre problemas y sugerencias. Se realiza un análisis descriptivo de las variables, tanto globales de la población estudiada ponderando los resultados por número de ingresos anuales de cada Servicio, como desagregados por Servicios; un análisis univariante para establecer las variables relacionadas con la satisfacción global, y un análisis multivariante (regresión logística) para determinar las variables que se asocian de manera independiente con la satisfacción global. Los resultados y propuestas de mejora se desplegaron en sesiones a los Servicios implicados. Resultados: se recogieron 692 encuestas cumplimentadas por pacientes hospitalizados en 25 Servicios médicos y quirúrgicos diferentes. Los aspectos relacionados con el trato, los cuidados y la atención son los mejor valorados por los pacientes alcanzando un 90% de pacientes satisfechos. La satisfacción con la información se sitúa entorno al 75% y los aspectos peor valorados son los relacionados con la hostelería del Hospital que cuentan con un 65% de satisfacción. La valoración global de la satisfacción medida en una escala del 0 al 10 fue de 8,38, que al dicotomizarlo supone un 88% de pacientes satisfechos, superando los resultados obtenidos en el estudio del año 2005. Al realizar un análisis multivariante por regresión logística para valorar la los factores condicionantes de la satisfacción global, los que mayor asociación presentan son la satisfacción con el trato recibido (O.R. 3,4) y la limpieza (O.R. 2,76). Los problemas más frecuentemente expresados por los pacientes están relacionados con la saturación del Servicio de Urgencias y las sugerencias mayoritarias son acerca de aspectos de hostelería del Hospital. Conclusiones: con este estudio ha sido posible identificar los aspectos deficitarios según el punto de vista del paciente y realizar propuestas de mejora concretas a los Servicios con el fin de aumentar la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria.

M35.12

SATISFACCIÓN EN EL PACIENTE ATENDIDO EN CONSULTAS EXTERNAS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

A. Gil Luciano*, A. Varela González, M. Cerpa Calderón, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.
 ana.gill@salud.madrid.org

Objetivos: valorar el grado de satisfacción en el paciente atendido en consultas externas del Hospital Universitario La Paz y proponer acciones de mejora.

Material y métodos: estudio transversal con encuesta anónima y voluntaria adaptada a partir del cuestionario SERVQHOS; realizado de abril a julio de 2007 en el ámbito de consultas externas del hospital. Recoge datos sociodemográficos, preguntas sobre satisfacción con aspectos de la información recibida, el trato y las condiciones de la consulta y sala de espera (escala Likert, 5 grados de satisfacción), y preguntas abiertas sobre problemas y sugerencias. La satisfacción global se mide en una escala del 0 al 10, agrupando en satisfechos (puntuaciones del 7 al 10) e insatisfechos (puntuaciones del 0 al 6). Se realizó un análisis descriptivo, un análisis univariante para establecer las variables relacionadas con la satisfacción global, y un análisis multivariante (regresión logística) para determinar las variables que se asocian de manera independiente con la satisfacción global. Los resultados y propuestas de mejora se desplegaron a los distintos Servicios, realizando sesiones conjuntas con aquellos interesados. Resultados: se obtuvieron 700 encuestas cumplimentadas, de 32 Servicios distintos. Los pacientes que respondieron presentaban una mediana de edad de 49 años (rango intercuartílico 34-65 años), siendo el 63,6% mujeres. La satisfacción con la información recibida es del 80% en la mayoría de los aspectos, siendo inferior al resto en la satisfacción con la información sobre riesgos del tratamiento. Alrededor del 90% de los pacientes está satisfecho con el trato del personal sanitario. El aspecto de mayor insatisfacción es el ruido en la sala de espera. La media de satisfacción global fue de 8,36 y el 87,2% estaban satisfechos globalmente. La sugerencia más frecuente es la adecuación del horario de citación al horario de atención en consulta. En el análisis univariante, las características sociodemográficas de los pacientes no estaban relacionadas con la satisfacción global, pero sí los aspectos de satisfacción con la información, el trato y las condiciones de la consulta y la sala de espera. La variable con mayor asociación con la satisfacción global

fue la satisfacción con la disposición a ayudar en la consulta OR=10,52 (4,75-23,28).

Las valoraciones realizadas por los pacientes de determinados aspectos de la atención coinciden con los encontrados en otros estudios tanto del ámbito nacional como internacional.

Conclusiones: la realización de estos estudios permite priorizar propuestas de mejora encaminadas a aumentar la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria.

M36.01

MICRO-AUDIT: AUDIT MÉDICO Y PLANES DE MUESTREO POR LOTES: EVALUACIÓN DEL ATAQUE ASMÁTICO EN URGENCIAS 2004-2007

A. Campos Andreu, J. Reyes, R. López Salgueiro.

Hospital Universitario La Fe, Valencia.
 campos_ang@gva.es

BACKGROUND: El Audit Médico es uno de los procedimientos de Evaluación y Mejora consagrados que permite el análisis de la práctica diaria por los propios profesionales con objeto de elaborar propuestas de mejora. Los Planes de Muestreo por Lotes (PML), procedentes de la industria, permiten realizar monitorizaciones periódicas con muestras reducidas.

OBJETIVO: Realizar un Re-Audit de la asistencia prestada en Urgencias de nuestro Hospital a pacientes adultos afectados de una crisis asmática, comparando los resultados, esencialmente los puntos DÉBILES, obtenidos en el Audit de 2007 con los obtenidos en la edición de 2004 con idéntica metodología.

MATERIAL-MÉTODOS: Se volvió a reasir durante Octubre a Diciembre de 2007 un Audit retrospectivo de la documentación clínica mediante 18 INDICADORES explícitos y objetivos, extraídos de las Guías Internacionales, con una muestra aleatoria (1/7) de 50 pacientes adultos con crisis asmática que acudieron a Urgencias. Los indicadores se agruparon en 4 bloques: "Evaluación Clínica"; "Exploración", "Recursos diagnósticos" y "Tratamiento y alta". Los resultados del cumplimiento se expresan porcentualmente. De acuerdo con los PML se convirtieron grados de cumplimiento "aceptable" (>85%), "Inaceptable" (<35%) y una zona indefinida entre ambos. Se compararon los resultados de 2004 tras una remodelación del área de Urgencias.

RESULTADOS: eN 2007 se obtuvieron MEJORIAS claras entre otros, en los siguientes indicadores: Ausencia de informes manuscritos (0%/30% en 2007/2004 respectivamente), descenso de Rx torax (58%/94% respectivamente) reservada a los casos graves, analítica rutinaria (27%/71%); pero siguieron en niveles INACEPTABLES la solicitud de Hemostasia, la Graduación de la Gravedad que es el eje central sobre el que pivotan todas las Guías, la Frecuencia Respiratoria, el uso de Medidores de Peak-Flow y empeorando la constancia de respuesta al tratamiento administrado.

CONCLUSIONES: Tras un debate en el seno del Grupo y centrandonos en las Áreas de Mejora se propuso incidir sobre la Graduación de gravedad de la crisis como punto clave, de la Frecuencia respiratoria, disponibilidad física de medidores de Peak-Flow en el área, inexistentes actualmente, Unificar las dosis de esteroides empleados y otros. Otra consecuencia lógica es elaborar Protocolos de actuación más simples y útiles para un área tan presionada como Urgencias, basadas en una modificación de Mahadevan. Este procedimiento que denominamos "micro-audit" supone una herramienta de formación para los Médicos Residentes y permite evaluaciones casi "on-line" eficaces y altamente eficientes por el escaso consumo de recursos que requiere.

M36.02

PACTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD EN SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS: UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA

C. Llorente Parrado, L. Calahorra Fernández, T. Rodríguez Cano, J. L. Cuadra Díaz, J. A. Rubio-Manzanares, J. Fernández Sanz.

Hospital General de Ciudad Real.
 cllorente.hulp@salud.madrid.org

Objetivo: promover la mejora continua en la organización de la atención a los pacientes en Servicios Médicos.

Método:

1. Diseño de objetivos. Desarrollo de documento específico de

objetivos de calidad en los ámbitos asistencial, docente e investigador para cada Servicio o Unidad del hospital. En este documento se incluyen los objetivos del Plan de Calidad del SESCAM que puedan ser aplicables, objetivos de las Estrategias de Mejora del Hospital y objetivos de las Comisiones Clínicas: Se fijan para un período de un año y se estructuran de acuerdo a los nueve criterios del modelo EFQM. Dentro de cada objetivo, se especifican los siguientes aspectos: definición de objetivo, nivel pactado (estándar a alcanzar), indicador (fórmula para medir el estándar), evaluador y responsable para cumplimiento de objetivo.

2. Despliegue de objetivos. El coordinador de calidad y el responsable de calidad del Área Médica presentan los objetivos al responsable de cada Servicio o Unidad y a su responsable de calidad, que posteriormente los despliega al resto de profesionales. Finalmente, se adquiere el compromiso de adecuación a los estándares acordados mediante firma del responsable de cada Servicio o Unidad, de su responsable de calidad, de la dirección del área médica, del coordinador de calidad y del responsable de calidad del Área Médica.

3. Implantación de actividades para cumplimiento de objetivos. Los profesionales tienen acceso, a través de la Web e intranet del hospital, a toda la documentación necesaria para el desarrollo de los objetivos pactados.

4. Evaluación de indicadores. Anualmente se evalúa el grado de adecuación a los objetivos acordados y se despliegan las propuestas de mejora según los puntos débiles detectados. Posteriormente, se alcanza el compromiso del Servicio o Unidad con la puesta en marcha de estas propuestas para la mejora continua.

Resultados: el desarrollo del pacto de objetivos e implantación de actividades para su cumplimiento se ha llevado a cabo en el 90% de Servicios o Unidades médicas del hospital. Se planifican tres reuniones anuales para seguimiento, evaluación de indicadores y despliegue de propuestas de mejora.

Conclusiones: 1/ La implantación de un sistema de pacto de objetivos basado en la adecuación a estándares, de evaluación anual, promueve mejoras en la atención a los pacientes. 2/ El despliegue de un sistema de gestión de la calidad a nivel micro (organizado por Servicios o Unidades), facilita el compromiso de todos los profesionales con la mejora continua.

M36.03

TERMOMETRO DE LA INNOVACION

S. Rabanal Retolaza, I. Gallego Camiña, A. De Allende Achalandabaso, E. Gómez Inhiesto, L. Rodríguez González, S. Sarrionandia Azaola.

HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO OSPITALEA (OSAKIDETZA).
santiago.rabanalretolaza@osakidetza.net

Objetivo: Desarrollar una estrategia de innovación en el Hospital Galdakao Usansolo, identificando para ello los puntos fuertes a consolidar y áreas de mejora.

Método: Los nuevos escenarios del SXXI afectan a todos los sectores de la sociedad, y el mundo sanitario no es ajeno a los cambios. El avance tecnológico, el perfil de los clientes y nuestras exigencias como ciudadanos, nos lleva a que todas las organizaciones, debamos adaptarnos al cambio con mayor rapidez. El HGU adoptó, al igual que toda Osakidetza, el Modelo EFQM como referencia en la gestión, teniendo el aprendizaje, la mejora continua y la innovación como motores de la excelencia. Tras la evaluación externa EFQM con la obtención de la Q plata 2007 y a raíz de las conclusiones de dicho informe el Hospital decidió autoevaluar su propia capacidad innovadora. Para ello utilizó el "Cuestionario de Innovación" desarrollado por EUSKALIT (Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad). Participación: Al ser la innovación un elemento transversal a toda la organización, y por recomendación de EUSKALIT, participaron todos los miembros del Equipo de Dirección y la Responsable de Calidad Etapas. 1) Lectura: estudio individualizado del cuestionario, con la identificación de Puntos Fuertes y Áreas de Mejora incluyendo ideas para afrontarlas, en cada uno de los 6 criterios del cuestionario. 2) Reunión de Consenso: apoyo de expertos en el Modelo EFQM.

Resultados: Plan de acción. El análisis se estructuraba en: Estrategia, Clientes, Alianzas, Personas, Liderazgo y Resultados. Las acciones se dirigen hacia: a) la definición de una política de innovación, b) creación de foros y espacios para la innovación, c) implantación de TICs en la relación con los pacientes, d) incorporación de la

innovación y herramientas de creatividad en el programa de formación del HGU, e) motivación y evaluación del liderazgo, f) definición de indicadores de innovación, etc. 2) Consejo de Dirección como órgano estratégico para la innovación. El cuestionario de autoevaluación se convierte en herramienta de trabajo para analizar y explorar en el Consejo de Dirección.

Conclusiones: 1) La innovación es un elemento clave del Modelo EFQM, cuyo despliegue lleva implícito la incursión en la innovación. 2) Existen diferentes tipos de innovación; siendo la no sanitaria donde tenemos mayores oportunidades. 3) Debe ir acompañada del liderazgo y del empowerment. 4) La autoevaluación ha servido para dar el primera paso hacia la definición de la estrategia innovadora. 5) Innovación objetivo de trabajo para el Consejo de Dirección.

M36.04

VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

M. Remezal Solano, F. Smilg Vidal, M. Gurri Landi, M. C. Fernández Barreras.

Fundación Hospital, Cieza.
mremezals@insermed.com

Objetivo: Realizar una encuesta en diferentes Departamentos de nuestro hospital que, directa o indirectamente, tienen relación con el Departamento de Anatomía Patológica para valorar el grado de satisfacción con el servicio prestado.

Material y métodos: Se ha realizado una encuesta, de respuesta confidencial y voluntaria, dirigida a todos los trabajadores de nuestro hospital, los cuales fueron estratificados en tres categorías: facultativos, enfermería y otro personal.

Dicha encuesta se centro en cinco aspecto del servicio ofrecido por el Departamento de Anatomía Patológica:

- Trato y accesibilidad del personal de Anatomía Patológica.
- Tiempo y diagnóstico de las pruebas solicitadas.
- Calidad general de los informes de Anatomía Patológica.
- Facilidad para obtener copias de los informes.
- Valoración global del servicio de Anatomía Patológica.

Cada uno de estos aspectos fue calificado en una puntuación de 0 a 4 (0 -muy mal; 1 - mal, 2 - regular, 3 - bien, 4 - muy bien). Los resultados fueron analizados estadísticamente, obteniéndose conclusiones sobre cada uno de los aspectos analizados.

Resultados: Las medias de calificación obtenida para cada uno de los puntos analizados fueron:

- Trato y accesibilidad del personal de Anatomía Patológica: 3,93
- Tiempo y diagnóstico de las pruebas solicitadas: 3,75
- Calidad general de los informes de Anatomía Patológica: 3,87
- Facilidad para obtener copias de los informes: 3,71
- Valoración global del servicio de Anatomía Patológica: 3,87

Conclusiones: El análisis de los resultados de las encuestas permite afirmar que el servicio ofertado por el Departamento de Anatomía Patológica puede ser considerado como muy satisfactorio, valorándose de forma muy positiva el alto grado de reconocimiento que el resto de Departamentos que forman parte del hospital tienen hacia el trabajo de nuestro Departamento.

Por otra parte, destacamos la importancia de la realización de encuestas de satisfacción entre los propios trabajadores de un hospital para valorar la calidad de un servicio, aunque esto a veces suponga someternos al juicio de los demás.

M36.05

VALORACIÓN DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD EN URGENCIAS

J. A. Oliva Vicedo, M. Ibernón Zabala, S. Parejo Guasch, M. Gómez Gerboles, M. De Haro Orozco, I. Nisa Canet.

HOSPITAL DOS DE MAIG.

antoni.oliva@sanitatintegral.org

Introducción: En análisis de la mortalidad en Urgencias, debe ser considerado como un elemento de gran valor para la evaluación del proceso asistencial.

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos desde la creación de la comisión para la evaluación de los episodios de exitus en urgencias

o en pacientes ingresados cuya defunción ocurrió antes de ser visitado por el servicio responsable de su hospitalización.

Material y Métodos: Como objetivos se establecieron la evaluación de los exitus, establecer sesiones mensuales para su análisis con participación de los médicos del área de Medicina y residentes que realizan guardias en nuestro servicio, aumentar el porcentaje de estudios necrópsicos examinar la correlación entre el diagnóstico clínico y dictamen de la necropsia y creación de un registro informatizado. En las sesiones se evaluaba el correcto cumplimiento del informe de asistencia y protocolos establecidos, analizar las causas que condujeron a la muerte y si éstas eran previsibles y evitables, valoración de las medidas asistenciales y de soporte psicológico, evaluación de las intervenciones y exploraciones cruentas, análisis de los problemas desencadenantes o relevantes en la muerte de los pacientes, o derivadas del traslado de los enfermos. **Resultados:** Se han producido 24 exitus (0.07%). 16 mujeres (67%) y 8 hombres (33%), edad media de 84,79 años (entre 67a y 98a). Tiempo medio de llegada a inicio de asistencia de 27,79min (0-55 y tiempo medio de inicio de asistencia al exitus fue de 757,16 min (31,5h) (20-1760min). En 9 informes constan maniobras de RCP. El motivo de no RCP consta en 11 informes. Sólo consta la duración del RCP en 2 exitus. 13 eran exitus previsibles (54%). Las medidas terapéuticas se consideraron idóneas en 15 de los 24 exitus analizados (62,5%) y las diagnósticas aplicadas en 17 casos (70,8%). Se solicitaron 8 necropsias. Sólo se autorizaron y realizaron 3. La correlación diagnóstica entre diagnóstico clínico y estudio necropsico fue del 100%. Todos los resultados se incorporaron en un registro informatizado, debidamente transcripto para preservar la identidad del paciente de libre consulta por parte de los profesionales de urgencias.

Conclusiones: El análisis de los exitus supone una medida de calidad asistencial y una herramienta de formación tanto para los médicos de Urgencias como para los residentes que acuden a dichas sesiones. La solicitud de necropsias se tendría que considerar en cada exitus y en caso de no autorización o imposibilidad de su realización, anotar en el informe de asistencia.

M36.06

TRECE AÑOS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

O. Isart Bosch*, R. Santamaría Laín, A. Ibarzo Monreal, R. Marcos Bailón, G. Carracedo Ramos, E. Santiveri.

Hospital de Barcelona - SCIAS.

dca@sciasdb.com

OBJETIVO: Detectar a los pacientes de riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) y evaluar los cuidados de enfermería relacionados con la profilaxis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño de estudio transversal y descriptivo (de 1995 a 2007) se realizaron dos cortes anuales de prevalencia (febrero-octubre). Se clasificaron las UPP según la procedencia extra o intrahospitalaria. Se incluyeron todos los pacientes ingresados exceptuando los recién nacidos sanos, Corta Estancia y Hospital de Día. Se utilizó la escala de Norton para medir el riesgo al ingreso. Las variables se obtuvieron mediante la observación directa y la consulta de la documentación de enfermería. El análisis estadístico fue descriptivo.

RESULTADOS: El total de la muestra fue de 7.410 pacientes correspondiendo a una media en cada corte de 285 pacientes. Los casos valorados mediante la escala de Norton en el momento del ingreso fue del 79,1%. El porcentaje de pacientes de riesgo fue del 12%. De todas las medidas de profilaxis posibles según el protocolo se aplicaron en el 81,8% de pacientes. La prevalencia de úlceras intrahospitalaria fue de 7%, clasificándose en: estadio I (57,2%), estadio II (38,0%), estadio III (4,3%) y estadio IV (0,4%).

De los pacientes valorados sin riesgo al ingreso un 5,0% presentaron UPP y de los valorados con riesgo, un 72,68% no presentaron UPP. **CONCLUSIONES:** El proceso de evaluación de riesgo y la unificación de los cuidados de prevención y tratamiento mediante el protocolo, ha permitido objetivar la práctica asistencial y aplicar medidas correctoras. En las condiciones del estudio realizado, la escala de Norton ha resultado sensible y específica.

M36.07

USO DE ABREVIATURAS EN LAS PRESCRIPCIONES DE TRATAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M. D. Del Baño Aledo, A. Carrillo, MB. Almada, AR. Tovar, A. López, M. Párraga.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.

loladelbano@ono.com

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar el uso de abreviaturas, prohibidas y aceptadas, en las hojas de tratamiento de la UCI antes y después de un ciclo de mejora.

Métodos: Durante 3 meses, se estudiaron 10 hojas de tratamiento de cada uno de los 11 médicos de UCI, mediante aleatorización simple. Se anotaron todas las abreviaturas utilizadas y se comprobó si pertenecían al listado de abreviaturas prohibidas vigente en nuestro centro. Tras la primera evaluación se realizó un ciclo de mejora, con la comunicación de resultados y colocando en todos los puestos de trabajo un listado de abreviaturas prohibidas. Posteriormente se analizaron otras 110 hojas de tratamiento. Los datos son expresados como número y porcentajes con sus intervalos de confianza al 95% (IC-95%) y las comparaciones se han realizado mediante la prueba X2 de Pearson o exacto de Fisher y ANOVA de un factor.

Resultados: En la primera evaluación se analizaron 1360 prescripciones con un total de 3229 abreviaturas. Todas las líneas de prescripción tenían al menos una abreviatura, con un máximo de seis. Las abreviaturas prohibidas eran 2376 (73.6%, IC-95%:72.1-75.1). Las más frecuentes fueron la abreviatura "h" con 994 veces (30.8%, IC-95%: 29.1-32.4), "iv" con 407 (12.6%, IC-95%: 11.4-13.8), vía de administración 787 veces (24.4%, IC-95%:22.8-25.8), el nombre del fármaco 214 (6.6%, IC-95%: 5.7-7.5), intervalo entre dosis 996 (30.8%, IC-95%:29.2-32.4), forma farmacéutica 206 (6.4%, IC-95%: 5.5-7.2), unidad 973 (30.1%, IC-95%: 28.5-31.7) y nombre de fluido en 53 (1.6%, IC-95%: 1.2-2.1). Existía variabilidad en el uso de abreviatura entre los médicos de UCI, la media entre médicos variaba entre un mínimo de 1.9±0.8 abreviatura por línea a un máximo de 2.6±0.7 (p<0.001), y en el uso de abreviaturas prohibidas variaba entre el 67.7% de un médico (mínimo) y el 85.2% (máximo) (p<0.001). Tras el ciclo de mejora, se evaluaron otras 110 hojas de tratamiento con 1090 líneas de tratamiento. Se contabilizaron únicamente 37 abreviaturas (3.4%), todas prohibidas. La más utilizada fueron la abreviatura "h" en 10 ocasiones, "aas" en 6 ocasiones y "1/2" en 5 ocasiones.

Conclusión: El uso de abreviaturas en las hojas de tratamientos en nuestra UCI constituía un problema de calidad muy importante que ha sido minimizado mediante la aplicación de un ciclo de mejora, aunque no han sido totalmente suprimidas.

M36.08

VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO Y AGUDO PERCIBIDO POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

M. T. Villar Arnal, G. Bara, A. López, F. Martínez.

Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

mtvillar@salud.aragon.es

Proyecto de investigación multicéntrico de 3 años, becado por el FIS nºPI030138. Se presentan los resultados obtenidos en los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

Hay constancia documentada de que el tratamiento y manejo del dolor sigue siendo hoy, un problema de salud que requiere objetivos e intervenciones.

La normativa de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) pretende que las instituciones sanitarias estén informadas sobre los métodos de evaluación y tratamiento del dolor y que los centros emitan directrices y procedimientos que apoyen la correcta utilización de los analgésicos y otros tratamientos para el control del dolor.

Objetivos:

- Identificar la intensidad del dolor de los pacientes de las unidades de estudio.
- Conocer el grado de cumplimiento, por parte de las enfermeras, del tratamiento analgésico.
- Detectar la existencia de escalas de medida del dolor, en los registros de enfermería.

Metodología: Diseño observacional y transversal. Muestra: 160 pacientes de las unidades de oncología y cirugía general del HUMS.

Se administró el cuestionario Brief Pain Inventory adaptado. Junto con la revisión de su documentación clínica. Procesado de datos con SPSS 11.0. Análisis descriptivo para todas las variables. Nivel de confianza 95% ($p > 0,05$).

Resultados: En el 50% de los casos había protocolo de tratamiento del dolor. En el 55% había registro del dolor (escala EVA 81%) en Oncología. Había pauta analgésica establecida en el 88% y la enfermera cumplía dicha pauta en el 96% de los casos.

La intensidad media del dolor percibido (de 0 a 10) fue de 2,6 (IC del 95%). Un 35% tenía una puntuación > 3 , de ellos el 42% correspondía a Cirugía frente al 28% de la unidad de Oncología. El 62% de los pacientes consideraba que era normal tener dolor, siendo mayor el porcentaje (76%) en pacientes con alguna creencia religiosa.

Conclusiones: Las cifras reflejan que los pacientes de Oncología (dolor crónico) tienen mejor manejo del dolor que los de Cirugía General (dolor agudo). Destaca el número de pacientes que sigue presentando dolor, lo que indica una falta de adecuación de las pautas de tratamiento a las necesidades reales aunque un porcentaje elevado considera normal la presencia de dolor en sus circunstancias. Las enfermeras cumplen la pauta analgésica a pesar de que sólo en la mitad de los casos existe registro de la valoración del dolor, lo que podría indicar una necesidad de formación en este sentido.

M36.09

TELEMEDICINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UNA PROVINCIA ESPAÑOLA: RESULTADOS METABÓLICOS Y ACEPTABILIDAD

J. Sepúlveda Muñoz, M. I. Rodríguez Idígoras, R. Sánchez-Garrido Escudero, D. Garófano Serrano, J. L. Escolar Castelló, J. L. Martínez González.

Delegación de Salud. Málaga.
jesemu@gmail.com

OBJETIVO: Valorar el impacto de la teleasistencia en el control metabólico de pacientes diabéticos tipo 2 en autocontrol así como la aceptabilidad del sistema tanto por los pacientes como por los profesionales.

MÉTODOS: Se realizó un ensayo controlado aleatorio de grupos paralelos orientado a pacientes diabéticos tipo 2 en autocontrol, atendidos en atención primaria, en la provincia de Málaga.

Se seleccionaron aleatoriamente 328 enfermos entre los diabéticos de 35 médicos, que fueron asignados también de forma aleatoria a dos grupos: intervención y control. Intervención: El sistema de teleasistencia constaba de tres unidades: teléfono móvil del paciente, teléfono móvil del médico y unidad central, que recibía las glucemias y proporcionaba asistencia a los enfermos 24 horas al día.

Al inicio se realizó un protocolo de inclusión y después un seguimiento de un año.

Al finalizar el estudio se pasó una encuesta tanto a pacientes como a profesionales para medir la aceptabilidad del sistema.

RESULTADOS: No hallamos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las características basales entre los grupos.

Al finalizar, el descenso de la HbA1c media en el grupo de intervención es estadísticamente significativa (de 7.62 % a 7.40%, $p = 0.027$), no así en el grupo control (de 7.44% a 7.35%, $p = 0.303$).

El grado de satisfacción con el estudio era superior al 90% en ambos grupos. Pensando el 81.9 % de ellos que el sistema de teleasistencia en el control de la diabetes es mejor que el autocontrol clásico llevado hasta ese momento. En nuestro estudio el 97.8% del total de pacientes piensa que otros pacientes diabéticos deberían tener la oportunidad de probar el sistema de Teleasistencia en diabéticos. El 83% de los profesionales sanitarios participantes en el estudio opinaban tras la realización del estudio que la telemedicina facilita un mejor seguimiento de la población diabética.

CONCLUSIONES:

- 1.- Al final del estudio el control metabólico del grupo de telemedicina había mejorado de forma significativa con respecto al inicio del mismo, no así en el grupo control.
- 2.- Se evidencia un alto grado de satisfacción de los pacientes que se han adherido a este procedimiento.
- 3.- Elevado nivel de satisfacción de los profesionales en el uso del sistema de Telemedicina empleado.
- 4.- Sistemas de Telemedicina pueden ser perfectamente aplicables en pacientes con patologías crónicas como la diabetes en Atención

Primaria de Salud.

5.- El desarrollo de proyectos de investigación de calidad en Atención Primaria es factible con el apoyo metodológico y operativo adecuado.

M36.10

UN PROGRAMA QUE PROMUEVE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL TAMBIÉN TIENE QUE SER EVALUADO ¿O NO ES ASÍ?

J. C. García-Aisa (0), A. Misiego Peral* (0), S. Castán Ruiz (1), M. T. Ortega (0), M. A. García-Orea (0), J. Quintín Gracia (0).

(0) Servicio Aragonés de Salud, (1) Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

jcgaisa@aragon.es

Objetivos: El Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad se puso en marcha en SALUD el año 2000, desde entonces se seleccionan anualmente, mediante una convocatoria pública, los proyectos que se integran en el mismo. Durante este tiempo, se han evaluado de manera esporádica diversos aspectos del Programa que por otra parte presenta una aparentemente buena salud, como parece indicar el continuo incremento en el número de proyectos que los profesionales presentan cada año. En este contexto se planteó el objetivo de revisar el funcionamiento y los logros del programa, así como las opiniones y expectativas de los profesionales implicados, para identificar oportunidades de mejora. Se presenta la metodología empleada y sus resultados.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los proyectos incluidos en el Programa desde 2000.

Se escogieron las variables a estudiar y se diseñó una hoja de recogida de datos.

Se seleccionaron los proyectos a revisar mediante un muestreo aleatorio estratificado.

Para obtener la información, se decidió entrevistar a los coordinadores de los proyectos u otros miembros del equipo de mejora y contar también con directivos y profesionales de las unidades de calidad. La revisión y la entrevista es realizada por profesionales que no han estado directamente relacionados con el Programa.

Resultados: Desde su inicio se han incluido en el Programa 965 proyectos de mejora, con una cifra anual que aumenta progresivamente y oscila entre los 10 proyectos de 2000 (con 34 presentados) y los 258 de 2008 (con 325 presentados).

Se presenta en la comunicación la distribución de estos proyectos por Sectores de SALUD, nivel de atención (atención primaria, especializada, sociosanitaria, salud mental y 061).

Se expone la información obtenida sobre los proyectos evaluados y su estimación respecto al conjunto cuando es posible. Se exponen, entre otros, los datos relativos al número de profesionales implicados, la valoración que hacen respecto a su participación, los apoyos recibidos, las dificultades experimentadas, los resultados obtenidos mediante el proyecto realizado y la valoración de los mismos por los profesionales.

Conclusiones: Tal y como se ha comentado, las cifras relativas al número de proyectos presentados y seleccionados parecen indicar que el Programa mantiene un elevado interés para los profesionales. Sin embargo, es necesario establecer un procedimiento sistemático de revisión y evaluación que hasta ahora se ha desarrollado ocasionalmente. Las oportunidades de mejora identificadas en este trabajo incluirán actualizaciones en la convocatoria del Programa para 2009.

M36.11

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS EN UNA UCI DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Chico Fernández, S. Bermejo Aznarez, C. García Fuentes, M. A. Alonso Fernández, D. Toral Vázquez, E. Alted López.

Hospital Universitario "12 de Octubre".

murgchico@yahoo.es

Objetivo: Valorar la calidad de cuidados en la atención del paciente con Trauma Grave (TG) mediante el análisis de Indicadores de Calidad (IC) reconocidos por las sociedades científicas.

Material y Método: Estudio prospectivo observacional durante 6 meses en una UCI de Trauma. Población de estudio: Pacientes ingresados en UCI con TG (Código E del CIED-9, con índice de gravedad (ISS), obtenido de la descripción de las lesiones AIS-90

superior a 9). Criterios exclusión: 1.- Edad < 14 años 2.- Éxitos en las primeras seis horas. 3.- Traslado a otro centro en las primeras 24 horas. Análisis de datos epidemiológicos (edad, sexo, gravedad, procedencia, estancia). Evaluación de 12 IC: 1/ Pre-aviso de llegada por del medio prehospitalario. 2/ Disponer de protocolo de alerta intrahospitalaria para recepción de TG. 3/ Registro horario de la evaluación inicial en la Historia Clínica. 4/ Realización de TC craneal en tº < 2h desde el ingreso en TCE con GCS<14. 5/ Aislamiento de vía aérea en TCE severo. 6/ Intervención neuroquirúrgica en TCE con hematomas extraaxiales con criterios quirúrgicos en tº < 2h desde realización de TC. 7/ Realización de laparotomía en tº < 1h desde el ingreso en pacientes con trauma abdominal + Shock. 8/ Desbridamiento de fracturas abiertas de tibia en < 6h. 9/ Monitorización PIC en TCE grave con TC craneal patológica. 10/ Reintubación en las 48h post-extubación. 11/ Mortalidad por TCE grave. 12/ Incidencia SDRA en TG.

Resultados: Total pacientes: 188 (Trauma 150 p. Cumplen criterios 128 p). Edad: 39,7 ± 17,7. Varones 88,3%. ISS = 26,0 ± 17,7. Procedencia: Extrahospitalaria 73,4%, Urgencias 17,2%, Otro Centro 9,4%. Estancia: 5,75 ± 7,5 días (35 min. - 40,1 días), Mediana 2,26 días. Cumplimentación: 90,6 % (116 / 128). EVALUACIÓN DE IC: 1/ 78/85 = 91,8% (95%). 2/ Sí (Si). 3/ 100% (100%). 4/ 38/39= 97% (95%). 5/ 33/34= 97,1% (95%). 6/ 8/9= 88,9% (100%). 7/ 8/10= 80% (95%). 8/ 11/11= 100% (95%). 9/ 14/15= 93,3% (95%). 10/ 5/61= 8,2% (12%). 11/ 8/34= 23,5% (< 50%). 12/ 10/116= 62% (10%).

Conclusiones: Elevado grado de cumplimentación del estudio (91%). De los indicadores evaluados, observamos que no cumplimos con los estándares establecidos en los que implican una coordinación con otros servicios extra y/o intrahospitalarios.

Importancia de analizar indicadores para valoración de la calidad asistencial y detectar posibles áreas de mejora.

M36.12

VÍA CLÍNICA DE LA FRACTURA DE CADERA. REPERCUSIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LOS COSTES HOSPITALARIOS Y EN LA ESTANCIA MEDIA

J. Galí López*, C. Puig Rossell, A. Vila Santasuana, G. Rosell Salvado, M. Herrero Muñecas, M. Blabia Esteruelas.

Hospital de Barcelona.

13592jgl@comb.es

INTRODUCCIÓN: El alargamiento de la estancia media hospitalaria y el aumento de los costes hospitalarios son las causas más importantes de pérdida de eficiencia en el tratamiento de los pacientes OBJETIVO: Analizar la repercusión de las complicaciones en la variación de la estancia media y de los costes hospitalarios.

MÉTODO: Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Inclusión de los pacientes ingresados desde Junio de 1997 hasta la actualidad en el Hospital de Barcelona, por presentar una fractura de cadera y tratados siguiendo una vía clínica. Exclusión por negativa al tratamiento propuesto. Análisis de la repercusión de las complicaciones en la variación de la estancia media, del consumo de farmacia y del consumo de material sanitario. Registro de datos en una base de datos mediante el programa informático File Maker Pro. Análisis de datos mediante Excel y File Maker.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 2048 pacientes con una edad media de 81,4 +/- 9,4 años y la estancia media (EM) de 7,5 +/- 3,7 días. La media de consumo de farmacia (CF) fue de 136,1€ y la media de consumo de material sanitario (CMS) fue de 170,8€. Las complicaciones registradas durante el ingreso hospitalario, y la EM, el CF y el CMS de las mismas fueron: 4 infecciones profundas de la herida quirúrgica (EM 30,8; CF 803,9; CMS 722,7), 3 lesiones quirúrgicas vasculonerviosas (EM 22,8; CF 420,9; CMS 491,2), 5 fracasos de la osteosíntesis (EM 20,3; CF 441,4; CMS 312), 6 luxaciones protésicas (EM 14,2; CF 292,3; CMS 255,4), 48 infecciones de orina (EM 10,2; CF 206,7; CMS 200,8), 48 retenciones de orina (EM 9,2; CF 179; CMS 201,9), 11 accidentes vasculo-cerebrales (EM 15,5; CF 201,9; CMS 244,9), 31 insuficiencia cardíaca (EM 11,4; CF 348; CMS 271), 25 neumonía (EM 13,6; CF 592,6; CMS 192,7), 8 edema agudo de pulmón (EM 8,8; CF 229,9; CMS 380,2), 17 hemorragia digestiva alta (EM 12,9; CF 441,6; CMS 295,9), 173 alteración de la conciencia (EM 8,2; CF 156,9; CMS 172,5). Se registraron un total de 80 exitus vitae (3,9%) (EM 6,8; CF 246,8; CMS 212,3).

CONCLUSIONES: La aparición de complicaciones aumenta la

estancia media, el consumo de material sanitario y el consumo de farmacia. La prevención de las complicaciones y la mejora de la actuación repercutirá en la eficiencia del tratamiento de los pacientes, al disminuir los costes, y repercutirá en la accesibilidad de los pacientes a los centros sanitarios.

M37.01

¿ES TAN FÁCIL INNOVAR EN LAS ORGANIZACIÓN SANITARIAS?

R. M. Valverde Citores, A. Colina Alonso*, L. Aguirre Alberdi, E. Ruiz Álvarez, F. Jauregui Celaya, J. I. Landaluce Lauzurika.

Hospital de Zumarraga.

rosamaria.valverdecitores@osakidetza.net

Objetivos: Identificar aquellas áreas, procesos, proyectos en los que el hospital puede ser innovador.

Material y métodos: mediante el Modelo Capital Innovación para Organizaciones Sanitarias (MIOS) y partiendo de las distintas líneas estratégicas diseñadas en el hospital, sus planes, mapa de procesos, Misión, Valores, se trata de identificar los atributos en los que el hospital puede ser innovador. La primera pregunta que hay que hacerse es en qué se puede innovar, es decir en qué se innova, se puede ser distinto a los demás o destacar y evaluarse mirando a cómo queremos que nos vean. A partir de aquí se plantean una serie de líneas de actuación que nos conduzcan a identificar acciones relacionadas con la innovación. Se forma un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por 12 personas que mediante brainstorming identifica una serie de atributos que nosotros priorizamos: Información/comunicación con el paciente y familia, Acogida, Aplicación de técnicas para mitigar el dolor, Trato, Participación de la Familia y/o Paciente en la continuidad de cuidados, participación ciudadana en la mejora de servicios del hospital, Gestión de los recursos y en los que el hospital podría ser innovador es decir aspectos en los que se podrían cambiar los "cósmos" en hacer las cosas. Los atributos son ponderados de 1 a 4 por cada uno de los componentes del equipo en función del impacto que la innovación puede tener en el cliente e identificando así la prioridad de cada uno de ellos. Posteriormente se realiza una identificación de la incidencia de los 6 atributos más puntuados en cada uno de los procesos y mediante una parrilla de puntuación obtendremos información sobre en qué proceso del hospital incidirá más la innovación de los diferentes atributos seleccionados.

Resultados: La aplicabilidad del modelo MIOS ha permitido: 1) alinear los atributos identificados con los procesos del hospital, 2) aumentar el conocimiento de los componentes del equipo en la gestión de la innovación; 3) priorizar las acciones a innovar y desarrollar proyectos; 4) implicar a las personas de la organización en la gestión de la innovación.

Conclusiones: la identificación y priorización de atributos, aspectos, proyectos, innovadores necesita de una sistemática ya que innovar no es igual a inventar. La participación e implicación de las personas en proyectos de gestión sigue siendo clave en las organizaciones para poder unificar esfuerzos hacia el éxito y poder avanzar en el camino de la excelencia y la innovación.

M37.02

¿MIDES / GESTIONAS?: EL REDER HBAS APLICADO A LOS PROCESOS (INNOVACIÓN EN GESTIÓN DE CALIDAD)

I. Urrutia Johansson, N. Guerra Zaldúa, P. Regulez Ariño, A. Ruiz Echevarría, K. Ibarra Hernández, J. Darpon Sierra.

HOSPITAL DE BASURTO.

ISABEL.URRUTIAJOHANSSON@osakidetza.net

Objetivo: Materializar el PDCA mediante el despliegue de una sistemática de gestión que permita la sintonía entre los gestores de procesos y la Dirección, con enfoque a unir sinergias para la mejora de resultados, acciones innovadoras en beneficio a los propios procesos/ servicios y beneficio general a la organización.

Justificación: la gestión por procesos se sustenta mediante sistemática de comunicación y feedback directo, entre los gestores de los procesos y la Dirección, abordando logros, acciones y medidas impulsoras para la consecución de metas y objetivos.

Por ello, se implementa el "REDER HBAS", como herramienta innovadora en el feedback de los resultados de los procesos.

Método:

- 1) Análisis de quejas y sugerencias.
- 2) Balance de herramientas de evaluación de procesos.
- 3) Elaboración de un documento integrador "Informe Desempeño del proceso":
 - Cuadro de Mando.
 - Análisis de resultados y tendencias.
 - Balance de la Innovación.
 - Análisis de Quejas, Premios y Felicitaciones.
 - Plan de Mejora y Concreción de proyectos innovación.
- 4) Consenso de sistemática de análisis.
 - Implantación de la Gestión por Procesos es requisito por madurez de gestión. (25 procesos "certificados").
 - 4a. Formación en herramientas de gestión.
 - 4b. Explotación / Balance del "Informe de Desempeño".
 - 4c. Sistemática de Evaluación.
 - Entrevista "metodológica".
 - Entrevistas "resolución de incidencias".
 - Entrevistas ¿dirección?
- 5) Integración de necesidades. Plan de Gestión.
- 6) Comunicación / feedback.

Resultados: En base a la metodología descrita, se ha conseguido reconducir la credibilidad de la organización (a nivel de gestores de procesos y la propia Dirección del Centro), en los beneficios que reporta la Gestión por Procesos, gracias al feedback personalizado de los distintos intervinientes.

-Sensibilizar al hecho de medir para mejorar, no solo para premiar o castigar.

-Mejorar la percepción en cuanto accesibilidad de la Dirección.

-Concretar acciones, despliegues, presupuestos, y plazos.

-Mayor implicación de los gestores con el Hospital.

-34 Servicios en dinámica de acercamiento.

Conclusiones: Las metodologías y enfoque teóricos de la calidad aplicadas a la Gestión por Procesos, solo pueden sobrevivir siendo prácticas y útiles para todos los intervinientes en la organización: gestores y equipos de procesos; comunicación formal y estructurada con los procesos con quienes se interactúa y, obviamente la Dirección. El REDER HBAS ha sido una apuesta que en 2 años, está obteniendo los beneficios expuestos con anterioridad.

M37.03

¿POR QUÉ MANTENEMOS UN PROYECTO ESTABLE DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CENTRO DE SALUD?

A. Antónanzas Lombarte (0), M. P. Lacarta Vicioso (0), M. Crespo Mainar (0), P. Oliveros Gonzalvo (0), J. L. Cantalapiedra Obis (1), A. Villanova Lanuza (1).

(0) Centro de Salud Delicias Sur Zaragoza, (1) Centro de Salud Delicias Sur Zaragoza.

angelant@comz.org

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La continuidad en nuestro centro de salud de un proyecto estable de mejora de calidad, desde hace 8 años, nos ha hecho reflexionar sobre cuáles han sido las razones para mantenerlo a lo largo de este tiempo. Nuestra reflexión persigue aportar algunas claves que, aunque extraídas de una experiencia concreta, puedan ayudar a diseñar estrategias, sobre todo en el ámbito de la atención primaria, a equipos que quieran plantearse proyectos de calidad estables.

ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS: Las razones organizativas y metodológicas han sido:

* La permanencia de un grupo estable multidisciplinar en el que se incluyen médicos, pediatras, enfermeras y personal administrativo. Se reúne semanalmente, dentro del horario de trabajo. En la comisión están representados el coordinador del equipo, coordinador de enfermería y coordinadora del área administrativa.

- * La microgestión del centro está conectada con esta comisión, de manera que aquí se deciden las necesidades de reuniones con el resto del equipo para distintos aspectos organizativos. Desde esta comisión se invita a otros miembros del equipo a participar en las distintas líneas de mejora. También está coordinada con los responsables de formación en el centro.

- * El apoyo institucional también ha sido decisivo, de modo que los proyectos han sido aceptados en el Plan anual de apoyo a las iniciativas de mejora de calidad del Servicio Aragonés de Salud, con el valor añadido de mayor motivación y de acceso a diverso material clínico y formativo muy bien recibido en el

seno del equipo.

- * Las expectativas y necesidades de los profesionales, que han sido recogidas de manera periódica por el grupo de calidad.
- * La voz del usuario llega a la comisión de calidad mediante las sugerencias, recogidas con un sistema permanente, y a través del Consejo de Salud.

RESULTADOS: Esta organización ha permitido realizar una autoevaluación con el modelo EFQM y el desarrollo de un proyecto de gestión por procesos para certificación con normas ISO. Diversas líneas estables de calidad se vienen desarrollando con la participación de más de cuarenta profesionales del equipo.

CONCLUSIONES: El liderazgo de un grupo estable de mejora, su conexión con la gestión del centro, la aportación de la voz del usuario y de los profesionales y el apoyo institucional han permitido mantener un proyecto estable de mejora de calidad que ha generado satisfacción entre los profesionales, buen clima laboral y oportunidades para el trabajo en equipo.

M37.04

ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA.

S. Salvo*, R. Benito, M. Oca, M. E. Llana, P. Macipe, M. C. Rubio.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

solesalvo@gmail.com

Objetivos: Describir las acciones de mejora emprendidas por el Servicio de Microbiología del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza durante los años 2004 a 2007.

Material y Métodos: Acción 1: Rechazo de pruebas improcedentes (Secciones de Serología, Coprocultivos y Parásitos y Micobacteriología):

- Establecimiento de criterios de rechazo de las muestras.
- Revisión de las peticiones y de los antecedentes analíticos de los pacientes.
- Anulación de las pruebas improcedentes.
- Nota informativa a los facultativos.

Acción 2: Vigilancia microbiológica de la red de suministro de agua y aire acondicionado del Hospital:

- Determinar los puntos de muestreo y la periodicidad de las tomas.
- Aplicación de la Norma ISO 11731.
- Información de resultados.

Acción 3: Elaboración del Mapa de Resistencias a Antimicrobianos:

- Selección de las especies bacterianas más relevantes en la producción de infecciones.
- Comparar los resultados obtenidos con el nivel previo de resistencia.
- Acompañar el informe de comentarios para las distintas combinaciones microorganismo-antimicrobianos.

Acción 4: Elaboración de PNTs.

- Revisión de la metodología aplicada en el Servicio.
- Revisión bibliográfica.
- Elaboración y presentación del borrador en Sesión Clínica del Servicio.
- Discusión y aprobación del mismo.

Resultados: En los 4 años han sido rechazadas 7794 pruebas que no aportaban valor añadido al diagnóstico. En los últimos 2 años se ha evitado el gasto de 59922 euros.

Se han realizado 48 controles del suministro de agua del Hospital y analizado 856 muestras.

Se han elaborado los Mapas anuales de resistencia a antimicrobianos, así como un documento que plasma la evolución de las resistencia bacterianas en los últimos años que se encuentra disponible en intranet.

Se han aprobado 6 PNTs.

Conclusiones: Acción 1: Mejora la calidad asistencial, al adaptar la solicitud a la patología del paciente. Agiliza el diagnóstico microbiológico. Evita la realización de pruebas que no aportan valor añadido. Contribuye a la disminución del gasto sanitario.

Acción 2: Proporciona información de las resistencias bacterianas. Permite establecer de medidas que eviten la diseminación de cepas resistentes.

Acción 3: Contribuye a la prevención primaria de la legionelosis nosocomial.

Acción 4: Disponibilidad de un documento didáctico en el que se recogen desde los métodos para la obtención de las muestras hasta la elaboración del informe. Dirigido a residentes, personal de

enfermería y a facultativos de otras secciones del laboratorio.

M37.05

APLICABILIDAD DE LOS EJES TRANSVERSALES DEL MODELO EFQM EN LA AUTOEVALUACION DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

J. Ferrándiz Santos (0), S. Lorenzo Martínez (1), A. I. Alguacil Pau (2), J. Morón Merchante (3), C. Navarro Royo (3), A. Pardo Hernández (3).

(0) Area 11 Atención Primaria Madrid, (1) Fundación Hospital, Alcorcón, (2) Hospital Clínico San Carlos, Madrid, (3) Subdirección General de Calidad. SERMAS. Madrid.

jferrandiz.gapm11@salud.madrid.org

Los Ejes Transversales (EETT) del Modelo EFQM permiten su lectura interna con carácter transversal facilitando el análisis de procesos y la gestión de las medidas correctoras con mayor certidumbre al incidir simultáneamente en diferentes subcriterios.

Objetivo: Analizar la aplicabilidad de los EETT en la interpretación de las áreas de mejora de los Informes de Autoevaluación (atención primaria y especializada) en una comunidad autónoma.

Método:

1) Análisis de la Autoevaluación por criterios EFQM y EETT: Grupo de trabajo mixto (técnicos de calidad).

Análisis del 100% informes EFQM de los centros sanitarios; Distribución de puntos fuertes (PF) y áreas de mejora (AM) según nivel asistencial y centro mediante categorías por afinidad de contenidos.

2) Análisis de aplicabilidad de EETT. Grupo de trabajo mixto en a y b, y grupo de expertos en c.

a) Análisis causa efecto (dificultad de manejo de los EETT sobre las AM); b) Análisis DAFO (EETT como estrategia de uso); c) Análisis cualitativo/encuesta (aplicabilidad de los EETT en el ámbito sanitario).

Resultados:

(Fase 1): a) Autoevaluación: 84% de las Gerencias (32/37); b) Priorización de AM y planes de acción: 94% (30/32); c) Dominio de criterios agentes frente a recursos tanto en PF y AM para el conjunto del sistema; d) Agrupación de los 11 EETT por AM en 95 categorías e) Dominio de ítems vinculados al EETT de gestión de la organización, personas, clientes, proceso y comunicación (72% de AM).

(Fase 2):

a) Causas más citadas: Innovación de la herramienta y falta de experiencia, cultura de calidad y liderazgo, formación específica, carga de trabajo y limitantes de validez y reproducibilidad.

b) Sugerencias: Estrategias de supervivencia (normativa de aplicación, competencia evaluadores y validación de la propuesta), reorientación (liderazgos compartidos, revisión del formato evaluador), defensivas (fortalecer la cultura de autoevaluación y formación), ofensivas (promover EETT en los planes de acción y mejora).

c) Obtiene un mayor consenso el valor complementario de los EETT en la autoevaluación y la incidencia en diferentes criterios mediante las acciones correctivas, heterogeneidad en la interpretación debido al método (agrupación de categorías/EETT), validación de la herramienta y variabilidad de los evaluadores.

Conclusiones: Los EETT aportan una visión complementaria en el abordaje simultáneo de las acciones correctoras, subrayando los limitantes de novedad de la técnica, complejidad de la evaluación y su potencial efectividad.

La aplicación de EETT contribuye a la sistematización de los planes de acción al incidir de forma transversal en la lectura del Modelo.

M37.06

AUTOEVALUACIÓN EFQM COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN GERENCIA UNICA ALTIPLANO ÁREA V DE SALUD(MURCIA)

C. Castillo Gómez (0), 1. C. González-Moro Prat (1), 2. C. G. Falomir Gil (1), S. García Palao (1), J. M. Olivares Morales (1), E. F. Pirla Gómez (1).

(0) null, (1) Hospital Virgen del Castillo.

carmen.castillo@carm.es

OBJETIVOS:

- Realizar autoevaluación herramienta perfil en un área única de salud.
- Análisis del funcionamiento del Sistema de Gestión usando los criterios EFQM.

- Establecimiento y desarrollo de planes de acción tras autoevaluación.

MATERIAL Y MÉTODO:

1. Autoevaluación:

- a) Se crea grupo de trabajo formado por el Equipo Directivo y la Coordinadora de Calidad. Se establecen reuniones monográficas para cada criterio (agente y resultado) del 19-01 al 05-03 con periodicidad semanal y de 90'. Dentro de dicho foro se define: Misión, Visión, Valores, Líder, Gestor de Procesos, Mando Intermedio, Clientes y Procesos Claves. Se crea en la intranet un buzón de producción científica y buzón de sugerencias y mejoras. El gerente constituye el equipo de autoevaluación.
- b) Autoevaluación. Del 05-03 al 30-04. Se realizó con la herramienta perfil analizando el enfoque y despliegue de cada subcriterio agente y las medidas de percepción e indicadores de rendimiento de cada criterio resultado. Posteriormente se redacta una memoria que describe detalladamente las evidencias relacionadas con el enfoque, despliegue y evaluación de cada subcriterio.

2 Análisis: Tras realizar la autoevaluación se procede a una priorización de áreas de mejora por subcriterios, seleccionando un total de 18 áreas. Se utiliza matriz de priorización (impacto y capacidad) primero de forma individual y después colectiva.

3 Acciones de mejora: Se seleccionan dos acciones de mejora en base a la capacidad que tiene la organización de realizar la mejora y al impacto que tiene dicha acción sobre la Misión y la Visión del Área.

- Potenciar la capacidad para mejorar el entorno a través de una gestión medioambiental (4R)
- Coordinación entre niveles: continuidad asistencial, continuidad de cuidados al alta.

RESULTADOS: Gestión ambiental: Creación Comité y Mapa de Proceso medioambiental.

Se reduce la producción residuos biosanitarios en un 15% , químicos en un 20%.

Se potencia reciclado y política de compras verdes.

Coordinación entre niveles:Se crean 5 grupos de trabajo multidisciplinar normalizando 12 guías y protocolos de actuación Primaria/Hospitalaria.

Mejora en circuitos asistenciales.

Desarrollo de sistemas de información comunes y compartidos.(Intranet como gestor de conocimiento).

Formación conjunta.

Circuito telemático ICC asegurando la recepción del mismo en el 100% de los casos.

CONCLUSIONES: La autoevaluación nos ha facilitado la dinamica de mejora continua y mayor compromiso.

M37.07

AUTOEVALUACIÓN, SEGÚN MODELO EFQM, DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL SIERRALLANA

M. D. Acón Royo, E. García Usieto, A. M. Gutiérrez, J. A. Ortega Ferrández, S. Alonso, M. Alonso, O. Vallina.

Hospital Sierrallana.

macon@hsl.scsalud.es

Objetivos:

- Iniciar un proceso de mejora continua, conforme al modelo europeo de Excelencia EFQM, de forma que permita a dicha Unidad evaluar la calidad de su gestión, identificando sus puntos fuertes y las oportunidades de mejora, desarrollando planes de acción priorizados.
 - Formación, información y familiarización del equipo de la Unidad sobre aspectos relacionados con el modelo EFQM y la gestión de procesos, y su relevancia en la estrategia de la organización.
 - Formación específica para el equipo de trabajo que se constituya para la realización de la autoevaluación, así como de las metodologías necesarias para asegurar el desarrollo del proceso.
 - Realización de la autoevaluación de la Unidad de Salud Mental que sirva como punto de partida para la adopción del modelo EFQM como marco de referencia y herramienta de gestión de la Unidad.
- Metodología: Para la Autoevaluación se ha utilizado la Herramienta PERFIL, del Club Excelencia en Gestión, según la metodología del Esquema de Reconocimiento establecido por dicha Organización. Se ha utilizado el Cuestionario Iniciación (50 preguntas), que analiza la organización en base a los 9 criterios del Modelo EFQM de

Excelencia. Se definió un Equipo de Evaluadores de la Organización, que con una formación previa, tanto en el Modelo EFQM como en el uso de la herramienta, evaluaron su organización, otorgando puntuaciones para cada una de las preguntas. Posteriormente se consensuaron las puntuaciones en una reunión común alcanzando así los datos de la evaluación final.

Resultados: Los resultados nos permiten detectar puntos fuertes, y áreas de mejora. Las puntuaciones obtenidas en las evaluaciones individuales fueron sometidas a consenso logrando un resultado de 188 puntos. En coherencia con los puntos fuertes y áreas de mejora identificadas, se han planteado acciones de mejora, que posteriormente deben ser consensuadas y priorizadas para ser convertidas en Planes de Mejora.

Conclusiones: Para la Unidad y sus profesionales la implantación de un sistema de gestión de calidad ha supuesto un punto de inflexión en el estilo de trabajo y la forma de plantearse la realidad cotidiana facilitando y propiciando la adquisición de marco de referencia hacia la excelencia y una herramienta viva capaz de generar elementos de mejora progresiva.

M37.08

CUATROCAMINOS EN BUSCA DE LA EXCELENCIA

E. Izarzugaza Iturrizar (0), L. Lekuona Sanz (1), M. C. Matthies Baraibar (2), I. Regidor Fuentes (3).

(0) Salud Mental Extrahospitalaria Bizkaia, (1) Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa, (2) Hospital Bermeo, (3) Hospital Zaldibar. ESTIBALIZ.IZARZUGAZAITURRIZAR@OSAKIDETZA.NET

PRESENTACIÓN: La asunción del Modelo EFQM como base del modelo de gestión propio de Osakidetza, hace que éste se convierta en guía y criterio clave para el diseño de los distintos sistemas para la gestión.

Esta apuesta de Osakidetza ha tenido una respuesta positiva en las diferentes organizaciones de servicio de la Red, obteniendo de forma conjunta importantes reconocimientos en evaluaciones externas, a nivel regional, nacional y europeo.

Al constituir el modelo un marco de referencia no prescriptivo, proporciona a las organizaciones una guía lo suficientemente amplia como para que cada una de ellas pueda adaptarlo y aplicarlo para la mejora de la gestión según sus necesidades, y de este modo nos encontramos con diferentes estrategias para el despliegue del mismo dentro de los diferentes centros.

MÉTODO: Con el objetivo de presentar una muestra comparada de la diversidad de caminos posibles en la búsqueda de la excelencia, se explica a través de una presentación conjunta de las técnicas de calidad de cuatro organizaciones de servicio de la red de salud mental de Osakidetza, las estrategias seguidas en cada una de ellas, detallando sobre todo los diferentes hitos que han permitido el desarrollo de sus sistemas de gestión, metodologías más utilizadas y elementos clave para el despliegue.

Euskalit (Fundación Vasca para la Calidad) ha concedido mediante evaluación externa el reconocimiento Q de Plata a la excelencia a los sistemas de gestión de estas cuatro organizaciones (Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar, Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, y Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa).

CONCLUSIONES: Del mismo modo, en este marco se recoge una reflexión sobre las funciones y aportaciones de las técnicas de calidad dentro de este proceso, como factor dinamizador que puede facilitar la estructuración de los sistemas de gestión, y la introducción de herramientas que permitan su aplicación en las diferentes áreas de la organización.

M37.09

DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN NORMA ISO 9001:2000

G. Alcalde (0), P. Alcorta (1), M. Montejo (1), I. Aldazabal (1), L. Hernández (1), J. Muñoz (1).

(0) Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz, (1) Hospital Santiago Apóstol, Vitoria. GUILLERMO.ALCALDEBEZHOLD@osakidetza.net

Objetivos: La certificación según norma ISO 9001:2000 de cuatro procesos asistenciales y tres de apoyo en nuestro hospital ha supuesto una enorme carga administrativa tanto para los gestores de

los diferentes procesos como para la unidad de Calidad. Por este motivo se ha diseñado una herramienta informática con los objetivos de:

Responder a los requerimientos de la norma.

Automatizar tareas sin valor añadido.

Gestionar la documentación del sistema sin papel.

Simplificar la tarea del gestor del proceso.

Material y métodos: Después de analizar las aplicaciones disponibles en el mercado, se optó por un desarrollo propio por un equipo formado por el gestor de un proceso certificado, las unidades de Calidad e informática y una consultora externa. El desarrollo se ha pilotado en dicho proceso con implantación progresiva en el resto de unidades de los diferentes módulos, una vez validados. La aplicación corre en un servidor Apache, con lenguaje de programación PHP y sistema de gestión de base de datos MySQL. La aplicación se ejecuta vía web bajo protocolo TCP/IP con arquitectura cliente-servidor con un cliente ligero. En cada puesto únicamente se necesita tener instalado un navegador (Internet Explorer), pudiendo ejecutarse tanto en internet como en la intranet, con acceso individualizado según perfil de usuario.

Resultados: Se han desarrollado los siguientes módulos: gestión de no conformidades, acciones correctivas y preventivas, recursos humanos, formación, mantenimiento de equipos, proveedores, auditorías, seguimiento de objetivos, indicadores, gestión de la documentación e informes de revisión.

La aplicación está funcionando en los siete procesos certificados con un elevado grado de satisfacción, con una implantación por módulo que varía desde gestión de los recursos humanos, formación y gestión documental (7/7) hasta el módulo de informes de revisión (2/7).

Los informes de seguimiento se generan de forma semiautomática con los datos del periodo seleccionado, pasando el tiempo estimado de elaboración de 20 horas a cuatro con la aplicación. El tiempo dedicado al análisis de datos se estima también que se ha reducido a la quinta parte.

Conclusión El mantenimiento del sistema de gestión de la calidad genera una gran carga de trabajo administrativo que dificulta el seguimiento por parte del gestor del proceso. El uso de herramientas informáticas facilita las tareas repetitivas que no aportan valor al sistema además de reducir el tiempo de dedicación. Los diseños propios de aplicaciones se consideran más adecuados para responder a los aspectos locales de los sistemas de gestión de la calidad.

M37.10

DISEÑO DE UN CICLO DE MEJORA: PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

J. Hellín Monasterio, N. Illana Rodríguez, F. B. Pilar, C. García Jiménez, R. Torrano García, J. M. Lucas Gómez.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

joaquin.hellin@carm.es

En el año 2007 Se detectó en la unidad de quirófanos una preparación incorrecta o incompleta de pacientes programados para intervención quirúrgica en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Después de detectar este problema de calidad decidimos llevar a cabo el diseño y la puesta en práctica de un ciclo de mejora siguiendo las directrices del programa EMCA.

OBJETIVOS: identificación y priorización del problema, elaboración de los criterios de calidad, su evaluación, diseño y ejecución de medidas correctoras y reevaluación para verificar que las medidas adoptadas han conseguido mejorar los déficits identificados en la primera evaluación.

MÉTODO: PROBLEMA DETECTADO: preparación incorrecta o incompleta de pacientes programados para intervención quirúrgica en el Hospital Virgen de la Arrixaca.

ANÁLISIS EFECTUADO: diagrama de causa-efecto. (Ishikawa).

CRITERIOS:

CRITERIO 1: En la hoja de registro de Protocolo Quirúrgico deberá constar respecto al paciente: Etiqueta identificativa.

CRITERIO 2: En la hoja de registro de P.Q. deberá constar: Fecha y turno.

CRITERIO 3: En la hoja de registro de P.Q. deberá constar: nombre y dos apellidos de la enfermera y de la auxiliar responsable de la actividad y firma de ambas.

CRITERIO 4: La retirada del vello peri-incisión se realizará con maquinilla eléctrica.

DIMENSION ESTUDIADA: Científico-técnica.

TIPOS DE DATOS: Proceso.

PACIENTES O UNIDADES DE ESTUDIO: CRITERIO 1,2,3 Y 4: pacientes adultos que van a ser operados de manera programada en el H.U.V.A.

PROVEEDORES: CRITERIO 1, 2, 3, 4: enfermeras de unidades de hospitalización.

FUENTES DE DATOS: Para la identificación de los casos: Listado de pacientes con programación quirúrgica confirmada.

Para la obtención de los datos sobre el cumplimiento de los criterios: Hoja de registro de preparación quirúrgica.

MARCO MUESTRAL: Pacientes programados para intervención quirúrgica del 1 al 30 de mayo DEL 2007 en el H.U.V.A.

Nº de casos a evaluar: 60 pacientes.

Método de muestreo: Aleatorio sistemático, uno de cada cinco pacientes.

Mecanismo de sustitución de casos.

EVALUACIÓN:

-En relación a la iniciativa para evaluar: Interna.

-En relación a la acción temporal con la acción evaluada: Retrospectiva.

-En relación a las personas responsables de extraer los datos: Cruzada.

La atención de este problema y la obtención de los niveles más altos en los índices de mejora es un interés compartido entre la Dirección de Enfermería, la Unidad de Quirófanos Programados y la Unidad de Calidad Asistencial del H. U. VIRGEN DE LA ARRIXACA.

M37.11

DISEÑO DE UN SISTEMA DE ALERTA SANITARIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONOSTIA

P. Busca Ostolaza, I. Dorronsoro Goikoetxea, L. González Conde, M.K Villar Eceiza, F. Aramburu Patat, L. Arriola Larrarte.

Servicio de Urgencias Hospital Donostia, San Sebastián.

pablobusca@gmail.com

Objetivos planteados: Conocer características y calidad de los datos recogidos por el sistema de información del servicio.

Determinar el modelo estadístico que mejor se ajuste a la distribución de dichos datos.

Aplicar los datos históricos del servicio a un modelo de serie temporal. Desarrollar programas para automatizar el análisis de datos basados en modelos y umbrales determinados.

Poder contestar a la pregunta ¿estamos atendiendo más pacientes con neumonía?.

Material y Métodos: Se recogieron los ingresos en urgencias desde 2001-2005 codificados como Neumonía bajo las rúbricas del CIE-9 480-486.

Variables recogidas fueron: Edad, sexo, fecha de ingreso, municipio. Conocidas las características de datos y su distribución temporal se aplicó el sistema espectral de análisis temporal basado en el método Fourier. Se analizó la serie y establecieron intervalos de confianza además de predicciones de valores futuros del proceso estudiado.

Resultados: Se estimaron tasas con datos de población estimados por EUSTAT. Depurados y calculados los casos esperados con tasas estimadas se procedió a la observación de datos y determinar su distribución en el tiempo. Se estabilizó la varianza, para ello se eligió la transformación mediante logaritmo neperiano consiguiendo una mediana y media prácticamente iguales, una varianza de 0,17 y desviación estándar de 0,42. Tras estabilizar la varianza se analizó la pendiente y se eliminó para proceder al análisis espectral. El análisis espectral se realizó mediante la transformación de Fourier. Terminado el análisis se estableció la predicción semanal y se volvió a transformar la serie añadiéndole la tendencia extraída y revirtiendo el logaritmo neperiano. Se consiguió un modelo que se ajusta a los datos obtenidos los años mencionados y un modelo predictivo de neumonías que se esperan en el servicio semanalmente. Además se han establecido niveles de confianza.

Conclusiones: Las características de los datos recogidos han resultado adecuados para su posterior análisis. Se ha desarrollado y automatizado un sistema que permite de acuerdo con el modelo establecido conocer en todo momento la incidencia de Neumonía y determinar si es la esperada para el periodo analizado. Este proceso

servirá para conocer mejor esta patología así como detectar de forma precoz cambios en la distribución temporal y situaciones anómalas como brotes. Ahora estamos en condiciones de contestar a la pregunta ¿estamos atendiendo más pacientes con neumonía en el Servicio?.

M37.12

DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA SANITARIA UBICADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONOSTIA

P. Busca Ostolaza, I. Dorronsoro Goikoetxea, M.C Cantera Aracama, M. Basabe Zapirain, I. Gallastegui Ruiz de Eguino, L. Arriola Larrarte.

Hospital Donostia, San Sebastián

pablobusca@gmail.com

Objetivos planteados: Diseño de una herramienta informática capaz en tiempo real de suministrar información acerca de tres grupos diferentes de patologías:

Enfermedades de declaración obligada.

Procesos estacionales.

Diagnósticos centinela.

El sistema debe ser automático para evitar errores por omisión y debe estar basado en la codificación por parte del médico de urgencias al alta del paciente.

Material y Métodos: En una primera fase se seleccionaron las patologías de cada grupo en base a necesidades sanitarias, temporalidad de la patología, teniendo en cuenta su sencilla codificación.

Posteriormente se realizó formación del personal para asegurar una codificación adecuada, utilizando siempre la clasificación CIE9.

Elaboración de la herramienta informática.

Resultados: Las patologías seleccionadas en cada grupo han sido:

Declaración obligada: Meningitis, Parotiditis y Varicela.

Estacionales: EPOC, gastroenteritis, neumonía y asma.

Diagnósticos centinela: ACVA, Sepsis, Crisis, EAP, ETS, Exitus, hematemesis, hemorragia subaracnoidea, IAM, Intentos de suicidio y Neumotórax.

Elaboración de una base de datos Excel que captura automáticamente al alta los diagnósticos establecidos en urgencias.

Conclusiones: Todo este proceso establecido servirá sin duda para conocer mejor este tipo de patologías así como detectar de forma precoz brotes o la existencia de aquellas enfermedades de declaración obligada en el momento que se detecten. Por otro lado sería necesario estudiar la incidencia semanal de las patologías planteadas para conocer si los datos obtenidos son los esperados.

M38.01

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CUIDADOS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DEL NIÑO SANO EN ATENCION PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

A. Obradors Ascon (0), A. Vilalta Freixa (0), A. Carabí Brunat (0), R. Ballbé Casas (0), M. B. Sánchez Gómez (1), G. Duarte Climents (1).

(0) Consorci Sanitari de Terrassa, (1) DC Cuidados Sociosanitarios. begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: El Consorci Sanitari de Terrassa ha puesto en marcha un proceso mediante que tiene como objetivo la implantación del método clínico enfermero en su área de influencia para los pacientes de Atención Primaria. Este proceso se extiende a pacientes atendidos en consultas de enfermería del Programa del Niño Sano, mediante el uso del método clínico enfermero estandarizado con los lenguajes NANDA-NOC-NIC.

Objetivos: Conocer la prevalencia de necesidades de cuidados de los niños atendidos por las enfermeras pediátricas de AP. Relacionar la cartera de servicios con las necesidades de la población atendida.

Material y métodos: El registro de datos se realiza en el programa informático "OMIap V6.4/00A-00" con la explotación de datos de las historias clínicas en "prosa" y el análisis de datos en el paquete informático SSPS.15.

Análisis descriptivo de las necesidades de cuidados, análisis de correlaciones entre variables de necesidades de cuidados y comorbilidades, prevalencias y estimaciones para la población general.

Resultados: El proceso de implementación se está realizando de forma gradual. Hasta el momento se han realizado 289 planes de

cuidados con los pacientes de la población diana. Los ciclos formativos se completan en el primer semestre de 2008, lo que aumentará la muestra disponible para la explotación de los datos.
Conclusión: Creemos necesario este tipo de estudio para adecuar la cartera de servicios a las necesidades de cuidados de los niños. Para ello este estudio se complementa con: calidad de vida relacionada con la salud CVRS- satisfacción, de los pacientes específica con las enfermeras de pediatría de AP, satisfacción de los profesionales, resolución de problemas de salud, mortalidad, entrenamiento de las enfermeras, cantidad de pacientes atendidos y el cumplimiento de los objetivos de la cartera de servicios.

M38.02

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CUIDADOS EN PACIENTES CRÓNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA J. M. Sánchez Vicente (0), S. Ramos Martín (0), M. V. Martínez Martínez (0), M. García Mallo (0), G. Duarte Climents (1), M. B. Sánchez Gómez (1).

(0) Consorci Sanitari de Terrassa, (1) DC Cuidados Sociosanitarios.
begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: El Consorci Sanitari de Terrassa ha puesto en marcha un proceso que tiene como objetivo la implantación del método clínico enfermero en su área de influencia para los pacientes de Atención Primaria. Este proceso se extiende a pacientes atendidos en consultas de enfermería o en atención a domicilio mediante el uso del método clínico enfermero estandarizado con los lenguajes NANDA-NOC-NIC.

Objetivos: Conocer la prevalencia de necesidades de cuidados de los pacientes crónicos atendidos por las enfermeras de AP. Relacionar la cartera de servicios con las necesidades de la población atendida.

Material y métodos: El registro de datos se realiza en el programa informático "OMlap V6.4/00A-00" con la explotación de datos de las historias clínicas en "prosa" y el análisis de datos en el paquete informático SSPS.15.

Análisis descriptivo de las necesidades de cuidados, análisis de correlaciones entre variables de necesidades de cuidados y comorbilidades, prevalencias y estimaciones para la población general.

Resultados: El proceso de implementación se está realizando de forma gradual. Hasta el momento se han realizado 667 planes de cuidados con los pacientes de la población diana. Los ciclos formativos se completan en el primer semestre de 2008, lo que aumentará la muestra disponible para la explotación de los datos.

Conclusión: Creemos necesario este tipo de estudio para adecuar la cartera de servicios a la población diana de pacientes crónicos. Para ello este estudio se complementa con: calidad de vida relacionada con la salud CVRS- satisfacción, de los pacientes específica con las enfermeras de AP, satisfacción de los profesionales, resolución de problemas de salud, mortalidad, entrenamiento de las enfermeras, cantidad de pacientes atendidos y el cumplimiento de los objetivos de la cartera de servicios.

M38.03

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA UPP EN UN HOSPITAL DE MEDIO ESTANCIA. AÑOS 2006-2007

R. M. Salazar De La Guerra.

HOSPITAL GUADARRAMA.

rsalazar.hgua@salud.madrid.org

Objetivos: Las UPP suponen un importante problema para los pacientes se trata de un frecuente síndrome geriátrico. Su presencia agrava seriamente el pronóstico de los pacientes, además de producir implicaciones sociales y económicas.

Es fundamental disponer de procedimientos para la identificación y valoración de los pacientes de ALTO RIESGO.

La incidencia de úlceras por presión es un indicador estrechamente relacionado con la calidad global de los cuidados que se prestan a los pacientes.

Este estudio pretende:

- Conocer la epidemiología de las UPP, así como el riesgo de los pacientes de padecer UPP.
- Prevenir su aparición.
- Favorecer la curación de la úlcera en caso de que se produzca.

Material y método: Se trata de un estudio descriptivo de las UPP en el hospital.

En el momento del ingreso se realiza una valoración del riesgo de sufrir UPP, para ello utilizamos la escala de Norton, distinguiendo entre pacientes con alto riesgo (a los que valora con 14 o menos puntos) y pacientes con riesgo de sufrir UPP (a los que valora con mas de 14 puntos).

Si el paciente presenta UPP, se cumplimenta un registro que incluye, diagnóstico, características de la lesión y se aplica el protocolo correspondiente.

En el momento del alta del enfermo se termina de cumplimentar el registro.

En la unidad de rehabilitación, se diferencia entre tres grupos de pacientes (ACVA, Ortogeriatría y Deterioro funcional).

El período de estudio corresponde al año 2006-2007.

Resultados: Se han producido 905 y 930 altas en los años 2006 y 2007 respectivamente.

Se realizó un seguimiento del 95 % de los ingresos.

La prevalencia e incidencia fue de (26, 34, % y 3,32% año 2006) y de (25,91% y 2,99% 2007).

Por unidades se puede apreciar; que en el 2006 y 2007 la UCC es la unidad que presenta una mayor prevalencia (64,20% //51,16%), seguidas de UCR (37,50% //34,21%). Las unidades de URF y de de UNE son las que presentan una menores cifras.

Conclusiones: Entendemos que las cifras relativas a la incidencia son buenas, teniendo en cuenta las características de los pacientes, la estancia media en el hospital y el alto nivel de dependencia.

La metodología de evaluación garantiza la máxima calidad de los cuidados de enfermería aplicados al paciente.

Nos permite conocer la calidad de los cuidados, la prevención y evolución de las UPP, realizar un seguimiento sistemático de los indicadores de incidencia y prevalencia.

M38.04

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES MÉDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Mozota Duarte, A. Vicente*, E. Aldea, N. Ortega, A. García Noaín, A. Carbón Anchelergues.

Hospital Clínico Lozano Blesa.

jmozota@salud.aragon.es

Introducción: Nuestro hospital tiene como población de referencia 275.000 personas, atendemos alrededor de 400 urgencias/día. La incidencia de Enfermedad Tromboembólica (ETE) se sitúa en un caso por cada 1.000 personas/año. Las guías de práctica médica indican profilaxis de ETE según los factores de riesgo.

Objetivo: Valorar la adecuación/inadecuación de profilaxis tromboembólica de los pacientes médicos atendidos, antes y después de sesiones clínicas formativas sobre el protocolo desarrollado por el Servicio de Urgencias.

Material y métodos: Estudio de intervención.

Intervención: en enero del 2.008 se realizaron 2 sesiones clínicas en urgencias dirigidas a los residentes y a los médicos de plantilla, con la finalidad de difundir el Protocolo de Enfermedad Tromboembólica y su utilidad para determinar la indicación de profilaxis en pacientes médicos; también se presentaron los resultados de una muestra de pacientes analizada previa a dicha intervención. Así mismo, se colocaron carteles con los criterios del Protocolo, bien visibles y accesibles en la sala de trabajo de Urgencias.

Muestras: se tomaron dos, una previa a la intervención de 65 pacientes médicos elegidos al azar del total de atendidos. Otra, posterior a la intervención, de 90 pacientes médicos elegidos al azar del total de atendidos. A ambas muestras se les aplicó el Protocolo.

Resultados: Las muestras estaban formadas por 30 varones y 35 mujeres y por 55 varones y 35 mujeres, respectivamente.

Siguiendo los criterios del protocolo, en la muestra pre-intervención se clasificaron como pacientes de bajo riesgo a 52, moderado a 2 y de alto a 11 (2 tenían contraindicación para la profilaxis). En la muestra post-intervención se clasificaron como de bajo riesgo a 67, moderado a 16 (2 tenían contraindicación para la profilaxis) y de alto a 7.

En cuanto a los de riesgo moderado: ningún paciente de la primera muestra recibió profilaxis (0%) vs 3 pacientes del grupo postintervención (21,4%), p=0,482.

De los de riesgo alto: 6 pacientes del grupo preintervención recibieron

profilaxis (54,5%) vs 4 pacientes del segundo grupo (57%), $p=0,916$. En resumen, antes de la intervención se administró profilaxis al 54% que lo precisaban, mientras que después de la intervención únicamente al 33%, $p=0,253$.

Conclusiones:

1. En aquellos pacientes que presentan riesgo moderado de padecer TEP la intervención ha resultado claramente eficaz.
2. Los pacientes con riesgo alto de presentar TEP siguen sin recibir una adecuada profilaxis.
3. A pesar de todo, debemos intervenir con este u otro método, hay camino por mejorar.

M38.05

EXPERIENCIA CORPORATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO

T. Ramón Esparza*, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrian, C. Arellano Morata, G. Regional Evaluación Cuidados Enfermería.
Consejería de Sanidad.
teresa.ramon@carm.es

Objetivo: Con el objetivo de gestionar la calidad de los cuidados de enfermería se constituyó en 2005 un Grupo Regional con representación de todas las Gerencias del Servicio Murciano de Salud (SMS), para normalizar, evaluar, mejorar y monitorizar la calidad de los cuidados de enfermería. Se presentan los resultados de esta experiencia.

Metodología:

- Se han evaluado los protocolos y procedimientos de la totalidad de Centros mediante herramienta EMCA, rediseñando los documentos en base a evidencias científicas e identificación de recomendaciones clave.
- Se han normalizado las nomenclaturas de las actuaciones y se ha establecido un conjunto de indicadores comunes, válidos y fiables de evaluación de las actuaciones.
- Se ha diseñado un plan de monitorización de carácter cuatrimestral desde 2006, que incluye método, estrategias de medición y periodicidad y se han medido y analizado los indicadores seleccionados. En cada medición se ha calculado para cada indicador los resultados por hospitales, los regionales y la diferencia en valores absolutos entre los niveles de cumplimiento.
- Se han identificado situaciones problemáticas e inconsistencia de los datos inter e intracentro que sirven para orientar las estrategias de mejora y se han establecido actuaciones de benchmarking y de buenas prácticas.

Resultados: Como resultado de la metodología desarrollada, se han normalizado hasta el presente las recomendaciones en 7 protocolos, para los que se han desarrollado 45 indicadores de evaluación, que han permitido la comparabilidad de resultados intra e intercentro.

Los resultados sobre la actuación enfermera muestran una mejora en la gran mayoría de los indicadores evaluados, con una tendencia positiva en la secuencia de monitorización. Se han obtenido mejoras que han supuesto en algún caso hasta 22 puntos de incremento en su nivel de cumplimiento en solo un año. Se pueden citar como ejemplos "pacientes con realización correcta del plan de acogida realizada en las primeras 24 horas" que se ha incrementado del 34% al 56%; o "pacientes con valoración de riesgo de caídas en las primeras 24 h" del 51% al 73%.

También se ha constituido la comisión de cuidados enfermeros en el 100% de los centros.

Conclusiones: A pesar de los positivos resultados, se sigue teniendo un margen de mejora importante. El trabajo cooperativo realizado ha permitido hablar un lenguaje común a la hora de detectar problemas y valorar las soluciones a aplicar, generando una dinámica que ha superado las resistencias de cada centro, en pro del proyecto corporativo.

M38.06

GRABACIÓN DE SIMULACROS EN VÍDEO: EXTRAORDINARIA HERRAMIENTA EN URGENCIAS

J. Mozota Duarte, B. Domínguez Sanz, F. Ruiz Ruiz, J. Navarro Calzada, T. Escolar Martínez-Berganza, M. Rivas Jiménez.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
jmozota@salud.aragon.es

OBJETIVO: Presentar nuestra experiencia en la grabación de

simulacros en el Área de Urgencias Vitales.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el Plan de Calidad de nuestro Servicio nos planteamos como objetivo el mejorar la atención a los pacientes que acuden con riesgo vital, dichos pacientes son atendidos en un Área específica de nuestro Servicio.

Preparamos un caso clínico, un muñeco de reanimación, un simulador de arritmias y el sistema de grabación.

Una mañana, sólo conocida por los responsables del Servicio, se realizó la llamada de Urgencia Vital, timbre que suena en todo el Servicio, y al acudir el personal responsable se presentó el caso clínico y se realizó la asistencia.

Analizamos la grabación los responsables del Servicio y el personal implicado en la grabación, identificándose una serie de problemas.

Preparamos una sesión clínica donde se proyectó el simulacro, se expusieron los problemas identificados, se identificaron más problemas, se plantearon oportunidades de mejora y se planificó su resolución.

RESULTADOS: Se han realizado dos simulacros en los cinco primeros meses del año 2008.

La acogida por parte del personal ha sido muy satisfactoria: los implicados en el caso (grabación) se han "metido" en su papel como si de un paciente se tratara; la asistencia a las sesiones en las que se han proyectado las grabaciones y se ha realizado el análisis de los problemas ha sido masiva.

Como consecuencia de ellos hemos seleccionado las siguientes Oportunidades de Mejora, como aquellas que es importante y a la vez factible su resolución:

- Coordinación de maniobras RCP (30:2).
- Valoración del pulso durante la RCP.
- Familiarización con material: marcapasos externo y fungibles aparatos.
- Organización del material en los boxes de atención vital.
- Reconocimiento del rol: líder, enfermera de refuerzo.
- Respuesta a la llamada del Vital.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia la grabación de simulacros ha demostrado ser útil para identificar problemas, eficaz para cohesionar el equipo de trabajo y buena para iniciar la solución de las oportunidades de mejora que se han priorizado.

La simulación clínica nos ha proporcionado un entrenamiento continuado en situaciones críticas a la vez que ha fomentado la formación continuada de los profesionales implicados; ha demostrado ser una herramienta útil, sobretodo en un ámbito asistencial, como es la Urgencia Hospitalaria, que abarca un amplio espectro de patologías, y de técnicas y materiales que no se utilizan de forma rutinaria; redundando todo ello en la mejora de la calidad asistencial que recibe el paciente.

M38.07

GUÍA PARA LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN UROLOGÍA.- BENEFICIOS DE UN PROTOCOLO DE CALIDAD

J. A. Pérez Arbej*, I. Hijazo Conejos, R. Cardiel Gaspar, M. T. Lamazares Cebrian, A. Jaime Arilla.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
japereza@salud.aragon.es

OBJETIVO: La enorme variedad de técnicas quirúrgicas urológicas (cirugía abierta, endoscópica, laparoscópica) dificulta al personal encargado (auxiliar de enfermería) la realización de la preparación preoperatoria adecuada.

Describimos el proceso de creación, puesta en marcha y consolidación de un protocolo o guía gráfica, para facilitar al personal de la planta de urología la información necesaria para la adecuada preparación preoperatoria del paciente que va a quirófano.

MATERIAL Y MÉTODOS: A primeros de 2006 se detectó y analizó el problema, situando las dificultades en 4 puntos conflictivos: Rasurado (o corte del vello), enema de limpieza, lavado antiséptico de la zona quirúrgica y medias compresivas en EE.II.

Se elaboró una plantilla, a modo de tabla, en la que figuraba en columnas estos 4 puntos y en filas los tipos de intervención, ordenados alfabéticamente. Para el rasurado se incorporó dibujo esquemático de la zona diana o un NO y de la misma forma para como colocar las medias. El enema de limpieza y el lavado antiséptico solo tenían dos opciones (SI/NO).

Los esquemas se colocaron en lugar visible de la zona del personal, junto a la programación quirúrgica, comenzando a utilizarse en junio de 2006 y monitorizándose cada 6 meses.

RESULTADOS: En la primera monitorización se había utilizado correctamente en casi el 100% de pacientes, pero existía dificultad para interpretar la nomenclatura médica del parte de quirófano, provocada por su variedad.

Se reeditó la Guía incluyendo un mayor número de técnicas quirúrgicas, tratando de que fuese exhaustiva.

En la siguiente monitorización y siendo utilizado en el 100% de pacientes, persistía el problema con la nomenclatura.

Se optó por simplificar el protocolo, reduciendo el número de iconos a 15, nombrando con letras cada modelo de preparación. Se adjuntó un listado de intervenciones con la letra que le correspondía a cada una. Esto supuso la solución definitiva.

Actualmente se halla incorporado al trabajo rutinario de la planta de Urología y el hospital quiere imitarlo e implantarlo, ampliado, en todas las especialidades quirúrgicas.

CONCLUSIONES: Se demuestra que con escasos medios materiales y la dedicación de algunas horas de trabajo de un pequeño grupo de interesados, puede conseguirse una mejora de la calidad del trabajo diario y de la asistencia a los pacientes quirúrgicos.

La posibilidad de que sea implantado a nivel hospitalario supone un gran estímulo a nuestro grupo para continuar trabajando en otras líneas de mejora de la calidad de nuestro Servicio.

M38.08

“HIJOS DE CÉSAR A DEBATE”: REVISIÓN DE LAS CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DURANTE EL PERIODO 2006 - 2007

R. López Barrachina, M. Á. Malo Ferrer, M. T. Arribas, L. Guardia, B. Rojas, M. Á. Aragón.

HOSPITAL DE BARBASTRO.

rlopezba@aragon.es

OBJETIVOS:

-Controlar el nº de cesáreas realizado en el Hospital de Barbastro y compararlo con el de años anteriores.

-Analizar las indicaciones principales de las cesáreas.

-Estimar la incidencia de las complicaciones post - cesárea.

-Estabilizar y/o disminuir la estancia media de las cesáreas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo de las cesáreas realizadas en el centro sanitario durante el año 2007. Para obtener los datos se revisó el libro de partos a través de la intranet del hospital. Las variables estudiadas se introdujeron en una base de datos de SPSS. Se compararon los resultados con los obtenidos en las revisiones del 2005 y 2006.

RESULTADOS:

-En el año 2007 se atendieron en el Hospital de Barbastro 605 partos, 117 de los cuales acabaron en cesárea (tasa: 19,34%).

-Proporción Cesáreas Urgentes/Programadas: 62,4%/37,6%.

-Las indicaciones de cesárea son: 20,5% por Pérdida de Bienestar Fetal, 12,8% por Presentación Podálica, 18% por Cesárea Iterativa, 7,7% por Rotura Prolongada de Bolsa y un 6% por No Progresión del Parto y por Presentación Anómala. En el 26,5% las cesáreas se realizaron por otras indicaciones.

-Tasa de Complicaciones: 11,1%. Complicaciones quirúrgicas: 3,4% (2 dehiscencias de sutura por hematoma y 2 infecciones de herida quirúrgica). Otras complicaciones: 1 endometritis, 1 mastitis, 1 meningitis, 1 hemorragia grave, 1 fiebre intraparto, 1 síndrome febril y 1 tromboembolismo pulmonar).

-Estancia media: 5,3 días.

-En el 100% de las cesáreas se ha realizado profilaxis antibiótica.

CONCLUSIONES:

-Por el momento la tasa de cesáreas se mantiene estable (19,47%, 19,56% y 19,34% respectivamente en el periodo 2005 - 2007). Seguimos siendo el segundo hospital de Aragón con menor tasa de cesáreas.

-La Tasa de Cesáreas Urgentes ha disminuido con respecto al año anterior casi un 15%.

-Las indicaciones de las cesáreas han sido las mismas del año anterior, pero han variado los porcentajes.

-La Tasa de Complicaciones disminuyó drásticamente del 2005 al 2006 (30,7% y 13,3%) y en el 2007 ha bajado un 2,2%.

-La Estancia Media se ha reducido más de medio día y el descenso es progresivo desde el año 2005, en el que las parturientas estaban ingresadas en el hospital por motivo de la cesárea casi dos días más.

M38.09

IMPLANTACIÓN DE DOS VIAS CLINICAS

C. Giménez Allueva, C. Mañero Rey, J. Gisbert Manero, E. Gómez Laso, A. Padilla Sánchez, M. Ruiz López.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOEN DE REUS.

cgimenez@grupsgassa.cat

OBJETIVO: Elaborar dos vías clínicas para implementar en el Área de Urgencias posteriormente a la valoración en el área de triaje para:

1. Unificar la actuación de enfermería, para dar una atención inmediata y coordinada entre los diferentes profesionales implicados en la atención de las dos patologías.
2. Disminuir la variabilidad en el tratamiento médico, independientemente del médico responsable, estableciendo las mismas secuencias de actuación.
3. Sistematizar la información al paciente y familia del proceso asistencial, desde el principio y en todo momento de las diferentes actuaciones y cuidados que recibirá.

MATERIAL Y MÉTODO: Durante el año 2007 se atendieron 77.000 demandas de urgencia, de las cuales el 21,93% son de la especialidad de COT siendo el 0,99% Fracturas de Cadera.

El 18,15% de las urgencias son de la especialidad de Cirugía, de las cuales el 7,75% son Cólicos Nefríticos.

- Por este motivo se crean dos grupos de mejora multidisciplinarios para realizar búsqueda bibliográfica y diseñar las dos vías clínicas, que reúnan los criterios de temporalización dentro del área de urgencias (no superior a las 24h) y con los siguientes apartados:
 - Vía Cólico Nefrítico: Valoración de constantes, dolor, tratamiento analgésico y realización de pruebas complementarias.
 - Vía Fractura de Fémur: Valoración de constantes y dolor, Inmovilización mediante Tracción cutánea y Realización del Preoperatorio.
- La validación y la difusión e implementación de las vías se realizó mediante sesiones informativas de servicio.

RESULTADOS: Se han elaborado las dos vías clínicas, la de la fractura de fémur y la del cólico nefrítico, temporalizadas para el área de urgencias.

La difusión multidisciplinar se realizó a 97% de los profesionales del área de urgencias implicados.

La validación se ha realizado con soporte papel y en este momento se está aplicando al soporte informático.

La implementación se ha llevado a cabo durante el primer trimestre del año 2008.

CONCLUSIONES: La implementación de las vías clínicas, nos ha permitido sistematizar el proceso de atención, una vez valorado al paciente desde el área de Triage.

Las mejoras obtenidas son: mejorar el control del dolor, disminuir el tiempo de asistencia, adecuar el uso de recursos mejorando la eficiencia y por tanto la Calidad asistencial.

M38.10

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN UN CENTRO DE SALUD

E. Vidal Esteve, N. Hernández Vidal, M. Gens Barbera, L. Palacios Llamazares, T. Anglès Segura, E. Lorente Ten.

ABS SALOU.

evidal.tarte.ics@gencat.cat

OBJETIVOS: Planificar la educación sanitaria dirigida a la población general asignada a nuestro centro de salud en los diferentes ámbitos de intervención.

Proporcionar a los profesionales los recursos necesarios, formativos y materiales para poder desarrollar adecuadamente la educación sanitaria. Unificar criterios para evitar dar mensajes contradictorios.

INTRODUCCIÓN: Nuestro centro de salud, es un centro acreditado desde el año 2004 en Calidad Asistencial según los estándares de la Joint Commission International (JACHO) aplicables a la Atención Primaria y reacreditado en 2007. Dispone de una amplia cartera de servicios con programas que cubren las necesidades asistenciales del paciente a nivel individual y grupal así como de la comunidad. La educación sanitaria, es un proceso clave que persigue dotar a la población general asignada de la información y la formación en las habilidades necesarias para conseguir la máxima autonomía en el

manejo adecuado de su proceso de salud.

METODOLOGIA: Creación de un equipo de mejora multidisciplinar, responsable de elaborar los diferentes planes de mejora relacionados con la planificación de la educación en el centro de salud dirigidos a la población sana (programa de actividades preventivas, programa de atención al niño sano, programa de deshabitación tabáquica individual y grupal) y a la población con patología crónica (Diabetes, Hipertensión) así como también educación a la comunidad sana (programa de salud escolar, ejercicio físico, asociaciones) y con patología (programa de Atención domiciliaria, asociaciones de enfermos y familiares). Se ha realizado selección de protocolos, guías de práctica clínica y consejos educativos afines a todos los programas que desarrollamos, se han revisado y consensado y se ha hecho difusión en sesión clínica así como también en diferentes jornadas y congresos. Incorporación de un espacio específico en la intranet de nuestro sistema informático donde se recogen todos los programas de salud clasificados por carpetas en los que se va introduciendo todo el material educativo, específico y necesario para llevar a cabo la educación sanitaria.

RESULTADOS y CONCLUSIONES: Indicadores de resultados de cumplimiento del programa educativo: intervención educativa en pacientes diabéticos / nº total de diabéticos asignados 48,75%, intervención educativa en pacientes hipertensos / nº total de hipertensos asignados 39,36%, verificación de uso de inhaladores en pacientes con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 27,3%. Encuesta de satisfacción Cat Salut con resultado estadísticamente significativo con relación a los resultados de toda Cataluña. Se facilita a todos los profesionales la accesibilidad a unos contenidos educativos unificados, consensados y de calidad contrastada.

M38.11

IMPPLICACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN PROYECTO DE CALIDAD: ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO

R. Escriche Ros, C. Pueyo Salavera, T. Pemán Muñoz, A. Báguena García, M. N. Sobreviola Celma, A. Romeo Gutierrez.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
 roxirama@msn.com

OBJETIVO:

- Implicar al Equipo de Atención Primaria (EAP) en actividades de mejora de la calidad asistencial (MCA).
- Iniciar un ciclo de mejora en la atención al Paciente Inmovilizado (PI).

MATERIAL Y MÉTODO: En el año 2003 el análisis de los datos obtenidos en la evaluación de los resultados de la cartera de servicios del Centro de Salud (CS) Almozara detectó un déficit del 48% sobre el estándar teórico en la captación del PI.

El Equipo de Mejora del CS priorizó como acción de mejora de la calidad la atención al PI, desarrollando un ciclo de mejora en el que se definieron los siguientes criterios: Nº de PI registrados, motivo de inclusión, motivo de exclusión, identificación del Cuidador Principal (CP), índice de Barthel-escala de valoración funcional de actividades básicas de la vida diaria, datos sociales (red de apoyo socio-familiar, condiciones de vivienda) y nº de profesionales sanitarios que participan activamente.

El ciclo de mejora se llevó a cabo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2004, en el CS Almozara, que atiende a una población de 20924 habitantes en la que se estima un número teórico de PI de 116. Fuente de datos: historia clínica.

Sujetos: pacientes inmovilizados (n=116), entendiendo como tal a todo aquel que por un proceso crónico, físico o psíquico presenta una incapacidad temporal o permanente que le dificulta desplazarse al CS para su atención, durante un tiempo superior a dos meses.

Posteriormente se realizaron sesiones conjuntas con el EAP para unificar las actuaciones e informar de los resultados intermedios, así como un apoyo personalizado a cada sanitario con carácter bimensual.

RESULTADOS: Nº de PI registrados: 111%. Motivo inclusión: 99%. Motivo de exclusión: 3%. Identificación del CP: 94%. Índice de Barthel: 98%. Datos sociales: 84%. Nº de profesionales sanitarios que participan: 98.

CONCLUSIONES:

-El desarrollo de una acción de mejora de la calidad, asumida por el EAP, ha servido para incrementar la calidad de la atención al PI.

-La participación del EAP fue mayoritaria, y para ello ha sido imprescindible la comunicación y el apoyo continuo al EAP, así como la participación de éste en la planificación de las actividades.

M38.12

INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. D. Saura Pizarro* (0), B. F. Ros Muñoz (1), M. Muñoz Sánchez (0), G. Sánchez- Ferragut Rojas (0), M. J. Lozano Ballester (0), M. Gómez Albaladejo (0).

(0) Hospital Los Arcos, (1) Hospital de Cieza.
 mdolores.saura@carm.es

Objetivo: Conocer y mejorar los cuidados de enfermería en el Hospital Los Arcos, con la medición periódica de indicadores de calidad para enfermería.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Tres veces al año se realiza un corte transversal evaluando el cumplimiento de los indicadores de calidad definidos por el grupo Regional de Enfermería de la Región de Murcia. Estos indicadores miden la implementación de cinco protocolos relacionados con los cuidados enfermeros: cuidados del paciente con sondaje vesical (PSV), acogida al ingreso (PAI), prevención y tratamiento de las úlceras por presión (PUPP), prevención de caídas(PC) y cuidados del paciente portador de catéter venoso (PCV). Población a estudio: todos los pacientes ingresados en el Hospital Los Arcos los días de la medición, excluyendo pacientes obstétricos y pediátricos. Fuentes de datos: dependiendo del indicador, observación directa, entrevista al paciente y revisión de historias clínicas. Método de muestreo: aleatorio. Muestra: 20 casos en cada corte con un total de 60 casos al año. Recogida de datos: es llevada a cabo por dos personas entrenadas.

Resultados: Los resultados abarcan dos años desde mayo del 06 a mayo del 08. Cuidados del paciente con sondaje vesical: 83%(06), 80%(07), 90%(08). Acogida al ingreso: 1-implementación del Plan de Acogida: 19%(06), 77%(07), 92%(08); 2-valoración de la información: 21%(06), 43%(07), 50%(08). Prevención de UPP: 1- pacientes con valoración de riesgo al ingreso: 84%(06), 100%(07), 95%(08); 2- pacientes que desarrollan UPP: 6.15%(06), 1.2%(07), 5.8(08); 3-pacientes con riesgo y cuidados según protocolo: 100%(06), 84%(07), 85%(08). Prevención de caídas: 1-pacientes con valoración de riesgo al ingreso: 86%(06), 100%(07), 97%(08); 2- cumplimiento del protocolo en pacientes con riesgo: 50%(06), 87%(07), 95%(08). Cuidados del paciente portador de catéter venoso: 1- Pacientes con CVC y cuidados según protocolo: 100%(06), 100%(07), 85%(08); 2-pacientes con CVP y cuidados según protocolo: 40%(06), 77%(07), 75%(08). Existe una evolución positiva en la mayoría de los indicadores.

Conclusiones: La medición de indicadores de calidad en enfermería nos permite obtener información objetiva de los cuidados enfermeros que se están realizando en el hospital, poniendo en marcha actividades de mejora en aquellos casos que sean necesarias. Los resultados se dan a conocer a los profesionales implicados y se ha detectado mayor sensibilización para conseguir mejores resultados.

M39.01

DISEÑO, ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS EN ARAGÓN: UNA APUESTA POR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN URGENTE

J. Povar Marco (0), J. L. Casado Martínez (1), P. Parrilla Herranz (0), E. Ricarte Urbano (0), J. M. Franco Sorolla (0), M. García Encabo (2).

(0) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (1) Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón, (2) Departamento de Salud y Consumo. Planificación Sanitaria. Gobierno de Aragón.
 jpovar@comz.org

OBJETIVO:

- 1.-Normalizar la organización y funcionamiento de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de la Comunidad Autónoma de Aragón.
 - 2.-Establecer los criterios de calidad de la atención urgente en los SUH.
 - 3.- Definir indicadores de calidad homogéneos para todos los SUH.
- MÉTODO:** Análisis de la situación (Informe del Departamento de

Salud y Consumo del Gobierno de Aragón en Diciembre de 2005). Definición de objetivos en base a las recomendaciones del informe, cronograma y plan de trabajo. Creación del grupo de trabajo coordinado por representantes de administración y con participación de profesionales y direcciones de los centros hospitalarios.

RESULTADOS: La elaboración del Manual se realizó desde Enero hasta Septiembre de 2006. En su redacción definitiva incluye entre otros los siguientes aspectos: cartera de servicios, organigrama y funciones generales de los profesionales, criterios de ordenación de recursos estructurales y profesionales, sistema de clasificación de pacientes (triaje), organización de la asistencia en circuitos basados en el triaje, información a los usuarios, sistemas de información, evaluación y cuadro de mandos (CMBDU, sistemas informáticos corporativos, indicadores a monitorizar).

Plan de implantación: cada hospital elaboró su propio manual de organización adaptando los criterios generales a sus características; en Diciembre de 2006 se nombró un coordinador autonómico para impulsar y monitorizar la implantación del Manual y se incluyeron diferentes aspectos del mismo en los contratos de gestión de los hospitales en 2007 y 2008. Fases de implantación: se priorizó la implantación del triaje y la definición de circuitos asistenciales, la adecuación de los recursos estructurales y profesionales, el desarrollo de un sistema informático de historia clínica y la elaboración de protocolos.

CONCLUSIONES: El MOyF se ha revelado como un instrumento fundamental para avanzar en la normalización del proceso de atención urgente en los SUH de la Comunidad Autónoma de Aragón, en los siguientes aspectos:

- Definir de los recursos materiales y humanos.
- Dotar de herramientas comunes a todos los SUH: sistema de triaje, aplicación informática para la historia clínica, elaboración de protocolos.
- Definir y facilitar la medida de indicadores de calidad homogéneos en todos los SUH.

M39.02

DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DENTRO DEL PROYECTO DE CERTIFICACIÓN GLOBAL EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

C. Maroto Del Río*, L. Pascual, R. López, MP. González, P. Villada, MC. Antón, AB. Acedo.

Hospital La Fuenfría, Cercedilla (Madrid).
carmenmyr@gmail.com

OBJETIVO: Describir el método seguido en nuestro hospital para certificar el proceso asistencial de Fisioterapia.

MÉTODO: Para la implementación eficaz del sistema de gestión de calidad en la Unidad de Fisioterapia del Hospital La Fuenfría, se constituye un grupo de apoyo al grupo de mejora de "Política y Estrategia" multidisciplinar, que analiza el proceso desde que se solicita tratamiento de fisioterapia hasta el alta en la Unidad.

Se realiza un diagrama de flujo del proceso y se revisa su base teórica, técnica y práctica procediéndose a establecer los cambios necesarios en la organización: requiriendo al médico de la Unidad de Hospitalización la inclusión en el informe de solicitud de los datos de la Historia Clínica esenciales para el fisioterapeuta. Realizando los registros: de Incidencias a partir de la información suministrada por el personal cualificado de la Unidad de Hospitalización, y Registro de la Evolución funcional llamado Actividades de la Vida Diaria en la planta, para ser utilizado por el equipo de Enfermería con fin terapéutico. Revisando el actual documento de Valoración y Evolución en Fisioterapia, ampliando y mejorando el sistema de baremación de los ítems sobre funcionalidad, y añadiendo el apartado "Recomendaciones del fisioterapeuta al alta del paciente". Se mejora la planificación de la asistencia en base al tipo de tratamiento, el espacio y el tiempo disponible en la Unidad. Se ofrece una encuesta anexa a la Encuesta Posthospitalización sobre la atención recibida en la Unidad, analizando y exponiendo gráficamente los resultados.

RESULTADOS: El Hospital La Fuenfría ha certificado la Unidad de Fisioterapia en el presente año 2008, en el contexto ISO 9001:2000.

CONCLUSIONES: Se consigue ofrecer unas prestaciones de calidad y alto nivel de satisfacción del usuario mejorando y documentando la comunicación entre los procesos asistenciales de este Hospital de Media y Larga Estancia, facilitando el acceso a la Historia Clínica y pruebas diagnósticas al fisioterapeuta, actualizando los registros de

evolución de los pacientes en la Unidad de Fisioterapia, y planificando los tratamientos en base a los recursos de espacio y tiempo disponibles. El contexto ISO resulta adecuado para garantizar la normalización en la prestación de la Unidad de Fisioterapia, por tanto, la calidad de la misma.

M39.03

EFFECTIVIDAD DEL CAMBIO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001/2000 A EFQM EN UN CENTRO DE SALUD

M. Caldentey Tous*, G. Tamborero Cao, M. T. Millán Oller, R. Casamartina Bach, J. Ochogavía Cánaves, M. A. Bosch López.

CENTRO DE SALUD COLL D'EN REBASSA.
mcaldentey@ibsalut.caib.es

OBJETIVO: Valorar los resultados del paso del sistema de calidad ISO 9001/2000 a EFQM en un centro de salud.

ÁMBITO: Centro de salud (CS) urbano y docente de Mallorca de 26100 habitantes.

MÉTODOS: El CS obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001-2000 (AENOR) y el Certificate IQ-NET, el 7-7-2006. Se propuso desde la Comisión de Mejora Continua plantear un cambio de sistema de calidad del ISO 9001/2000 a EFQM. Tras la auditoría del EFQM se planteó el análisis de las áreas de mejora y se establecieron acciones concretas, trabajando según la línea EFQM. Se trabajaron las áreas que habían obtenido menor puntuación: liderazgo, personas, resultados con los clientes y con la sociedad.

RESULTADOS: Tras obtener la recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001/2000, en el Centro de Salud durante el 2007 y 2008, se decidió por la Comisión de Mejora Continua avanzar y entrar en el Sistema de Gestión EFQM. Para ello se realizó una autoevaluación con la posterior auditoría externa. Se detectaron áreas de mejora en todos los ítems pero se optó por trabajar aquellas que tenían menor puntuación. Se han realizado encuestas de satisfacción a profesionales como a usuarios, obteniendo una disminución del número de reclamaciones en un 50%, aumento de agradecimientos en un 100%, mejora de la percepción de los usuarios 94% (91% en 2005) y profesionales 95% (90% en 2005) tras realizar encuestas de satisfacción a dichos colectivos. Se realizó un plan de comunicación interna y hubo reparto de roles y responsabilidades. Hubo evaluación de desempeño (carrera profesional, participación en comisiones, etc) junto a reconocimientos internos (incentivos, investigación, etc) y externos (Premio autonómico a la trayectoria en calidad). Obteniendo la inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007 del Govern Balear, al superar la evaluación EFQM (agosto 2007).

CONCLUSIONES: La convivencia de los dos sistemas de gestión de la calidad es posible en un centro de salud. El ISO 9001/2000 ayuda a crear un sistema de trabajo y una organización sólida, que ayuda a evolucionar a sistemas más complejos de calidad como EFQM de una manera fácil y sencilla. La satisfacción y la motivación de los profesionales y usuarios ha aumentando desde la implantación de sistemas de calidad en el centro de salud.

M39.04

EVALUANDO LA CALIDAD ENFERMERA: EL PROGRAMA "PREXE" DE RECONOCIMIENTO DE LA EXCELENCIA EN ENFERMERÍA

L. Arantón Areosa, J. M. Rumbo Prieto, A. Facio Villanueva, M. E. Vidal Maroño, M. T. Saenz Arosa, M. L. Fraga Sampedro.

Area Sanitaria de Ferrol.
luis.aranton.areosa@sergas.es

INTRODUCCIÓN: Para poder evidenciar cómo la gestión y la organización de los cuidados y práctica profesional de enfermería repercute en los resultados salud y en la gestión global del hospital, se necesita instrumentos específicos.

OBJETIVO: Dar a conocer el programa PREXE, como modelo autoaplicativo de calidad basado en estándares de enfermería que evalúe el grado de excelencia profesional y de cuidados de una unidad de hospitalización de enfermería.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo cuasi-experimental. Revisión bibliográfica de estándares de calidad y sistemas de acreditación. Análisis de datos por técnica de consenso de grupo nominal. Desarrollo teórico del modelo (estándares, método de aplicación y sistema de evaluación).

RESULTADOS: El Programa de Reconocimiento de la Excelencia en Enfermería (PREXE) define 6 estándares de calidad de cuidados (Valoración, Diagnóstico, Identificación, Planificación, Ejecución y Evaluación) y 8 estándares de calidad de práctica profesional enfermera (Mejora continua de la calidad, Rendimiento profesional, Educación-enseñanza, Colegiación, Asociacionismo, Ética, Colaboración, Investigación, Utilización de los recursos). A través de 63 indicadores y muestreo intraobservador, con el cuestionario de autoevaluación del PREXE se acredita el índice de calidad y grado de excelencia observado.

CONCLUSIONES: El método PREXE se configura como un modelo básico de calidad de la gestión diaria y desempeño de una unidad/servicio de hospitalización de enfermería. Su aplicación, aunque relativamente fácil, tiene como punto fuerte su escala, muy exigente y específica para evaluar y valorar el desempeño profesional y la calidad de cuidados de enfermería. Aunque se precisa de otros estudios analíticos para validar contenidos y mejoras, modelos similares como el Magnet Hospital o el EFQM permiten autoevaluarse para conseguir mejorar la calidad asistencial.

M39.05

EXPERIENCIA DE LA ACREDITACIÓN EN CALIDAD POR LA GENERALITAT DE CATALUNYA EN UN HOSPITAL PREVIAMENTE ACREDITADO

A. Gallart Fernández-Puebla*, R. Muñiz, R. Ubach, R. Borrás, C. Farré, L. Lorente.

Capio Hospital General de Catalunya.

agallart@hgc.es

La existencia de distintos modelos de calidad en una misma institución sanitaria permite contemplar una visión más completa. Disponer de una acreditación Joint Commission desde 1998 y realizar autoevaluaciones EFQM desde 2003 podría parecer suficiente para disponer de todos los estándares de calidad, sin embargo la preparación para la acreditación en calidad según los estándares de la Generalitat de Catalunya ha permitido una mejora importante en muchos aspectos.

Objetivo: Identificar los estándares de la Generalitat de Catalunya que ha enriquecido el Sistema de Gestión de Calidad del hospital.

Metodología: Identificar los estándares del modelo de la Generalitat de Catalunya frente al modelo EFQM. Comprobar la puntuación que existía en las autoevaluaciones EFQM anteriores y trasladarla a los nuevos estándares de la Generalitat. Evaluar que estándares no están desarrollados y asignarle un responsable que planifica una serie de mejoras para su consecución. Evaluación a través de indicadores y difusión de las acciones implantadas y principales resultados.

Resultados: Al inicio de la preparación para la auditoria se observó que sobre 640 estándares y subestándares se cumplían 513 (80,16%). Tras la Planificación de las mejoras, y tras más de un año, se presentó una autoevaluación donde se cumplían 580 (90,91%), sin embargo los auditores externos validaron un 82,9%. En la actualidad se ha elaborado un Plan de Mejora con un total de 91 temas a mejorar. De estos temas 49 disponen de una puntuación de 2 (casi conseguidos), 7 de 1 punto (algo desarrollados) y 35 de puntuación 0 (a desarrollar). Cada tutor y propietario de proceso ha concretado un plan con acciones concretas, fechas y responsables.

Conclusiones: La convivencia de distintos modelos de calidad en un hospital nos permite compensar los puntos más débiles de cada modelo y obtener una mayor calidad en la institución.

M39.06

HOMOGENEIZACIÓN Y APLICABILIDAD DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADOS EN LA NORMA UNE ISO 9001:2000 EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

R. M. Valverde Citores*, L. Arranz Arana, A. Colina Alonso, M. A. Echeverría Muguza, M. A. Urcelay Echeverría, M. C. López De Munain Ormazabal.

Hospital de Zumarraga.

rosamaria.valverdecitores@osakidetza.net

Objetivos: Identificar y desarrollar una documentación válida para cualquier proceso asistencial que quiera ser certificado según la norma UNE EN ISO 9001:2000 a partir de la certificación del proceso "Atención integral al Niño" (Consultas Externas, Urgencias, Hospitalización).

Material y Métodos: a partir del mapa de procesos del hospital se identificó el proceso de Atención integral al niño, el cual comprendía los procesos de Urgencias, Consultas Externas, Hospitalización médico-quirúrgica y la atención del recién nacido antes de nacer, procesos que ya en el hospital tenían definidas sus misiones y realizadas representaciones gráficas. Unido lo anterior a los requisitos de la ISO 9001:2000 y la importancia de gestionar las interfases (riesgos potenciales de la ineficacia de los procesos) se desarrolló una documentación en la que se identificaron todas las interacciones críticas en la gestión del proceso global (con procesos de apoyo diagnóstico, de apoyo asistencial o de soporte e incluso con otros procesos clave como Atención al cliente-servicios sociales). También se definió un sistema de información el cual recoge todos los aspectos relacionados con la misión global del proceso: diagnóstico, tratamiento, continuidad de cuidados, Información y seguridad del paciente.

Resultados: El SGC desarrollado en el proceso de Atención Integral al Niño es fácilmente trasladable en su totalidad a cualquier otro proceso asistencial (urgencias, consultas externas, hospitalización) ya que tanto las interacciones como los sistemas de información definidos son prácticamente los mismos, permitiendo así ahorrar en recursos a la hora de implantar SGC ISO 9001 en otros procesos asistenciales. Puesto que el recelo de los profesionales a implantar un SGC viene muchas veces determinado por la necesidad de gestionar la documentación se desarrolló una documentación dinámica, clara y fácilmente asumida por el equipo. La necesidad de gestionar la información en relación a seguridad de pacientes (errores de medicación, caídas), interacciones con procesos, percepción del cliente, ha favorecido la participación de todos los participantes del proceso.

Conclusiones: la implantación de este SGC ha favorecido: que profesionales escépticos "acepten" la validez de la ISO 9001 en la gestión sistemática de los procesos mediante un desarrollo documental ya establecido y validado por otros profesionales del hospital; la identificación de criterios e interacciones de procesos comunes a todos los procesos asistenciales del hospital adecuando sus particularidades; mejoras en los canales de comunicación entre las personas y en la satisfacción de los mismos; eficacia en la gestión de los recursos para otras certificaciones puesto que ya sólo es adecuar esta documentación existente.

M39.07

IMPLANTACIÓN DE NORMA ISO 9001:2000 EN EL ÁREA DE HOSTELERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

A. Carrascoso Camacho*, M. M. Ortiz Otero, A. Pastor, MM. Botija, AI. Ruiz, D. Recarte.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

acarrascoso.hflr@salud.madrid.org

Introducción: A partir de la Autoevaluación EFQM y su Plan de Mejora, se iniciaron las tareas de despliegue de la metodología de la gestión por procesos, y la certificación en la norma ISO de procesos asistenciales y procesos no asistenciales. Bajo esta premisa se decidió desarrollar, implementar y certificar los procesos de un área no asistencial basado en Norma ISO 9001:2000 de los procesos del Área de Hostelería del hospital.

Objetivo: Certificación de todos los procesos de Hostelería: Evaluación y Selección de Proveedores, Gestión del Servicio de Limpieza, Jardinería y DDD, Gestión de Lencería, Gestión del Servicio de Lavandería y Gestión del Servicio de Restauración.

Método: A partir del Mapa de Procesos del Hospital y dentro de los procesos de apoyo, la metodología seguida por el Área de Hostelería fue:

- Análisis de situación
- Elaboración Mapa de Procesos del área
- Elaboración de documentación conforme a Norma ISO.
- Formación personal implicado
- Implantación SGC
- Auditoría Interna
- Auditoría de Certificación.

Resultados:

- Identificación, descripción de procesos y procedimientos de cada actividad.
- Orientación de los procesos a la consecución de objetivos del

hospital.

- Proyección del trabajo en equipo entre todos los implicados.
- Detección de áreas de mejora de cada uno de los subprocesos.
- Cumplimiento en mayor medida de las necesidades y expectativas de nuestros Clientes.
- Orientación hacia la Mejora Continua.
- Fomentar la motivación y trabajo en equipo.
- Promocionar la delegación de tareas, actitud participativa para la consecución de los objetivos.

Conclusiones: La implantación del SGC nos ha permitido manejar, medir y mejorar los procesos internos del Área, además de realizar estructurada y organizadamente las tareas que se desarrollan así como implicar e interesar a todos los actores de los procesos en la consecución de los objetivos marcados. Obtención de la certificación ISO 9001:2000 al Sistema de Gestión de la Calidad, para todos los procesos de Hostelería del hospital.

M39.08

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA COMÚN DE TRIAJE EN TODOS LOS HOSPITALES DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD COMO MOTOR DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

R. Marrón Tundidor (0), J. L. Casado Martínez (1), B. Casado Ramón (0), M. García Encabo (2), M. F. Pérez Gurpegui (1), D. Felez Minguillón (3).

(0) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (1) Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón, (2) Planificación Sanitaria. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón, (3) Dirección de Atención Especializada. Gerencia del servicio Aragonés de Salud.

rmarron@comz.org

OBJETIVO: Establecer un Plan eficiente para disponer en todos los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) de un único sistema de clasificación de pacientes que permita:

- Priorizar y normalizar la asistencia urgente.
- Disponer de los datos necesarios para realizar análisis de casuística (GRUDES) y comparación de estándares entre los SUH de la Comunidad.

MÉTODO: Desde la Conserjería de Salud, a través del Departamento de Planificación, se definió la Implantación del Triaje en los SUH como una de las acciones prioritarias durante los años 2007-2008 impulsando el proyecto a través del contrato de gestión del SALUD. Para la elección del sistema de triaje se constituyó un grupo focal que, tras el análisis de los diferentes sistemas y utilizando técnicas de consenso, estableció el Sistema Español de Triaje (SET) como el que más se adaptaba a las necesidades de los SUH de la Comunidad Autónoma. Tras la adquisición del programa se estableció un cronograma de implantación (Diagrama de Gantt) con diferentes fases: cálculo y dotación de recursos, realización de los cambios estructurales en los SUH necesarios, presentación a los Equipos de Dirección, instalación del programa, Plan de formación e Implementación.

RESULTADOS: La implantación se está realizando en 9 hospitales de la Comunidad Autónoma. Siguiendo los criterios y recomendaciones del Manual de Organización y Funcionamiento de los SUH se calcularon los recursos humanos y materiales necesarios en cada Centro para garantizar los estándares de calidad y se diseñó un Plan de formación. El desarrollo de la implantación está siendo desigual debido a las peculiaridades de cada hospital. Por lo que para conocer el estado real del proyecto en cada Centro se realizó una reunión in situ con Informadores Clave (Equipos directivos, Servicio de informática, Jefes SUH, Supervisores, Facultativos y personal de enfermería...) para conocer y priorizar las necesidades. Estableciendo un programa de actividades individualizado utilizando el método PERT.

CONCLUSIONES: El trabajo conjunto de instituciones y trabajadores en tareas de planificación es un método efectivo. La experiencia recogida hasta la fecha en los hospitales que están aplicando el SET es positiva, convirtiéndose en un verdadero motor de mejora continua de la calidad ya que facilita la organización de la asistencia urgente con circuitos asistenciales diferenciados por nivel de triaje, supone una mejora en la seguridad de atención del paciente y normaliza la

asistencia en los SUH de la Comunidad.

M39.09

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2000 EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

M. Lázaro Melgar*, R. Domínguez Muñoz, P. Aguado Manzanares, E. Velasco Valverde, M. Ortiz Otero.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

mlazaro.hflr@salud.madrid.org

Introducción: La misión de la central de esterilización del hospital de Fuenlabrada es la de proporcionar a todos los servicios y unidades (especialmente quirófano) el material o equipamientos en las condiciones idóneas de esterilidad en tiempo y coste adecuados, así como su correcta protección, para la realización de los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos, consiguiendo tanto la satisfacción de las personas que trabajan en la central como de los usuarios del servicio.

Por este motivo, en el año 2006, se planteó en la Central la obtención de la certificación como proyecto para la implantación de un sistema de mejora de la calidad basada en la norma ISO 9001:2000, y fue obtenida dicha certificación en junio de 2007.

Objetivos:

1. Implantar un sistema de calidad, orientado a la mejora continua, con el fin de aumentar la satisfacción, tanto de nuestros clientes, como de los profesionales que trabajan en la misma.
2. Certificación ISO 9001:2000.

Material y métodos: Con la ayuda de la Unidad de Calidad del Hospital de Fuenlabrada, se comienza con:

1. Seminario de Formación-Sensibilización sobre el diseño y despliegue de un Sistema de Gestión de Calidad según la Norma ISO 9001:2000 en la Central de Esterilización, con duración de tres horas, repetido en dos sesiones y participando todos los profesionales.
2. Toma de información de las actividades realizadas por los distintos profesionales, equipos de personas implicadas, sistemas de información y registros con el fin de elaborar el mapa de proceso.
3. Desarrollo del despliegue y descripción de los procedimientos del SGC.

Resultados: La auditoría interna realizada en junio de 2007, en donde no se detectaron no-conformidades, pero sí observaciones y áreas de mejora de cara a la auditoría de certificación que tuvo lugar mayo de 2007.

Conclusiones La implantación de la norma ISO en la central de Esterilización aporta una mejora en los procesos del servicio y sirve a la vez para identificar oportunidades de mejora.

Así mismo, aumenta la satisfacción tanto de los profesionales de la Central como los clientes.

M39.10

IMPLICACIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS SECCIÓN DE BIOQUÍMICA EN LA OBTENCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN UNE-EN-ISO 9001:2000

R. Coreo*, A. Tapia, M. Sánchez, J. Carrillo, C. Fuentetaja, M. J. Cátena.

Hospital de Barbastro.

rcoreo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: El servicio de análisis clínicos de nuestro hospital, comienza con la inquietud de la calidad en el año 2003. El primer paso es la constitución de la comisión de calidad del laboratorio, la cual abarca en un primer momento todos los servicios, es decir, laboratorio de microbiología, laboratorio de hematología, laboratorio de urgencias y laboratorio de bioquímica. Dicha comisión es multidisciplinar con representación de todos los grupos de trabajo, auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería, técnicos especialistas en laboratorio, enfermeros, analistas, hematólogos y microbiólogos.

OBJETIVOS: Trabajar adoptando como referencia el modelo de excelencia EFQM, teniendo como objetivo final la certificación y acreditación. El primer objetivo es realizar una autoevaluación de cómo está el servicio en ese momento.

MÉTODOS: Se comienza a trabajar por el apartado 5 del módulo EFQM, que se refiere a los procesos, por estar en relación más directa

con el trabajo de cada día. Se forman 3 grupos de trabajo, integrados cada uno de ellos por 4 trabajadores de distintas categorías y servicios.

Se hacen reuniones bimensuales, estableciendo objetivos, indicadores de medida, elaborando procedimientos de trabajo y actualizando los existentes, implantando un plan de formación continuada, elaborando el manual de seguridad y un mapa de procesos, también se realizan manuales de usuario.

A lo largo de este periodo se descuelgan del objetivo, los laboratorios de hematología y microbiología.

En el verano del año 2005 nos sentimos ya con la base suficiente como para trabajar con el objetivo de pasar la certificación UNE-EN-ISO 9001:2000. Esta decisión se pone en conocimiento de la dirección del hospital, la cual contrata a una consultoría externa para guiarnos en la preparación de la certificación.

RESULTADOS: En Abril del 2007, el laboratorio de Análisis Clínicos, sección de Bioquímica, obtiene la certificación UNE-EN-ISO 9001:2000. Y en Marzo de 2008 la revisión anual de la certificación.

CONCLUSIONES:

- Trabajar de igual manera todo el personal, con los mismos objetivos y siguiendo las instrucciones de trabajo, facilitando la incorporación del personal nuevo.
- Tener seguimiento de las actuaciones de todo el personal, para continuas mejoras.
- Tener cuantificadas las cargas de trabajo para poder repartir tareas.
- Reuniones periódicas y participativas de todo el personal.

M39.11

INSTAURACIÓN DE UN PROCESO DE CONTROL DE LAS BOMBAS DE ANALGESIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Bajo Rodilla (0), M. Jiménez Belinchón (0), F. M. Gómez Guijarro (0), M. I. Moreno Vadillo (1).
 (0) Hospital 12 de Octubre, (1) Hospital 12 de Octubre.
 rebecabajo@terra.es

La obtención por parte de nuestra Unidad de Dolor Agudo (UDA) de la certificación ISO 9001:2000 en relación al control y seguimiento del dolor postoperatorio de intensidad severa ha implicado optimizar la información relativa al mantenimiento y control de las bombas de analgesia.

Objetivo: mantener la operatividad clínica de un material esencial en la gestión del dolor postoperatorio severo.

Fases:

- 1.-Identificación de las bombas de analgesia. Realización de un inventario actualizado de su material y de fichas específicas para cada equipo. Asignación de una numeración específica aparte del número de serie de fábrica. Como sistema de seguridad, utilización de sistemas identificativos de diferentes colores según si la bomba era utilizada para administración neural o intravenosa.
- 2.-Establecimiento de un plan de mantenimiento preventivo de acuerdo a unas instrucciones técnicas y procedimientos técnicos de mantenimiento. En estas acciones se incluyen la verificación de la precisión en la dosificación, y su ajuste si fuera necesario.
- 3.-Diseño de un circuito para la distribución y retirada de material entre la reanimación a la planta de hospitalización.
- 4.-Diseño de un sistema de información y evaluación de las incidencias.
- 5.-Medida y seguimiento del proceso.

Resultados: Desde Marzo de 2004 hasta Marzo de 2008 fueron atendidos por la UDA 4972 pacientes. El 99% utilizó bombas de analgesia. De entre las técnicas empleadas, la analgesia controlada por el paciente experimentó un crecimiento gradual (1º año: 12,23% ; 4º año : 45,89% del total de técnicas empleadas). Asimismo, durante el 2º año de implantación de la UDAs centralizaron las modalidades analgésicas en un único tipo de bombas ante la necesidad de implantar una gestión de riesgos sanitarios. El 80 % de las incidencias relacionadas con las bombas de analgesia fue la falta de batería. La 2ª causa fue la oclusión. Desde el establecimiento del plan de mantenimiento preventivo, el número total de averías(27) ha ido disminuyendo a pesar de ser mayor la demanda de uso.

Conclusiones:

1. La optimización de la información relativa al mantenimiento y control de las bombas de analgesia mejora la calidad del material.

2. La aplicación de un plan de mantenimiento preventivo es esencial para la obtención del certificado ISO 9001:2000 al ser la herramienta que permite asegurar la calibración del material empleado.

M39.12

LA ACREDITACIÓN COMO HERRAMIENTA DE GARANTIA DE CALIDAD

F. Vilanova, P. Navarro, C. Valls.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
 fvilanova@santpau.es

La Acreditación es un método para impulsar al conjunto de profesionales de los centros sanitarios a analizar su organización y a incidir en la mejora de la calidad. Estar acreditado supone garantizar un nivel de competencia y un nivel de calidad.

Objetivo: Conseguir que el Hospital se Acredite según el Modelo Catalán de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda (MAC).

Material y métodos: El MAC está basado en el modelo EFQM y se realiza en tres fases:

- 1 Autoevaluación.
- 2 Auditoria externa del centro.
- 3 Certificado de Acreditación.

Para la consecución de estas fases el Hospital ha realizado la planificación de diversas actividades:

- En primer lugar se realiza formación sobre el MAC y EFQM a todos los profesionales que estan implicados en este proceso.
- Se realiza un Diagnóstico Inicial, con el soporte de una empresa externa, que sirve como punto de partida para crear grupos de trabajo e iniciar acciones encaminadas a conseguir nuestro objetivo. Debido a la puntuación obtenida y al poco espacio de tiempo para la consecución del objetivo, el Hospital se plantea abordar de momento, solamente el 75% de los estándares.
- Se despliegan los 59 grupos de trabajo interdisciplinares creados según agrupación de estándares que es necesario evidenciar.
- Se da soporte metodológico a estos grupos de trabajo para la realización de los planes, protocolos y procedimientos que requieren los estándares de enfoque.
- Se implementan cada uno de los planes, protocolos y procedimientos que requieren los estándares de despliegue.
- Se pone en marcha la obtención sistemática y periódica de medidas que nos piden los estándares.

Después de todo ello se realiza la Autoevaluación del Hospital por parte de los responsables de cada uno de los grupos, y con el consenso de sus miembros.

El resultado se manda al DS y se solicita la Auditoria Externa del centro, para ello, el Hospital ha elegido una de las 6 entidades independientes autorizadas.

Resultados: Con la Auditoria Externa, el Hospital obtiene la puntuación suficiente para obtener la Acreditación, pero en estos momentos queda pendiente la tercera fase, en la que el DS otorga el Certificado de Acreditación y propone los planes de mejora para el próximo año.

Conclusiones: La planificación de las actividades ha sido válida para conseguir la Acreditación.

La implicación de los profesionales del centro ha sido básica para poder estar acreditados.

M40.01

MODELADO CONCEPTUAL DEL PROCESO DE ACOGIDA AL TRABAJADOR DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

M. Armenteros Lechuga (0), E. Rolón Aguilar (1), R. P. Sánchez González* (0), L. Sánchez González (1), J. M. Vera Espartero (0), L. Calahorra Fernández (0).

(0) SESCAM/ HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL, (1) UNIVERSIDAD CASTILLA LA MANCHA.
 marmenteros@sescam.org

Introducción: La importancia del análisis, modelado y gestión de un proceso de negocio no se restringe a un sector empresarial específico. Debido a la naturaleza del servicio ofrecido en el sector sanitario, los modelos de procesos representan la base para la toma de decisiones enfocada en la realización de sus objetivos para

conseguir servicios de calidad. Los procesos hospitalarios son muy complejos, y su visualización gráfica facilita las tareas de gestión y mejora mediante su comprensión y detección de posibles errores. En este trabajo, se presenta el uso de la notación estándar BPMN (Business Process Modeling Notation), para el modelado de procesos de una institución del sector de la salud. El objetivo es demostrar nuestra experiencia obtenida en la elaboración de los modelos conceptuales de algunos procesos del hospital y que a su vez sirvan como base para otras instituciones sanitarias a la hora de modelar sus procesos.

Objetivos: Comprobar la aplicabilidad de BPMN en el ámbito sanitario. Modelar el proceso de acogida al trabajador con la notación BPMN. Normalizar la acogida al trabajador de todas las divisiones del Hospital.

Material y Método: Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales del Hospital General de Ciudad Real y profesores del Departamento de Tecnologías y Sistemas de Información de la Universidad de Castilla La Mancha, firmando un acuerdo de colaboración entre ambas instituciones con el objetivo de comprobar la aplicabilidad de BPMN en el ámbito sanitario mediante el modelado de tres procesos.

Los componentes del grupo pertenecientes a la Universidad impartieron un curso sobre modelado de procesos con BPMN para formar al resto.

El grupo del hospital definió textualmente (inicio, fin, propiedad, agentes implicados, proveedores etc.) el proceso de Acogida al Trabajador (PAT).

Los expertos en BPMN de la Universidad realizaron el modelado del proceso con la información aportada por el hospital, para lo cual se realizaron revisiones conjuntas en las que se corrigieron actividades y se matizaron detalles hasta conseguir la versión definitiva.

Resultados: Se presenta el modelo del proceso de acogida al trabajador (PAT) del Hospital General de Ciudad Real, representado con el lenguaje BPMN.

Conclusiones: El modelado del PAT nos ha permitido la elaboración de un modelo entendible y fácilmente difundible para las cuatro divisiones del hospital y aplicable a todas las categorías, independientemente de la relación contractual del trabajador con el hospital.

M40.02

MODELO DE LOS SUBPROCESOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) APLICANDO LA NOTACION BPMN (BUSINESS PROCESSES MODELING NOTATION)

L. Calahorra Fernández* (0), E. Rolón Aguilar (1), E. Lagos Pantoja (0), F. Ruiz González (1), R. P. Sánchez González (0), F. O. García Rubio (1).

(0) SESCAM / HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL, (1) UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA.

lcalahorra@sescam.jccm.es

Introducción: La orientación al proceso es un elemento clave para los Sistemas de Gestión de la Calidad, incluido el ámbito sanitario. BPMN es un lenguaje diseñado específicamente para el modelado de procesos de negocio, ampliamente aceptado a nivel empresarial e institucional gracias a que puede ser fácilmente utilizado y comprendido por todo tipo de roles. Nuestro grupo es pionero en el empleo de esta notación para el modelado de procesos dentro del sector sanitario.

Objetivo: Presentar el modelado de los subprocesos de CMA dentro del proceso de atención al paciente programado quirúrgico (APPQ) de Hospital General de Ciudad Real (HGCR) mediante la aplicación de la notación BPMN.

Material y métodos: Este trabajo se enmarca dentro de un acuerdo de colaboración entre el Departamento de Tecnologías y Sistemas de Información de la Universidad de Castilla-La Mancha y el HGCR cuyo objetivo es comprobar la aplicabilidad de BPMN en el ámbito sanitario. Para el modelado del proceso APPQ se creó un grupo de trabajo mixto y se desarrolló una actividad formativa sobre BPMN.

Los expertos del hospital en el proceso APPQ desarrollaron una ficha que incluía: misión, límites, responsables, participantes y sus funciones, glosario de términos, descripción de actividades, y registro de documentos. Los expertos de la Universidad realizaron el modelado del proceso y de sus subprocesos mediante un método iterativo e incremental, añadiendo más detalle hasta llegar al nivel deseado por el Hospital. Mediante revisiones conjuntas se fue dando

el visto bueno a los resultados de cada iteración hasta conseguir la versión definitiva.

Resultados: Se presenta el modelado de los subprocesos de CMA dentro del proceso APPQ mediante la notación BPMN. Estos subprocesos se inician una vez indicada la realización del procedimiento en régimen de CMA y tiene dos trayectorias según se realice en la unidad de CMA o en hospitalización (en función del procedimiento y del horario), terminando con el alta del paciente o el ingreso en hospitalización si no es posible el alta. Los subprocesos se detallan hasta un nivel en el que se definen secuencialmente todas las tareas realizadas por todos los participantes del proceso.

Conclusiones: El modelado del proceso APPQ y sus subprocesos de CMA ha permitido la elaboración de un modelo entendible y fácilmente difundible por y para los profesionales implicados, así como la detección temprana y corrección de errores. Este trabajo es un paso previo clave para el posterior análisis, mejora y certificación del proceso.

M40.03

MODELO DE INTEGRACIÓN DEL PROCESO GESTIONAR SATISFACCIÓN USUARIOS EN EL CÍRCULO DE MEJORA CONTINUA DEL HOSPITAL DOS DE MAIG

S. Juncosa Quilez, C. Bayo Peiró, A. López Torres, M. J. Martínez Arce, A. Pons Porta.

HOSPITAL DOS DE MAIG (CONSORCI SANITARI INTEGRAL).

sandra.juncosa@sanitatintegral.org

Objetivos: El Hospital Dos de Maig (HDM) redefinió en el año 2005 su modelo organizativo, basado en la Coordinación Asistencial, el Liderazgo Clínico y la Gestión por Procesos. Entre los procesos de soporte, la Unidad de Atención al Cliente (UAC) desarrolló "Gestionar Satisfacción Usuarios" (SAU), que contempla la gestión de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos del cliente externo. En el 2006 se estableció como objetivo estratégico de calidad mejorar el porcentaje de reclamaciones que son objeto de acciones de mejora llevadas a cabo, a través de un circuito establecido. El objetivo era conocer la idoneidad del circuito a partir de su impacto en la mejora continua del centro.

Material y Métodos: Las reclamaciones, sugerencias y agradecimientos se registran en una base de datos en formato Excel, donde se recoge de manera sistemática el proceso afectado por la opinión del cliente. SAU genera mensual, semestral y anualmente informes que presentan las reclamaciones y sugerencias por proceso, relacionando el motivo de insatisfacción con el servicio clínico o unidad. Este enfoque facilita a los servicios clínicos y a los propietarios de proceso, la identificación de áreas de mejora y la planificación de acciones de mejora, de las cuales una parte es vehiculada por el Comité de Coordinación Asistencial y otra es validada por el Comité de Dirección. La UAC realiza un seguimiento de las acciones de mejora propuestas y, una vez implantadas, calcula su impacto sobre las reclamaciones gestionadas.

Resultados:

- En el año 2006 la UAC gestionó 530 motivos de reclamación y desde diferentes procesos se realizaron 22 acciones de mejora que impactaron en un 33% de las reclamaciones (175/530).
- En el año 2007 se han gestionado 362 motivos de reclamación y se han llevado a cabo 31 acciones de mejora que han afectado al 87% de las reclamaciones (315/362).

Conclusiones:

- SAU ofrece al conjunto de procesos y servicios la percepción de sus clientes. Cuanto más específica mostremos la información a cada proceso, mas factible será la identificación de áreas de mejora y la implantación de acciones de mejora, lo que revertirá en un mayor impacto sobre el indicador de calidad.
- Una metodología participativa permite a los diferentes agentes implicados en la mejora continua (servicios clínicos, equipos de proceso, comité de coordinación asistencial, comité de dirección) ofrecer una atención mas coherente con las expectativas del ciudadano, a través de las acciones de mejora implantadas.

M40.04

MONITORIZACIÓN DEL PROCESO DE MANTENIMIENTO DEL ÁREA DE ATENCIÓN CONTINUADA DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

C. Campos Avellana, L. A. Hijós Larraz, D. Ara Laúna, R. Martínez Sánchez, L. Rubio Buisán, V. Torres Macías, M. D. Ledesma Romano.

Centro Salud de Grañen.
 luishijos@monegros.net

Objetivos: Tras la puesta en marcha de la gestión por procesos en nuestro EAP, el proceso crítico seleccionado es el Mantenimiento del área de Atención Continuada.

El objetivo final era mantener la operatividad de esta zona en todo momento, dentro de unos criterios de calidad establecidos.

Se ha desarrollado el procedimiento del mantenimiento de la sala de urgencias (proceso de primer nivel: Apoyo logístico), definiendo el proceso, asignando propietario, indicadores, etc, su implantación se realizó en enero de 2005.

Se definió el stock de material de las distintas dependencias de atención continuada, bolsas de atención a domicilio, etc.

Material y métodos: Los indicadores son relativos a:

-Realización de los controles (especificando el estamento). Estándar >90%.

-Detección de las incidencias. Estándar <10/mes.

Las monitorizaciones se realizan trimestralmente.

Desde octubre de 2006, se realiza un registro de las incidencias de comunicación inmediata con un compromiso de propuesta de resolución inferior a 72 horas.

Resultado: Desde marzo-05, se realizaron doce monitorizaciones. El cumplimiento en la realización de los controles fue 93,14%. La cumplimentación por medicina fue del 86,65% (rango 74,58-93,41%) y por enfermería fue del 93,14 (rango:91.11-98,89). La media de incidencias/mes es de 11,11 ($\pm 5,18$), siendo de 10,67 en la última monitorización.

En el gráfico de Pareto del año 2007, se observan como oportunidades de mejora la subsanación de las incidencias relativas a material fungible/medicación y el desorden de la sala (57,24% de incumplimientos).

Considerar como puntos fuertes que el número menor de incidencias detectadas en el año 2007 (7,3%) son las relativas al material de uso urgente (carro de paros, ECG, respirador, desfibrilador...).

En la última valoración relacionada con la comunicación de las incidencias, estas se respondieron en menos de 72 horas en el 63,63 %.

Conclusiones: Las oportunidades de mejora introducidas en el área de urgencias han sido de tipo organizativo (v.g. stock de material, registro de incidencias para su comunicación), motivacional/formativas (v.g. sesión formativa sobre termolabilidad farmacológica y su importancia).

Como puntos fuertes en las distintas monitorizaciones se encontraron:

-Correcta utilización del registro de incidencias.

-Disminución de las incidencias relativas al material urgente.

-Disminución de las incidencias relativas a los cajetines de medicación.

Las distintas áreas de mejora sugeridas son:

-Fomentar la realización de los controles entre los miembros del EAP, especialmente medicina.

-Seguir el protocolo de comunicación de incidencias

-Buscar las soluciones adecuadas para las incidencias.

-Optimizar el uso de los cajetines adecuando el contenido a las existencias del almacén.

M40.05

OPTIMIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA ESTRUCTURADO DE TRIAJE

M. Sánchez Fernández* (0), E. Balzategi Garai (1), M. N. Cortes Virtus (0), M. J. Esteban Zarraoa (0), I. Garay Kortabarría (0), J. L. Angulo Orue (0).

(0) Hospital Alto Deba. Mondragón, Gipuzkoa, (1) Hospital Alto Deba, Mondragón, Gipuzkoa.

miguel.sanchezfernandez@osakidetza.net

Objetivos: El triaje sanitario estructurado es un proceso de valoración

que permite clasificar a los pacientes según su gravedad permitiendo priorizar la atención según el nivel de gravedad.

Nos planteamos como objetivo valorar la utilización del SET(Sistema Español de Triage), como sistema de triaje que permite mejorar la eficiencia y efectividad del trabajo, permitiendo predecir el destino al alta de los pacientes viendo además la agilidad para su aplicación. También analizamos nuestra capacidad de respuesta de atención según el nivel de gravedad. Todo esto en el contexto de un Servicio de Urgencias gestionado por procesos y certificado con la norma ISO 9001-2000.

Metodología: Se analizaron los pacientes >13 años atendidos entre el 1/1/2007 y el 31/12/2007, utilizándose el SET en el 100% de estos, clasificándose en 5 niveles de gravedad. Los datos obtenidos se compararon con los datos estadísticos proporcionados por el programa informático de gestión de pacientes utilizado en nuestro Servicio.

Resultados: Fueron incluidos 24376 pacientes. Un total de 55(0,2%) fueron clasificados con nivel I de gravedad, 1296 (5,3%) del nivel II, 4290(7,6%) del nivel III, 15885(65%) del nivel IV y 2850(11,7%) correspondientes al nivel V, suponiendo los niveles IV y V (los menos graves), el 76,7% del total de pacientes.

El tiempo para realizar el triaje fue de 6 minutos de media. El tiempo de respuesta para la atención médica para el nivel I fue inmediata, 13 minutos para el nivel II, 21 minutos para el III, 36 minutos para los de nivel IV y 33 para el V.

El 40% del nivel I necesitaron ser valorados por el especialista, el 27,39% del nivel II, del nivel III el 20,86%, de los de nivel IV el 6,1% y el 4,6% de los de nivel V, es decir, el 88,25% de las interconsultas realizadas correspondieron a los niveles de mayor gravedad(I,II y III). Del total, 22221(91,3%) fueron dados de alta, siendo el 81,05% de estos(18012) de los niveles IV y V. 2149 pacientes(8,7%) ingresaron, correspondiendo estos a los niveles de gravedad I, II y III en 1429 casos(66,5%).

Conclusiones:

1.El SET se ha mostrado como una herramienta útil que permite predecir el destino al alta de los pacientes según la gravedad asignada.

2.Los tiempos de respuesta del Servicio cumplen los estándares de calidad recomendados.

3.Permite optimizar el trabajo, priorizando la atención en relación con el nivel de gravedad, siendo especialmente útil en situaciones de saturación.

M40.06

ORIENTACIÓN A GESTIÓN POR PROCESOS DEL PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL DEL HOSPITAL DE MENDARO

J. Taboada Gómez, M. T. Bustinduy Bascaran, S. Castelo Zas.

Hospital de Mendaro.

jotabo@gmail.com

Objetivos: Implantar la metodología de Gestión de Procesos en el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN) de un hospital comarcal.

Orientar el PVPCIN a la mejora continua.

Enmarcar el PVPCIN dentro del proceso de Seguridad del Paciente como proceso estratégico de nuestro hospital.

Material y métodos: A finales de los años 90, Osakidetza, a través de la Comisión INOZ, elaboró un documento marco que serviría de referencia para que todos y cada uno de los hospitales de la red diseñaran planes específicos en cada centro para minimizar el riesgo de adquirir una infección nosocomial. Además, se decidió que estos planes fuesen evaluados de manera independiente. En el año 1999 se elaboró e implantó en nuestro hospital el primer PVPCIN. En el año 2000 tuvo lugar la primera evaluación y 2004 la segunda. Una de las conclusiones de estas evaluaciones fue que el proceso era demasiado variable y que convendría reestructurarlo para mejorar la efectividad y la eficiencia del mismo. En septiembre de 2007 se decide orientarlo a Gestión por Procesos, empleando como guía la Norma ISO 9001:2000.

Resultados: El PVPCIN se engloba dentro de un proceso mayor que es el de Seguridad del Paciente, en el que se incluyen otros como vigilancia y control de efectos adversos ligados a medicamentos, cuidados, procedimientos y errores diagnósticos. Este proceso de Seguridad del Paciente es un proceso estratégico de nuestra

organización, ya que en mayor o menor medida impregna todos los procesos de nuestro hospital.

Dentro del PVPCIN identificamos 3 grandes apartados en los que se distribuyen todas las actividades encaminadas a minimizar el riesgo de infección nosocomial: Proceso asistencial; Bioseguridad ambiental; Limpieza, desinfección y esterilización. A su vez, en cada uno de estos apartados ordenamos las actividades en función de si responden a aspectos de prevención, vigilancia o control de la infección. Hemos definido un equipo de proceso multidisciplinar que reúne a profesionales sanitarios y no sanitarios, liderados por el médico de Medicina Preventiva.

Conclusiones: El PVPCIN es un proceso estratégico de nuestra organización porque impregna todos los procesos del hospital. La orientación a procesos permite identificar los puntos donde somos menos eficientes.

Descripción clara y detallada de las interacciones con otros procesos. Introducción de la Mejora Continua.

M40.07

PLAN DE ACOGIDA E INFORMACIÓN PARA ACOMPAÑANTES EN EL ÁREA CLÍNICA DE URGENCIAS (ACU) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

J. A. Blanco González, B. Fernández Fernández, L. Alonso Calo, A. Franco Vidal, M. Sánchez Lorenzo, A. Álvarez García.

Hospital Universitario Central de Asturias.

jabg90@hotmail.com

OBJETIVOS:

- Orientar el Área de Urgencias hacia la satisfacción de las necesidades de pacientes y ciudadanos.
- Cumplir las disposiciones sobre derechos y deberes.
- Normalizar de procedimientos de relación con el paciente y acompañantes.
- Armonizar el derecho al acompañamiento del paciente con las necesidades asistenciales.
- Conocer la opinión de los acompañantes.

MÉTODOS:

- Desarrollo de un Plan de Acogida por un grupo de trabajo pluriestamental. (2006)
- Elaboración y difusión de un documento con las disposiciones legales que regulan derechos y deberes (incluyendo información y documentación) y autonomía del paciente.
- Desarrollo e implantación del procedimiento de "Información y Relación" puesta en marcha de un Punto de Información Permanente del Servicio de Atención al Usuario (PIP-SAU) en la sala de espera de acompañantes.
- Normalización del acompañamiento de pacientes.
- Difusión y discusión de estos aspectos con todo el personal del Área.
- Elaboración y difusión de una Guía de Información del funcionamiento general del Área y de un Documento de Identificación para los Acompañantes.
- Formación y educación del personal del Área (Comunicación. Imagen)
- Entrevistas y evaluación bimensual por el grupo de trabajo e introducción de mejoras.
- Valoración de la satisfacción de acompañantes (Encuesta anual de la Consejería de Salud).

RESULTADOS:

- Implantación de la Cultura de la Información en todo el personal del Área.
- Puesta en funcionamiento de un PIP-SAU, accesible 24 horas.
- La Guía se entrega al 67.7% de pacientes y acompañantes (área de mejora).
- La satisfacción de acompañantes mejoró en 2007 respecto a 2006: Información 73,23% vs 60%, Amabilidad 87,2% vs 66.8%.
- El personal considera la Información como "rentable" al disminuir la presión de acompañantes en la zona de acceso y dentro de la Unidad.
- El personal del SAU refiere una notable disminución de la conflictividad relacionada con la falta de información de los tiempos de espera.
- Disminución de la circulación errática de acompañantes en el interior. El 40% de las mismas son acompañadas por el SAU.

CONCLUSIÓN:

- La sistematización de la información con tiempos pactados está acabando con la cultura del acompañante "cautivo" y la información al

usuario de "ya le avisarán".

- La regulación de la comunicación, visita y acompañamiento a pacientes ha mejorado los flujos de personas en el interior.
- El Plan ha supuesto una mejora de calidad en aspectos de relación, claramente percibida por usuarios y profesionales.

M40.08

PLAN ESTRATÉGICO INTEGRADO Y CÍRCULO DE LA MEJORA CONTINUA

A. Galobart Roca*, J. A. González Ares, J. R. Llopart López, B. Guasch Ibáñez.

Hospital Municipal, Badalona.

agalobart@bsa.cat

INTRODUCCIÓN: Los planes estratégicos de empresa se están introduciendo lentamente en la cultura de gestión de las empresas de asistencia sanitaria. La metodología de su realización es clara y hace tiempo que está definida. Sin embargo, a menudo estos planes estratégicos no se siguen de otros planes operativos. Explicamos la experiencia de Badalona Serveis Assistencials (BSA) en su tercer plan estratégico.

MATERIAL Y MÉTODOS: BSA es una organización sanitaria integral, ubicada en el Barcelonés Norte, y que gestiona 7 Áreas Básicas de Salud, un Hospital de Agudos, un Centro Sociosanitario y un Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Durante el primer trimestre de 2008 se han diseñado las líneas maestras del tercer Plan Estratégico (PE) 2008 - 2012 con una metodología de diseño del PE enmarcada en la mejora continua. Con la metodología clásica se revisan la misión, visión y valores y se diseñan las grandes líneas estratégicas. Para cada línea se definen unas líneas de acción. A cada uno de estos apartados se le asigna un propietario y un equipo gestor, así como una previsión de recursos. Cada equipo gestor decide los objetivos operativos que desarrollarán la línea de acción, nombrando propietarios. La suma de todos los objetivos operativos forma el Plan de Calidad (PC), coordinado por la Unidad de Calidad. Cada objetivo tiene una ficha con varios parámetros, entre ellos la cronología y relaciones entre ellos. Con la asignación de objetivos a las Unidades/Servicios se efectúan contratos de gestión anuales, asociados a incentivos, pactados para todo el PE. La metodología de evaluación de estos contratos de gestión permite la evaluación del PC y, retrospectivamente, del PE.

RESULTADOS: Un PE a cuatro años con 5 líneas estratégicas, 30 líneas de acción y más de 90 objetivos operativos que forman el PC. 9 propietarios de líneas de acción y 27 propietarios de objetivos del PC. Más de 130 personas integradas en los equipos gestores del PC. Contratos de gestión para cada Unidad/Servicio alineados con el PE. Metodología de evaluación prevista y alienada.

CONCLUSIONES: El Plan Estratégico de una organización sanitaria es un elemento básico para gobernar el timón de la misma. No tiene mucho sentido si en la metodología de su diseño no se incorpora una completa alineación con el Plan de Calidad, sistema de incentivos y un sistema de evaluación único para todo ello. Se cierra así el círculo de la mejora continua.

M40.09

PLAN INTEGRAL DE ACTUALIZACIÓN E INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE (SARM) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

P. Prieto Andrés, S. Castán Ruiz, C. Navarro Gistau, M. J. Zamora Rodríguez, I. López Niño, A. I. Regalado Iturri.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

pprietoa@salud.aragon.es

OBJETIVOS:

- 1- Principal:
 - Disminuir la incidencia de infección por SARM en el hospital limitando la diseminación intrahospitalaria.
- 2- Secundarios:
 - Sistematizar las actividades de vigilancia y control epidemiológico del SARM (VE).
 - Establecer un programa de información y difusión sobre la infección y su prevención entre el personal sanitario, pacientes, visitantes del hospital y centros sociosanitarios de referencia.

- Registrar a todos los pacientes ingresados portadores o con infección por SARM para la valoración del riesgo de transmisión en el hospital y cálculo de indicadores epidemiológicos de infección.
- Mejorar el uso adecuado de las terapias antimicrobianas.

METODOLOGÍA:

- Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar.
- Revisión de la bibliografía existente sobre VE del SARM.
- Elaboración de mapa de procesos y procedimientos operativos valorando las recomendaciones del Documento de consenso GEIH-SEIMC y SEMPSPH sobre VE de SARM en hospitales españoles.
- Revisión final de los Procedimientos Operativos (PO).
- Aprobación del Plan en la Comisión de Infecciones.
- Utilización de los PO actualizados en el Servicio de Medicina Preventiva y en el hospital.

RESULTADOS: 1. Elaboración del Mapa de Procesos.

2. Elaboración de los procedimientos operativos (PO) a desarrollar para la VE de los pacientes infectados o colonizados por SARM:

- Procedimiento de captación, registro y análisis de pacientes.
- Procedimiento de despistaje en pacientes de riesgo.
- Procedimiento de información a pacientes.
- Procedimiento de aplicación de precauciones.
- Procedimiento de tratamiento de pacientes infectados o colonizados.

3. Elaboración de material informativo para cuidadores y pacientes infectados y/o colonizados por SARM.

4. Elaboración de indicadores para la VE.

CONCLUSIONES: La VE y el control de SARM forman parte de la cartera de servicios del Servicio de Medicina Preventiva en el hospital.

Siendo la VE una herramienta útil para el control de la infección, hemos detectado áreas de mejora en la difusión de la información a profesionales y pacientes; cuestión que es crítica para revisar, establecer y normalizar las medidas de control en cada caso concreto con el objetivo de mejorar los resultados derivados del proceso.

M40.10

PROCESO ASISTENCIAL AL DOLOR TORÁCICO SUGESTIVO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RESULTADOS OBTENIDOS TRAS UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
C. Saez Lavilla, F. Flordelis Marco, I. Senosiain Ibáñez, D. Serrano Peris, M. Calero Fuertes, M. J. Lallana Álvarez.

Atención Primaria.

csaezl@salud.aragon.es

OBJETIVO DEL TRABAJO: Analizar los resultados obtenidos en la implementación del Proceso de Dolor Torácico Sugestivo de Síndrome Coronario Agudo en Atención Primaria del Sector Zaragoza III.

METODOLOGÍA EMPLEADA: Tras la elaboración del documento sobre el I Proceso Asistencial al Dolor Torácico Sugestivo de Síndrome Coronario Agudo se establecen unas acciones concretas encaminadas a la implementación en Atención Primaria del Sector Zaragoza III. Presentamos el análisis del grado de implementación en el momento actual.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO:

- 1-Elaboración de una encuesta de detección de necesidades (materiales, organizativas, etc) en los equipos de Atención Primaria del Sector III, para la implementación del Proceso asistencial al Síndrome de dolor Torácico sugestivo de SCA.
- 2-Difusión del documento.
- 3-Formación específica.
- 4-Reposición y Adquisición de material (estado actual).
- 5-Revisión de medicación necesaria en los servicios de urgencia de los Centros de Salud.
- 6-Actualización de petitorios de farmacia.
- 7-Revisión y actualización de carro de paradas.
- 8-Priorización de proyectos de calidad sobre revisión y reposición de botiquines y maletines de urgencia.
- 9- Facilitar la organización y definición del procedimiento de asistencia a la "urgencia indomorable" en los Centros de salud, tanto en urgencias en consulta como en el Centro o en domicilio.
- 10- Medición de indicadores clínicos tanto de proceso como de resultado.

M40.11

PROCESO ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA CON CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000: ANALISIS DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS.

R. Cabeza Sánchez* (0), M. T. Jiménez Buñuales (1), C. Emparan García De Salazar (1), V. Hernando (1), S. Cuesta Presedo (1), S. Vaquero (1).

(0) Fundación Hospital, Calahorra, (1) Fundación Hospital, Calahorra. rcabeza1@fhcalahorra.com

Objetivo: Analizar los reingresos habidos en la planta de hospitalización quirúrgica con parámetros de calidad.

Material y Métodos: Hospital comarcal de 85 camas de las que 39 están destinadas a hospitalización quirúrgica, con una actividad ambulatoria global del 70%. Definimos reingreso al episodio de hospitalización que se produce en la misma categoría diagnóstica mayor (CDM) o relacionada, o por complicaciones, antes de 30 días del alta del episodio previo. Con todo ello, se realiza un estudio descriptivo con componentes analíticos utilizando como fuente de información el CMBDH y el registro de indicadores del proceso en el periodo comprendido entre 2005 a 2007. Se valora: % de reingresos total y descontando los exitus, tipos de reingresos según causa del mismo, reingresos con calidad adecuada o inadecuada, tiempo de reingreso menor a 8 días y 30 días. Las variables como: edad, sexo, estancia hospitalaria, servicio al alta, GRD y peso medio), han sido comparadas entre los episodios de reingreso y no reingreso empleando un estudio descriptivo de las mismas y un análisis estadístico con el test de la T de Student (variables cuantitativas) y Chi-Cuadrado (cualitativas) siendo significativo toda $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 5009 pacientes ingresados, 128 reingresaron (2,56% y 2,60%), si descontamos los exitus. % de reingresos urgentes del 79%. El 67,97% de los ingresos son a los 7 días. Índice de reingreso ajustado a riesgo del 0,8. Causa más frecuente de reingreso: complicación del procedimiento con 57 casos (44,53%) seguido del obstétrico con 37 casos (28,9%). El 51,56% de los reingresos reflejan una calidad asistencial inadecuada y el 50,78% son potencialmente evitables. Estancia media en los episodios de reingresos de 3,85 días frente a 2,88 días de los no reingresados ($p = 0,0009$). Predominio del sexo femenino en ambos grupos de estudio (67,63% y 62,5%, respectivamente). Peso medio de los reingresos de 1,26 frente a 1,39 de los no reingresados ($p=ns$). El servicio al alta con mas reingresos es Cirugía General (39,84%) mientras que Traumatología es el que menos tiene en relación con sus episodios totales (17 frente a 1090, $p < 0,01$).

Conclusiones: El estudio de los reingresos hospitalarios, considerados como un indicador crítico de calidad, en el contexto de un proceso con certificación ISO 9001/2000 permite disponer de mayor información sobre los mismos (morbilidad, frecuencia y relaciones causales) así como identificar y plantear las acciones preventivas y/o correctivas encaminadas a la mejora continua en la actividad asistencial.

M40.12

PROCESO DE MEJORA EN EL SISTEMA DE CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA, DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

D. Gamero Donis, M. Mariné Blanco, J. Aguilar Escalera, C. Martínez Cereza, J. Rodríguez Santana, D. Castell Benito.

Hospital Sanitas La Moraleja.

mmarine@sanitas.es

Objetivos:

- 1.- Analizar los niveles de codificación del Servicio de Urgencias (SU), tras una adaptación del sistema de codificación CIE-9.
- 2.- Analizar las dificultades encontradas para la realización de dicha codificación y proponer las mejoras para su utilización.

Metodología: El estudio se desarrolló en dos fases: En la primera fase: se introdujo una versión informatizada completa de la CIE-9, asociada al campo de "Juicio Clínico" del Informe Electrónico de Urgencias. Al mes de su implantación, tras una sesión explicativa, se analizaron los porcentajes de codificaciones realizados y se realizó una encuesta, entre los facultativos que la habían usado, para valorar las dificultades encontradas y proponer mejoras. En la segunda fase y de acuerdo a las dificultades y propuestas realizadas, se modificó el sistema de codificación agrupando los términos de codificación por especialidades, reduciendo su número a 112 y enunciándolos de

acuerdo con la terminología médica de urgencias. El servicio de documentación clínica, correlacionó esta terminología con los diagnósticos de la CIE-9. Al mes de su implantación, tras una nueva sesión explicativa, se analizaron los porcentajes de codificaciones y se pasó una nueva encuesta de valoración.

Resultados: En la primera fase, la codificación global fue del 20%. Un 11% de los facultativos, no codificó y un 11% codificó más del 75%. El 100% de los profesionales indicó que el principal problema que habían encontrado había sido "no encontrar el diagnóstico buscado" y el 57% indicó que la codificación utilizada no se ajustaba al diagnóstico que querían indicar. Como mejoras el 100% de los médicos propuso adaptar los códigos de la CIE-9 a los términos usados en urgencias, el 29% utilizar una codificación nueva más genérica.

En la segunda fase, la codificación global fue del 29% y la no codificación del 0%. Nadie codificó más del 75%. El 100% de los médicos señaló como principal problema la escasez de diagnósticos utilizados y un 44% la lentitud del proceso de búsqueda. El 33 % de los facultativos propuso, como mejora, aumentar la rapidez de búsqueda y un 22% aumentar la facilidad y eficacia del sistema.

Conclusiones: La adaptación de los diagnósticos de la CIE-9 a los utilizados en un SU, consiguió aumentar el porcentaje global de codificación.

La adaptación del sistema disminuyó los porcentajes de no codificación y codificación máxima.

Es necesario incrementar la rapidez de búsqueda y el número de diagnósticos, para incrementar más la codificación.

M41.01

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y OBLIGACIÓN DE COLABORACIÓN TRIBUTARIA

P. Vigeras Paredes, M. Alcaraz Quiñonero, J. A. Visedo López*, J. J. Aranda Lorca.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.
pablo.vigeras@carm.es

1. INTRODUCCIÓN: La comunicación permite tener una visión, mediante supuestos reales, de la problemática que existe en las Gerencias de nuestros centros sanitarios para poder asegurar un equilibrio entre los datos personales de los trabajadores y la obligación de colaborar tributariamente con la Hacienda Pública.

2. MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de 39 requerimientos tributarios al servicio de Personal del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" provenientes del Ayuntamiento de Murcia, Agencia Estatal de Administración Tributaria y otras agencias tributarias durante 2007 y 2008 sobre información a suministrar previa a la práctica de embargos y sueldos. Dichos requerimientos se basaban en los arts. 92 y 93 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria y 82 del Real Decreto 939/2005, de 29 de julio, por el que se aprueba el Reglamento General de Recaudación. Se contrastó el contenido de los artículos con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se solicitó informe jurídico a la Agencia Española de Protección de Datos.

3. RESULTADOS: En todos los requerimientos realizados al Hospital por parte del Ayuntamiento de Murcia, Agencia Estatal de Administración Tributaria y otras agencias tributarias se comprueba un incumplimiento del art. 4 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, pues se comprueba que los datos requeridos, a excepción del domicilio, no son "adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido".

4. CONCLUSIONES:

a). Existe un privilegio fiscal de la Hacienda Pública, reconocido por norma con rango de ley que obliga a todo tipo de entidades a suministrar toda clase de datos, informes, antecedentes y justificantes con trascendencia tributaria y que posibilita la limitación de los derechos individuales en pos de conseguir el interés general en la efectiva contribución a los gastos públicos.

b). La Ley Orgánica de Protección de datos, como garante del derecho fundamental a la confidencialidad e intimidad de datos personales condiciona significativamente el deber de colaboración tributaria.

c). El control externo de la información en poder de la Hacienda Pública, ha de venir completado por el que está llamado a realizar la

Agencia de Protección de Datos, que actúa con plena independencia de las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus funciones.

M41.02

PROYECTO DE MEJORA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MAYOR POLIMEDICADO EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

M. Bayón Cabeza, S. López Palacios, R. M. García Pardo, C. Gómez Pesquera, N. Alejo Bru.

Gerencia Área 7 Atención Primaria.
mbayon.gapm07@salud.madrid.org

Objetivos: Incrementar la cobertura del Programa de atención al mayor polimedicado en el Área 7 y mejorar la atención a estos usuarios. Como meta nos planteamos igualar la cobertura media alcanzada por la Comunidad de Madrid (CM) en octubre de 2007 (44,1%) en el Área, y en el 70% de los centros de salud al finalizar el primer cuatrimestre de 2008.

Material y Métodos: La población objeto del proyecto son los usuarios > 75 años del Área 7 con al menos 6 fármacos prescritos y activos en la Historia Clínica OMI (HC). El periodo de actuación, del 1 de noviembre de 2007 al 30 de marzo de 2008: 5 meses. Las variables utilizadas para cuantificar la mejora son las monitorizadas por la Dirección General de Farmacia: ser polimedicado (criterio de inclusión), y las relacionadas con actividades: revisión de tratamientos y uso, conocimiento de indicación, posología y bolsa programa, cumplimiento y herramientas de apoyo. Las intervenciones llevadas a cabo fueron: envío periódico mensual de resultados a responsables del programa en los centros, felicitando en caso de coberturas altas y animando a continuar trabajando en caso contrario; inserción de llamada de atención (Flash) en las HCs de la población objeto sin registro del criterio de inclusión; establecimiento de cronograma para reuniones en equipos con resultados menos favorables e inclusión de la cobertura media de la CM como objetivo a alcanzar por todos los centros en el Contrato de Gestión 2008.

Resultados: En marzo el área había superado en 10 puntos la meta de cobertura, alcanzándose a primeros de abril el 64,8% superando la media de Madrid (51,1%). Todas las actividades del programa, excepto la relacionada con la bolsa programa, incrementaron sus porcentajes de cumplimiento, y a pesar de continuar por debajo de la media de Madrid se redujo la diferencia inicial. Tras 5 meses, 16 centros (76,2%) superaron la cobertura de la CM, frente al 9,5% inicial, alcanzándose el estándar del 70% planteado.

Conclusiones: Tras la intervención, el Área no sólo igualó la media de la CM alcanzada en octubre, sino que superó la de abril en casi 14 puntos, pasando de ocupar el último lugar a posicionarse en el tercero. Este incremento cuantitativo no conllevó un descenso en el desarrollo de las actividades del programa. Creemos que el flash en la HC recordando a los profesionales que el usuario es población diana, fue determinante para su inclusión en el programa.

M41.03

PUESTA EN GESTIÓN EN LOS 33 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA, DE LOS PROCESOS PRESTAR ASISTENCIA Y GESTIONAR CITA. ESTRATEGIA

C. Moreno Pérez*, E. Gómez, G. Carrasco, F. Santlaya, M. C. Alonso López, M. A. Martín Martín.

Área 1 AP. SERMAS.
ggarzon.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: En el Área 1 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud existe un proyecto de gestión por procesos desde hace 4 años. El desarrollo en los 3 primeros años ha supuesto la realización del mapa y el árbol del Área, la constitución de un equipo guía, un equipo de apoyo y formación, la figura de los coordinadores transversales y la gestión de 49 procesos. Con este punto de partida, la meta definida para 2008 es generalizar la gestión del proceso "prestar asistencia" y del proceso "gestionar cita" en cada uno de los 33 EAPs del Área. El objetivo del presente trabajo es describir la estrategia diseñada así como las dificultades encontradas y los logros conseguidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Grupo de mejora. La estrategia elegida se ha basado en un equipo de proceso con profesionales de los 3 estamentos (médicos, enfermeras y administrativos) para cada uno de los dos procesos en cada EAP. Para cada uno de los dos procesos,

un EAP ha sido equipo piloto. Con cada equipo piloto se han programado 7 reuniones, una cada 2 semanas. Inmediatamente después de cada una se han programado reuniones de un portavoz de cada uno de los otros 32 equipos de proceso para transmitirles lo trabajado en el equipo piloto y que tuvieran una reunión similar cada uno con su equipo en la semana siguiente. Todo lo trabajado en cada equipo de proceso se vuelca en una dirección de correo, se sintetiza y se difunde a todos para compartir todas las ideas que surgen.

Herramientas: La parte metodológica de la gestión por procesos de cada reunión ha sido la siguiente: 1. DAFO. 2. Identificación de cliente y expectativas 3. Problemas y reorientaciones clave 4. Identificación de subprocesos. Rediseño. 5. Diseño de procedimientos 6. Plan de acción. 7. Indicadores, plan de calidad y seguimiento.

Fases: Para la constitución y arranque de los grupos se han seguido las siguientes fases:

1. Comunicación del proyecto.
2. Reclutamiento de los miembros de los equipos de proceso.
3. Formación en gestión por procesos:

RESULTADOS PRELIMINARES: En el momento actual estamos en la reunión 5ª.

Están participando todos los EAPs aunque con ritmos desiguales.

Hay más de 300 profesionales formando parte de los 42 equipos de proceso.

CONCLUSIONES: Pendientes de resultados definitivos.

M41.04

PUESTA EN GESTIÓN EN LOS 33 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA, DE LOS PROCESOS PRESTAR ASISTENCIA Y GESTIONAR CITA. INNOVACIONES Y MEJORAS
P. Santos Álvarez*, J. Alonso, F. Santolaya, P. Coca, C. Méndez, R. Martínez.

Area 1 AP. SERMAS.

ggarzon.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: En el Área 1 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud existe un proyecto de gestión por procesos desde hace 4 años. En 2008 se ha generalizado la gestión del proceso "prestar asistencia" y del proceso "gestionar cita" en cada uno de los 33 EAPs del Área. El objetivo del presente trabajo es describir el desarrollo metodológico seguido así como las innovaciones y mejoras identificadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Grupo de mejora. Funcionan 42 equipos de proceso con más de 300 profesionales voluntarios implicados de los 3 estamentos (médicos, enfermeras y administrativos). Se ha elaborado un sistema de participación interactiva entre todos los equipos de proceso para garantizar la difusión de las ideas.

Herramientas: Cada equipo de proceso realiza varias reuniones con el siguiente contenido metodológico: 1. DAFO. 2. Identificación de cliente y expectativas. Problemas y reorientaciones clave 3. Subprocesos. Rediseño. Diseño de procedimientos (pendiente) 4. Plan de acción. (pendiente) 5. Indicadores, plan de calidad y seguimiento (pendiente).

RESULTADOS PRELIMINARES: En los DAFO se han identificado amenazas y debilidades comunes y otras peculiares de cada EAP.

En el momento actual se están identificando destinatarios y expectativas. Algunas identificadas en relación con la cita son las siguientes:

Paciente:

1. Accesibilidad a las prestaciones.
2. Mínimos contactos.
3. Información sencilla.
4. Resolutividad.
5. No colas: ni presenciales ni telefónicas.
6. Buen diseño de agendas: agendas equilibradas y homogéneas.

Administrativos:

1. Carga de trabajo adecuada.
2. Procedimientos organizados y coherentes.
3. Buen diseño de agenda: agendas equilibradas y homogéneas.
4. Máximas facilidades de los Sistemas de Información para realizar el trabajo del día a día.
5. Buen entorno de trabajo.
6. Buen sistema de relación con pacientes y profesionales.

En un equipo del proceso asistencia se ha iniciado el rediseño de subprocesos con innovaciones como:

1. la realización de un triaje técnico del motivo de consulta adecuando los recursos (tiempo, profesional que atiende) a 4 motivos básicos: síntoma agudo, control de crónicos, actividades preventivas y demandas burocráticas
2. el objetivo con los controles crónicos de "dar de alta al crónico" haciéndole autónomo
3. el abordaje de las demandas burocráticas fuera de las consultas y profesionales clínicos.

CONCLUSIONES: Pendientes de resultados definitivos.

M41.05

REPRODUCTIVIDAD PROTOCOLO AUDIT PARA EL PROCESO LUMBALGIA-CIÁTICA EN FREMAP MÁLAGA II-III

F. Fortes Figuerola*, Á. Roa Almázán, C. Pérez Moreno, V. Martín Recio.

Grupo I+D Fremap Málaga

francisco_fortes@fremap.es

Objetivos: Comprobar que el protocolo de audit de la gestión clínica del proceso lumbalgia-ciática de alta especificidad y sensibilidad cumple los criterios de reproducibilidad.

Material y métodos Diseño y validación respecto a validez y seguridad previa del audit de revisión del proceso clínico lumbalgia-ciática para el protocolo asistencial Fremap.

Estudio muestral para un universo de 247 casos.

Sensibilidad: 96,11 +/- 5,33 rango (66,67-100). Especificidad: 96,78 +/- 5,19 rango (76,19-100). Valor Predictivo positivo: 93,85 +/- 10,45; Valor predictivo negativo: 95,01 +/- 8,82.

Determinación de la reproductividad: análisis de sensibilidad y especificidad en muestras múltiples.

No existen conflictos de intereses.

Resultados: Protocolo de audit de 30 ítems consensuado con los expertos (jefe médico y tutores especializados) con valores mínimo 1 y máximo 3 puntos y con leyenda explicativa de cómo valorar los casos difíciles.

Sensibilidad: media 96,11 +/- 5,33 Especificidad: media 96,78 +/- 5,19

Muestra 1: Sensibilidad: 98,19 +/- 5,94; Especificidad: 99,04 +/- 4,12.

Muestra

2: Sensibilidad: 96,59 +/- 7,20; Especificidad: 94,76 +/- 11,34.

Muestra 3: Sensibilidad: 98,13 +/- 5,44; Especificidad: 92,74 +/- 14,23

Muestra 4: Sensibilidad: 97,47 +/- 9,09; Especificidad: 98,91 +/- 3,36

Muestra 5: Sensibilidad: 95,03 +/- 11,36; Especificidad: 97,61 +/- 5,48

Conclusiones:

1.El audit diseñado es válido al tener una alta sensibilidad y especificidad global.

2.Es seguro al disponer de valores predictivos positivo y negativo elevados.

3.Es reproducible por presentar valores de válidos, alta sensibilidad y especificidad, en muestras múltiples (>92%).

4.Consideramos que este baremo de audit clínico es válido, seguro y reproducible para estudiar la adherencia al protocolo asistencial Fremap del proceso asistencial Lumbalgia Ciática.

M41.06

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN UN CENTRO DE SALUD EN EL PROCESO DE HTA M

Del Castillo Pardo, J. C. Pérez Villarroya, P. Oliveros Gonzalvo, J. L. Cantalapiedra Obis, M. T. Brunet India, B. Calvo Sánchez.

Centro de Salud Delicias Sur.

mcastillop@papps.org

Objetivo principal: Comprobar si una estrategia basada en la Gestión Clínica por Procesos mejora los resultados en el control de la Hipertensión Arterial (HTA) en una población general adscrita en un Centro de Salud.

Objetivo secundario: Analizar el grado de cumplimentación de las medidas implantadas para mejora de la intervención en el proceso de la HTA.

Material, métodos y población: Creación de un grupo de trabajo compuesto por médicos y enfermeras.

Realización de una Guía Clínica sobre HTA actualizada.

Difusión en el equipo de dicha Guía y su implementación a través del modelo de Historia Clínica informatizada.

Presentación en el Equipo de los resultados de indicadores, previos a la implantación de la Guía, sobre prevalencia de HTA, utilización de

las consultas de enfermería en este proceso y grado de control de la HTA.

Población habitantes mayores de 14 años de la Zona de Salud para conocer la prevalencia. La Guía consideraba la intervención sobre la población de 16 a 75 años.

En julio de 2006 se realizó un primer corte de los indicadores que se ha vuelto a repetir veintidós meses después.

La historia informatizada utiliza el programa OMI AP y para el análisis de datos se ha utilizado el módulo PROSA. Resultados:

Julio 2006 Abril 2008

Población 14-99 años 25.004 26.009

Prevalencia HTA 15,6 % 18,17 %

Hipertensos captados 3.892 4.725

Población 16-75 años:

Seguimiento correcto en Consulta de Enfermería 1 52 % 56,72%

Porcentaje de hipertensos

bien controlados 2 39,46 % 44,92 %

1: Tener mas de dos visitas anuales de seguimiento de HTA.

2: Media de las tres últimas medidas de PA menor o igual a 140/90 mm Hg.

Conclusiones:

1. La implantación de la Gestión Clínica por Procesos ha mejorado de forma significativa la captación y el control de nuestros pacientes hipertensos.

2. La extensión de esta estrategia ha sido adecuada porque todos los cupos del Centro de Salud han mejorado en los indicadores evaluados.

M41.07

RESULTADOS DEL PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA POTENCIAR LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES. PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA MUJER
V. Vallés Gállego, M. A. Aragón Sanz, R. Oncins Torres, P. Gambó Grasa, P. Millanes Gallinat, A. I. Lapeña Lera.

Hospital de Barbastro, Barbastro.

vvalles@salud.aragon.es

En el Sector Barbastro detectamos:

Deficiente comunicación entre niveles asistenciales con duplicidad de consultas.

Inexistencia de protocolos conjuntos.

Excesivo número de visitas de especialistas a embarazadas de bajo riesgo, oferta escasa en atención primaria.

Elevada demanda en consultas de ginecología para actividades preventivas.

Elevado número de citologías y posibilidad de estar realizando "cuidados inversos" (cobertura 37% en cribado cáncer de cérvix).

Objetivos: Promover coordinación entre niveles asistenciales.

Aumentar eficiencia.

Mejorar calidad y continuidad en cartera de servicios atención a la mujer (cribado cáncer cérvix y seguimiento embarazo).

Mejorar accesibilidad e información.

Motivación profesionales en manejo evidencias clínicas actuales.

Material y Métodos: Análisis últimos 5 años:

Nº citologías (10 años).

Consultas por obstetricia, ginecología y Matronas de AP.

Nº de partos y tasas de cesáreas.

Costes.

Actividades realizadas:

Grupo de trabajo: dirección AP, matronas, ginecólogos y Anatomopatólogos.

Redacción actualizada Plan Atención a la Mujer y Protocolo Seguimiento Embarazo Normal.

Presentación Protocolo en Servicio Ginecología, Hospital y Centros de Salud.

Sesiones conjuntas formativas en Centros de Salud.

Elaboración Tríptico informativo diagnóstico Precoz cáncer de cérvix.

Evaluación y seguimiento.

Resultados: Protocolo actualizado de cumplimiento para todos profesionales.

Citologías:

Entre 1994/98 se realizaron una media de 4182 citologías y se diagnosticaron 7,8 CIN III por año.

Entre 1999/03 se realizaron una media de 5754 citologías y se detectaron 7,4 CIN III por año.

En 2007 se realizaron 4387 citologías y se detectaron 12 CIN III.

En tres años disminuye el 56% citologías realizadas en Atención Especializada (2063), sin cambios en Atención Primaria. Aumenta 25% tasa detección lesiones preinvasivas.

Incremento de cobertura poblacional, de 37,6% a 39%.

Consultas totales de Ginecología disminuyen en 3.595 (32.8%), a expensas de consultas sucesivas que disminuyen 44.27% sin incremento de demora media.

Seguimiento embarazo: Disminución consultas totales obstetricia 37,5% (2.800) a expensas de sucesivas. Disminuye relación Sucesivas / Primeras: de 7,2 a 3,9.

Tasa de cesáreas estable. Se mantiene número de urgencias obstétricas.

Las consultas de seguimiento del embarazo por matronas de atención primaria han incrementado un 25,4%, de 3,7 a 4,4 consultas por embarazada.

Impacto económico: ahorro de 300.000 euros.

Conclusiones: Coordinación y satisfacción profesionales.

Mayor eficiencia, y continuidad en atención a la mujer.

Prevención cáncer cérvix: incremento de cobertura, 2.195 pruebas innecesarias evitadas, mayor tasa detección lesiones, optimización consultas ginecología.

Seguimiento del embarazo: Mejora accesibilidad y satisfacción: 3.500 consultas se han acercado a las usuarias.

Resultados económicos Plan de mejora: beneficios tangibles e intangibles.

M41.08

SEGURIDAD DEL PROTOCOLO AUDIT DEL PROCESO LUMBALGIA-CIÁTICA EN FREMAP MÁLAGA II-III

F. Fortes Figuerola*, A. Roa Almazán, C. Pérez-Moreno, V. Martín-Recio.

Grupo I+D Fremap Málaga.

francisco_fortes@fremap.es

Objetivos: Analizar el aspecto "Seguridad" del protocolo de audit de la gestión clínica del proceso lumbalgia-ciática de alta especificidad y sensibilidad.

Material y métodos: Diseño y validación previa del audit de revisión del proceso clínico lumbalgia-ciática para el protocolo asistencial Fremap. Estudio muestral para un universo de 247 casos.

Sensibilidad: 94,36 +/- 9,06 rango (66,67-100). Especificidad: 96,78 +/- 5,19 rango (76,19-100).

Determinación de la seguridad: mediante los valores predictivos positivo y negativo.

No existen conflictos de intereses.

Resultados: Protocolo de audit de 30 ítems con valores entre 1-3 puntos y con leyenda explicativa de cómo valorar los casos difíciles.

Valor Predictivo positivo: 93,85 +/- 10,45 en el conjunto del baremo con 4 ítems menores de 85% Localización del dolor 62,07. Derivación al especialista a la 3ª semana sin alta: 72,22; Grabar en software los fármacos: 68,57. Detección de casos especiales (recaídas, operados previos, infiltrados en columna, malformaciones, escoliosis y espondiloartrosis). 79,17.

Valor predictivo negativo: 95,01 +/- 8,82 rango (59,26-100). Sólo 2 ítems presentaron valores por debajo 85%: Intensidad del dolor 59,26 y registro de la existencia o no de contractura muscular 76,92.

Conclusiones:

1. Nuestro baremo de audit para la lumbalgia-ciática es válido al presentar valores muy elevados de sensibilidad y especificidad.

2. Es asimismo muy seguro pues presenta valores predictivos elevados >90 tanto para resultados positivos como negativos. Por tanto, valores positivos es muy probable que se trate de errores en la adherencia al protocolo asistencial Fremap y valores negativos se relacionan fiablemente con adherencia correcta con el protocolo previsto.

3. La mayoría de los ítems presentan valores predictivos altos en ambos subtipos, por lo que tienen un perfil práctico excelente.

4. Los ítems con valores predictivos bajos positivos o negativos se correlacionan con valores altos en el recíproco, por lo que siguen siendo útiles.

M41.09**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN 10 UNIDADES DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA**

M. J. García De Luxán, E. Altarribas Bolsa, V. Aznar Rico, M. V. Gumiel García, C. Hernández Salueña, A. Vecino Soler.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

mjgarcialu@salud.aragon.es

Objetivo: Conocer la prevalencia de los Diagnósticos de Enfermería de paciente mayores de 18 años con ingreso superior a tres días en Unidades del Hospital Clínico Lozano Blesa durante el año 2007.

Método: Estudio observacional descriptivo, transversal, y retrospectivo.

Ámbito del estudio: 10 Unidades de Enfermería del HCU.

Sujetos del estudio: 6670 pacientes mayores de 18 años ingresados mas de tres días durante el año 2007 a los que se realizó planes de cuidados.

Variables: 10 Unidades de enfermería.

Recogida y análisis de datos: Los datos serán recogidos a través de una revisión, por un grupo de enfermeros expertos en la base de datos del aplicativo informático.

Posteriormente estos datos serán sometidos a un análisis descriptivo según el tipo de variable analizada.

Resultados: Se excluyeron los pacientes menores de 18 años, los que habían permanecido menos de tres días y los pacientes ectópicos con un resultado de:

196 pacientes sin diagnósticos

149 tienen diagnósticos, que se distribuyen en:

69 Riesgo de infección

58 Déficit de Auto cuidado: Evacuación - Aseo

58 Déficit de Autocuidado: Baño - Higiene

54 Déficit de Auto cuidado: Vestido - Arreglo Personal.

Conclusiones: Los 4 diagnósticos más prevalentes son Riesgo de Infección y Déficit de autocuidados. Resultado en concordancia con los resultados esperados debido a las características de nuestro hospital, dedicado a patologías agudas, lo que supone períodos de ingreso cortos y con graves problemas de salud en nuestros pacientes. La mayor parte del trabajo de las enfermeras dedicado a cuidados derivados de problemas de colaboración y prevención de complicaciones potenciales, hace difícil profundizar en problemas de independencia que requerirán para su resolución más tiempo del que los pacientes están ingresados.

Por otra parte nos ha sorprendido el gran número de planes 196 (56,8%) que no tenían ningún diagnóstico enfermero, necesitaríamos profundizar más en el estudio para valorar en que medida es fruto de la falta de formación de las enfermeras o a la gran rotación de pacientes que puede suponer, como hemos comentado, que otros problemas recogidos en la valoración como pueden ser conocimientos deficientes o desequilibrios nutricionales que requieren un abordaje más largo en el tiempo, no sean plasmados en el plan de cuidados y queden pospuestos para ser tratados en atención primaria por su enfermera de referencia.

M41.10**VALIDACIÓN PROTOCOLO AUDIT PARA EL PROCESO LUMBALGIA-CIÁTICA EN FREMAP MÁLAGA II-III**

F. Fortes Figuerola*, A. Roa Almazán, C. Pérez-Moreno, V. Martín-Recio.

Centro Asistencial Fremap Málaga II-III

francisco_fortes@fremap.es

Objetivos: Diseñar y validar el protocolo de audit de la gestión clínica del proceso lumbalgia-ciática de alta especificidad con la mejor sensibilidad posible.

Material y métodos: Conversión del protocolo asistencial lumbalgia-ciática a protocolo de audit.

Consenso de los ítems del audit y de su valoración con criterios de mayor valor en los gestos claves para el diagnóstico, terapéutica de elección y seguridad del paciente. Estudio muestral para un universo de 247 casos con errores alfa y beta < 0,05 y 0,1 respectivamente.

Determinación de la validez: sensibilidad y especificidad.

No existen conflictos de intereses.

Resultados: Protocolo de audit de 30 ítems consensuado con los expertos (jefe médico y tutores especializados) con valores mínimo 1 y máximo 3 puntos y con leyenda explicativa de cómo valorar los

casos difíciles.

Sensibilidad: media 94,36+-9,06 rango (66,67-100) sólo 3 ítems < 80 (descripción de la localización del dolor, grabar fármacos en software y prevención activa de iatrogenia).

Especificidad: media 96, 78 +/-5,19 y un rango (76,19-100). Sólo 1 ítem (intensidad dolor) es inferior al 90%.

Conclusiones:

1.El audit diseñado consta de 30 ítems con una alta especificidad y sensibilidad.

2.Excluimos del diseño inicial por baja especificidad y sensibilidad: intensidad del dolor.

3.Consideramos que este baremo destinado al audit clínico del proceso lumbalgia-ciática es válido para estudiar la adherencia al protocolo asistencial Fremap.

M41.11**VÍAS CLÍNICAS HISTERECTOMIA ABDOMINAL-HISTERECTOMIA VAGINAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. RESULTADOS**

F. Puig Ferrer, A. Lanzón Laga, C. Rodrigo Conde, R. Bolea Tobajas, I. Vicente Gómez, R. Lanzón Lacruz.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

fpuigf@salud.aragon.es

Introducción: En la práctica clínica diaria observamos la variabilidad que existe entre las distintas formas de tratar una determinada patología; las vías clínicas constituyen una herramienta de trabajo muy útil para disminuir esta variabilidad y mejorar los resultados relacionados con la atención de las pacientes. En este estudio presentamos los resultados derivados de la implantación en nuestro servicio de las vías clínicas correspondientes a los procesos histerectomía vaginal e histerectomía abdominal, referidos a los dos primeros años de su aplicación.

Material y Métodos: Los objetivos del presente estudio fueron: 1) elaboración e implantación de las vías; 2) definición de criterios, indicadores, estándares de calidad y evaluación y 3) resultados de la información a la paciente.

Para el análisis de los datos hemos revisado las pacientes incluidas en ambas vías clínicas durante un periodo de cuatro meses, tanto en el año 2006 como 2007.

Resultados: La aparición de complicaciones durante el postoperatorio (24% en el caso de la histerectomía abdominal y 22% en la histerectomía vaginal; estándar inferior al 20%) provocó la salida de la vía clínica de 30 pacientes. En el caso de la histerectomía abdominal la complicación más frecuente fue el seroma de pared abdominal y en la histerectomía vaginal la retención urinaria. En la vía histerectomía abdominal la estancia hospitalaria fue igual o inferior al estándar (5 días) en el 72% de los casos, mientras que en la histerectomía vaginal (estándar 4 días) lo fue en el 71%.

La entrega por parte de enfermería de la hoja informativa dirigida a la paciente sobre la vía clínica se ha realizado en el 97% de los casos (estándar 100%).

Conclusiones: Las vías clínicas constituyen un instrumento de gran importancia para mejorar la práctica clínica diaria y la asistencia global de las pacientes pero su aplicación puede ser costosa y difícil; sin embargo y a pesar de estas dificultades constituyen un arma capital como control de calidad de la asistencia sanitaria, ya que disminuyen la variabilidad de la práctica clínica y mejoran notablemente la información de la paciente sobre el proceso del que va a ser tratada. La mayoría de los indicadores se han aproximado a los estándares que fijamos previamente, pero sin duda la progresiva adaptación de los distintos integrantes del servicio a estas vías clínicas hará que los resultados futuros mejoren notablemente.

M42.01**BURN-OUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA**

C. Martínez Redondo (0), I. Martínez Moya (0), J. Puig Padrós (0), R. Rivert Rufián (0), G. Duarte Climents (1), M. B. Sánchez Gómez (1).

(0) Consorci Sanitari de Terrassa, (1) DC Cuidados Sociosanitarios. begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: El Consorci Sanitari de Terrassa ha puesto en marcha un proceso mediante el que tiene como objetivo la implantación del método

clínico enfermero en su área de influencia para los pacientes de Atención Primaria. Para ello al inicio del proceso se realizó una valoración de la motivación y del grado de Burn-out en el personal de enfermería de AP.

Objetivos: Conocer la motivación y la satisfacción, de los profesionales de enfermería de AP del Consorci Sanitari de Terrassa previos a la implantación del método clínico enfermero-incorporando lenguajes estandarizados y soporte informático-.

Conocer el impacto en la motivación y la satisfacción de los profesionales de enfermería de AP del Consorci Sanitari de Terrassa después de la implantación del método clínico enfermero.

Material y métodos: La satisfacción y motivación de los profesionales son medidos con el cuestionario Maslach Burn Out Inventory "MBI"- y el Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de Atención Primaria "CSLPAP"-.

Análisis descriptivo de las variables, análisis de correlaciones entre variables, prevalencias y estimaciones para la población general.

Resultados: Se recogieron 62 encuestas de un total de 94 enfermeras encuestadas. Para MBI se encontró rango alto de agotamiento, despersonalización, y realización personal de 25,8%, 24,2% y 22,6% respectivamente. Se encontró Burn Out en el 9,7% de los profesionales encuestados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes centros a estudios. Conclusión: Consideramos necesario realizar este tipo de estudio de forma previa a la implantación del método clínico. Conocer la situación basal de los profesionales, las diferencias entre los centros permite identificar oportunidades de mejora en la práctica clínica diaria. Estas oportunidades de mejora derivan de las diferencias estadísticamente significativas entre los centros a estudio, lo que sugiere la oportunidad de un análisis de benchmarking interno para adoptar las mejoras encontradas.

M42.02

CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

J. E. Calle Urra, F. J. Navarro Moya, A. Gutiérrez Alonso, M. A. Parra Ortuño, A. Más Castillo, Y. Fonseca Miranda.

Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

josee.calle@carm.es

OBJETIVOS: El Informe de Alta Hospitalaria (IAH) tiene múltiples utilidades tanto a nivel clínico como de investigación, gestión y legal. Una Orden del Ministerio de Sanidad (OM 1984) establece los requisitos mínimos que dichos documentos deben cumplir. IAH de mala calidad hacen muy difícil su utilización para los usos comentados.

El propósito de este trabajo es, estudiar la calidad formal de los IAH de los 9 hospitales generales del Servicio Murciano de Salud y realizar propuestas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir del total de altas del año 2006 se extrajo, mediante muestreo aleatorio estratificado, una muestra de 400 IAH por hospital. Para la evaluación se utilizaron 1 indicador (porcentaje de sustitución) y 22 criterios, que fueron obtenidos a partir de la OM 1984, de la revisión bibliográfica y de consultas con los responsables de los hospitales. El trabajo de campo se realizó en 2007 por 2 enfermeras y 1 psicóloga en las que se valoró el índice de kappa de variabilidad inter-observador.

RESULTADOS: El porcentaje de sustitución fue del 22,3% y oscilaba entre el 2 y el 36,3%. El número total de defectos fue 25.280 (media de 7 por cada IAH). Un 16,6% de los IAH estaban escritos a mano o presentaban anotaciones. Se observó una amplia variabilidad en los porcentajes de incumplimiento de la mayor parte de los criterios. El 80% de las oportunidades de mejora se acumulaban en 10 de los 22 criterios analizados (datos de tipo asistencial, motivo de alta, médico responsable, número de registro de entrada, resumen de la historia clínica y exploración y datos del hospital). El número de siglas utilizadas fue superior a 9.000 y eran de más de 1.700 tipos diferentes. Estas producían un gran número de incumplimientos en las recomendaciones terapéuticas.

CONCLUSIONES: Existe un amplio margen para la mejora en la calidad formal de los IAH. Los criterios con mayor volumen de incumplimientos son los relacionados con los diagnósticos, procedimientos y recomendaciones terapéuticas. Existen otros (servicio de alta, sexo, fechas de nacimiento, ingreso y alta) con un

nivel de defectos inferior, pero con gran trascendencia en el análisis hospitalario y cálculo de la estancia media. La normalización del formato de los IAH, etiquetas identificativas y uso de siglas para que cumplan con los criterios valorados, así como las actividades de formación de los médicos para la elaboración de IAH de calidad, aparecen como las principales propuestas de mejora.

M42.03

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DEL PACIENTE GERIÁTRICO

M. Rasal Lanao*, C. Carreter Oróñez, J. Galindo Ortiz De Landázuri, A. I. Cabrero Claver.

Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.

mrasal@aragon.es

OBJETIVOS: Elaboración de un sistema de recogida de datos para la obtención de información válida y necesaria para clasificar a pacientes geriátricos por tipos de cuidados en base a diferentes criterios:

- patologías
- consecuencias físicas y sensoriales
- riesgos
- problema social.

MATERIALES Y MÉTODO: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (áreas Médica, Enfermería, Dirección y documentación) para:

- 1-definición de necesidades de información de los diferentes agentes.
- 2-Desarrollo de indicadores útiles para las necesidades de información.
- 3-Elaboración de un documento de recogida de dicha información.
- 4-Definición e implantación de un procedimiento de registro de dicho documento.
- 5-Creación de una base de datos informática para la mecanización y tratamiento de la información.

RESULTADOS: Documento específico para la recogida de información denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos del paciente Geriátrico (CMBDG v.1.4) con 22 apartados donde se recogen datos de diferentes características al ingreso y alta del paciente:

-Datos administrativos (identificación del paciente y episodio asistencial).

-Datos médicos (diagnósticos CIE9, infección urinaria nosocomial, Barthel, Pfeiffer, caídas, rehabilitación, fármacos, demora médica al alta).

-Datos de cuidados enfermería (Norton, incidencia UPP, grado UPP).

-Datos sociales (convivencia habitual, apoyo en los cuidados, destino al alta, demora social al alta).

Manual de cumplimentación de dicho documento con criterios sobre quien, cuando y como debe ser recogida la información.

Base de datos en ACCES, con formulario de entrada de los registros recogidos en el documento.

CONCLUSIONES: Desde la primera reunión y durante dos años surgieron dificultades tanto en elaboración (sinterización de datos, definición de criterios) del documento como en implantación del procedimiento de recogida (concienciación de los profesionales sanitarios).

Se crea la necesidad de una revisión anual de los datos a registrar atendiendo a las nuevas necesidades de información que van surgiendo (se ha modificado el documento en cuatro ocasiones).

Tras la recogida completa de datos durante los dos años siguientes, el tratamiento de los mismos nos permite clasificar pacientes por tipo de cuidados (Agudos, Convalecencia, Rehabilitación y Paliativos) de los cuales obtenemos información válida para gestión (indicadores de actividad y rendimiento), planificación (recursos humanos y materiales, planes de cuidados) y evaluación (indicadores de calidad) de la asistencia sociosanitaria prestada en este hospital.

Podemos concluir que el CMBDG del paciente geriátrico es una herramienta útil para la obtención de información necesaria de un hospital de la línea de Atención Sociosanitaria.

M42.04

CONTROL, SIMPLIFICACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE TSI DEVUELTAS

S. Gordo Collado, B. Saez-Diez Vea, N. Polanco Grille, J. Garcia Toledo, A. Sevilla Gimeno, J. Castellano Alarcón.

Gerencia Atención Primaria Área 1 SERMAS.

sgordo.gapm01@salud.madrid.org

La Unidad Periférica de Tarjeta Sanitaria (UPT) de la Gerencia del Área 1 AP del SERMAS (A1) recibe desde la DG de AP todas las Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) devueltas por Correos. Estas TSI deben estar disponibles para entregarlos a los usuarios si acuden a reclamarlas o solicitarlas en los centros de salud. Además, como documentos personales requieren un tratamiento particular y protegido. La gestión manual resultaba muy compleja para almacenar, localizar o controlar la caducidad de las almacenadas y asegurar su protección.

Objetivo: 1. Controlar entrada, salida, vigencia y ubicación. 2. Reducir los tiempos de gestión, facilitar almacenamiento y recuperación. 3. Asegurar la protección contra accesos incontrolados.

Material y Método: La Unidad de Informática y la UPT analizaron y rediseñaron el proceso simplificando tareas. 90 horas de trabajo durante julio de 2005.

Se compraron dos armarios giratorios con cajones codificados.

Se desarrolló una aplicación con metodología de modelado de arquitecturas software UML, con las últimas tecnologías de la plataforma J2EE, basadas en lenguaje Java orientado a objetos, robusto e independiente de la plataforma.

En el nuevo proceso diariamente las TSI devueltas pasan por un lector de bandas magnéticas que recupera la información de la tarjeta. La aplicación clasifica y crea un registro codificado donde quedará almacenada y disponible, genera un listado de TSI que los centros de salud pueden consultar on-line y permite solicitar las que requieran, generando una petición por correo electrónico que incluye las coordenadas de localización de la tarjeta, para que pueda ser servida rápidamente desde UPT.

Resultados (1/09/05 a 30/05/08): Reducción del tiempo de gestión en un 60%. Supresión de 25 llamadas telefónicas diarias desde los centros para la fase de petición.

Control de entrada: 37317 TSI recibidas; de Salida: desde 1/09/05 10841 TSI enviadas; de situación a 30/05/08: 21123 TSI almacenadas y 5353 destruidas por caducidad.

Ubicación codificada que protege de accesos incontrolados.

Conclusiones: Se ha implementado un sistema de ayuda sencillo, que acorta los tiempos requeridos para resolver el proceso de tarjetas devueltas, mejora la calidad y seguridad de la ordenación evitando fallos humanos y de cara a los centros de salud se ha convertido en un sistema mas sencillo, con una alta disponibilidad que logra dar una respuesta al usuario de forma inmediata.

M42.05

CREACIÓN DE UN BANCO DE INFORMACIÓN EN RED SOBRE RECURSOS SOCIOSANITARIOS

F. Grimal Aliacar (0), A. L. Arricivita* (1), C. Cerezuela (2), M. Juan Germán (3), B. Allué (4), J. A. Zamora (5).

(0) SALUD SECTOR HUESCA, (1) Centro Salud Santo Grial. Huesca, (2) Atención al Usuario. AP, (3) Centro Salud Pirineos. Huesca, (4) Atención al usuario.AP, (5) Servicio Informática. Huesca.

fgrimal@salud.aragon.es

Objetivos: En el ámbito sanitario la información se convierte en fundamental tanto para el profesional como para el usuario. Considerando la Atención Primaria de Salud como la puerta de entrada al sistema sanitario y teniendo en cuenta la estrategia número once del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud: "Utilizar las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos", resulta de gran utilidad disponer de un Banco de información de recursos sociosanitarios, que se convierta en una herramienta accesible para el profesional y eficaz para la correcta información del usuario.

Aumentar la calidad de la atención sanitaria a través de la información. Contribuir a una atención sanitaria más integral.

Responder con más medios a las necesidades y las demandas que plantean los usuarios.

Mejorar la comunicación con los pacientes y su percepción de la satisfacción.

Material y métodos: Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar. Desarrollo e implementación de la herramienta informática específica. Para ello: determinación de los criterios de inclusión de los recursos incluidos en el banco y delimitación de los campos de asignación según áreas de interés.

Recopilación y actualización de los recursos de forma periódica (búsqueda de fuentes de información). Difusión del proyecto a los profesionales.

Recopilación de datos de acceso y utilización de la herramienta. Informe anual de uso y nuevas necesidades.

Resultados: Se realiza la recopilación y actualización de los recursos tras la elaboración de la herramienta informática. La difusión del protocolo se realiza en el último trimestre de 2008. Se miden los siguientes indicadores:

- Existe un programa informático de acceso a todos los profesionales: SI/NO
- Existe una ficha informática para cada recurso incluido: SI/NO
- Nº de EAP en los que se ha realizado la difusión, estándar: 70%, objetivo: 100% el primer año.
- Utilización de la herramienta: número de accesos y recursos más visitados.

Medición de indicadores de forma semestral y se elabora un informe final de resultados y de nuevas necesidades (la herramienta permite recoger sugerencias).

Conclusiones: Pese a los diversos intentos de recopilación y actualización de los recursos descritos, no existe en este momento una herramienta informática que contenga la información necesaria, precisa y actualizada para el uso habitual por el profesional sanitario. Mejora en buen grado el trabajo eficaz de los profesionales con los pacientes y usuarios, así como la comunicación con estos y la percepción de la satisfacción que ellos tienen.

M42.06

CUADRO DE MANDO: VALORACIÓN DE SU UTILIDAD AL AÑO DE SU IMPLANTACIÓN EN UN ÁREA SANITARIA

Y. Díaz López, J. Jiménez Carramiñana, M. S. Bartolomé Casado, M. Ballarín Bardají.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA AREA 7 MADRID.

ydlaz.gapm07@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Evaluar la utilidad percibida por los usuarios del cuadro de Mando (CM) tras un año de implantación, detectar problemas e implantar acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal que utiliza una encuesta anónima y autoadministrada, elaborada para el estudio. Se analizan variables relacionadas unas con el grado de conocimiento y manejo de la herramienta y otras con la utilidad percibida, y se plantean dos preguntas abiertas que exploran los problemas identificados en el CM. Ámbito de estudio: Área Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Sujetos de estudio: profesionales de los Equipos Directivos de los 22 EAP del Área. Periodo de estudio: febrero 2008.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 36 contestaciones (tasa de respuesta: 58%). Grado de conocimiento y manejo de la herramienta: El 92% la conocían, el 85% habían accedido a la aplicación al menos una vez, el 44% había tenido problemas con el acceso y al 42% les resultaba fácil obtener la información. En relación con la utilidad percibida: El 100% estaba de acuerdo con que les resultaba de interés la información que le proporcionaba, al 65% les ayudaba a tomar decisiones, el 73% se sentía más seguro a la hora de tomar decisiones con la información que les facilitaba, al 73% les ayudaba a la gestión interna, para el 85% les resultaba útil para su tarea de dirección, al 12% el tener el CM les había supuesto una disminución en la carga de trabajo y para un 23% les había supuesto un cambio en su forma de trabajo. Los problemas identificados fueron: la agrupación del CM por criterios del EFQM les dificultaba la obtención de la información y la definición de algunos indicadores les parecía no clara. Tras el análisis de los resultados de la encuesta se ha cambiado la forma de obtener los indicadores agrupándolos por áreas relevantes de actuación y se ha distribuido a todos los usuarios dados de alta, un listado con los indicadores a los que tiene acceso según su perfil, y para cada uno de los indicadores, el objetivo que mide, su construcción y la fuente de datos.

CONCLUSIONES: El CM se ha mostrado como una herramienta útil para la gestión interna de los EAP. El hecho de agrupar los indicadores por los criterios del EFQM ha hecho que su nivel de utilización haya sido menor, por lo que se ha posibilitado el poder acceder por áreas relevantes.

M42.07

CUADROS DE MANDO PARA SEGUIMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS

N. Ballester Fernández-Bravo, S. Carrera Parte, T. Merlo González, L. Calahorra Fernández.
Hospital General de Ciudad Real.
nballester@sescam.org

OBJETIVO: Apoyar a la Comisión Central de Garantía de Calidad del Hospital General de Ciudad Real en su cometido de estimular el funcionamiento y monitorización de las actividades de las Comisiones Clínicas y No Clínicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se desarrolla un Cuadro de Mandos que contribuya al correcto funcionamiento de las Comisiones, enmarcado dentro del Cuadro de Mandos integral del hospital.

Para ello se trabaja sobre una base de datos (BD) en la que se recogerán tanto los ítems de Actividad como los Indicadores de cada Comisión.

La BD consta de una parte común para todas las Comisiones en la que se recogen ítems de Actividad como: 1.Nº de reuniones celebradas; 2.Convocatorias realizadas conforme a procedimiento (con antelación mínima de 6 días, especificando orden del día, horas de inicio y fin); 3.Actas de las reuniones que contengan los miembros que asisten, circunstancias, tiempos y acuerdos tomados.

Una segunda parte, específica para cada Comisión, en la que se recogen los Indicadores de cada una.

Las Comisiones Clínicas, tras presentar sus objetivos en la CCGC, definen junto a la Unidad de Calidad y Control de Gestión unos Indicadores como manera de medir el cumplimiento de tales objetivos; se define el indicador, la manera y el periodo para medirlo, así como el objetivo óptimo de cumplimiento.

RESULTADOS: Del total de 17, entre Comisiones Clínicas y No Clínicas, funcionando en el HGCR, se han definido 85 objetivos y, hasta el momento, 49 indicadores, unos dicotómicos, otros cuantitativos.

Algunos indicadores de Comisiones, todos con la misma estructura:

OBJETIVO/ INDICADOR (NIVEL):

INVESTIGACION:

- Actualizar líneas estratégicas de investigación
- Indicador dicotómico (SI)
- Recogida de datos sobre producción científica del hospital
- Nivel pactado 70%

ADECUACIÓN TECNOLÓGICA:

- Validación de nuevos protocolos de tecnologías diagnósticas y terapéuticas
- Nº de protocolos validados en relación al nº de protocolos recibidos (80%)

MORTALIDAD:

- Diseño del mapa de mortalidad hospitalario
- Indicador dicotómico (SI)
- Promover la realización de necropsias clínicas
- Realizar sesiones anatomo-clínicas (2)

BIBLIOTECA:

- Elaborar criterios de selección de libros
- Indicador dicotómico (SI)

CONCLUSIONES: En los dos años de funcionamiento del Hospital todas las Comisiones Clínicas están funcionando con regularidad, se comprometen en el cumplimiento de los requisitos de funcionamiento de cada una, se fijan objetivos propios en línea con los objetivos estratégicos de la organización, se asiste en mayoría a las reuniones de la CCGC y, lo mas importante, se someten a la evaluación de sus objetivos a través de los indicadores.

M42.08

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTERACTIVO DE PRESCRIPCIÓN DE FARMACIA AMBULATORIA

A. Besora Cunillera, R. M. Tomàs Cedó, M. D. À. Rius Rafecas, L. Balaña Fort, R. Díez Caballero.
Grup SAGESSA.
abesora@grupsagessa.cat

OBJETIVO: Diseñar, desarrollar e implantar un Sistema de Información (SI) periódico que incluya indicadores relevantes y comprensibles que, presentados estratégicamente, faciliten la

evaluación y mejora continua del cumplimiento de objetivos de farmacia definidos por el CatSalut (SCS).

Evaluar la evolución de los indicadores objetivo tras la introducción del SI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Datos mensuales proporcionados por SCS a nivel prescriptor-producto.

Información agregada por centros para todos los centros de la región sanitaria.

Análisis y adaptación de indicadores clave (IC) definidos por SCS y definición de otros indicadores estratégicos (IE), agrupados por periodo, centro, prescriptor y familia de indicadores.

Desarrollo del aplicativo (captura, tratamiento y cálculo de datos base) y diseño de informes, gráficos e iconos de alerta interactivos en Excel, homogéneos a todos los centros.

Publicación en Intranet Corporativa (datos agregados por centro) y por correo electrónico (datos detallados por prescriptor).

Coordinación e incorporación de cambios (mantenimiento adaptativo). Elaboración de informes ad-hoc de acuerdo a demandas específicas adicionales.

Revisión y análisis de la evolución de indicadores por prescriptor y centro.

RESULTADOS: Información por centro:

1. Informes interactivos de Excel con tablas, gráficos e iconos de alerta:

- Seguimiento resultados IC de objetivos SCS.
- Seguimiento resultados IE de la organización.

2. Cuadro y gráfico comparativo de resultados IC organización contra resultados IC proveedores de la zona. Obtención del benchmark organización y benchmark zona. Impactos potenciales simulando comportamientos de ambos benchmark separadamente.

Desde enero 2008 publicación mensual en Intranet Corporativa de informe agregado punto 1. Difusión por correo electrónico información punto 2 y información detallada punto 1.

Con la información acumulada hasta marzo se observa una mejoría en los resultados, aunque variables entre centros y entre prescriptores (en la presentación se mostraran datos más actualizados):

- Incremento de centros y facultativos que alcanzan objetivos.
- Reducción del gasto farmacéutico como resultado de la consecución de objetivos.

CONCLUSIONES: El desarrollo e implantación de un sistema de captura, tratamiento e integración de datos base con visualización mediante informes interactivos ha permitido compartir información y ha facilitado la coordinación y optimización de recursos destinados a la financiación de farmacia.

La flexibilidad del sistema se ha mostrado fundamental en la implantación, aceptación, adaptación y utilización de todos los agentes implicados; prescriptores, coordinadores, directores y gerentes.

Se observa una mejoría generalizada en la consecución de objetivos por parte de los facultativos de los centros.

M42.09

DISEÑO Y ESTRUCTURACIÓN DE UN ESPACIO DE DOCENCIA EN LA PÁGINA WEB DE UN HOSPITAL ACREDITADO

R. Villalonga*, C. Felip, D. Galimany, Comisión de Docencia, A. Salazar, X. Corbella.

Hospital Universitari de Bellvitge, Institut Català de la Salut.
rvillalonga@csub.scs.es

Introducción y justificación: La información en la página Web del hospital refleja la labor realizada. Tener la información docente disponible permite una gran difusión de la docencia impartida. El estudio de páginas similares permite valorar los contenidos básicos para diseñar un espacio docente. Debe conocerse la utilización y valoración del espacio Web para realizar un correcto mantenimiento. **Objetivos:** 1. Conocer la información facilitada en los espacios de docencia de los hospitales acreditados. 2. Diseño y estructuración de un espacio de docencia en la página Web del hospital. 3. Conocer la utilización y valoración realizada por los nuevos residentes.

Material y Métodos: Se realizó estudio (octubre 2007 - enero 2008) del espacio docente en páginas Web de 115 hospitales acreditados, de 17 comunidades autónomas. Se valoró: facilidad de acceso, información general, guía del residente, oferta docente, planes formativos, sesiones, protocolos, enlaces. La Comisión de Docencia del Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) revisó la normativa, sesiones,

actividad científica, protocolos. Actualización de los planes de estudio de las 39 Unidades docentes. Se realizó una encuesta entre los nuevos residentes sobre utilización y grado de satisfacción del nuevo espacio.

Resultados: Se encontró información fácil y completa en 18 hospitales docentes (16%): Madrid (8); Andalucía, Baleares, País Vasco (2); Galicia, Santander Toledo (1). De 20 hospitales docentes catalanes estudiados se obtuvo información parcial en 6. El HUB diseñó un espacio docente vertical, introducido en red en febrero de 2008. Penden de manera correlativa 11 apartados: Formación sanitaria especializada, Comisión de Docencia, Tutores, Evaluaciones, Residentes, Oferta docente, Convocatoria actual, Acogida, Curso de Urgencias, Sesiones generales, Páginas Web de interés. Se expone información general, funciones y normativa; guías del tutor y residente, oferta docente en forma de tabla, con enlace a planes formativos. El 87% de los residentes incorporados en 2008 habían visitado el espacio, valorando el acceso fácil (93%) y la información buena (51%) o muy buena (48.8%).

Conclusiones: Pocos hospitales acreditados ofrecen una información docente completa y de calidad. La ausencia de divulgación de la actividad docente desarrollada en un centro impide conocer las posibilidades que puede ofrecer, disminuyendo su competitividad, siendo la adecuación a los nuevos medios imprescindible en la actualidad.

M42.10

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA PÁGINA WEB DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONOSTIA

J. Aviles Amat, X. Goikoetxea Iraola, E. Ortiz Villacin, I. Guirado Perez, M. Cancio Fanlo, P. Busca Ostolaza.

Servicio de Urgencias Hospital Donostia, San Sebastián.
jsavilesamat@hotmail.com

Objetivos planteados: Abrir nuestro servicio a la sociedad facilitando el conocimiento de nuestra actividad a todos los ciudadanos tanto de nuestro entorno como de la llamada aldea global.

Mejorar la comunicación con nuestros pacientes y usuarios; informando, educando, promocionando la salud y estimulando la participación activa en la mejora continua de nuestras prestaciones. Facilitar el flujo de información de interés para otros servicios mostrando todos nuestros procesos y procedimientos; abriendo toda la documentación relacionada con estos: protocolos, guías, acuerdos interservicios, etc.

Agilizar la necesaria comunicación profesional entre los diversos estamentos y miembros del servicio.

Facilitar la relación y el conocimiento personal (nombre, apellidos, etc.) entre el numeroso personal de los diferentes sectores y estamentos de nuestro servicio.

Material y métodos: El diseño de la página Web se ha realizado buscando un formato atractivo y dinámico atendiendo, entre otras, a las siguientes particularidades:

Que esta sea en su mayor parte de acceso y dominio público.

Que exista una zona de acceso restringido o privado a través de claves para los miembros del servicio, haciendo esta referencia a cuatro apartados de gran interés: Avisos par el personal, carteleros, actas de reuniones y acuerdos internos entre servicios

Diferentes entradas a cada una de las secciones establecidas. Siendo estas: Anuncios y novedades; sección pacientes y las secciones para los profesionales del servicio: médicos, enfermería, auxiliares, celadores y administrativos, cada una de ellas con varias divisiones y accesos delimitados.

Actualización permanente a cargo de ocho personas, cada una de las cuales dispone de una clave específica para unos cometidos concretos en relación a una sección determinada, contando con la colaboración del resto de los miembros del equipo.

Resultados: La página ha sido realizada en 6 meses cumpliendo todos los objetivos. En los cinco meses que lleva en funcionamiento la página Web ha sido visitada por 4200 personas.

El número de claves de acceso entre los miembros del servicio y de fotografías personales para su difusión ha sido de 70.

Conclusiones: Es su aún corta andadura se ha mostrado como un elemento excelente de comunicación entre los diferentes miembros del servicio así como un eficaz instrumento de información dado el alto número de visitas y el interés despertado entre la población general.

M42.11

ESTRATIFICACIÓN DEL PROCESO INFECCIOSO EN URGENCIAS

A. Navarro Juanes (0), R. M. Fornes Vivas (0), S. Durango Horcajada (1).

(0) Hospital Casa de Salud. Valencia, (1) Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

anavarro@comv.es

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es el diseño metodológico para la detección del proceso infeccioso en el Servicio de Urgencias, con la finalidad de garantizar la seguridad en los pacientes, el personal sanitario y evitar al mismo tiempo riesgos de transmisión a la población, mediante el desarrollo de un algoritmo y protocolo asistencial, que detecte pacientes con infecciones comunes y nosocomiales, determine su potencial transmisible, inicie su aislamiento, y al mismo tiempo establezca medidas preventivas hacia la comunidad desde el punto de vista de la salud pública, como proyecto de mejora de procedimientos dentro del desarrollo del programa de calidad ISO9001:2000.

MATERIALES Y METODOS: Se procedió a revisar todas las Enfermedades de Declaración Obligatoria, clasificándose según la CIE 9MC, analizando la prevalencia de la enfermedad según el número de casos y tasas del año 2006 en la Comunidad Valenciana. Se asociaron las enfermedades a su mecanismo de transmisibilidad, describiéndose los síntomas más importantes de las enfermedades, introduciéndoles una ponderación en el sistema informático.

Se diseñó una programación inspirada en los modelos de inteligencia artificial que pudiera emplearse como ayuda al diagnóstico, y liste las principales enfermedades por orden de probabilidad, asignando las medidas de prevención necesarias para evitar su transmisibilidad.

RESULTADOS: Se ha desarrollado un prototipo informático mediante un programa "Sistema Experto para la Asistencia en el Triage de Enfermedades de Declaración Obligatoria" que gestiona una base relacional de patologías, con su prevalencia, síntomas y probabilidades condicionales, disponiendo de funcionalidades para la ayuda diagnóstica al facultativo.

También ejecuta la recepción de alarmas para que el personal tome las medidas de aislamiento previstas en la documentación y guías clínicas del centro.

CONCLUSIONES: Creemos que el programa puede ser una importante herramienta de ayuda al diagnóstico de los procesos infecciosos, optimizándose la seguridad de los pacientes, del personal sanitario y la sociedad, facilitando también el sistema de vigilancia epidemiológica en las EDO.

El programa podrá realmente mejorarse mejorando su sensibilidad y especificidad, teniendo en cuenta cálculos probabilísticos derivados de la época estacional, edad, género, profesión y viajes recientes. También podría analizarse el Índice Epidémico relacionándolo con la base de datos del Área de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.

[Proyecto financiado por la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente, de la Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Orden de 27 de febrero de 2007. DOCV Núm. 5.467]

M42.12

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL HD. INFLUENCIA DE LAS FESTIVIDADES

E. Elósegi Vallejo, J. A. Veras Sanz, M. J. Alberdi Oyarzabal, M. T. Arzamendi Manterola, M. J. Preciado Barahona, M. I. Andrés Sánchez.

Hospital Donostia, San Sebastián.

JOSEANTONIO.VERASSANZ@osakidetza.net

1.- INTRODUCCION: Los técnicos de la gestión de camas, cuando llegan los días previos a festividades prolongadas, tenemos la sensación de que, una y otra vez, se produce un considerable aumento de las altas hospitalarias. Nuestro Servicio de Admisión ha querido ir un paso más adelante y saber si esta sensación es o no una realidad.

2.- METODOLOGIA: Se han recogido las altas dadas por todos los Servicios del Hospital Donostia (HD) en las fechas previas a las Festividades más importantes durante un año. Por otra parte, se ha realizado un cálculo estadístico de altas dadas por los mismos Servicios en días laborables normales. Finalmente, se han comparado

ambos datos.

3.- RESULTADOS: Las fechas estudiadas fueron: puente del 1 de mayo, verano, Pilar, Constitución, Navidad y Año Nuevo, San Sebastián y Semana Santa.

En lo que respecta a las especialidades médicas, las fechas que registran un mayor aumento de las altas son: Pilar, Constitución, Navidad y Semana Santa. Por especialidades, son Medicina Interna, Cardiología Digestivo y Neurología las que mayor aumento en las altas producen.

Oncología Médica y Radioterápica aumentan sus altas de forma significativa en fechas prevacacionales, sobre todo en el Pilar, Navidad y Semana santa.

Todas las especialidades quirúrgicas aumentan sus altas en las fechas estudiadas. Urología da un 116% más en el 1 de mayo y un 100% más en Navidad. ORL aumenta sus altas un 100% en el Pilar y un 166% en Semana santa. Por último, Neurocirugía aumenta un 100% en el Pilar, un 200% en el 1 de mayo y un 66% en la fiesta de San Sebastián.

5.-CONCLUSIONES:

De los datos obtenidos se deduce que las altas hospitalarias en el HD aumentan los días previos a las festividades estudiadas.

Las fechas en las que se produce un aumento más acusado de las altas son: Semana Santa y Navidad.

De las Especialidades Médicas, es Neumología la que menos aumenta sus altas cuando llegan días festivos. Las que aumentan en mayor proporción son Cardiología y Digestivo.

Oncología Radioterápica aumenta considerablemente sus altas en vísperas de festividades prolongadas.

Todas las especialidades quirúrgicas aumentan sus altas en mayor o menor grado.

M43.01

EVALUACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DEL PARTO

A. C. Marín Guerrero, A. Biurrun Larralde, A. Miranda, J. A. Mestanza.

Hospital Nuestra Señora del Prado.

anac_1975@hotmail.com

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de una nueva vía implantada en el servicio de ginecología y obstetricia para la atención del parto normal y cesárea.

Metodología Se seleccionó una muestra representativa al azar de 41 mujeres entre las 282 atendidas en los meses de noviembre y diciembre de 2007.

Se evaluaron la cobertura, la cumplimentación, la estancia media, el dolor, la frecuencia de los efectos adversos, el momento de retirada del catéter epidural y las variaciones registradas.

Para poder evaluar el grado de cumplimentación de la vía se diseñó una lista de comprobación compuesta de 9 variables, a las que se hizo corresponder un valor según la importancia de cada uno de los puntos dentro de la variable. La suma final de todos los puntos de las variables fue 10 y en caso de que faltase alguno de los puntos se restaba su valor correspondiente.

Resultados: Cobertura: el 100% de las mujeres atendidas tenían la documentación de la vía.

Cumplimentación: la puntuación media obtenida ha sido de 9.4/10.

Estancia hospitalaria: 93.5% de los partos normales ha tenido una estancia < 2 días.

El 100% de las cesáreas ha tenido una estancia < 4 días.

Dolor: No ha sido posible evaluarlo al no estar incluida una escala de valoración del dolor en la documentación de la vía.

Efectos adversos: un 19.5% (8 de 41) de las mujeres ha presentado edema de vulva (5), hematoma de periné (2), ingurgitación mamaria (2) y retención urinaria (1). Un 4.9% (2 de 41) han consultado en los primeros 28 días tras el parto por alguna complicación (bartolinitis e infección de la episiotomía).

Momento de retirada del catéter epidural: de las 14 mujeres que recibieron anestesia epidural a 13 de ellas les fue retirado en paritorio antes del traslado a planta, tal como se indica en la vía.

Variaciones: se han registrado variaciones en el espacio designado para ello en menor número (4) que en el de las observaciones de enfermería (6).

Conclusiones: Se observa una buena cobertura y cumplimentación de la vía, adecuación de la estancia y retirada adecuada del catéter epidural. Sin embargo se ha hallado un porcentaje de efectos

adversos/variaciones superior al esperado. Los resultados de esta evaluación se han puesto en común con el personal del servicio con el fin de proponer mejoras.

M43.02

EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL PACIENTE CON SCASEST EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

S. M. Raigal Jurado, P. Tomás Almazán, J. Nicolás, J. C. García Caravaca, J. C. García Rodríguez, J. Alcaraz Martínez.

Hospital Morales Meseguer.

julian.alcaraz2@carm.es

Objetivo: En la nueva clasificación de la patología coronaria, el Síndrome Coronario Agudo sin elevación del Segmento S-T (SCASEST) es una nueva entidad, que requiere un manejo cuidadoso. El objetivo de este trabajo es analizar la asistencia prestada, considerando diagnóstico y tratamiento, del paciente con SCASEST en urgencias.

Material y método: Basándose en las últimas recomendaciones para el manejo de esta patología se elaboraron 4 criterios diagnósticos y 5 terapéuticos con sus correspondientes excepciones y aclaraciones. Se realizó un muestreo entre los pacientes ingresados entre octubre y diciembre de 2007 con GRD al alta 411.1 y 410.71 y que su ingreso hubiera sido desde urgencias, descartándose aquellos en los que el motivo principal de ingreso no hubiera sido el SCASEST. En ellos se analizó el cumplimiento de criterios y se analizaron las diferencias con el test de la Chi cuadrado.

Resultados: Se ha obtenido una muestra de 86 casos con una edad media de 71,2 años, en los que el 62,8% son hombres y el 37,2% mujeres. El 43% fue visto inicialmente por un residente y el 57% restante por un adjunto desde el primer momento.

En cuanto al cumplimiento de criterios, de los cuatro criterios de diagnóstico, tres de ellos estaban con porcentajes superiores al 85% pero el que indicaba realizar el ECG inicial antes de 10 minutos sólo se cumplía en el 45% de ocasiones. De los criterios de tratamiento, tres de ellos se situaban sobre el 80% de cumplimiento, pero en la administración de betabloqueantes se evidenciaba un 64,8% de incumplimientos y en la administración de nitritos intravenosos un 44,2% de incorrecciones. En este último criterio es en el único que se ha observado diferencias significativas entre residentes y adjuntos.

Conclusiones: Se ha evidenciado una baja cumplimentación en tres de los 9 criterios de manejo del SCASEST en urgencias, lo que indica la necesidad de acciones de mejora.

M43.03

IMPACTO DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA OBESIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y/O OBESIDAD

A. C. Dra. Lucha López (0), M. O. Dra. Lucha López (1), C. Dra. Vidal Peracho (2), J. M. Dr. Tricás Moreno (1), L. Dr. Bernués Vázquez (3).

(0) Clínica Quirón. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. UZ.,

(1) Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. UZ, (2) Centro de

Especialidades Grande Covián. Escuela Universitaria de Ciencias de

la Salud. UZ, (3) Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. UZ.

ana_lucha@yahoo.es

Objetivos: El tratamiento del síndrome metabólico está muy relacionado con la prevención y el tratamiento de los factores de riesgo modificables, promoviendo estilos de vida saludables que se traducen en una alimentación apropiada y estímulo para realizar actividad física (Chew y cols, 2006).

Tomando como referencia la evidencia científica expuesta se ha planteado como objetivo de este trabajo la realización de un programa de educación nutricional (PEN) en una población con síndrome metabólico y/u obesidad con el objetivo de incidir positivamente en:

- Sus parámetros antropométricos.
- Los indicadores de calidad de vida y situación emocional.

Material y Métodos: El tipo de estudio realizado en esta investigación fue un ensayo clínico no controlado.

Descripción de la muestra.

El estudio se realizó sobre 32 pacientes de la consulta de Endocrinología del C.M.E Grande Covián, fueron incorporados al estudio en función de su llegada a la consulta.

Instrumentos de evaluación:

- Datos antropométricos: estudio de la composición corporal con bioimpedancia.
- GHQ-28 o Cuestionario de salud general de Goldberg.

Resultados y discusión: Los pacientes de la muestra, en el momento inicial, eran obesos con un peso medio de 88,25 Kg, un IMC medio de 35,65 (obesidad grado II), un porcentaje de masa grasa de 42,47% y un perímetro de cintura de 102,09 cm.

A lo largo del estudio aparecieron variaciones en el peso, el IMC y la masa grasa disminuyendo en toda la muestra.

En el test GHQ-28, los pacientes obtuvieron la puntuación mas alta en la escala de disfunción social (14,48 sobre un máximo de 28), seguida de la subescala de síntomas somáticos (13,73 sobre un máximo de 28) y de ansiedad e insomnio (13,30 sobre un máximo de 28), siendo la puntuación mínima la obtenida en la subescala de depresión (8,71 sobre un máximo de 28).

Al final del estudio toda la muestra obtenía mejores puntuaciones en la subescala de síntomas somáticos.

Conclusiones:

1. El programa de educación nutricional (PEN) mejoró la salud de nuestros pacientes, al producir pérdidas ponderales.
2. Se observó también una mejoría en el estado emocional de la población estudiada ya que disminuyó la influencia del dolor en la vida de los pacientes, ocasionando una mejora de los síntomas somáticos.

M43.04

MEDIDAS QUE GARANTIZAN AL MENOR HOSPITALIZADO DISFRUTAR DE SUS DERECHOS Y RECIBIR UNA ATENCION DE MAYOR CALIDAD

V. Peñalver Celdrán, F. Sandoval Sabater, J. Hernández Ródenas, A. González Ros, J. Visedo López, M. Alcaraz Quiñero.

Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca".

virtudes.penalver@carm.es

OBJETIVO: Demostrar que aplicando medidas garantizamos al menor hospitalizado cumplir sus derechos y atención de mayor calidad.

MATERIAL Y METODO:

Convención sobre derechos del Niño, 20-II-89 defiende los derechos de los niños y Carta Europea de Niños Hospitalizados, 16-06-86, establece derechos de niños hospitalizados.

Identificamos innovaciones del Hospital Infantil para conseguir derechos del menor hospitalizado:

1-Creación Aulas (A.)(3-11 años):A.Escolares (1984).En 1985-86 A.Cirugía Infantil y en 1988-89 A.Pabellón General (11-16 años) con colaboración de "Save The Children" para atención escolar domiciliaria de menores.A. Oncología Infantil (1998-99).

2-Incorporación Payasos (PupaClown 1998), fantasías, ilusión, humor, juegos que aportan efecto terapéutico, disminuyendo su ansiedad.

3-Eventos anuales: En Navidad los Reyes Magos reparten regalos. Acuden deportistas, bomberos, policía,... Hay conciertos, villancicos, actuaciones de PupaClown (magia, juegos, teatro, etc..) .Los Maestros en Carnaval disfrazan a los niños. En septiembre Moros y Cristianos les regalan. La Semana Hábitos Saludables facilita información sobre alimentos y enfermedades a niños ingresados y de otros colegios, paseo saludable con Pupaclown y Asociación Atletarrixaca. La Semana Verde (salud medioambiental-riesgos tabaco) organizan títeres, concursos dibujo, cuentacuentos, ruta medioambiental. Hay actuaciones (diciembre y abril) Grupo de Teatro Arrixaca (Febrero 2007).

4-Aulas y Unidades,decoradas de colores, personajes infantiles, juguetes por edades, libros, medios audiovisuales, medidas de seguridad adecuadas y personal uniformado con motivos infantiles cuidan el entorno y su estancia con los demás niños.

RESULTADOS:

1-Las Aulas garantizan su formación escolar en hospital, material didáctico apropiado (art.18), juguetes adecuados a su edad, libros y medios audiovisuales (art.19). En tratamientos domiciliarios prolongados colaboración de "Save The Children" (art.20).

2-Los Payasos cumplen los arts. 12 (y no soportar sufrimientos morales que puedan evitarse);13 y 14 (contactar con sus padres, momentos de tensión; ser tratado con tacto, comprensión).

3-Los eventos anuales favorecen cumplir art.3 (estar acompañado de sus padres...durante su estancia, como elementos activos de la vida

hospitalaria); art.4 (recibir información adaptada a su edad); art.9 (seguimiento psicosocial de personal con formación especializada).

4-Decoración de Aulas y Unidades facilita se cumpla art.5 (recepción, seguimiento individuales); art.7 (recibir informaciónes relativas a la enfermedad bienestar del niño); art.16 (ser hospitalizado junto otros niños, evitando lo posible, entre adultos); art.17 (de locales amueblados, equipados, respondan a sus necesidades en cuidados, juegos, las normas oficiales de seguridad).

CONCLUSIONES:

1-La adopción de estas medidas permite cumplir los derechos del menor hospitalizado y mayor calidad en la atención.

2-Los menores se integran, consiguen mayor satisfacción y viven mejor su proceso asistencial (menos ansiedad) al incorporar actividades escolares, culturales, musicales, lúdicas, humor...

3-Los padres pueden participar activamente en la vida hospitalaria y estar más tiempo junto a sus hijos, facilitando al alta su adaptación a la vida escolar y familiar.

4-El Hospital está en continuo estudio de procesos y oportunidades de mejora para conseguir mayor calidad.

M43.05

PRESENTACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISORES DE RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA

E. Civeira Murillo, J. Pérez Calvo, L. M. D. L. C. Unidad De Calidad.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

emilia@unizar.es

INTRODUCCIÓN: La calidad de la asistencia sanitaria, sobre todo la pública, debe regirse por su adecuación a parámetros objetivos universales.

En los últimos años, la posibilidad de determinar de forma objetiva, que determinados actos médicos pueden ser medidos en su eficacia, ha hecho que muchas acciones médicas deban ser justificadas según se adapten o no, a lo que se ha venido llamando "Medicina basada en la evidencia".

Los hospitales modernos deben tener protocolos, guías y vías de practica clínica. Estos deben ser realizados por comisiones de expertos, ser sencillos, conocidos por todos los usuarios y evaluados. Estas recomendaciones necesitan seguir en su realización una mecánica común y deben ser revisados para su posterior aplicación, por una comisión independiente pero del Hospital donde se vayan a implementar.

Con este objetivo se crea en el Hospital Clínico de Zaragoza la comisión de revisores de recomendaciones de práctica clínica.

OBJETIVOS: El objetivo de esta comunicación es dar a conocer la creación y funcionamiento de esta Comisión, los problemas iniciales en su puesta en marcha, las soluciones encontradas y los planes de futuro.

RESULTADOS: La comisión está formada por profesionales médicos y de enfermería provenientes de las diferentes áreas clínicas del Hospital, de la unidad de calidad asistencial, y una secretaría administrativa.

La mecánica de funcionamiento es, recibir todos los protocolos que se hacen en el Hospital, juzgarlos y o bien aprobarlos o indicar a los autores las modificaciones necesarias para su aprobación.

Tras su aprobación, quedan incluidos como parte de los protocolos del Hospital y colgados en la intranet para su difusión y utilización.

Problemas: La necesidad de contar con una herramienta que sirva para la validación de diferentes formatos.

Se eligió y se utiliza la herramienta Agree. previamente se realizó un curso de formación en su utilización para todos los miembros de la comisión.

Como plan de futuro está el difundir la herramienta entre los posibles redactores de nuevos protocolos.

Describimos diferentes aspectos de los protocolos estudiados y futuros planes.

CONCLUSIONES:

1.-La existencia de una comisión de revisores de recomendaciones de practica clínica, es necesaria en un Hospital.

2.-Es necesario contar con una herramienta de valoración y difundirla para conseguir homogeneizar los protocolos de práctica clínica.

3.-La herramienta elegida es el Agree.

4-Muy pocos de los protocolos presentados para su evaluación cumplen los criterios Agree.

5.-La comisión de revisores mejora la calidad asistencial validando

protocolos presentados y proponiendo necesarios y no propuestos.

M43.06

PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA EL SONDAGE URINARIO EN DOMICILIO.

F. Grimal Aliacar (0), L. Mairal Salinas* (1), A. Más Sánchez (2).

(0) Dirección Atención Primaria. Sector Huesca, (1) Enfermera de Enlace. Sector Huesca, (2) Centro Salud P. Socorro. Sector Huesca. fgrimal@salud.aragon.es

Objetivos: Elaboración de un protocolo de sondaje urinario para el ámbito extrahospitalario (domicilio, centros y residencias de pacientes asistidos.). Difusión del protocolo. Mejorar, unificar y normalizar la técnica para la práctica del sondaje urinario en domicilio. Disminuir el número de infecciones urinarias en pacientes con sondaje vesical. Disminuir el número de sondajes vesicales inadecuados. Disminuir el consumo de antibióticos tanto de profilaxis y tratamiento por infección urinaria tras sondaje. Mejorar la calidad de vida del paciente sondado. Mejorar la actuación del cuidador principal.

Material y métodos: Revisión bibliográfica sistemática del tema y síntesis de la evidencia disponible, según categorías y niveles de recomendación.

Grupo interdisciplinar de trabajo para la elaboración del protocolo y medidas de difusión del mismo.

Elaboración del protocolo siguiendo la "Guía para la elaboración de protocolos de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)". Desarrollada por el grupo coordinador de EBE-I+CS. Difusión del protocolo. Medición de indicadores anterior/posterior a la actividad formativa y difusora.

Resultados: Creación del Documento impreso con el protocolo completo.

Documento resumen para cada profesional.

Documento para el usuario/cuidador.

Todos ellos accesibles en red.

Medición de indicadores:

Estructura: Existencia del protocolo: SI/NO; Difusión del protocolo: SI/NO.

Proceso:

Número de pacientes con práctica de sondaje urinario en domicilio-residencia / N° total de pacientes en programa domiciliario.

Porcentaje (%) de pacientes con sondaje urinario en domicilio según protocolo (medidas higiénicas estandarizadas) / Número total de pacientes con sondaje vesical domiciliario. Resultado:

Porcentaje (%) de pacientes con alguna complicación (excepto sobreinfección) en relación al sondaje urinario en domicilio / Número total de pacientes sondados según protocolo.

Porcentaje (%) de pacientes con sondaje urinario en domicilio con sobreinfección urinaria / Número total de pacientes sondados en domicilio según protocolo.

Cronograma: Actualmente medición piloto de indicadores pre-intervención.

Jornada de formación y difusión de materiales (junio 2008). Medición tras la intervención y la implantación en el sector (septiembre 2008). Presentación pública de resultados.

Conclusiones: La importancia de la estandarización de las medidas higiénicas para el sondaje urinario en domicilio, supone fundamentalmente evitar la principal complicación del mismo: la infección del tracto urinario. Se han elaborado los materiales de difusión imprescindibles para el desarrollo del proyecto. El protocolo se encuentra en fase de medición de indicadores, en breve dispondremos de los resultados finales.

Conflicto de intereses: El proyecto ha recibido financiación a través del Consejo Interterritorial de distribución de fondos a las CC.AA.

M43.07

REEVALUACIÓN Y MEJORA EN LA ATENCIÓN PRESTADA A NUESTRA POBLACIÓN DIABÉTICA TIPO 2, A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE INDICADORES CARDIOVASCULARES ÓPTIMOS DE RESULTADO INTERMEDIO EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

M. L. Lozano Del Hoyo, M. Royo Serrano, M. J. Armale, A. Arto Serrano, C. Risco Otaoaurruchi, J. Busquet, C. Bescos López.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

mlozano@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Existen en la literatura niveles de evidencia A que demostrando que tanto el control glucémico como la corrección de los factores de riesgo cardiovascular asociados a la Diabetes, se relacionan con una menor incidencia de eventos cardiovasculares fatales. Nos planteamos mejorar los resultados obtenidos en la evaluación realizada en el año 2004 con la misma población, justo antes de la informatización de nuestras consultas.

MATERIAL Y MÉTODOS: La medición se realizó en abril de 2008 a partir de los programas de explotación de datos del OMI-AP, siendo nuestro universo la población mayor de 14 años, adscrita a nuestro Centro con un episodio abierto de diabetes. Los indicadores de resultado intermedio seleccionados han sido: Hb Ac1, LDL- colesterol, Triglicéridos, TAS y TAD, IMC, Tabaquismo. Se prevee una próxima evaluación que se realizará al año, después de puestas en marcha las propuestas de mejora.

RESULTADOS: de parámetros óptimos (2008) Hb Ac1<7: 61-17%, LDL<100: 29-66%, triglicéridos<150: 71-88%, TAS< 130: 46-19%, TAD<80: 76-35%, IMC<27: 27-01%, tabaquismo: 12-90%. Asimismo no constaron durante el último año tomas de TA en el 20-16%, de IMC en el 37-09%, el LDL-colesterol en el 37-45%, la Hg Ac1 en el 40-44%.

CONCLUSIONES: La diferencia con los resultados del año 2004 no resultó significativa a pesar de estar realizada con diferentes métodos de muestreo. Los resultados obtenidos en esta medición exhaustiva del 2008 son similares a los obtenidos en otros estudios publicados. Ante ello, nos hemos planteado las siguientes medidas de mejora: Informar de los resultados a todos los miembros del equipo, programar una serie de sesiones formativas de puesta al día, elaboración de un protocolo de educación sanitaria en consulta individual y otro de educación grupal, así como fomentar en nuestro pacientes diabéticos la deshabituación tabáquica.

M43.08

REVISIÓN DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Alcalde Bezhold, A. Pereda, M. Pujana, M. Montejo, A. Achaerandio, M. Bacigalupe.

Servicio de Gestión Sanitaria.Hospital Santiago Apóstol.

GUILLERMO.ALCALDEBEZHOLD@osakidetza.net

Objetivos: Las Comisiones de Transfusión deben evaluar periódicamente la eficiencia del proceso transfusional. En el 2006 se realizó una revisión en nuestro hospital presentándose los resultados al Comité de Transfusiones y a los servicios implicados. El objetivo de este estudio es comprobar la evolución de la indicación después de las acciones emprendidas y revisar la indicación de autotransfusiones, plasma fresco y plaquetas, aspectos no evaluados anteriormente.

Material y método: Se revisaron las historias clínicas de 165 actos transfusionales del año 2007 seleccionados al azar distribuidos en 6 grupos: pacientes quirúrgicos (n=30), médicos (n=30), de cuidados intensivos (UCI) (n=20), transfusiones autólogas (n=21), plaquetas (n=44) y plasma fresco congelado (PFC) (n=20). Se valoró la adecuación según los criterios de la Guía transfusional del hospital y la de la SETS. Se analizaron la hemoglobina pre y postransfusional y aspectos clínicos relevantes del acto transfusional. Dos revisores diferentes clasificaron cada transfusión como adecuadas, inadecuadas y dudosas.

Resultados: La hemoglobina pretransfusional media fue 7.90 gr/dL en pacientes médicos, 8.12 gr/dL en quirúrgicos, 7.70 gr/dL en UCI y 8.90 gr/dL en autotransfusión. La Hb pretransfusional fue significativamente superior en autotransfusión ($p<0,001$, IC 95% 0,4-1,61).

En los pacientes médicos transfundidos con concentrados de hematíes (CH) se consideraron no indicadas 9/30 y dudosas 8 (27%). En los pacientes quirúrgicos fueron inadecuadas 11/30 y 2 dudosas. En la UCI, adecuadas 16, 3 dudosas y 1 inadecuadas. Estos resultados no demostraron diferencias respecto a la evaluación del 2006 ($p=0,41$).

En autotransfusión: adecuadas 9/30 (43%), dudosas 2 (9%) e inadecuadas 10 (49%). El porcentaje de inadecuación no fue significativamente mayor respecto a las alotransfusiones ($p=0,13$).

En transfusiones de plaquetas 18/44 fueron adecuadas, 15 dudosas y 11 (25%) inadecuadas (la mayor parte por resultados de plaquetas "artefactados" y por ser plaquetopenias refractarias).

En las transfusiones de PFC 16/20 fueron adecuadas, 2 dudosas y 2

inadecuadas (excesiva antelación respecto a terapia intervencionista). Conclusiones: A pesar de la difusión de los resultados del año 2006, no se apreció mejoría en la indicación de las transfusiones de CH, considerándose inadecuadas el 30%. Persisten diferencias de criterio entre los diferentes Servicios, tendencia a transfundir en exceso, especialmente en autotransfusión, y un porcentaje elevado de transfusiones basadas exclusivamente en resultados analíticos. En el caso de las plaquetas, además, se detectó un notable número de transfusiones fundamentadas en muestras "artefactadas". Como acción de mejora, estos resultados se difundieron nuevamente entre los servicios con desviaciones junto con sesiones formativas.

M43.09

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL NIÑO ASMÁTICO

G. Soria Cabeza, M. Orillés, D. Soria Ruiz, E. Cáncer, B. Álvarez Ruiz, A. Jiménez Marín, M. Jaso.

Centro de Salud Torreramona.

gsoria@able.es

Las GPC por sí solas no son capaces de modificar la asistencia y los resultados de los pacientes; para conseguir una mejora de la atención sanitaria es necesaria la adherencia de los profesionales implicados y definir las Normas de Buena práctica Clínica o criterios de buena atención. Con esta finalidad se plantea una línea de Mejora de Calidad en la Atención al niño asmático en un CS urbano con 4 Pediatras y tres Enfermeras, aplicando Criterios de Buena Práctica Clínica.

Objetivos: En la historia clínica de niños o adolescentes incluidos en programa de Asma deberá figurar:

- 1) Estudio de Función respiratoria mediante registro anual del mejor Flujo Espiratorio Máximo (FEM) en el 50% de los niños asmáticos >6 años.
- 2) Revisión anual de la técnica de inhalación en el 75% de los niños asmáticos.
- 3) Entrega de un plan de acción escrito sobre la actuación en domicilio ante una crisis de asma o un empeoramiento y criterios para solicitar ayuda médica en el 30% de los niños asmáticos.

Material y Métodos: Elaboración de indicadores para el año 2008:

- 1) Registro del mejor FEM en la historia clínica / nº total de niños asmáticos >6 años.
- 2) Nº de niños asmáticos en que se revisa la técnica de inhalación/ nº total de niños asmáticos.
- 3) Nº de niños asmáticos con plan escrito (registro)/nº total de niños asmáticos.

Evaluación inicial en la historia de OMI-AP de los pacientes asmáticos, intermedia y anual.

Elaboración de Sistemas de Registro de FEM, Técnicas de inhalación y Plan de acción. Consultas programadas de Asma, de Pediatría y Enfermería.

Resultados: En 5 meses se han logrado los objetivos 1 y 2, parcialmente el 3.

Elaboración de sistemas de información y registro de técnica inhalatoria, de FEM y de plan de acción escrito (tras revisión de materiales recomendados en la bibliografía).

Conclusiones: Con esta comunicación queremos demostrar la mejora de la calidad del proceso asistencial mediante la aplicación de las recomendaciones de las Guías de práctica clínica, tanto para cambiar el proceso asistencial como para mejorar sus resultados y el trabajo en equipo, y reducir la variación de la práctica clínica. Así mismo resulta motivador y estimulante para los profesionales.

Se plantea seguir esta línea de mejora de calidad en el futuro con la aplicación y evaluación de otras Normas de buena práctica clínica en la atención al niño asmático.

M43.10

TRATAMIENTO DE ESCUELA DE ESPALDA EN DOLOR LUMBAR CRÓNICO

A. B. Morata Crespo, M. J. Tris Ara, M. J. García Galan, N. Ramos Carrera, A. Cantero Latorre, M. A. Serrano Plou, C. Romero Tierra. Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

abelenmorata@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El dolor lumbar agudo tiene habitualmente un curso autolimitado, pero en un 10% de los casos se cronifica, además un 25% de las personas que sufren un primer episodio presentarán otro

ese mismo año, estos subgrupos de pacientes son los responsables del importante problema socioeconómico que supone esta patología en los países desarrollados, además las personas afectadas por este problema presentan una importante limitación en su calidad de vida. Cualquier intervención terapéutica que realicemos en ellos va a modificar poco su capacidad funcional, pero la evidencia científica en el momento actual apoya el uso de tratamientos activos frente a los pasivos, entre ellos la Escuela de Espalda, las últimas guías clínicas aconsejan aquellas Escuelas de Espalda que fomentan el manejo activo del dolor, y en cuyos programas están implicados diferentes profesionales del equipo rehabilitador, como el tratamiento de elección.

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro medio aplicamos la Escuela de Espalda para pacientes con dolor lumbar mecánico de más de 3 meses de evolución, sin irradiación ciática y con edad entre 18 y 65 años. El programa está guiado por los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación que coordinan el tratamiento cinesiterápico y de Terapia Ocupacional. Se compone de tres sesiones teóricas colectivas en grupos de 8-20 personas con apoyo audiovisual y duración de 45 minutos, las dos primeras son impartidas por el médico especialista, y la tercera por el terapeuta ocupacional, posteriormente realizamos una sesión práctica dirigida por el terapeuta ocupacional, en grupos más reducidos, y finalmente 10 sesiones de cinesiterapia guiadas por un fisioterapeuta.

El equipo se reúne periódicamente realizando los cambios necesarios para una mejora en la asistencia.

Para valorar los resultados aplicamos un cuestionario genérico de calidad de vida, el SF-36, y dos cuestionarios específicos de dolor lumbar: el Oswestry y el LBOS.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Desde su inicio han sido tratados en la Escuela de Espalda: 2590 pacientes procedentes de consultas externas de Rehabilitación de nuestro Hospital.

El programa de Escuela de Espalda aplicado ha conseguido mejorar las puntuaciones medias de las todas las escalas utilizadas, también hemos observado un incremento notable en el número de reincorporaciones laborales.

M43.11

VÍA CLÍNICA DE LA ABLACIÓN CON CATÉTER DE ARRITMIAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO

A. Varela González*, F. Benito, F. Gutiérrez-Larraya, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.

amai.varela@salud.madrid.org

Objetivo: establecer un plan global de atención del paciente pediátrico con arritmia susceptible de ablación con catéter.

Métodos: búsqueda de la práctica basada en la evidencia mediante buscadores: sumsearch, tripdatabase y google (búsqueda avanzada), selección de los documentos en función de actualidad, evidencia científica y pertinencia a los distintos escenarios de la asistencia y cuidado de estos enfermos. Organización de la documentación y presentación en sesión clínica del Servicio de Cardiología Pediátrica para su discusión y consenso.

Resultados: vía clínica de la atención al paciente pediátrico con arritmia formada por los siguientes documentos: criterios e indicaciones de ablación por catéter, algoritmo de la asistencia (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), hoja de información para los familiares, informe de alta hospitalaria, encuesta de satisfacción y base de datos para su registro. Se establecen estándares a alcanzar en la realización del procedimiento y en el proceso de atención al paciente para promover la mejora continua.

Conclusiones: la vía clínica organiza la atención y cuidados que deben recibir los pacientes pediátricos sometidos a ablación con catéter, estableciendo los indicadores y estándares del proceso de mejora continua.

M43.12

VÍA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPILEPSIA

A. Varela González*, V. Iváñez, A. Haro, A. Gil Luciano, E. Díez-Tejedor, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.

amai.varela@salud.madrid.org

Objetivo: establecer un plan global de atención del paciente con

epilepsia disminuyendo la variabilidad y sistematizando los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de educación sanitaria para capacitar a enfermos y/o familiares en los cuidados y atenciones de la vida diaria y mejorar su satisfacción.

Método: búsqueda de la práctica basada en la evidencia mediante buscadores: sumsearch, tripdatabase y google (búsqueda avanzada), selección de los documentos en función de actualidad, evidencia científica y pertinencia a los distintos escenarios de la asistencia y cuidado de estos enfermos. Organización de la documentación y presentación en sesión clínica del Servicio de Neurología para su discusión y consenso.

Resultados: vía clínica de la atención al paciente con epilepsia formada por los siguientes documentos: matriz temporal científico-técnica de atención al paciente con epilepsia, algoritmos de tratamiento y de la organización asistencial para las diferentes formas de presentación de la enfermedad, así como de la evaluación prequirúrgica no invasiva e invasiva; hoja de información al paciente, unidad didáctica en formato electrónico, encuesta de calidad de vida (test QOLIE-31), encuesta de satisfacción y base de datos para su registro. Se establecen estándares a alcanzar en la atención al paciente con epilepsia para promover la mejora continua de su asistencia.

Conclusiones: la vía clínica organiza la atención, cuidados e información que deben recibir los pacientes con epilepsia, estableciendo los indicadores y estándares del proceso de mejora continua de su asistencia.

M44.01

PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LA COMUNICACIÓN EN SERVICIOS CLÍNICOS

A. Carrillo*, J. Alcaraz, M. Moreno, N. Llamas, S. Raigal, I. Lillo.
Hospital Morales Meseguer.
968246333@telefonica.net

Introducción: Los errores médicos pueden estar motivados por una deficiente comunicación entre el personal de un servicio. El objetivo del presente estudio es analizar aspectos de la comunicación que existe en la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Urgencias (UU) de un hospital universitario.

Métodos: Durante un mes se distribuyó, junto al cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Cultura adaptado y validado por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia, 9 preguntas tipo "informe" a todo el personal médico y de enfermería de UCI y Urgencias de nuestro Hospital. De las preguntas formuladas, 3 estaban relacionadas con ordenes verbales (OV) de cuidados/tratamiento/procedimientos, 4 sobre comunicación entre profesionales y 2 sobre la comunicación entre profesional y usuario. El cuestionario fue entregado y recogido en mano por los investigadores. Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar y como porcentajes $\pm$ intervalos de confianza al 95%. La comparación entre variables se ha realizado mediante prueba de Ji2 de tendencia lineal.

Resultados: Se recogieron 150 encuestas, 55 en UCI (100% de respuestas) y 95 en UU (85% de respuestas). El 67% eran mujeres y la edad media de 33 ± 6 años. Las respuestas siempre/casi siempre se producían en: 36.9 $\pm$ 8.1% ante la pregunta "si se repetía en voz alta la orden verbal recibida", 73.8 $\pm$ 7.4% "reflejaba en el documento correspondiente la orden verbal recibida", 29.1 $\pm$ 16.3% "en su unidad recibía ordenes verbales relacionadas con quimioterapia", 8.7 $\pm$ 4.8% "elaboraban informes sin estar presentes todos los datos del paciente", 85.1 $\pm$ 8.4% "realizaban prescripciones previa consulta del listado de medicamentos del paciente", 56.5 $\pm$ 8.4% "comunicaban clara y rápidamente los cambios de medicación", 50.3 $\pm$ 8.4% "comunicaba cambios en el diagnóstico", 41.4 $\pm$ 8.9 "indagaban las expectativas de tratamientos en pacientes terminales" y 23.3 $\pm$ 7.2% "hacían repetir al paciente las explicaciones dadas antes de firmar un consentimiento informado". Las contestaciones relacionadas con OV no mostraban diferencias entre UCI y UU, pero el personal de UCI refería que nunca/casi nunca elaboraba informes sin todos los datos del paciente en 50.9 $\pm$ 14.1% y UU en 64.4 $\pm$ 10.5% (p:0.039), nunca/casi nunca ordenaba una nueva prescripción sin comprobación previa en 23.6 $\pm$ 12.1% y 9.7 $\pm$ 6.6% respectivamente (p:0.023) y nunca/casi nunca se indagaba en tratamientos en pacientes terminales en 21.9 $\pm$ 10.2% y 38.2 $\pm$ 13.8% respectivamente (p:0.006). Conclusiones: Los profesionales sanitarios manifiestan frecuentes

deficiencias en la comunicación entre ellos o con los usuarios, siendo en el servicio de Urgencias más frecuente el déficit de comunicación.

M44.02

PROGRAMA GLOBAL DE CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

J. Rodríguez Baño, D. García Ortega, C. Lupión Mendoza, C. González Fernández, M. Del Nozal Nalda, Á. Pscual Hernando.
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.
jrb46@hvm.sas.junta-andalucia.es

Introducción: El control de las infecciones causadas por microorganismos multirresistentes en los hospitales es un tema complejo y de gran trascendencia ya que se asocian con aumento de la morbilidad y coste.

Métodos: Desarrollo de un programa multidisciplinar de control de microorganismos multirresistentes, coordinado por el Equipo de Control de Infección Nosocomial, e iniciado en 1997, basado en: 1) Vigilancia diaria de patógenos y mecanismos de resistencia aislados en muestras clínicas. 2) Vigilancia activa mediante cultivos de cribaje para detección de colonización por determinados microorganismos en áreas de alto riesgo, pacientes trasladados de otros centros, reingresos y situaciones con sospecha de transmisión. 3) Recogida sistemática de información epidemiológica de los pacientes colonizados o infectados. 4) Precauciones de contacto y seguimiento para patógenos multirresistentes de transmisión cruzada. 5) Limpieza y desinfección ambiental específicas para patógenos con potencial reservorio ambiental. 6) Refuerzo continuo de la higiene de manos y dispensadores de solución alcohólica en todas las habitaciones. 7) Consultoría de Enfermedades Infecciosas para el tratamiento de estos microorganismos. 8) Estrategias dirigidas a promover el uso adecuado de antimicrobianos. 9) Estudios de epidemiología molecular. 10) Actuaciones específicas para cada microorganismo problema. 11) En caso de brote, actuaciones específicas, incluyendo la constitución de grupos de trabajo con implicación de la Dirección.

Resultados: Al inicio existía una situación de elevada endemia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), *Acinetobacter baumannii* multirresistente (ABMR) y brotes causados por *Klebsiella pneumoniae* productor de betalactamasas de espectro extendido (KPBLEE). Además, se estableció vigilancia de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, resistencia a carbapenemas en enterobacterias (incluyendo de bajo nivel), otras enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido, *Enterococcus* resistente a glicopéptidos y *Clostridium difficile*, así como de cualquier patrón de sensibilidad inusual o sugestivo de un mecanismo de resistencia inusual o de riesgo. A lo largo del desarrollo del programa, la incidencia de infección/colonización ha descendido desde 0,55 casos por 100 ingresos (1995) a 0.09 (2006) en el caso de SARM, y de 0.75 (1995) a 0.08 (2006) en el caso de ABMR; se ha erradicado KPBLEE, y no se han producido brotes por otros microorganismos. La incidencia de otros patógenos multirresistentes se mantiene en niveles muy bajos.

Conclusiones: el desarrollo del programa específico, dirigido a todo el hospital y coordinado por un equipo de control especializado y con el apoyo de la Dirección del centro, se ha mostrado muy útil en el control de los patógenos multirresistentes en nuestro centro.

M44.03

PROGRAMA MANOS LIMPIAS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

M. D. Martín Rodríguez, M. V. Barreiro Díaz, M. S. Cegarra García, M. Penas Penas, J. A. Iglesias Vázquez, M. Picallo Piñón.
Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.
lola.martin.rodriguez@sergas.es

Objetivo: Conseguir un cambio "cultural" en la organización. Mejorar la higiene de manos en el área asistencial, introduciendo solución hidroalcohólica para facilitarla. Implantar las directrices de la OMS de higiene de manos.

Método: Alcance: personal de 101 ambulancias asistenciales, 10 UVI y 2 helicópteros SVA (818 trabajadores). Marco temporal: mayo 2007-diciembre 2008. Fases: Planificación; Análisis de situación de partida mediante cuestionario sobre hábitos de higiene de manos y uso de guantes; sistematización del procedimiento higiene de manos y uso

de guantes; diseño de acciones formativas; diseño y difusión de material divulgativo; programación de talleres; aprovisionamiento y distribución de solución hidroalcohólica; implantación del procedimiento; evaluación del impacto. Difusión de resultados. Sistema de evaluación del programa: retraso en hitos realizados sobre planificados, porcentaje de acciones formativas realizadas sobre programadas; número de trabajadores formados por categorías, evaluación del impacto (cuestionario previo al inicio y 6 meses después de la implantación).

Resultados: Entrega de cuestionario para el análisis de la situación de partida a 385 trabajadores, respondiendo 325 (84.4%). Diseño de taller de formación de 2 horas con un módulo de cultura en SP, un módulo de recomendaciones de la OMS para la higiene de manos y módulo de prácticas de lavado de manos por frotación con solución hidroalcohólica con tinción fluorescente y comprobación con lámpara UV. Taller acreditado (0.4 créditos) CFC profesiones sanitarias. Se impartieron 26 talleres (21 planificados). Formados 45 médicos, 36 DUE y 267 Técnicos. Distribución de trípticos a todos los trabajadores y póster con las recomendaciones de la OMS y algoritmo para el lavado de manos y uso de guantes a todos los recursos asistenciales. Disponibilidad de solución hidroalcohólica en todos los recursos asistenciales y bases en el plazo marcado. Implantación del procedimiento en enero de 2008. Desde el mes de mayo 2008 somos "complementary pilot center" de la campaña de la OMS "Clean Care is a Safer Care". Realizaremos la encuesta postimplantación a los 6 meses.

Conclusiones: El programa "manos limpias para una atención segura" ha tenido muy buena acogida entre los trabajadores hecho demostrado por la necesidad de ampliar el número de acciones formativas y la tasa de respuesta a la encuesta preimplantación. Se han cumplido los objetivos que se marcaban en el proyecto. Además el colectivo de técnicos de transporte sanitario ha manifestado la necesidad de ampliar sus conocimientos en el control y prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas, elaborando nuestro servicio la documentación necesaria.

M44.04

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA

E. García Puente*, I. De Arriba Guisande, MM. Ortiz Otero.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

egarcia.hflr@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Establecer una estrategia que permita la adhesión de los trabajadores del hospital a las políticas de higiene de manos. Aumentar la higienización de manos mediante el empleo de soluciones hidroalcohólicas.

Mejorar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la importancia de la higiene de las manos en la prevención de infecciones nosocomiales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Formalización del programa con la Unidad Funcional de GRS.

Primera fase:

Elección del antiséptico por frotación.

Evaluación de la adherencia a la higiene-lavado de manos previa a la campaña de mejora, mediante la metodología propuesta por la National Patient Safety Agency (NPSA):

Observación directa durante.

Comparar oportunidades con las prácticas observadas: adhesión al lavado de manos.

Diseños de carteles informativos y trípticos sobre el correcto lavado de manos, y uso adecuado de soluciones hidroalcohólicas.

-Segunda fase:

Programa de mejora de higiene de manos: Realización de sesiones formativas teóricas y prácticas con el objetivo de mejorar el conocimiento de la higiene de manos y utilización de la técnica correcta.

Población diana: Personal sanitario que atiende a pacientes: facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores que realizan cambios posturales.

Distribución de antiséptico por frotación en los sitios y formas elegidos.

Distribución de carteles informativos y trípticos.

- Tercera fase:

Evaluación de la adherencia a la higiene-lavado de manos tras el periodo de mejora (intervención).

RESULTADOS: Evaluación de la adherencia a la higiene de manos previa a la campaña de mejora: Se realizaron 123 observaciones en 14 periodos de 20 minutos, obteniéndose una adhesión global del 7,3 % IC 95% (2,7- 11,9).

Se impartieron 35 talleres formativos teórico-prácticos de 60' de duración durante el año 2007. Nº asistentes: 1070.

Evaluación de la adherencia a la higiene de manos tras la campaña de mejora: 216 observaciones en 18 periodos de 20 minutos, obteniéndose una adhesión global del 22,2 % IC 95% (16,7- 27,7).

CONCLUSIONES: La adhesión a la higiene de manos aumentó tras el programa formativo y de la introducción de las soluciones hidroalcohólicas (22,2% frente al 7,3% inicial), consiguiendo los resultados esperados para considerar la efectividad del programa: mejorar la adherencia por encima del 28% respecto al basal.

M44.05

PROPUESTA DE MONITORIZACIÓN DE EVENTOS CENTINELA EN SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS (SUH)

R. Marrón Tundidor, P. Palazón Saura*, J. Martín Martínez, A. Herrero Castejón, J. Povar Marco, E. Ricarte Urbano.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

rmarron@comz.org

OBJETIVOS: Analizar la mortalidad en relación al nivel de urgencia y las muertes acaecidas en niveles bajos (IV-V) como evento centinela. Estudiar los abandonos no comunicados (fugas) de pacientes que se producen en los SUH, especialmente de niveles altos de urgencia (I-II) y su relación con posibles causas que pongan en peligro la seguridad de los pacientes.

MÉTODO: El aumento de la presión asistencial en los SUH conlleva un aumento del riesgo para los pacientes más urgentes, haciendo indispensable la priorización de la asistencia. Los sistemas de triaje estructurado pueden aportar información valiosa que ayude a gestionar el riesgo de una manera más efectiva y a detectar problemas en el sistema. A propuesta de la Comisión de Mortalidad desde el año 2006 se viene monitorizando el nº de muertes en relación a los niveles de urgencia establecidos a través del Sistema Español de Triage (SET) y su protocolo informatizado (web_e-PAT) proponiendo como evento centinela (indicador de muerte no esperada) la detección de fallecidos en urgencias de niveles IV y V. A su vez de forma paralela se ha comenzado a analizar los abandonos no comunicados (fugas) del servicio de niveles de urgencia altos (I-II). **RESULTADOS:** Se han estudiado los pacientes clasificados a través de SET durante los años 2006 a 2007 (102.153 pacientes) en el área médica y se ha relacionado el nivel de urgencia con la mortalidad y el índice de abandonos no comunicados del SUH. Durante 2006 el nº de exits por nivel de urgencia fue el siguiente: 13 de Nivel I, 58 de nivel II, 26 de nivel III, 7 de nivel IV y ninguno de nivel V. En 2007: 12 de nivel I, 55 de nivel II, 13 de nivel III, 3 de nivel IV y ninguno de nivel V. El análisis de las fugas registró en el periodo 2006-2007: una fuga en un paciente de nivel I y 9 en pacientes de nivel II. Analizándose posteriormente los casos considerados como centinela aplicando técnicas de investigación cualitativa.

CONCLUSIONES: La monitorización de estos eventos es un elemento útil y permite detectar aquellas situaciones que pueden poner en riesgo a los pacientes, bien por fallos en el sistema de clasificación o por situaciones en los SUH como son la sobrecarga asistencial y las demoras en la asistencia. Estableciendo las áreas de mejora en las que los SUH deben incidir para garantizar una mejor gestión del riesgo.

M44.06

RCP HOSPITALARIA: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

J. Cortés Carmona*, F. J. Miralles Andújar, A. I. Hernández Sánchez, A. García Olert, A. Doulatram Nanwani, R. Levy Abitbol.

Hospital Comarcal de Melilla.

jesuscc@terra.es

Objetivo: Definir, si los hubiese, cuáles son los déficit de nuestro hospital al respecto de la RCP y establecer así un punto de partida que permita implementar una estrategia de resolución de problemas. **Material y métodos:** El ámbito de estudio es el Hospital Comarcal de Melilla, con una dotación de 168 camas y una media de 7000 ingresos/año.

Se elaboró un listado consensado, con el material que debería componer el carro de parada (CP) en la generalidad de las unidades. Bajo los criterios de este listado, y sin previo aviso, se evaluó la composición de todos y cada uno de los CP del hospital. Asimismo, se evaluaron aspectos del CP relativos a su ubicación, disposición y orden del material y estado de revisión.

Por último se pasó una encuesta a los profesionales, tanto de enfermería como facultativos, para evaluar el conocimiento acerca del CP, modelo de respuesta en caso de PCR y por último; datos relativos a su formación en RCP avanzada. tratamiento estadístico: programa SPSS® v. 15.0 Windows®.

Resultados: Se analizaron un total de 13 CP, correspondientes a 12 unidades diferentes, con los siguientes resultados:

Ninguno de los CP analizados cumplía en su totalidad con los criterios establecidos. Encontramos faltas en el 95% de los ítems analizados. La media de faltas por cada CP fue de 17 (13-23) sin apreciarse diferencias significativas entre los diferentes apartados en los que dividimos el material. Encontramos un total 73 faltas en el apartado de Vía aérea, 68 en el de Circulación y 87 referidas a Medicación.

Conclusiones y discusión: Los datos negativos que arrojan los criterios relativos a la organización en caso de PCR y composición del CP son entendibles, aunque no justificables, si partimos de la base de que el hospital no dispone de una guía de actuación en PCR que normalice aspectos fundamentales de la RCP como evaluación del riesgo, sistema de alerta de parada y modelo de respuesta a las situaciones críticas así como la normalización y unificación del equipamiento de emergencias; incluyendo su ubicación y señalización.

Queda clara la necesidad de articular un procedimiento de revisión del CP, delimitando responsabilidades y aptitudes, que asegure un cumplimiento estricto y, por tanto, la completa operatividad del equipamiento en caso necesario.

La detección del déficit referido nos ha servido para acercarnos a la consecución del objetivo que nos marcamos: el desarrollo de un Plan Integral de RCP Hospitalaria.

M44.07

RECLAMACIONES ASISTENCIALES VINCULADAS A LOS EFECTOS ADVERSOS

A. Prat Marín, M. Santiña Vila, M. González Creus, J. Grau Cano, M. Salles Creus, A. Trilla García.

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

aprat@clinic.ub.es

Objetivo: Presentar la utilidad de la evaluación de las reclamaciones asistenciales en la identificación de efectos adversos monitorizados desde un programa de seguridad clínica.

Material y Métodos: El diseño del trabajo se corresponde con un estudio epidemiológico descriptivo de orientación temporal retrospectiva, realizado a partir de un registro informatizado. Se han considerado las reclamaciones asistenciales presentadas en la Unidad de Atención al Cliente del Hospital Clínic de Barcelona durante el periodo 2005-2007, y los criterios de clasificación incluidos en la Instrucción 03/2004 del CatSalut (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya).

Resultados: De las 670 reclamaciones asistenciales presentadas, 151 (22,53 %) han correspondido a motivos que pueden asociarse a un efecto adverso de la hospitalización. Su distribución anual ha sido 50 (22,42 %) en 2005, 41 (19,43 %) en 2006 y 60 (25,42 %) en 2007. La confusión o error diagnóstico (42 casos) y los accidentes asistenciales (41 casos) son los motivos expresados con mayor frecuencia en este grupo de reclamaciones asistenciales.

Conclusiones: La valoración de las reclamaciones asistenciales relacionadas con los efectos adversos de la hospitalización constituyen una fuente cualitativa de información complementaria en la vigilancia epidemiológica de los programas de calidad. Por otra parte, su moderada frecuencia de presentación posibilita un seguimiento prospectivo y activo de las incidencias planteadas en las mismas, facilitando las recomendaciones de medidas preventivas y correctoras por parte de la comisión de seguridad clínica.

M44.08

RESULTADOS DEL PROYECTO DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES

H. Vallverdu Cartie, P. Moreno, M. Martínez, C. García Fortea, S. Tor, A. Pérez.

HOSPITAL SANT BOI.

helenavallverdu@telefonica.net

Una de las propuestas de soluciones para la seguridad del paciente del 2007 de la Joint Commission International y OMS es asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales. La conciliación de la medicación es un proceso destinado a evitar errores a lo largo del proceso asistencial.

Objetivo: Lograr la conciliación de la medicación de nuestros pacientes en las transiciones asistenciales. Como parte de un proyecto más amplio se pretende garantizar la recogida exacta de la medicación domiciliar del paciente cuando ingresa en el hospital.

Material y Método: Formación e información al personal de la importancia de la recogida exacta de la medicación del paciente.

Hoja de acogida del paciente al ingreso con apartado específico para la medicación.

Definición de registro correcto como el que contiene la dosis y el intervalo de administración.

Implantación del sistema y realización de corte transversal para ver grado de cumplimiento e incidencias.

Resultados: Se analizan 189 ingresos. El 51.8% son hombres y mujeres el 48.1%. La edad media es de 68 años. El 54% de los pacientes pertenecen al ámbito médico y el 46% a especialidades quirúrgicas.

El registro se ha realizado en el 89.5% de los ingresos, en 10.5% de los casos no hay registro. En los pacientes con registro la media de fármacos por paciente de 5.7, en el grupo sin registro es de 4.8 fármacos. En los casos con registro el ingreso es urgente en el 81.6%, sin registro en el 90%.

El registro es correcto en el 53.8% siendo la media de fármacos de 4.7 y el 73.6% de los ingresos son urgentes. En los registros incompletos (46.1%), la media de fármacos es de 7 y el ingreso urgente en el 90% de los casos.

Las variables relacionados con el cumplimiento correcto del registro son: tipo de ingreso ($p<0.004$), la edad ($p<0.003$) y el número de fármacos ($p<0.003$).

Conclusiones: 1. Se ha logrado un alto cumplimiento del registro de medicación 2. La falta de registro se relaciona con el ingreso urgente. El registro incompleto se relaciona con mayor edad del paciente, mayor número de fármacos y el ingreso urgente. 3. Hay que seguir mejorando y buscar facilidades para el registro sobretudo en ingresos urgentes y pacientes añosos con mucha medicación.

M44.09

RIESGO METABÓLICO EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO: HIPERGLUCEMIA POR ANTIPSICÓTICOS

F. González Rubio* (0), Ó. Esteban Jiménez (0), M. V. Palacios Pinilla (0), M. P. Marcos Calvo (0), C. Navarro Pemán (1).

(0) Centro de Salud Delicias Sur, (1) Centro de Farmacovigilancia de Aragón.

fgonzalezr@able.es

OBJETIVOS: Formar en farmacovigilancia a Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, evaluando la hiperglucemia asociada a antipsicóticos. Promover la calidad del registro de datos en la historia de OMI-AP.

MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de las historias (OMI-AP 6.2), de 14 cupos de Medicina de Familia de un Centro de Salud, con diagnóstico de esquizofrenia y/o trastornos esquizoafectivos (CIAP P72 y P73 respectivamente) en tratamiento con antipsicóticos. Periodo de estudio: 5 años. Variables registradas: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico principal, antipsicótico utilizado, medicación concomitante, antecedentes familiares de hiperglucemia y/o diabetes y glucemias previas y posteriores al tratamiento antipsicótico.

RESULTADOS: Se hallaron 142 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Edad media 49,71 años. El 51,8% mujeres. IMC medio 29,63 (rango normal 18,5-24,9), (90 casos sin registro). Diagnóstico de esquizofrenia 61,4% y de trastornos esquizoafectivos 38,6%. Antipsicóticos más frecuentes: risperidona, olanzapina y quetiapina. No fue posible evaluar si la medicación constatada en la historia era o no concomitante. Los datos de antecedentes familiares de hiperglucemia/diabetes no figuraban. Sólo en 52 pacientes constaban datos de glucemias previas y posteriores al tratamiento antipsicótico (36,6%). De los 36 con glucemias previas normales, había

hiperglucemia posterior en 10. Únicamente 2 habían sido notificadas al Centro de Farmacovigilancia. Los resultados fueron presentados en una sesión clínica en el Centro de Salud.

CONCLUSIONES: La falta de datos (IMC, antecedentes familiares de diabetes, glucemias) hace sospechar que la dificultad en el manejo de pacientes esquizofrénicos, impide el adecuado desarrollo de actividades preventivas programadas que permitirían detectar/prevenir precozmente reacciones adversas como la estudiada. Dada la mayor prevalencia de diabetes en los pacientes esquizofrénicos, la asociación hiperglucemia y aumento de peso-antipsicóticos y la recomendación de las fichas técnicas, debería insistirse en la realización periódica de glucemias de control para poder mejorar el control del riesgo metabólico de estos pacientes. Los datos obtenidos en el estudio, parecen apoyar la asociación entre el consumo de antipsicóticos y la aparición de hiperglucemia. Continúan detectándose fallos en el registro de datos en las historias clínicas de OMI-AP que limitan la investigación y que creemos superables con una adecuada formación.

M44.10

SANITAS: PLAN ESTRATÉGICO PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES 2008-2010

A. I. Fernández Castelló (0), R. Trinidad Trinidad (1), M. A. Julve García (2), J. M. López Gómez (3).

(0) SANITAS S.A.SEGUROS, (1) Sanitas S.A.Hospitales, (2) Sanitas S.A. Hospitales, (3) Sanitas S.A. Seguros y Sanitas S.A. Hospitales. anabelfernandez@sanitas.es

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud, indica que la combinación de proceso, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestar atención sanitaria, aporta beneficios importantes, sin embargo también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos.

En el año 2005 se realizó en España el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS), el cual determinó la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, entre un 8,4% y 11,6%, después de estudiar las altas de una semana en 24 hospitales. Casi un 43% de los efectos adversos podrían haberse evitados.

OBJETIVOS:

1. Desarrollar un plan estratégico para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en Sanitas, proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes y disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.

2. Proceder a su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se crea en Sanitas una Departamento de Calidad y Seguridad Clínica.

Se realiza revisión de los planes estratégicos para la seguridad de pacientes de las distintas comunidades autónomas.

Se define un plan estratégico para la seguridad de pacientes en Sanitas.

Resultados: Líneas estratégicas definidas:

1. Crear una estructura organizativa para gestionar la seguridad de pacientes, mediante la creación de un comité de calidad y seguridad clínica a nivel central y una comisión de seguridad de pacientes en cada hospital de sanitas.

2. Incorporar objetivos de seguridad vinculados a incentivos, tanto en los acuerdos con los hospitales como con los servicios clínicos.

3. Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad.

4. Formación de directivos y personal sanitario, en aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

5. Fomentar la implicación del paciente, informándole acerca de su problema de salud, del procedimiento al que va a ser sometido, asegurando la disponibilidad, y aplicación del consentimiento informado.

6. Mejorar los sistemas de información con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EA. Integrando los diferentes sistemas de registros existentes, definiendo indicadores de seguridad e incorporando a la historia clínica electrónica sistemas de alertas.

7. Desarrollar y mantener un sistema de notificación.

8. Mejora de procesos.

CONCLUSIONES: Es importante que las aseguradoras y hospitales, tome conciencia de la necesidad de proporcionar atención y cuidados seguros a sus pacientes, poniendo en marcha una infraestructura para ello y definiendo un plan estratégico para la seguridad de los

pacientes.

Es recomendable a futuro hacer una evaluación de la implantación de las líneas estratégicas definidas.

M44.11

SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PROCESO QUIRÚRGICO

L. Hernández Sánchez, J. Muñoz Fernández, E. Intxausti Artesero, I. Aldazabal Muniategui, M. Bacigalupe Artacho, G. Alcalde Bezhoid.

Hospital Santiago.

luis.hernandezsanchez@osakidetza.net

El objetivo principal es incrementar la seguridad clínica de los pacientes en el proceso quirúrgico (SPQ), entendiendo como tal, la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de este proceso.

Los planes de actuación versan sobre:

1. Detección de Riesgos.
2. Eliminación de los riesgos evitables.
3. Prevención y protección ante los riesgos "no evitables".

Los programas persiguen:

- Mejorar la exactitud en la identificación del paciente.
- Eliminar la cirugía en el paciente equivocado, en el lugar equivocado o con el procedimiento inadecuado.
- Reducir el riesgo de infección intrahospitalaria.
- Eliminar ineficiencias: Variabilidad, ilegibilidad de informes.

El método consiste en ligar la Gestión de procesos, los Sistemas de información y las herramientas informáticas con las nuevas tecnologías de transmisión inalámbrica como WIFI y Bluetooth así como la Radiofrecuencia (RFID).

Seguridad clínica en el Proceso quirúrgico implica:

- Asegurar que se realizan correctamente los procedimientos previos a la cirugía incluyendo la consulta preanestésica y la preparación del paciente.
- Identificar inequívocamente al paciente y, sobre todo, la lateralidad del procedimiento indicado, p.ej.: catarata ojo izquierdo, varices pierna derecha,..etc
- Protocolizar los procesos más frecuentes de nuestro bloque quirúrgico (cataratas, RTU, prostatectomías, hernias inguinales, varices y prótesis de extremidades inferiores) que constituyen algo más del 60% de nuestra actividad quirúrgica. Con la ayuda de la RFID y los sistemas informáticos podrán realizarse los procedimientos sin obviar ningún paso.
- Facilitar a anestelistas, cirujanos y enfermeras los informes (prerredactados) de su actividad quirúrgica de forma automatizada que serán acumulables instantáneamente a la historia clínica. Estos informes serán inequívocamente legibles y podrán, además, añadirse observaciones particulares mediante dictado oral y transcripción automática a los estándares previamente diseñados.

El Material utilizado abarca:

- Pulseras de identificación que soportan los Tags y chips de identificación.
- Antenas de radiofrecuencia y VHS.
- Dispositivos de WIFI y Bluetooth.
- Ordenadores especiales con pantallas táctiles.
- Servidor y programa informático desarrollado ad hoc.
- Micro-auriculares.
- Dictáfonos y programa Speech Magic®.

Resultados:

1. Diseñado el software adaptado al SPQ.
2. Diseñadas las secuencias de 7 procedimientos quirúrgicos.
3. Definidas las pantallas y los datos de entrada (Inputs).
4. Definida la preparación del paciente en planta o H. de día.
5. Experimentados en 10 semanas 60 procesos quirúrgicos con SPQ.
6. Emisión automática de 60 informes quirúrgicos.
7. Implicación de 7 servicios quirúrgicos en actitud muy proactiva y satisfechos por resultados.

M44.12

SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONOSTIA

P. Busca Ostolaza, M. Cancio Fanlo, D. López García, J. Orbeagoza Alberdi, I. Gracia Arrondo, M.A. Azpiazu Izaguirre, A. Aranzabal Conde.

Hospital Donostia, San Sebastián.
pablobusca@gmail.co

Objetivos planteados: Formación básica en seguridad del personal del Servicio.

Formar un grupo multidisciplinar de seguridad dentro del Servicio.

Establecer un mapa de riesgos para el paciente.

Configurar un registro de incidencias de seguridad.

Análisis periódico de los incidentes registrados.

Información a todos los miembros del Servicio a través de las sesiones de cada estamento además de la página web del Servicio.

Material y métodos: En una primera fase se realizó un plan de formación básico en seguridad clínica para todo el Servicio.

Posteriormente se instauró dos registros de incidencias uno anónimo y otro no, abierto el segundo no sólo al Servicio sino también a otros servicios de urgencias a través de una página web no sólo con contenidos de seguridad.

Se estableció un grupo de seguridad formado por 14 personas compuesto de celadores, auxiliares, enfermeras, médicos, farmacéutico así como técnico de calidad.

Elaboración de un mapa de riesgos de acuerdo con el mapa de procesos del Servicio así como realización de un AMFE del mismo.

Establecimiento de reuniones periódicas (primer lunes de cada mes) para analizar las incidencias registradas y en caso contrario plantear un supuesto por los miembros del grupo.

Resultados: A lo largo del 2007 fueron formados en seguridad clínica los diferentes estamentos del Servicio de Urgencias.

En los primeros meses del 2008 se han registrado más de 30 incidencias de seguridad. Hemos establecido un grupo de seguridad formado por 14 personas en el que están representados todos los estamentos del Servicio además de un técnico de calidad junto con una farmacéutica.

Se ha realizado un mapa de riesgos y un AMFE donde los puntos críticos detectados fueron de forma agrupada la identificación del paciente junto con la administración de medicación.

El primer lunes de cada mes a lo largo de la mañana el grupo de seguridad se ha reunido para tratar los diferentes incidentes además de aportar soluciones a los mismos.

En las sesiones del servicio se han analizado las incidencias registradas.

Conclusiones: Todos los objetivos planteados han sido alcanzados.

El trabajo realizado para mejorar la seguridad de nuestros pacientes ha gozado de gran aceptación por parte de nuestro personal.

La impregnación en seguridad de los miembros del Servicio es evidente.

M45.01

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HOJA DE TRATAMIENTO EN UCI: LEGIBILIDAD Y TRATAMIENTOS INCOMPLETOS

M. B. Almaila Fernández*, A. R. Alonso Tovar, P. Martínez, I. Cuesta, D. Guillén, A. Carrillo.

Hospital Morales Meseguer.
belenalmaila@gmail.com

Objetivos: El objetivo del estudio es medir la calidad de las hojas de tratamiento por el personal de enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y las líneas de tratamiento incompletas.

Métodos: Durante 3 meses, se estudiaron 10 hojas de tratamiento de cada uno de los médicos de UCI, mediante aleatorización de las hojas de tratamiento. Las hojas fueron transcritas literalmente por 3 enfermeras (una con amplia experiencia en UCI, otra con 3 meses de experiencia y otra con mínima experiencia). Los errores en la transcripción podían ser motivados por la no concordancia en el nombre del medicamento, dosis, vía de administración, diluyente, intervalo entre dosis, unidad empleada y forma farmacológica. Además se consideró un tratamiento incompleto si en la línea de prescripción faltaba la dosis, unidad, vía de administración o intervalo entre dosis. Tras la primera evaluación se realizó un ciclo de mejora, incorporando una hoja de tratamiento basada en una plantilla informática y la comunicación de resultados, analizándose después otras 110 hojas de tratamiento. Los datos son expresados como número y porcentajes con sus intervalos de confianza al 95% (IC-95%) y las comparaciones se han realizado mediante la prueba Ji2 de Pearson o exacto de Fisher.

Resultados: En la primera evaluación se analizaron 1390

prescripciones (fármacos y sueros). Ciento setenta y dos de las transcripciones fueron consideradas erróneas (4.1%; IC-95%: 3.5%-4.7%). El error más frecuente fue en el nombre del medicamento (40.7%) seguido de la unidad empleada (22.1%) y la dosis (12.8%). La relación entre errores y la enfermera estudiada mostró relación significativa (errores: 0.3%, 4.7% y 7.4% entre las 3 enfermeras; $p < 0.001$), así como entre error y el médico prescriptor ($p < 0.001$), variando entre un mínimo de 1.2% (IC-95%: 0.3%-2.9%) y máximo de 14.9% (IC-95%: 11.3%-18.5%). De las 1360 prescripciones farmacológicas 100 fueron consideradas incompletas (7.4%, IC-95%: 5.9-8.8%), siendo la más frecuente la falta del tipo de vía (74%). También existía una relación entre el médico prescriptor y la tasa de prescripciones incompletas, oscilando entre 0.7% de mínimo a 24.1% de máximo ($p < 0.001$). Tras el ciclo de mejora desapareció el problema de legibilidad, sin embargo de las 1090 líneas analizadas, las incompletas fueron 90 (8.2%) ($p = 0.362$).

Conclusión: La hoja de tratamiento de medicamentos en UCI presenta graves problemas de calidad tanto en la legibilidad como por frecuentes prescripciones incompletas. La incorporación de hojas de tratamiento electrónicas minimizan el problema de legibilidad pero no modifica el error de dejar líneas incompletas.

M45.03**ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD EN LOS PACIENTES QUE PRECISAN DRENAJES TORÁCICOS**

I. López Santo*, P. Crespo Paesa, A. Caballero Mesa, J. M. Sánchez Nieto, R. Bernabeu Mora, P. García Torres.

HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER.

juanm.sanchez3@carm.es

Objetivo: 1º. Evaluar la calidad asistencial y las complicaciones en la atención de pacientes con drenaje torácico (DT).

Metodología: Estudio observacional descriptivo de serie de casos. Población: Pacientes con drenaje torácico ingresados de forma consecutiva en un hospital médico-quirúrgico de 420 camas. Dimensión: seguridad del paciente. Fuente: Hoja diaria de ingresos de admisión, historia clínica. Herramienta: formulario con Criterios (Cr) y Subcriterios (SubCr): Cr1: Registro diario nivel de drenaje pleural en historia clínica (HC). Cr2: Registro diario enfermería en HC. Cr3: curas diarias. Cr4: registro órdenes médicas del DT en hoja de tratamiento. SubCr 4a: se especifica forma de lavar tubo e intervalo horario. SubCr 4b: en caso de administración de uroquinasa: dosis y horario. SubCr4c: nivel de aspiración. Cr5: Movilización del paciente con el sistema de drenaje cerrado. Cr6: nivel líquido del sistema coincide con especificaciones técnicas. Cr7: nivel de aspiración sistema coincide con hoja de tratamiento. Cr8: existe información sobre movilización al paciente, verbal o escrita.

Registro complicaciones: anotación diaria de eventos durante inserción, mantenimiento o extracción tubo torácico. Análisis estadístico: variables expresadas como media $\pm$ desviación estándar y porcentajes. Comparación entre variables Chi2 y T Student.

Resultados: Se realizaron 113 mediciones, 56 en Cirugía (49.6%), 32 (28.3%) en Neumología, 11 (9.7%) en UCI y 14 (12.3 %) en otros servicios. Etiología: Neumotórax espontáneo 15 (55.6%), empiema 6 (22.2%), neoplasia 3 (11.1%), otros: 2 (7.4%). Incumplimiento Criterios: Cr 1: 36 (31.9%), Cr2: 44 (38.9%), Cr3: 37 (32.7%), Cr4: 78 (69%); subcriterios: Cr4a: 13 (44.8%), Cr4b: 1 (14.3%), Cr4c: 77 (68%), Cr 5: 6 (21.4%), Cr6: 20 (17.7%), Cr7: 78(69%) y Cr8: 42 (89.4%). Existen diferencias significativas entre los servicios y la mayoría de criterios. Cr1 ($p<0.001$), Cr2 ($p<0.001$), Cr3 ($p<0.001$), Cr4 ($p<0.001$), Cr4a ($p = 0.030$), Cr4b ($p<0.001$), Cr4c ($p < 0.001$), Cr5 ($p = 0.014$) y Cr7 ($p<0.001$).

Se siguieron durante la estancia 24 pacientes y se encontraron 20 complicaciones menores (salida líquido, sangrado o inflamación peritubo y dolor) y 7 mayores (29,1%): 4 enfisemas subcutáneos (16.7%), 1 pérdida (4,2%) y 1 desconexión del tubo (4.2%), 1 neumotórax (4.2%). No encontramos diferencias significativas entre el tipo de catéter utilizado y las complicaciones observadas.

Conclusiones: 1ª La calidad asistencial del proceso de atención a los pacientes con drenaje torácico es baja, 2ª la mayoría de criterios evaluados presentan incumplimientos elevados, 3ª se registra un elevado porcentaje de complicaciones mayores.

M45.04**ANÁLISIS DE RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL PROCESO ASISTENCIAL RADIOLÓGICO DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC). CONSTRUCCIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS Y APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS**

I. González Álvarez*, J. Aranaz Andrés, M. García Pérez, J. A. Seguí Llorens, J. López Moreno, J. E. Garramone Ramírez.

HOSPITAL U. SAN JUAN

gonzalez_isa@gva.es

Objetivo: identificar y analizar los riesgos asociados al proceso asistencial radiológico de la TC y elaborar un plan de diseño, implantación y diseminación de medidas preventivas.

Material y método: Se analizan los riesgos asociados al proceso asistencial de la TC: subproceso gestión de la solicitud y cita, realización de la exploración, realización del informe, recepción por médico solicitante. Se diseñan estrategias de prevención de riesgos analizados en el proceso y se lleva a cabo un programa de implantación y difusión de medidas preventivas mediante charlas breves, e información en carteles y en Boletín Mensual del Servicio. Se analizan los resultados de indicadores del proceso.

Resultados: reducción de la tasa de error en solicitudes sin etiqueta identificativa desde 2005 hasta Marzo 2008 en 37%. Cambios de ubicación de pacientes, sin previo aviso al Servicio de Radiología

mostraron variaciones relacionadas con el cambio de plantilla, el porcentaje de pacientes que han recibido información y firmado el consentimiento informado ha pasado de 85% a 97%. Las reacciones adversas al contraste han sido de 0.26%, la extravasación del contraste de 0.48%, la protección de zonas sensibles ha aumentado en la protección ocular un 45%, el gonadal 6%, el mamario 80%, y el tiroideo un 27%. En el subproceso III y IV, la realización del informe, archivo y recepción por el clínico estamos asistiendo, con la implantación del PACS y del SRV (sistema de reconocimiento de voz), a la aparición de riesgos relacionados con el error de transcripción del informe - cambio de paciente, pérdida de imágenes e informe por errores en la captura, todos ellos, actualmente, en fase de análisis. En la fase III, aquellos pacientes que presentan una patología grave u oncológica se introducen en un circuito de alta resolución creado en nuestro Servicio y con una casuística de 933 pacientes.

Conclusiones: Identificar y analizar los riesgos y sucesos adversos en el proceso asistencial de la TC ha permitido poner en marcha una serie de medidas preventivas y reducir los riesgos asociados. Se han modificado hábitos de trabajo mejorando la calidad de la asistencia prestada a nuestros pacientes. La formación de los profesionales participantes en el proceso y la constitución de equipos es crucial para el éxito de la implantación de una estrategia de gestión del riesgo.

M45.05**ANÁLISIS EN MODO DE FALLO Y SUS EFECTOS DEL PROCESO DE TRASLADO DE UN PACIENTE DEL QUIRÓFANO A REANIMACIÓN**

I. Portero Larragueta, A. Bartolomé Ruibal, A. Andueza Artal, N. Fernández Mañero, M. Jiménez Arribas, J. A. Paz García De Mateos.

Fundación Hospital Universitario de Alcorcon.

iporterol@yahoo.es

OBJETIVOS: mejorar el proceso actual de traslado de todos los pacientes sometidos a cirugía mayor de quirófano a reanimación con el fin de aumentar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y METODOS: se creó un grupo de análisis en modo de fallo y sus efectos con representación de las diferentes áreas implicadas, quienes realizaron un diagrama exacto de flujo del proceso de traslado de los pacientes de quirófano a reanimación. Se identificaron 54 modos de fallo a lo largo de las 4 etapas en las que se dividió el proceso de traslado (final de la anestesia, movilización del paciente a la cama, traslado e ingreso en reanimación). De cada modo de fallo identificado, se buscaron todas las causas potenciales, obteniendo un total de 197, que fueron analizadas individualmente y se calcularon los índices de prioridad de riesgo basados en la probabilidad de aparición, la potencial gravedad para el paciente y la probabilidad de detección de estos fallos. A raíz del análisis comparativo de los índices de prioridad de riesgo obtenidos para cada modo de fallo se evaluó la aceptabilidad de los riesgos derivados.

RESULTADOS: en los análisis preliminares de los resultados se objetiva que las etapas del proceso asociadas a modos de fallo con mayor índice de riesgo son aquellas relacionadas con fallos del material utilizado en el transporte, ya sea debido a un almacenaje inadecuado, a fallos en el mantenimiento o a falta de suministro. Así mismo se ha detectado un índice de riesgo elevado en la etapa de movilización del paciente, siendo este especialmente susceptible de sufrir eventos adversos graves derivados de los fallos analizados.

CONCLUSIONES: a raíz de los resultados obtenidos se proponen protocolos que regulen todo el proceso de suministro y almacenaje del material; así como planes alternativos a diferentes estamentos del hospital que minimicen los riesgos potenciales derivados de fallos ajenos al personal directamente implicado en los traslados.

M45.06**APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA**

G. Ramos Nadal, G. De Febrer Martínez, P. Salvador, I. Navarro Masegosa, E. Ruiz Sainz, P. García Peña.

Hospital Universitari de Sant Joan. Grup Sagessa.

gdefebrer@grupsgassa.com

Objetivos: Valorar la implantación de un sistema de notificación de errores medicación (EM) en una Unidad Sociosanitaria. Disponemos de un sistema de prescripción informatizado y de una distribución de

fármacos en dosis unitaria. Ingresos anuales de 460, estada media de 36 días.

Métodos: Filosofía : "No se trata de buscar QUIÉN, sino de analizar DÓNDE y CÓMO se produjo el error". Presenta tres características básicas: VOLUNTARIO, CONFIDENCIAL, INDEPENDIENTE.

Se valora los EM registrados durante su primer año de implantación (Mayo/2007-Mayo 2008). Se presentan los resultados en sesión.

Resultados: Nº de EM notificados: 112. Efecto de los EM: Inocuos (99,1%): Hechos o circunstancias que pueden ser causa de error 7 (6,2%), Error que no llega al paciente 79 (70,5%), error que no ha causado daño en el paciente 19 (17%), error que ha obligado a hacer un seguimiento al paciente: 6 (5,4%). Nocivos 1 (0,9%): Error que ha causado un daño temporal, reversible 1 (0,9%).

Causas: 1.- Prescripción (35,7%): Prescripción de dosis incorrecta 6 (5,3%) Prescripción incorrecta de principio activo 1 (0,9%). Prescripción médica verbal 17 (15,2%). Error de registro de la prescripción 16 (14,3%) (Laxantes y preparados nutricionales).

2.- Preparación (53,1%): Error de principio activo confusión genérico/nombre comercial 1 (0,9%). Error de dosis 13 (11,6%). Omisión 37 (33%) (En 6 casos por traslado informático del paciente). Error de preparación de una forma farmacéutica no adecuada 4 (3,6%).

3.-Administración (15,4%): Omisión 2 (1,8%). Administración de dosis no prescrita 8 (7,1%). Administración de dosis inadecuada 2 (1,8%). Error de técnica de administración 4 (3,6%). Error de principio activo 1 (0,9%).

Declarante: DUI 98 (87,5%). Médico 14 (12,5%).

Conclusiones:

-Prácticamente, los EM declarados no han provocado efectos nocivos y en el 70% de los casos han sido evitados.

-La mayoría de EM se han dado en la fase de Preparación, aunque los que han tenido mayor efecto sobre el paciente han sido los de administración.

-La prescripción informatizada ayuda a evitar los EM y modifica su frecuencia de aparición

-La notificación de EM es una herramienta útil para revisar y proponer medidas para evitarlos. (Administración automatizada, medicamentos fuera de guía o de la bandeja de administración).

-Se ha de crear una cultura profesional no punitiva de la notificación.

-La enfermera es el principal y último filtro para detectar errores de medicación.

-Los errores de medicación debidos a la administración deberían valorarse por otros métodos como un estudio observacional directo.

M45.07

AUMENTO DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES MEDIANTE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR SARM

M. G. Lucas Salmerón, M. L. Martínez Caballero, A. M. Sánchez Fernández, M. D. M. Alcalde Encinas, A. Martínez Blázquez.

Fundación Hospital, Cieza.

mariag.lucas@carm.es

OBJETIVOS: Nuestro hospital es un centro comarcal con 98 camas que dispone de 1 unidad de Medicina Interna, 1 unidad quirúrgica (enfermos de Traumatología y Cirugía General) y 1 unidad de media estancia con enfermos crónicos. En el año 2005 comenzamos a vigilar la incidencia de microorganismos multirresistentes de adquisición nosocomial, alertados por la alta tasa de resistencias del S. aureus a la metilina en dicho año (51%). Por esto se decidió:

1. Estudiar la evolución de SARM nosocomial entre los años 2005-2007 en las unidades de hospitalización de la Fundación Hospital de Cieza.

2. Conseguir la reducción de la incidencia de SARM nosocomial en las unidades de hospitalización de la Fundación Hospital de Cieza.

MÉTODO: Constitución del Equipo de Control de Infecciones encabezado por un facultativo y una DUE responsables de la vigilancia y control de la infección nosocomial (VCIN) y se instaura un plan. Recogida sistemática de todos los aislamientos de SAMR desde el laboratorio realizando seguidamente una ficha epidemiológica (datos identificativos del paciente, procedencia, fecha de aislamiento del SARM) y procediendo al aislamiento de contacto según protocolo. Búsqueda activa de casos recogiendo frotis nasal y de úlceras crónicas entre los pacientes con riesgo de SAMR (procedente de residencia sociosanitaria, ingresos múltiples) y a los compañeros de habitación de los pacientes diagnosticados. Creación de una base de

datos de pacientes diagnosticados en el hospital y de portadores de SARM para generar alerta informática en los reingresos. Revisión y actualización de protocolos de aislamiento de contacto y lavado de manos, con cartelería informativa en todo el hospital e instalación de dispensadores de soluciones alcohólicas en todas las habitaciones. Realización de charlas de formación tanto para personal sanitario como no sanitario. Se realiza una estadística mensual y anual.

RESULTADO: Incidencia de SARM nosocomial.

2005: 0.87 casos x 1000 estancias (18 casos).

2006: 0,6 x 1000 estancias (12 casos).

2007: 0,1 casos x1000 estancias (2 casos).

CONCLUSIONES: La incidencia de adquisición de SARM nosocomial continúa su tendencia decreciente desde que se instituyó la política de VCIN con detección y aislamiento de los pacientes portadores. Esto supone una mejora de la seguridad del paciente porque se reduce la transmisión de infección entre pacientes hospitalizados, disminuyendo la estancia hospitalaria.

M45.08

AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL

M. M.* Ortiz Otero, M. Terrón Cuadrado, E. García Puente, JM. González Ruiz, P. Serrano Balazote, J. Álvarez Rodríguez.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

mortiz.hflr@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: El "Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales" es una herramienta desarrollada para el Institute for Safe Medication Practice, que permite conocer los riesgos sobre medicamentos e identificar los puntos de mejora y planificar las medidas proporcionar una mayor seguridad del paciente.

OBJETIVO: Conocer la seguridad del sistema en el uso de de los medicamentos en nuestro hospital, considerado como un proceso complejo y multidisciplinar, y que precisa de la participación de todos los profesionales implicados para su evaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS: El cuestionario desarrollado en EEUU fue adaptado en España por la delegación del ISMP mediante un convenio de colaboración con la Agencia de Calidad del SNS. Este cuestionario evalúa la seguridad de las prácticas de utilización de los medicamentos a través de 231 puntos de evaluación, agrupados en 10 elementos clave. La autoevaluación realizada en nuestro Hospital, fue realizada por un grupo de 11 profesionales multidisciplinarios, en 4 reuniones de trabajo que supusieron 7 horas de trabajo conjuntas. Cada punto de evaluación se valoró según su grado de implantación. El peso de cada respuesta afecta a la seguridad y su capacidad para mejorar el sistema.

RESULTADOS: las puntuaciones obtenidas en nuestro Centro según los elementos clave contemplados en el Cuestionario fueron:

1. Información sobre pacientes: 54/128 (42.19%).
2. Información sobre medicamentos: 113/224 (50.45%).
3. Comunicación de prescripciones y otro tipo de información sobre medicación: 64/104 (61.54%).
4. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos: 69/112 (61.61%).
5. Estandarización, almacenamiento y distribución de medicamentos: 123.5/196 (63.01%).
6. Adquisición, utilización y seguimiento de dispositivos para la administración de medicamentos: 41/96 (42.71%).
7. Factores del entorno: 84/100 (23.43%).
8. Competencia y formación del personal: 37/140 (26.43%).
9. Educación al paciente: 40/72 (55.56%).
10. Programas de calidad y gestión de riesgos: 162.5/364 (44.64%).

La aplicación informática para la entrada de datos y obtención de resultados facilitó la comparación con el conjunto de todos los hospitales que participaron en el proyecto. En nuestro caso, se obtuvo una puntuación superior en comparación con la media de participantes de características similares.

CONCLUSIONES: Destaca la baja puntuación obtenida en el elemento clave referido a la competencia y formación del personal. El dato medio del resto de los Hospitales similares reflejaba la misma situación para dicho elemento clave.

M45.09**BASE DE DATOS ACCESS: MEJORAR LA CALIDAD EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE, ES POSIBLE****V. Plaza Hernández, Y. Pinedo Salazar, A. Ibáñez Torres, M. Gil Arraibi, A. Leciñana Andrés, M. D. P. A. Calvo Pérez.**

Hospital de Galdakao, Galdakao.

virginia.plazahernandez@osakidetza.net

Introducción: Desde el Servicio de Farmacia se envía una hoja específica, dónde se registran todo tipo de incidencias relacionadas con la medicación de los carros de unidades y que nos permite conocer cuales son y subsanarlas en el día. El personal de enfermería recoge toda la información de la hoja y la registra en una base de datos informatizada.

Objetivo: Disponer de datos concretos que nos permitan analizar y consultar diariamente cualquier incidencia relacionada con la medicación, para mejorar la calidad en la dispensación de medicamentos en los carros de unidades.

Metodología: Elaboración de la base de datos access.

Hoja de comunicación enviada diariamente a las unidades de hospitalización.

Revisión diaria de los carros de unidades en las unidades.

Anotación de las incidencias en la hoja de registro.

Por parte de la enfermería de tarde se subsanan todas las incidencias que se hayan producido.

Resultados: Días evaluados 63: nº de problemas 1349 con 1488 medicamentos implicados.

Problemas con medicamentos diarios: media de 21,41 con una desviación standard de 8,92, un mínimo nº diario de 6 y un máximo nº de 53.

Porcentaje diario de pacientes con problemas con medicamentos: una media de 6,90% con una desviación standard de 2,81%, y un mínimo diario de 2,23% y un máximo de 17,32%.

Problemas diarios por cada 1000 líneas de tratamiento: media de 7,57 con una desviación standard de 3,23 y un mínimo nº diario de 2,32 y un máximo nº diario de 19,65.

Causas y origen del problema etc. en gráficas.

Conclusiones: Se genera un circuito eficaz que permite mejorar la calidad en la dispensación unitaria.

Además tener una visión global de cuáles son las incidencias más habituales.

El poder acceder a la base de datos, nos permite saber de forma tanto conjunta como individualizada, cómo podemos mejorar en nuestro trabajo diario y aprender a no cometer los mismos errores en una puesta en común con el resto del equipo.

Nos permite ver otros campos de mejora en las unidades de hospitalización, ejem: notas de sustitución.

Detectamos problemas que implican a otros servicios, como informática o admisión.

Asegura que la medicación que se le envía al paciente sea la correcta.

M45.10**"BRIEFING" DE SEGURIDAD. HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UCI DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO****M. Chico Fernández, C. García Fuentes, S. Bermejo Aznarez, M. A. Alonso Fernández, D. Toral Vázquez, J. A. Sánchez Izquierdo Riera, E. Alted López.**

Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid.

murgchico@yahoo.es

OBJETIVOS: El "briefing" de seguridad es una herramienta de comunicación multidisciplinar sobre contenidos diseñados previamente. Describimos la experiencia con esta herramienta para la detección de incidentes y el establecimiento de mejoras en una UCI de Trauma. Se estudia la correlación de la actividad de la unidad con los incidentes comunicados.

MÉTODOS Estudio analítico de recogida de incidentes desde agosto/2007 hasta enero/2008. Se realizó una adaptación de la metodología de la herramienta y un periodo de formación para el personal. Se realizó en turnos de mañana y tarde. Los contenidos fueron seleccionados por la frecuencia de la comunicación voluntaria, realización de grupos focales y priorización del análisis modal de fallos y efectos previo. Se incorporo un estado de actividad de la unidad y

datos sobre la duración y horario de realización de la herramienta. Se clasificaron los incidentes por gravedad y evitabilidad (escala MRF2) y se utilizó metodología TRISS (Trauma Injury Severity Score) para el cálculo de probabilidad de supervivencia. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de centralización y dispersión. Estadística inferencial para comparación de variables cualitativas con chi-cuadrado. Paquete estadístico SPSS15.0. Bases de datos Access-Office Windows2003.

RESULTADOS: Durante este periodo se incluyeron 161 pacientes con ISS 24,9±17 (Injury Severity Score), 76,4% hombres con una magnitud del efecto aditivo de la metodología TRISS de 8,5 supervivientes/100pacientes atendidos ($p<0,05$). Se recogieron el 88.9% de los turnos posibles (249/280). El tiempo para la realización del briefing fue de 6.8±4.2 minutos. Se recogieron un total de 428 incidentes. La densidad de incidentes global fue de 45.47/100 días de estancia y de 12.77/100 para incidentes con alcance al enfermo. Los incidentes se relacionaron con medicación (18.9%), vía aérea y ventilación mecánica (14.9%), dispositivos (16.3%), equipos (14.7%), cuidados (15.8%) y traslados (7.4%). Se encontró diferencia estadísticamente significativa de más incidentes en los briefing realizados con 6 o más enfermos ($p<0,022$). Se pudieron establecer mejoras para la detección de material con alteraciones, protocolos sobre cuidados y control de tratamientos por turnos.

CONCLUSIONES: El "briefing" se muestra como una herramienta sencilla para la detección de eventos relacionados con la seguridad del paciente y base para el desarrollo de mejoras.

La distribución de incidentes es similar a la comunicada por otros medios en los servicios de Medicina Intensiva y se correlaciona con número de enfermos.

El estudio sirve para evaluar la aplicabilidad de herramientas de alto riesgo al campo de la salud.

M45.11**"BRIEFING" DE SEGURIDAD. INFLUENCIA EN LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UCI DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO****M. Chico Fernández, C. García Fuentes, S. Bermejo Aznarez, M. A. Alonso Fernández, S. I. R. José Angel, D. Toral Vázquez, E. Alted López.**

Hospital Universitario "12 de Octubre".

murgchico@yahoo.es

OBJETIVOS: El "briefing" (acto de comunicación con un documento escrito) es una herramienta de comunicación muy utilizada en industrias de alto riesgo, pero poco utilizada en medicina. Entre sus potenciales beneficios, está la posibilidad de influir en la cultura de seguridad de los profesionales que la realizan. Analizamos el efecto de la implantación de una herramienta, "briefing" de seguridad, en la cultura de seguridad de los profesionales de una UCI de Trauma y Emergencias.

MÉTODOS: Realizamos una encuesta de cultura de seguridad validada, antes y después de la implantación de esta herramienta durante un periodo desde agosto de 2007 hasta enero de 2008. Se utilizó la encuesta del proyecto ECHOs - Fundación Avedis Donabedian, anónima, diseñada para proporcionar el conocimiento básico y herramientas desde el punto de vista de los profesionales implicados en la atención, sobre seguridad del paciente de un área de trabajo. La encuesta explora el área de trabajo, la supervisión, comunicación, frecuencia de eventos, nivel de seguridad, tipo de hospital y, número de eventos notificados, con una escala de tipo Likert de 5 puntos. La encuesta pre se repartió en la formación de la herramienta. La encuesta post tras la presentación de los primeros resultados. Se asignó una puntuación a las respuestas de la encuesta y se realizó una comparación de medias con la "t de Student" (significación $p<0,005$) Paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS: Durante este periodo se atendieron 161 pacientes con trauma grave y se realizaron 249 registros de "briefing" de un total de 280 posibles (88,9%), en turnos de mañana y tarde. Se analizaron 52 (75,36%) encuestas "pre" y 57 (82%) "post" de un total de 69 profesionales (adjuntos, residentes, enfermeras y auxiliares de enfermería). Se observaron cambios estadísticamente significativos en la mejora de la cultura de seguridad en las puntuaciones relacionadas con el trabajo de manera activa para la mejora de seguridad, pérdida del carácter punitivo de la comunicación, reducción de problemas de seguridad y la mejora de los sistemas para

seguridad. También en todos los apartados relacionados con la frecuencia de eventos notificados (antes de que ocurran, ya sucedidos y los notificados en el último año).

CONCLUSIONES: Se constata la influencia favorable del "briefing" en aspectos importantes de la cultura de seguridad de los profesionales implicados en su realización.

Además este cambio alcanza a los diversos colectivos implicados en la atención al paciente.

M45.12

BUSCANDO LA CALIDAD EN LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES

E. Prats Alonso, M. J. Bueno Domínguez, L. Colomé Figuera, N. Arbonés, L. Nualart Berbel.

Fundació RECERCA. Grup Sagessa.
eprats@grupsagessa.com

Objetivos:

a.- Presentar los resultados del funcionamiento de un buzón de notificación de incidentes.

b.- Valorar la calidad de las notificaciones y su rendimiento.

Material y métodos: Se revisan las 126 notificaciones recibidas, en 33 meses, en el buzón de seguridad clínica. Este buzón es de acceso interno (intranet). La declaración es voluntaria y anónima. El sistema informático garantiza la anonimización automática del declarante. Las premisas son confidencialidad y indemnidad.

Tres investigadores examinan las declaraciones valorando: A) grado de cumplimiento, B) claridad y sencillez de la descripción inicial C) sucesión de acontecimientos y factores que pudieron causar o contribuir al incidente, D) congruencia de la atribución del grado de gravedad, y E) propuesta de soluciones para prevenir otros casos similares. Se otorga un máximo de 10 puntos a cada declaración. 1 para A), 2 para B) 3 para C), 1 para D) y 3 para E).

Resultados: Se recibieron 126 notificaciones de 9 centros: 5 hospitales, 3 ABS y una residencia.

Por tipos de error, el más frecuente fue la prescripción y administración de fármacos (49,5%) seguido de procedimientos erróneos (15,5%) y dificultades en los medios disponibles (13%). El 81,5 % fueron inocuos (incidentes), 16,5% fueron nocivos con daños leves y 2,4% graves.

El 4,7% de las notificaciones obtuvo 8p. 10,3% 7p, 25,4% 6p, 35,7% 5p, 20,6% 4p, y 3,1 3p.

Los apartados más cumplimentados fueron: fecha del incidente (96%), centro (94%) y descripción breve (94%). Los menos: posibles causas (71%) y medidas correctoras de futuro (64%).

Conclusiones:

1.- Después de más de tres años de funcionamiento, el buzón de notificaciones tiene un flujo de entradas bajo, pero su uso se mantiene en el tiempo y no genera malestar ni rechazo.

2.- Sus contenidos suministran, a las Comisiones de Seguridad clínica de los centros, material para propuestas de mejora y emisión de avisos.

3.- Los porcentajes de tipos de error declarados son semejantes a los descritos en la literatura. De forma inesperada se notifican algunos incidentes graves.

4.- La calidad de las declaraciones es muy mejorable. Tan solo una tercera parte permite un análisis en profundidad de las circunstancias del caso y aprender del mismo (análisis de causa-raíz).

5.- Al tiempo que se continua fomentando el uso de las notificaciones, deben llevarse a cabo acciones formativas para mejorar la calidad de las mismas.

M46.01

REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA Y CORONARIOGRAFÍA COMO INDICADORES DE ACCESO A RECURSOS MÉDICOS EN MUJERES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

E. Castilla Cabanes, I. Lacambra Blasco, J. Gimeno Garza, C. Fernández Del Prado, M. P. Portero Pérez, A. Del Río Ligorit.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
elena_castilla@hotmail.com

Objetivos: Analizar: 1. Si la realización de una técnica incruenta y económica que aporta importante información pronóstica, como la ecocardiografía, y 2. Si la realización de coronariografía, técnica invasiva y cara pero con valor terapéutico demostrado, son

infrautilizadas en mujeres mayores con infarto agudo de miocardio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional en mujeres ingresadas en nuestro servicio de forma consecutiva, entre 1 de enero del 2005 y 31 diciembre de 2006 (antes de la introducción en nuestra Comunidad Autónoma del programa TRIAMAR), con el diagnóstico final de infarto agudo de miocardio con y sin onda Q. Se evaluaron características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas. Se monitorizó la realización de ecocardiograma transtorácico y coronariografía diagnóstico-terapéutica durante su ingreso hospitalario, como indicadores que permitirían detectar problemas de accesibilidad a los recursos médicos de las mujeres de mayor edad.

Resultados: Se analizaron un total de 235 mujeres durante el período de seguimiento, con una media de edad de 76+10,6 años, de las cuales 94 (40%) eran menores de 75 años y 141 (60%) mayores de 75 años. Se realizaron un total de 164 ecocardiogramas: al 73% de las menores de 75 años y al 67% de las mayores de 75 años con una p=0,32, lo que no supone una diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a coronariografía se llevó a cabo en 82 mujeres, el 61,7% de las menores de 75 años y el 17% de las mayores de las mayores de 75 años, con p<0,001.

Conclusión: No se ha detectado infrautilización de una técnica diagnóstica no agresiva y económica, como la ecocardiografía, en mujeres con infarto agudo de miocardio en relación a la edad. Por el contrario, la coronariografía se realizó con mucha menos frecuencia en las mayores de 75 años. El programa TRIAMAR (Terapia de revascularización del infarto agudo de miocardio con elevación del ST en Aragón), en uno de sus puntos, incide en la revascularización mecánica urgente del grupo de mujeres mayores de 75 años, por lo tanto, la puesta en marcha de este proyecto supone claramente una mejora en la accesibilidad de estas mujeres a la coronariografía.

M46.02

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. OPERATIVA DES DE LA REGIÓN SANITARIA BARCELONA (RSB) DEL CATSALUT

J. L. Piqué Sánchez, C. del Amo, A. González, C. González, R. Gutiérrez*.

Regió Sanitària Barcelona. CatSalut.
jllpique@catsalut.cat

Objetivo: Implantar el procedimiento que garantice el derecho del ciudadano a obtener una segunda opinión médica en el ámbito territorial de la RSB, garantizando la correcta gestión y agilidad de ejecución.

La RSB representa el 68,44 % del total de la población de Cataluña con 5.012.967 asegurados, estructurada funcionalmente por diferentes Direcciones, siendo una de ellas la Dirección de Atención al Ciudadano (DAC) con 4 sedes que aglutinan sectores territoriales. Material: El Decreto 125/2007 de 5 de junio que regula el ejercicio del derecho a obtener una segunda opinión médica.

Aplicación informática de registro y seguimiento de solicitudes.

Tecnología de comunicación de envíos "sms" a los solicitantes.

Métodos: Análisis del circuito de trámite de solicitud, entre el ciudadano, el centro hospitalario que está tratando al paciente, la RSB i el centro hospitalario que deberá emitir una segunda opinión médica. Explotación de datos de la aplicación informática de registro y seguimiento. Envío al solicitante vía sms de un texto informando del sentido de la resolución.

Resultados: (actualizaremos datos en la presentación a septiembre). Período del 6 de junio al 30 de abril 116 solicitudes, 87 autorizadas y 29 denegadas. Tiempo medio de resolución 2 días. Más del 50 % de los motivos de solicitud son por causas diferentes a la orientación diagnóstica o confirmación terapéutica.

Pendiente de obtención de resultados sobre la satisfacción del ciudadano en relación al envío de sms.

Conclusiones: Implantación satisfactoria del ejercicio del derecho a segunda opinión médica, en la Región Sanitaria de Barcelona (RSB) del Servei Català de la Salut (CatSalut) por parte de la Direcció de Atenció al ciutadano (DAC) reduciendo los plazos de gestión establecidos por Decreto. Agilidad y rapidez de la información al solicitante utilizando tecnología por telefonía móvil. Superada la primera fase evaluativa, en relación al registro, resolución e información de solicitud, resta implantar una segunda fase de evaluación sobre la retroinformación respecto a la gestión en la emisión de informe de segunda opinión por parte del centro receptor, en sus variantes cuantitativas y cualitativas.

M46.03

TELEDERMATOLOGÍA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

S. E. Marrón Moya (0), L. Tomás Aragonés (1), M. Navarro Lucía (1), J. L. Gascón Brumos (1), J. A. Delgado (1), F. Aganzo López (1).

(0) HOSPITAL ERNEST LLUCH, (1) HOSPITAL ERNEST LLUCH.
 semarron@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1º Instaurar la tele dermatología sincrónica por medio de videoconferencia en vivo. 2º Poner en marcha el e-learning en dermatología por medio de la grabación y difusión de sesiones clínicas "on line". 3º Explorar la posibilidad de "instaurar la segunda opinión" mediante tele dermatología.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1º Constitución de un equipo de mejora. 2º Análisis de los antecedentes existentes en la unidad clínica de dermatología de la actividad previa realizada con tele dermatología asincrónica (store and forward) que se viene realizando desde 1998. 3º Evaluación de las necesidades. 4º Análisis del proceso. 5º Elaboración de un Protocolo. 6º Evaluación de las diferentes pruebas de carga realizadas previamente con la tele dermatología sincrónica. 7º exportación de resultados preliminares obtenidos con tele dermatología sincrónica en situación asistencial real.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO: 1º Constitución del Equipo de Mejora. 2º Confección del Protocolo. 3º Puesta en funcionamiento del Protocolo. 4º Identificación de citas específicas en la agenda de Dermatología para la actividad. 5º Evaluación de los antecedentes obrantes en la unidad sobre tele dermatología asincrónica desde 1998 hasta la fecha. 7º Datos obtenidos de las pruebas de carga realizadas en octubre de 2007, en marzo y en mayo de 2008 de la actividad, esta última en situación clínica habitual de pacientes de consulta externa entre la unidad clínica de dermatología y el centro de salud de Villarroja de la Sierra. 8º Definición y diseño de las sesiones clínicas "on line".

CONCLUSIONES: 1º Es una iniciativa pionera en Aragón. 2º Mejora la calidad de la asistencia. 3º Mejora la percepción de calidad de la asistencia por parte del paciente. 4º Favorece la dinámica de los procesos asistenciales. 5º Optimiza los recursos disponibles. 6º Mejora la percepción de calidad de los profesionales. 7º Es una actividad factible. 8º Estamos en vías de comprobar si es fiable por medio de un estudio específico diseñado para comprobarlo en el que se utiliza como "gold standard" el diagnóstico realizado físicamente por el dermatólogo o en su defecto el obtenido mediante biopsia y estudio anatomopatológico del proceso cutáneo en cuestión.

M46.04

UN AÑO TRIANDO... DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE EN LA URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. García Ribes (0), A. Charlot Fernández (1), A. García Marrón (0), M. Trueba Costas (0), R. Fernández Causo (0), V. Vega Toca (0).

(0) Servicio Cantabro de Salud, (1) Osakidetza.
 gribesm@gmail.com

Introducción: La masificación de los servicios de urgencias de Atención Primaria (SUAP) es una de las causas principales de las quejas de los usuarios así como de burnout entre los profesionales sanitarios. Como la mayor parte de las urgencias atendidas en los SUAP son demorables, la puesta en marcha de un sistema de triaje podría racionalizar la atención en estos servicios.

Metodología: Se diseñó un sistema de triaje estructurado en 50 motivos de consulta con árbol de toma de decisiones (según edad y síntomas/signos) y 3 niveles de atención según la gravedad (A:inmediata,B:intermedia,C:demorable). El DUE cuenta con glucometer, esfigmomanómetro, combur test, y material de curas para clasificar al paciente.

Resultados: De los 33.384 pacientes (media diaria 91) atendidos en un año, fueron triados el 81%, clasificándose en A:5,6%, B:10,4%, y C:84%. Tiempo medio de espera B:13'/C:34' (10' y 25' en los pacientes pediátricos). El equipo de Atención Primaria "repescó" al 7,3% de los pacientes de categoría C. Las reclamaciones de los usuarios han disminuido un 30%, y un 73% consideran que el triaje ha mejorado la atención. El grado de satisfacción en médicos / DUE / administrativos es de 9/10, 7/10 y 8/10 respectivamente.

Conclusiones:

- 1.- El triaje mejora notablemente la atención en los SUAP, disminuyendo la demanda y ajustando los tiempos de espera a la gravedad y edad de los pacientes.
- 2.- Estos sistemas han de diseñarse de forma específica, o bien adaptarlos a las características de estos servicios así como a las de la demanda.
- 3.- El personal idóneo para realizar el triaje en estos servicios es el DUE.

M46.05

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH). COMPARACIÓN ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE (PI) Y POBLACIÓN AUTÓCTONA (PA)

F. Pallarés Sisamón (0), C. Noya Castro (0), T. Fernández Rodríguez (1).

(0) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, (1) UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
 fpallares@auna.com

Objetivos: Cuantificar la demanda asistencial de un SUH, y determinar si existen diferencias entre PI y PA. Analizar posibles diferencias en el nivel de urgencia entre PI y PA. Cuantificar el volumen de ingresos y estudiar posibles diferencias entre PA y PI.

Metodología: Tipo de estudio: Observacional descriptivo.

Población: Pacientes que acudieron a urgencias durante el año 2007 y se les realizó triaje. Recogida de datos: Los datos se obtuvieron del servicio de informática a través de huella digital del SHU. Análisis estadístico: Programa estadístico SPSS versión 15.0.

Para variables cualitativas: Porcentaje (Chi-cuadrado).

Para variables cuantitativas: Media +/- desviación estándar (U Mann-Whitney).

Se consideró que existían diferencias significativas cuando la $p < 0,05$. Resultados: El total de la población estudiada es $n = 92.635$, donde el 53,1% son mujeres y el 12,7% hombres.

El 87,3% que acude al SUH es Población Autóctona con una media de edad de 55,1 años IC 95% [55-55,3] y el 12,7%. Población Inmigrante con media de edad de 34,7 años IC 95% [34,5-34,9].

Según el nivel de complejidad por el que acuden al SUH, los pacientes autóctonos alcanzan porcentajes bastante superiores en niveles II-III (mas graves); en el primer caso con una diferencia del 10,1% y, en el segundo, del 8,2%; por el contrario, tanto en nivel IV -V (mas leves) son los inmigrantes los que presentan porcentajes superiores, con diferencias respectivas del 12,8% y del 5,6%.

Respecto a los ingresos desde el SUH, el 15,1% es PA y el 5% es PI. Conclusiones: La población inmigrante acude a los SUH con un nivel de urgencia mas bajo que la población autóctona y tiene un menor nivel de hospitalización.

La barrera idiomática, precariedad laboral, miedo a las autoridades, oficialidad si se está en situación irregular, la cultura sanitaria propia, la conciliación con los horarios de trabajo, así como el desconocimiento de la organización y entrada al sistema sanitario hacen que la p. inmigrante no utilice la atención primaria de forma adecuada y acuda a los SUH mayoritariamente por cuadros leves ,de baja complejidad (IV-V) lo que implica que el numero de ingresos sea menor.

Es prioritario poner en marcha programas informativos sobre el acceso y la utilización de los recursos sanitarios Españoles.

M46.06

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA ADAPTADO PARA EL CONTROL DE LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

M. L. Mateo Lázaro, F. Berisa Losantos*.

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.
 mimateol@salud.aragon.es

Objetivos: Adecuar el tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria (O2d) en nuestra Área de Salud (AS) a las normativas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), utilizando recursos tecnológicos.

Material y Métodos: Durante el año 2005 se procedió al análisis de la situación de la O2d y su adecuación a la normativa de la SEPAR y se mantuvieron reuniones informativas con los profesionales potenciales prescriptores. En el año 2006 se pone en marcha un protocolo de

control con los siguientes puntos clave: Por correo electrónico la empresa suministradora notifica diariamente las altas y bajas a un neumólogo, quien a la vez supervisa los informes clínicos emitidos por los facultativos. Si no cumple criterios, este especialista utiliza fuentes de información del centro hospitalario, como historial clínico (HPDoctor) y de laboratorio (INTRALAB). Si no confirma criterios para tratamiento, se contacta con el médico que lo ha indicado, para que aporte información o remita al paciente a consulta. En los casos de O2 provisional que transcurrido el tiempo previsto no se retira, se recuerda por vía telefónica que ha de enviar justificación o proceder a su retirada.

Resultados: Durante los años 2006 y 2007 se evaluaron 557 y 659 indicaciones. La edad media de los pacientes era de 77 años, predominando los hombres (55 y 59 %). El número de días(d) facturados, que había ido incrementándose de forma progresiva en los últimos años (107.389 d en 2003, 128.712 en 2004 y 146.830 en el 2005), disminuyó a 143.437 d en el 2006 (-3.393 d) y a 127.228 en el 2007 (-16.209 d). Precizaron acudir a consulta externa, exclusivamente para confirmar criterios, 37 y 28 pacientes respectivamente. De un 48 % de casos con falta de control en el 2005 se pasa al 7,3% y 5,3 % en 2006 y 2007. Aunque el número de prescripciones se incrementa cada año, no lo hace el número de días facturados.

Conclusiones: Esta terapia esta claramente regulada pero se incumple con mucha frecuencia. El control según nuestro protocolo ha permitido que se utilicen mejor los recursos y disminuya el gasto. La utilización de los medios tecnológicos actuales facilita esta labor, evita desplazamientos a los pacientes, en muchos casos difíciles y penosos, y libera de sobrecarga al laboratorio y a la consulta de neumología.

M46.07

TRAYECTORIAS CLÍNICAS: DISEÑO DEL MODELO PARA UN CENTRO HOSPITALARIO

R. M. Sabater Raga, E. Mico Reyes, M. Felip Saborit, L. Molero Hernández, D. Suriñach, A. Aloy.

HOSPITAL GENERAL GRANOLLERS.
rsabater@fhag.es

Objetivos: Las vías clínicas nos han de permitir disminuir la variabilidad clínica, potenciar el trabajo en equipo y mejorar la calidad asistencial con la adecuada utilización de los recursos disponibles. El objetivo de este estudio es describir las diferentes fases que hemos seguido para elaborar el Modelo de Vías Clínicas, denominadas en el Hospital General de Granollers Trayectorias Clínicas (TC), y mostrar el Modelo resultante.

Material y métodos: Nuestro hospital dispone de 350 camas hospitalarias, y es de referencia de la comarca. A partir del análisis de la situación y con la finalidad de seguir avanzando en la mejora continua de la calidad, desde las direcciones asistenciales, Dirección de Enfermería y de Calidad, se impulsó en 2007 un cambio de metodología de trabajo desde las perspectiva multidisciplinar (curas de enfermería, diagnóstico y tratamiento médico) estableciendo un modelo propio e interno de TC. Se utilizó la metodología de la "Gestión por Procesos". Se realizaron distintas actuaciones y reuniones para promover el cambio cultural de funcionamiento y de trabajo.

Resultados: Las actuaciones realizadas fueron las siguientes: a., revisión bibliográfica; b., visita a centros con TC implantadas; c., utilización del modelo patrones funcionales de Marjory Gordon; d., uso de la taxonomía NANDA NIC-NOC; e., y elaboración del formato de las TC, dirigidas a todo el equipo asistencial (médico, enfermera y otros) distinguiendo entre TC médicas y quirúrgicas, creando las denominadas TC genéricas. Para la elaboración y difusión de la TC se realizan reuniones multidisciplinarias donde se decide: qué, quién y cuando se realizan las actividades; los objetivos médicos y de enfermería; y los indicadores de calidad a conseguir. Previa a la implantación definitiva se procede a realizar una prueba "piloto" monitorizada. En los últimos meses hemos implantado y revisado 2 TC médicas y 1 quirúrgica.

Conclusiones: La definición previa de las diferentes fases en el desarrollo de la TC nos ha permitido adaptarnos a nuestra realidad, facilitando tanto la implicación de los diferentes profesionales en el momento de su elaboración como en la posterior aplicación de esta nueva metodología de trabajo. El modelo resultante nos ha permitido utilizar esta metodología tanto en el ámbito quirúrgico como médico,

adaptándose a las peculiaridades de cada área. Creemos recomendable y necesario que la institución tenga definido un modelo adaptado o propio de TC antes de iniciar todo el proceso.

M46.08

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) MÉDICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J. A. Veras Sanz, E. Sánchez Haya, E. Elosegí Vallejo, M. J. Preciado Barahona, O. Albizua Uriondo, M. C. Martínez Cocho.

Hospital Donostia, San Sebastián.

JOSEANTONIO.VERASSANZ@osakidetza.net

INTRODUCCION: Los grandes hospitales se enfrentan constantemente a problemas de falta de camas debido a la gran demanda existente de las mismas tanto para la actividad programada como para los ingresos urgentes. Una alternativa eficiente a la hospitalización convencional son las UCEs, inicialmente concebidas para la actividad quirúrgica pero que, cada vez más, están siendo creadas para albergar pacientes con patología médica. Se describen los datos de la UCE Médica abierta en nuestro hospital como respuesta a la creciente demanda de camas para enfermos con patología urgente médica. Se estableció como objetivo una estancia media menor de 5 días.

METODOLOGIA: se recogieron datos de la UCE Médica entre diciembre y marzo. Los datos son epidemiológicos (sexo, edad), ingresos diarios, estancias medias, patologías ingresadas y las incidencias reseñables.

RESULTADOS: Un 52% de los pacientes eran hombres; un 80% eran mayores de 65 años mientras que tan sólo 10 pacientes tenían entre 14 y 30 años. Los ingresos medios diarios variaron entre 1 (sábados) y 3 (miércoles). Un 75% de los pacientes permanecieron ingresados entre 2 y 4 días. Sólo 5 pacientes lo estuvieron 10 ó más días. Las patologías más frecuentemente ingresadas fueron: infección respiratoria, reagudización BNCO, neumonía, insuficiencia cardíaca y celulitis. Estas 4 patologías representan un 75% del total. La estancia media general fue de 3,93 días. El índice de ocupación, un 70% y las altas a domicilio, 93,5%. Entre las incidencias reseñables, destacan 2 exitus, 2 pacientes que pasan a Intensivos, 4 que pasan a Hospitalización Convencional, 11 pacientes dados de alta con seguimiento por Hospitalización a Domicilio y 4 que pasan a Media Estancia.

CONCLUSIONES: Las UCEs médicas se presentan como una alternativa eficiente a la Hospitalización convencional en los grandes hospitales. La Unidad abierta en nuestro hospital cumplió con creces los objetivos fijados, presentando una estancia media de 3,93 días. Las patologías ingresadas con más frecuencia fueron de origen respiratorio (infección respiratoria, neumonía y reagudización BNCO). También la insuficiencia cardíaca y la celulitis. El bajo índice de ocupación que presentó nuestra UCE se debió fundamentalmente al bajo número de ingresos desde urgencias. Consideramos que, en nuestro hospital, la experiencia ha sido, en líneas generales, positiva y que debe continuar en el tiempo.

M46.09

VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LA UFISS DE GERIATRÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

C. Cros Garrido, G. De Febrer Martínez, I. Navarro Masegosa, G. Ramos Nadal, E. Ruiz Sainz, S. Jara.

Hospital Universitari de Sant Joan.

gdefebrer@grupsgassesa.com

METODOLOGÍA: La UFISS de Geriatria realiza diversas funciones, principalmente la valoración de pacientes geriátricos ingresados en el hospital de agudos y la gestión de casos para agilizar el mejor recurso al alta. Se debe mantener una relación constante con los diferentes servicios asistenciales para adecuar la coordinación y mejorar la proactividad. Para conocer el grado de satisfacción de los diferentes servicios asistenciales hospitalarios respecto a la UFISS de Geriatria y su evolución en el tiempo, se diseñó una encuesta con respuestas gradual y analógica de: 1 (poco satisfactorio) a 5 (muy satisfactorio). La encuesta se realiza de forma periódica, año 2006 y 2008. Se analizan los resultados, se comparan y se proponen acciones de mejora. Encuesta: 1. ¿Sabes como realizar una consulta a la UFISS? 2. ¿Has derivado algún caso a la UFISS de Geriatria?

3. ¿Te han resuelto la situación? 4. ¿Crees que el tiempo des de que hiciste la consulta, hasta que se valora el caso, es aceptable? 5. ¿Crees que la UFISS de Geriátria indica y utiliza correctamente los recursos externos del Hospital?

RESULTADOS: Participación de los Servicios asistenciales: a. 2006: 35 profesionales. a. 2008: 31 profesionales. Respuestas: 1ª pregunta: Puntuaciones 4-5 Año 2006 -54,3%, Año 2008 - 96,7% . 2ª pregunta: puntuaciones 4-5: Año 2006 - 74,3%. año 2008 - 96,8%. 3ª pregunta: Puntuaciones 4-5 Año 2006 - 82,8%, año 2008 - 100%. 4ª pregunta: Puntuaciones 4-5: Año 2006 - 62,9%. año 2008 - 71,1%. 5ª pregunta: Puntuaciones 4-5 Año 2006 - 74,3%. año 2008 - 93,6%. Los pacientes valorados por la UFISS de geriatría han aumentado de 465 en el año 2005 a 544 en 2007. (aumento del 17%). Manteniéndose estables los tiempos de valoración y de resolución de los casos.

CONCLUSIONES:

- La UFISS de Geriátria ha mejorado el grado de satisfacción de los servicios asistenciales con los que colabora.

-La pregunta que hace referencia al tiempo transcurrido de la valoración es la que se dan peores puntuaciones.

-Creemos que es necesario la realización periódica de las encuestas para monitorizar la percepción subjetiva de las profesionales atendidos.

-La mejora percibida está en relación al hecho de aumentar el número de casos atendidos manteniendo los tiempos de valoración y resolución.

- Es conveniente registrar los tiempos en que se realiza la valoración y se resuelve el caso para mejorar la sensación subjetiva del profesional.

M46.10

VALORACIÓN TELEFÓNICA URGENTE EN ONCOLOGÍA: GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL PACIENTE QUE CONSULTA POR VÓMITOS

E. Coma, S. Zayas, R. Comabella, V. De La Torre, A. Armisen, I. De La Haba.

INSTITUT CATALA DE ONCOLOGIA. HOSPITAL DURAN Y REYNALS.

ecoma@iconcologia.net

Introducción: Los vómitos, ya sea por toxicidad de los tratamientos oncológicos o por la enfermedad de base constituyen un síntoma muy prevalente en los pacientes oncológicos. El Institut Catalán de Oncología ha elaborado una guía de actuación específica que se inicia en la valoración telefónica de los casos.

Objetivos: Analizar los resultados de la aplicación de una guía de valoración telefónica del paciente oncológico y que presenta vómitos. **Métodos:** Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo. Periodo: 1 de mayo al 31 diciembre 2007. **Ámbito:** Hospital oncológico de 3er nivel con un área de referencia de 1 millón de habitantes. **Población:** pacientes atendidos telefónica y/o presencialmente en la Unidad de Soporte y Atención Continuada (USAC). **Metodología:** Descripción de la guía de actuación ante el paciente que consulta por vómitos. Descripción de los resultados clínicos y análisis de las aportaciones de la valoración telefónica inicial. **Análisis estadísticos:** programa Epi-Info 3.0.

Resultados: Se han atendido 150 consultas por vómitos. El 50% eran mujeres. El 68% recibían quimioterapia. Entre las enfermedades de base destacan el cáncer (C) gástrico (16%), C.mama (15%), y C.pulmón (11%). El acceso se realizó telefónicamente (CVT) en el 73% de los casos y el resto acudieron directamente a la USAC sin llamada previa (SVT). De los pacientes que accedieron CVT, el 52% recibieron un consejo de salud y el alta telefónica, el 33% se derivaron a visita urgente a la USAC, el 5% al servicio de urgencias hospitalarias (SUH) y el 7% al Área Básica de Salud. Cuando analizamos los pacientes remitidos a la USAC CVT y el grupo que acudieron SVT encontramos una tendencia a una necesidad de ingreso más baja en los pacientes que acuden SVT (22% STV vs 36% CVT, p=0,14) y una tasa de derivaciones al SUH más alta cuando el paciente acude SVT (3% CVT vs 5%SVT p=0,5). En el 16% de los casos se realizó un seguimiento telefónico, el 12% presentaban un empeoramiento y se les citó a visita urgente.

Conclusiones:

1.- La aplicación de nuestra guía permite realizar un manejo domiciliario del síntoma evitando el desplazamiento del paciente en la mitad de los casos.

2.- Cuando el paciente consulta SVT el porcentaje de altas a domicilio y de traslados al SUH es superior lo que implica desplazamientos innecesarios.

3.- La aplicación de la guía y el seguimiento de casos permite detectar situaciones de riesgo y la necesidad de una revaloración clínica.

M46.11

SISTEMÁTICA DE CAPTURA DIGITAL Y TABULACIÓN AUTOMÁTICA DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS EN LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

I. Arbusá Gusi* (1), F.J. Peso Arenas (1), J.C. Gómez Sandin (2), A. Rendé (3).

(1) Dirección Asistencial Clínicas de Catalunya. (2) Dirección de Sistemas de Información de Clínicas de Catalunya. (3) Docto Data. Hospital Universitari Sagrat Cor - L'Aliança, Barcelona.

iarbusa@cliniquesdecatalunya.co

Introducción y justificación: Aquellos que asumen las responsabilidades de atención al usuario, saben de las dificultades de la gestión de la captura de la opinión de los pacientes.

Desde Clínicas de Catalunya se ha abordado el tema para facilitar el proceso de gestión de las encuestas, centralizando el diseño de cuestionarios y su distribución, la recepción de encuestas contestadas, su tabulación y el retorno de resultados.

Objetivo: Establecer una plataforma de captura de datos basada en la digitalización de los cuestionarios contestados de todos los centros y para todos los ámbitos con generación automática de resultados.

Desarrollo: Con el soporte de la empresa Docto Data se llevó a cabo un análisis de las diferentes soluciones posibles y finalmente se optó por:

- Software (ASCENT CAPTURE) para administrar y gestionar los procesos de creación y configuración de LOTES de documentos mediante ajustes de digitalización, reconocimiento de marcas, transferencia de datos y diseño de las plantillas de los cuestionarios.
- Escaner Kodak i1220 de digitalización para la captura de las imágenes de las encuestas cumplimentadas.
- Elaboración de una base de datos (ACCESS) como receptora y administradora final de la información transferida desde el Gestor de Lotes de ASCENT CAPTURE para la consulta y extracción de los resultados de las encuestas de cada centro.
- Diseño y adaptación de las plantillas de los cuestionarios al programa de captura de datos habiendo consensuado previamente el contenido de los diferentes formularios.

En la actualidad, el proceso completo se realiza de forma automática en el mismo día de la recepción de los cuestionarios.

Conclusiones: Los Centros de Clínicas de Catalunya han agilizado la realización de las encuestas, siendo responsabilidad de estos garantizar que el paciente conteste para, una vez recogidas, canalizar el envío de las encuestas hacia un único punto de recepción desde donde se realiza la totalidad del proceso para obtener los resultados finales listos ya para su análisis.

El principal inconveniente es la necesidad de analizar, a través de la imagen, los comentarios manuscritos aportados, ya que el lector digital no los distingue con suficiencia.

M46.12

VOZ DEL PACIENTE: POLÍTICA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

R. Villa Valle, A. Chueca Ajuria, I. Gallego Camiña, J. Guajardo Remacha, S. Sarrionandia Azaola, K. Solozabal Orbegozo.

Hospital de Galdakao, Galdakao.

REBECA.VILLAVALLE@osakidetza.net

Objetivo: Definir una política de información al paciente homogénea para el Proceso de Hospitalización del HGU. La necesidad surge de los resultados de las encuestas a paciente, de las visitas a planta y de los hallazgos obtenidos en las auditorías Internas y externas que decía: "No se ha definido en el sistema una política de información al paciente que especifique sobre qué aspectos y en qué momentos se debe informar a paciente o familiar".

Método: 1) Análisis de los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción de pacientes: la valoración positiva de la información dada a paciente en su acogida ha disminuido con respecto al 2007 un 20%. Disminuye también la valoración positiva de la información dada por el personal sanitario. 2) Informe de diagnóstico de situación: a

través de una entrevista semi-estructurada a 12 miembros del hospital (4 facultativos/as, 4 enfermeras/os, 3 celadores y 1 administrativo/a) y obtención de conclusiones. 3) Técnicas cualitativas de consenso del equipo de proceso y la Dirección: presentación de las conclusiones reflejadas en el informe de diagnóstico y consenso.

Resultados: 1) Informe de diagnóstico recoge: 1.1 Definición de los momentos de información durante la estancia (cuándo): citación, llegada al hospital, ingreso, llegada a planta, primera visita, pruebas diagnóstica, tratamiento, cuidados, pase de visita, traslados, interconsultas, alta y cuidados al alta. 1.2 Identificación del interlocutor (quién). 1.3 Conocer que tipo de información se le da a paciente en cada momento identificado (qué). 1.4 Cómo se le proporciona y documentación escrita que se aporte (cómo). 2) Análisis: Presentación de las conclusiones en la reunión del equipo de proceso. Existe una gran variabilidad entre servicios y entre personal de un mismo estamento. Con ello se constata lo evidenciado en las visitas a planta. 3) Definición y distribución de la política por parte de la Dirección a través de las herramientas de comunicación internas del hospital: revista, intranet, reuniones con mandos intermedios y boletín informativo.

Conclusiones:

- 1) El ámbito de la información a paciente constituye un área de las encuestas que siempre figura con claras oportunidades de mejora.
- 2) El enfoque a paciente como elemento clave del proceso asistencial nos ha llevado a definir cuáles son los momentos de información al paciente durante su estancia.
- 3) Existe variabilidad entre los distintos servicios y estamentos.
- 4) De ahí la importancia de que desde la Dirección se defina una Política de información y aumente su implicación en el proceso.

M47.01

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE CLIMA LABORAL EN UN ÁREA DE SALUD

G. Garzón González *, F. Menchero, M. P. Barco, S. Pulido, R. Rodrigo Yudego, M. J. Hernando.

Area 1 de AP. SERMAS.

ggarzon.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: El Área 1 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud ha realizado en los últimos 5 años 2 autoevaluaciones EFQM. En ambas, el criterio con menor puntuación fue el de resultados en las personas. El objetivo principal del presente trabajo es evaluar la satisfacción global de las personas que trabajamos en el Área 1 con una doble finalidad en una segunda fase: identificar áreas y acciones de mejora por un lado y monitorizar un indicador de satisfacción de las personas que trabajamos en el Área por otro. Como objetivo secundario nos planteamos analizar subgrupos (ver variables añadidas).

MATERIAL Y MÉTODOS: Grupo de mejora. El grupo de mejora es la Comisión de Motivación del área. Está constituida por profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAPs), profesionales de los departamentos de la Gerencia y profesionales del Equipo Directivo; así mismo hay profesionales de todos los estamentos (médicos, enfermeras y administrativas). La constitución de la comisión fue voluntaria tras convocarla abierta a todos los profesionales del Área. Para este tema se han mantenido dos reuniones, una para elegir la encuesta y otra para definir el procedimiento.

Encuesta: Se ha seleccionado la QLABORS-56 añadiéndole las siguientes variables para realizar análisis de subgrupos: 1. centro de trabajo. 2. eventual/fijo. 3. categoría profesional. 4. mando intermedio. Procedimiento para la encuesta: Se ha distribuido en papel a todos los profesionales del Área con una información adicional sobre la utilidad, importancia, confidencialidad y sinceridad. Se ha informado a los equipos de coordinación de los EAPs pidiéndoles colaboración en la distribución y recogida. A los 3 días se realizó un recuento que, con datos preliminares, supera el 50% de respuesta y al 4º día se realizó un recordatorio a todos los profesionales. Se terminarán de recoger las encuestas la próxima semana.

Análisis: La reunión del grupo de mejora para definir los indicadores de satisfacción global y por áreas (condiciones laborales, motivación profesional) será en las próximas semanas mientras se tabulan las contestaciones a la encuesta. Los indicadores se medirán de manera global y para cada una de las variables añadidas.

Planificación de acciones de mejora y de monitorización. Tras los resultados, el grupo de mejora tendrá reuniones para definir áreas de

mejora, acciones y monitorización.

RESULTADOS: En fase de recogida de las encuestas.

CONCLUSIONES: Pendientes de resultados.

M47.02

SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Á. Alonso Ovies*, J. Álvarez Rodríguez, C. Velayos Amo, S. Balugo Huertas, S. Lospitao Gómez, M. I. Villar Sánchez.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

aalonso.hflr@salud.madrid.org

Introducción: Los Servicios de Medicina Intensiva (SMI), son servicios centrales hospitalarios de carácter polivalente, que prestan atención sanitaria a gran diversidad de pacientes críticos, y a su vez dan soporte a otros servicios del hospital ("clientes internos").

Objetivo: Valorar la satisfacción de los clientes internos de un SMI y detectar áreas de mejora.

Material y métodos: El SMI del Hospital Universitario de Fuenlabrada es una unidad polivalente, con capacidad para 12 pacientes, perteneciente a un hospital público de 2º nivel de 300 camas. Nuestros principales "clientes internos" son: Medicina Interna, Cirugía General, Cardiología, Urgencias, Anestesiología y Urología.

Para evaluar la calidad de la asistencia a estos servicios realizamos una encuesta anónima a todos los facultativos de los mismos, compuesta de 21 preguntas, divididas en 6 bloques que corresponden a los principales aspectos de la relación entre el SMI y nuestros "clientes internos". Bloques: ingreso de pacientes en SMI, petición de consultas, petición de realización de técnicas, rechazo de ingresos en SMI, estancia de los pacientes en SMI y alta a planta de hospitalización. Las respuestas fueron tipo escala numérica del 1 al 10, correspondiendo el 10 a la máxima satisfacción.

Resultados: 104 encuestas entregadas. Tasa de respuesta: 50% (n=52), variando en los diferentes servicios: Cardiología 80% (n=8), Cirugía general 75% (n=12), Urología 66% (n=4), Medicina Interna 52% (n=12), Urgencias 37% (n=11) y Anestesiología 26% (n=5). La puntuación media dada a cada uno de los bloques fue: ingreso SMI 7,5, consultas 8,2, técnicas 7,5, rechazo ingreso 7,25, estancia SMI 7,15 y altas SMI 7,2. Los puntos mejor valorados fueron: Confianza en manejo y tratamiento aplicados (8,9), calidad de los informes de alta (8,85), y posibilidad de comentar los pacientes con el intensivista (8,5). Los peor valorados fueron: participación de los facultativos extra-SMI en la toma de decisiones (4,95), comunicación del alta a planta desde SMI (5,45) y uniformidad en los criterios de ingreso entre intensivistas (6,25).

Conclusiones: La asistencia prestada por nuestro SMI a los profesionales del hospital es valorada de forma satisfactoria, con una puntuación media de 7,45 sobre 10. Destaca sobre todo la confianza depositada en nuestro trabajo y la accesibilidad de los intensivistas para consultar y comentar pacientes. Áreas de mejora planteadas: mayor implicación de los profesionales extra-SMI en la toma de decisiones clínicas, comunicación de las altas a planta al facultativo responsable, y mayor seguimiento del protocolo de "criterios de ingreso en SMI".

M47.03

"SIN ELECCIÓN NO HAY PERFECCIÓN": CÓMO IMPLANTAR LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL MEDIANTE UNA ENCUESTA AL PERSONAL PARA LA ELECCIÓN DEL PRODUCTO HIDROALCOHÓLICO

R. López Barrachina (0), M. Malo Ferrer (0), J. Rodríguez García (1), M. J. Ubiergo (0), C. Palacín (0), N. Abadías (0).

(0) HOSPITAL DE BARBASTRO, (1) HOSPITAL "SAN JORGE" DE HUESCA.

rlopezba@aragon.es

OBJETIVOS: Describir cómo se realizó la implantación de la higiene de manos mediante hidroalcoholes con una encuesta al personal sanitario para la elección del producto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio controlado y simple ciego que fue realizado entre mayo y junio de 2007. Consistía en 3 encuestas que respondieron los sanitarios de Medicina Interna, Especialidades y Cirugía. Dos de ellas querían averiguar cuál era el estado de sus manos previo a la utilización del preparado y posteriormente a su uso. La tercera pretendía conocer las

preferencias de los encuestados respecto a 9 productos que fueron colocados en los controles de enfermería y en las habitaciones de aislamiento. Se preguntó sobre: tiempo de evaporación, olor, alteraciones que pudieran producir, sistema de dosificación, características del soporte, información recibida y valoración global. RESULTADOS: El servicio más participativo fue Cirugía General. El encuestado tipo era una mujer, entre 30 y 49 años, enfermera o auxiliar de clínica. La valoración del estado de las manos fue prácticamente igual antes y después de usar los productos (20,93 y 21,71 puntos). El preparado seleccionado logró un resultado en la categoría porcentual "muy bien" del 75%. Se valoró muy positivamente: la consistencia en gel, el envase desechable de medio litro, con dosificador individual, el soporte plástico resistente y discreto, llevar en su composición aloe vera y clorhexidina, no haber producido más que un caso de alteración cutánea leve y adjuntar una información concreta y visualmente atractiva en formato póster. El Servicio de Medicina Preventiva decidió colocarlo en todas las habitaciones de pacientes y otro envase, más grande, con bomba desechable, en lugares de más alto riesgo de infección como Urgencias, Hemodiálisis, Hospital de Día Oncológico y Quirófanos para que fuera accesible a todo el personal. Tras cinco meses de uso se han consumido 237 litros. Los servicios que más los han utilizado: Medicina Interna y Traumatología (30 litros ambos) con 1,48 y 0,39 litros por mil días de estancia.

CONCLUSIONES: Todavía estamos en proceso de implantación de los productos hidroalcohólicos para la higiene de manos en el Hospital de Barbastro. La experiencia ha sido positiva y se ha visto reforzada por haber implicado a los profesionales en su elección. Incluso otros servicios para los que inicialmente los hidroalcoholes no estaban previstos, los han demandado. No obstante, el consumo todavía es bajo y a finales de año no se prevé que se acerque al ratio recomendable.

M47.04

MEJORA EN EL APRENDIZAJE DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EN LA MEDICINA DE URGENCIAS

A. Martínez Oviedo, E. Alonso Formento, F. J. Esteban Fuentes, M. J. Calpe Gil, C. Ros Tristan, F. Roderó Álvarez.

Hospital Obispo Polanco de Teruel.

amartinezo@salud.aragon.es

La medicina de emergencias dispone de buenos tratados de estudio y consulta así como manuales de protocolos de diagnóstico diferencial y tratamiento. Sin embargo no abundan los manuales o métodos que se dedican a las habilidades técnicas, las cuales son muy importantes para el médico de urgencias ya que bien aplicadas, ayudan a un diagnóstico certero, ahorran tiempo, molestias, y evitan complicaciones iatrogénicas.

Se ha constatado que uno de los aspectos que más estrés genera a las jóvenes generaciones de médicos es el desconocimiento y/o falta de habilidad técnica, que se agrava cuando el paciente requiere "inmediatez" para solucionar una situación más o menos crítica, que pone en compromiso su vida. El aprendizaje de un procedimiento técnico se basa en el principio de ensayo y error y a veces es muy complicado transmitir algo eminentemente práctico en un texto escrito. Este problema se agrava en los hospitales pequeños que atienden un menor volumen de urgencias, ya que la oportunidad para aplicar estas técnicas es más reducida, requiriendo un reciclaje continuo para no perder habilidad.

Material y métodos: Se han realizado grabaciones en nuestro servicio de las técnicas de urgencias de mayor dificultad o que requieran una actuación inmediata ajustada a un protocolo (ej RCP avanzada, intubación orotraqueal, vías centrales), para su posterior proyección al personal que trabaja en urgencias (FEA, DUE, TCAE y MIR). Asimismo hemos recogido el número y tipo de técnicas realizado en este año. En un paso posterior se realizó una encuesta de satisfacción y evaluación de la utilidad del trabajo con los siguientes ítems:

- Grado de Conocimiento previo de los procedimientos de urgencias.
- Utilidad del método de grabación práctica en el aprendizaje y mejora.
- Satisfacción y aportación personal de este método.
- Influencia del método en la calidad asistencial prestada y en la seguridad del paciente.

Resultados: En la mayoría de los casos no había un conocimiento

exhaustivo de los procedimientos utilizados en urgencias menos frecuentemente. La satisfacción y la utilidad del método fue valorada muy positivamente. Para apreciar la influencia sobre la seguridad del paciente se requieren evaluaciones a más largo plazo.

Conclusión: Con este método de aprendizaje, se pretende optimizar los recursos materiales y disminuir el tiempo de actuación. Todo ello da como resultado una mejor preparación, fomentando una mayor confianza y seguridad que pensamos repercutirá positivamente en los pacientes al obtener una actuación más rápida, eficaz y organizada.

M47.05

NUESTRA HISTORIA DE LA CALIDAD. ¿ALGO HA CAMBIADO, O NO?

C. Lueza Lampurlanes, E. Torres Clemente, M. Rodríguez Torrente.

Hospital de Barbastro, Barbastro.

clueza@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: La calidad en nuestro Centro de Salud hace unos años, era una tarea más, extraña, que se añadía a nuestro trabajo asistencial, suponía una carga, y un sobreesfuerzo, no entendido por los profesionales, con cierta resistencia a formarse a la incorporación de cambios, a formarse. Los profesionales que percibían la necesidad de desarrollar programas de calidad eran hasta mal vistos, "bichos raros".

En nuestro centro los trabajos de calidad empezaron tímidamente en 1998. Percibimos un cambio de actitud en los profesionales, al incorporar en su forma de trabajo, una sistemática común, unificando criterios y disminuyendo la variabilidad.

OBJETIVOS: Analizar la evolución de la calidad en nuestro centro en 10 años, en participación de profesionales y motivación, y resultados globales de proyectos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo, análisis de cada proyecto con respecto años de evolución y participación de profesionales.

Motivación de profesionales, mediante encuesta de satisfacción y participación de los mismos en proyectos.

RESULTADOS: A lo largo de estos 10 años: se han realizado 26 proyectos (10 según modelo EFQM, 16 de iniciativa de mejora de calidad en SALUD), se ha participado en 4 ediciones de Jornadas de SACA con 5 comunicaciones orales. En cuanto al cumplimiento global de objetivos en los proyectos realizados: En 3 proyectos y sus actualizaciones hemos conseguido los objetivos de mejora más importantes propuestos, en 1 proyecto de mejora y sus actualizaciones, hemos conseguido resultados parciales de los objetivos. Actualmente se están desarrollando 5 proyectos de mejora. En los 10 proyectos (modelo EFQM), no disponemos de resultados evaluados.

M47.06

SITUACIÓN DE LAS UNIDADES Y PROGRAMAS DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS DE CATALUÑA

M. Santiñá Vila*, M. Oliveras Gil, J. Ribas Sabaté, A. Vidal Milla, F. Vilanova Cardenal, E. Corrales Baz.

Societat Catalana de Qualitat Assistencial.

msantina@clinic.ub.es

Objetivos: La SCQA tiene como uno de sus principales objetivos apoyar a los profesionales que trabajan en el ámbito de la calidad en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Dada la diversidad de realidades que parecen convivir nos planteamos conocer la situación actual de las Unidades y Programas de Calidad de los hospitales de agudos, como parte de un estudio que nos permita conocer los puntos de vista de la Administración, de las Patronales y de las Direcciones de los Centros Asistenciales, tanto públicos como privados (hospital de agudos, sociosanitarios, centros de asistencia primaria y psiquiátricos).

Material y Métodos: El estudio se desarrollará en 4 fases:

1ª: Elaboración de un formulario para los centros, con 37 preguntas, de las cuáles 9 son de tipo administrativo y 28 son específicas. Elaboración de las preguntas que integrarán la entrevista a realizar a los responsables de la Administración y de las Patronales.

2ª: Envío por correo electrónico del formulario a los directores generales/gerentes de los 86 hospitales (58 de titularidad pública y 28 de privada), previa llamada telefónica al centro. Así mismo, en

esta fase se realizara las entrevistas a la Administración y a las Patronales.

3ª: Análisis de la información, utilizando el programa informático SPSS v.14.0. Elaboración de un informe con los resultados obtenidos.

4ª: Envío por correo electrónico del formulario a los directores gerentes de los centros de las otras redes asistenciales.

Resultados: En este congreso se presentaran los resultados de la explotación de la información de los formularios que se enviaron el 19 de Mayo a los centros de hospitalarios de agudos.

A la fecha de entrega de esta comunicación, la participación era del 18,6%. De ellos el 75% son centros de titularidad pública y el 25% de titularidad privada. Los primeros resultados nos indicarían que la mayoría de centros tienen un servicio de Calidad Asistencial con dependencia de la Dirección General que integra al personal médico y de enfermería. Existe una gran variabilidad en la estructura y organización del servicio. No disponen de presupuesto propio y en general sus funciones están definidas, siendo la acreditación, la seguridad de los pacientes, la definición y evaluación de objetivos de calidad funciones comunes en todos ellos.

Conclusiones: Dado el volumen de respuestas recogido a la fecha de envío de esta comunicación, es prematuro adelantar conclusiones. Estas igual que el resto de resultados se aportaran el día de la presentación en el Congreso.

M47.07

PROFESIONALIZACIÓN DE LA TUTORÍA EN LA ENSEÑANZA SANITARIA ESPECIALIZADA

R. Villalonga Vadell*, E. Ramos, A. Coscujuela, A. Salazar, X. Corbella, E. Jaurrieta.

Hospital Universitari de Bellvitge, Institut Català de la Salut.

rvillalonga@csb.scs.es

Introducción: La Formación sanitaria especializada (FSE) de calidad es uno de los objetivos prioritarios para un hospital docente acreditado. Es básico un cuerpo docente motivado para la enseñanza, con preparación metodológica y con una planificación y unos objetivos docentes predefinidos. En 2004 el Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) incluyó dentro del complemento de productividad variable (CPV), un apartado específico a los tutores docentes. En 2005 el Institut d'Estudis de la Salut (IES) instituyó la acreditación docente remunerada para los tutores de FSE. Así mismo, el IES realiza cursos de formación continuada a los tutores docentes dentro del programa Aula del Tutor.

Objetivos: 1. Valoración del cumplimiento de objetivos docentes establecidos en el CPV y seguimiento de la acreditación externa. 2. Valoración de la formación continuada docente realizada por los tutores.

Material y Métodos: Se ha valorado el cumplimiento de los objetivos docentes establecidos para los tutores del HUB durante los últimos 4 años. Año 2004: implantación del plan de estudios, diseño y desarrollo del libro del residente de cada Unidad docente, realización de informe final personalizado. Año 2005: Cumplimentación del libro del residente, informe final personalizado, listado anual de sesiones docentes. Año 2006: Cumplimentación del libro del residente, informe final personalizado, tres entrevistas estructuradas. Año 2007: Cumplimentación del libro del residente, informe final personalizado, tres entrevistas estructuradas, y encuesta a los residentes sobre calidad de la docencia recibida. Se ha evaluado la asistencia a cursos de formación docente.

Resultados: Todos los objetivos se han alcanzado progresivamente (2004-2007): Cumplimiento del libro del residente: 82%-97%-97%-100%; Realización del plan de estudios: 54%-67%-95%-100%; Informe final: 97%-97%-100%-100%; Encuestas estructuradas: 90%-92%-100%. 97 tutores han asistido a diferentes cursos docentes del Aula del Tutor.

Conclusiones: La implantación de objetivos docentes ligados a dos instrumentos, complemento de productividad variable y retribución externa, ha favorecido de forma clara la mejora de su cumplimiento hasta alcanzar el 100%. El mantenimiento continuado de los objetivos básicos, asociado a objetivos puntuales anuales, ha permitido su consolidación de manera irreversible. La asistencia a cursos de formación docente ha influido en la mejoría de la supervisión y evaluación de los tutores. Es un modelo pionero, que ha demostrado ser válido y que puede ser exportable a otros centros docentes.

M47.08

USO DE HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA ELABORAR EL PLAN DE ACCIÓN 2008 DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA DE UN ÁREA SANITARIA

B. Román, P. Santos, I. López, M. S. Morcillo San Juan*, C. Moreno, B. Escrivá De Romani.

Area 1 AP. SERMAS.

ggarzon.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: El Área 1 de AP del SERMAS tiene un Plan de Comunicación Interna centrado en el estilo, con 2 líneas de actuación iniciales: la sensibilización del Equipo Directivo del Área y la de los profesionales de los EAPs. El grupo de trabajo encontró difícil pasar de estas líneas estratégicas a acciones concretas.

El objetivo del presente trabajo es definir un plan de acción concreto para el año 2008 utilizando herramientas de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Grupo de mejora: Es la Comisión de Comunicación del área, constituida por profesionales de los EAPs, de los departamentos de la Gerencia y del Equipo Directivo; así mismo hay profesionales de todos los estamentos (médicos, enfermeras y administrativos). La constitución de la comisión fue voluntaria tras convocatoria abierta a todos los profesionales del Área. El grupo se reunió en tres ocasiones: dos de diseño de acciones y otra de seguimiento de éstas.

Herramientas: Se realizaron 5 pasos cada uno con una herramienta.

1. Identificación de factores que influyen en cada una de las dos líneas. Herramienta: diagrama de interrelaciones. 2. Definición de acciones. Herramienta: diagrama de árbol. 3. Análisis de las acciones, valorando averías y resistencias. Herramienta: diagrama de proceso de decisión. 4. Priorización de acciones. Herramienta: técnica de grupo nominal. 5. Organización de las acciones. Herramienta: diagrama de Gannt.

Evaluación, monitorización y optimización. Se han fijado fechas en el cronograma para estas acciones.

RESULTADOS: Los resultados del uso de cada herramienta exceden del contenido posible de un abstract. Las acciones priorizadas finalmente han sido: 1. Dedicación de 30 minutos de cada comisión de dirección a cuidar el estilo de la comunicación. 2. Sesiones de comunicación al equipo directivo. 3. Interpretación de los resultados de la evaluación del liderazgo y del clima laboral que se están haciendo en el Área en lo referente a comunicación. 4. Establecer "sensores" de la comunicación: personas que actúen como centinelas en comunicación de información importante (objetivos) y en situaciones delicadas. 5. Establecer un calendario de reuniones Dirección-EAPs. 6. Difundir el plan de comunicación en los foros del Área.

CONCLUSIONES: La utilización de herramientas de calidad ha servido para fomentar la creatividad y el trabajo en equipo, así como para definir y organizar acciones concretas para trabajar algo tan etéreo como el estilo de comunicación en el Área. Además ha tenido un efecto motivador en el grupo por la dinámica de trabajo y por los logros conseguidos.

M47.09

RESPONSABILIDAD SOCIAL COMO ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD

P. Herrera Carral, N. Moreno Gómez, J. C. Garrido Gómez, D. Acón Royo, P. De Lucio De La Iglesia, M. Ferreras Valiente.

Hospital Sierrallana.

pherrera@hsl.scsalud.es

PALABRAS CLAVE: Responsabilidad Social. Desarrollo Sostenible. Grupos de Interés.

OBJETIVOS: Desarrollar, a partir del Modelo EFQM, el marco de la Responsabilidad Social para contribuir al Desarrollo Sostenible.

METODOLOGÍA: Un concepto fundamental de Excelencia, base del Modelo EFQM, es el de Responsabilidad Social. El impacto en la sociedad del sector sanitario, y más en el ámbito público, es la razón fundamental de ser de la organización. El mejor modo de servir a los intereses de la misma, excelencia, es adoptar un enfoque ético de la empresa, profundizando en la idea de responsabilidad social y el despliegue de ésta entre todos los Grupos de Interés, buscando la participación activa en la sociedad, y conociendo sus expectativas y percepciones, para poder establecer objetivos y actuar en su mejora conjunta. RSC está intrínsecamente vinculada al concepto de

Desarrollo Sostenible. El órgano encargado de desarrollar el marco de la Responsabilidad Social es la Comisión de Sostenibilidad. Analizamos las agendas básicas de gestión implementadas, correspondientes a acciones de mejora derivadas de las dos autoevaluaciones realizadas con el modelo EFQM (herramienta PERFIL).

RESULTADOS: Definimos la Misión, Visión y Valores, nuestro Mapa de Procesos, que incluye el proceso estratégico de Sostenibilidad. Desde la Comisión de Sostenibilidad, apoyada en las Comisiones de Medioambiente, Acción Social y Comunicación, se ha liderado el análisis de situación en materia de RSC- Se han elaborado 5 procedimientos de soporte para el Sistema de Gestión, entre ellos, el de Gestión y Comunicación con los Grupos de Interés, permitiéndonos identificar a los mismos e integrar a alguno de ellos, 15, en la Comisión de Sostenibilidad, con los que hemos definido el Plan de Acción en RSC 08. Desarrollamos el Plan de Acción RSC07, que incluyó, entre otras, la adhesión al Pacto Mundial y el análisis de situación en materia de accesibilidad. Las acciones de ambos planes se alinean con las dimensiones de la RSC. Se reorientaron las Jornadas de Desarrollo Sostenible y de Puertas Abiertas. Se ha potenciado también la participación de Grupos de Interés, en otros Grupos de Trabajo. Establecemos un Plan, en coordinación con ONG's/Fundaciones en materia de cooperación y voluntariado. En el año 2008, fuimos reconocidos con el Premio Sostenibilidad del Certamen de Humanidad y Medioambiente.

CONCLUSIONES: El Modelo de Gestión de la Excelencia EFQM se ha revelado, en nuestro caso, como una herramienta muy útil y como un revulsivo de la organización, en el despliegue del marco de la RSC.

M47.10

VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL QUE REPRESENTA LA IMPLANTACIÓN DEL ESPACIO DE ENTRETENIMIENTO "EL RECREO" EN UN HOSPITAL

M. J. Blecua Lis*, T. Giménez Júlvez, C. Vicente Gaspar, B. Cardesa García, E. Miranda García, A. Alonso Cruces.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
 mjblecualis@salud.aragon.es

"El Recreo" es un espacio destinado a la vigilancia y entretenimiento de los niños de familiares de pacientes ingresados en el hospital. Su creación responde al desarrollo del Plan de Empresa del Hospital 2003-04. Este servicio ha experimentado un importante crecimiento en cuanto a la demanda de las familias, consolidándose como una idea innovadora al servicio de la comunidad.

OBJETIVOS:

- Realizar estudio descriptivo del perfil de los niños atendidos y los indicadores de frecuentación.
- Conocer la satisfacción percibida por las familias, los niños y los profesionales del hospital.
- Valorar el impacto social que representa este servicio para los ciudadanos que necesitan acudir al hospital con niños pequeños a su cargo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recopilación de todos los datos disponibles obteniendo información para conocer el perfil de los niños atendidos e información descriptiva acerca del funcionamiento del servicio.

Se diseñaron cuatro cuestionarios diferenciados para valorar la satisfacción por los niños pequeños y mayores, sus familiares y los profesionales del hospital. Se seleccionaron muestras representativas para cada grupo.

Se analizaron los resultados obtenidos en los cuestionarios, por correo, y realizados de forma directa.

RESULTADOS:

- Durante los tres últimos meses del año 2003 fueron atendidos 909 niños, con una media de 10 niños/día.
- Desde el 2004 hasta el 2007 fueron atendidos los siguientes niños: Año 2004: 4492 (12 niños/día), Año 2005: 5084 (13 niños/día), Año 2006: 5679 (15 niños/día), Año 2007: 7083 (19 niños/día).
- Los resultados de percepción han sido satisfactorios en cuanto a la opinión de los familiares y niños que han utilizado el servicio. La opinión de los profesionales es diferente según el ámbito de trabajo. En todos los casos las valoraciones son satisfactorias.

CONCLUSIONES:

- La creación de este servicio supone una apuesta por parte de la Organización en respuesta a las necesidades detectadas en un sector de la población.

- Se trata de una acción innovadora desde la perspectiva de la responsabilidad social corporativa.
- El impacto social obtenido tras una experiencia de tres años de funcionamiento y el fuerte crecimiento experimentado da una idea sobre la utilidad del servicio.
- Los resultados obtenidos permiten conocer las debilidades para implantar acciones de mejora
- Es una acción de respuesta y continuidad al PEH, inspirado con vocación de "futuro y continuidad".

M48.01

DISMINUCIÓN DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA OPTIMIZACIÓN DEL PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES

R. Benito*, S. Salvo, J. Gil, F. J. Castillo, C. Seral, M. C. Rubio.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

rafabenito@gmail.com

Objetivo: Disminuir el gasto sanitario por medio de la optimización de nuestro programa de mejora de detección y rechazo de las pruebas microbiológicas improcedentes. Este programa ha sido seleccionado en la convocatoria de 2008 del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Calidad en Salud del Gobierno de Aragón.

Material y Métodos:

- Verificación de datos demográficos en la ventanilla de la Unidad Central de Laboratorios o en la fila de espera.
- Introducción "homologada" de los datos demográficos mediante un protocolo.
- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante consulta de datos previos en la base de datos del sistema informático: pruebas para infecciones en un paciente ya inmunizado o ya diagnosticado (2º y 3º hemocultivo, coprocultivo, urocultivo o examen parasitológico), pruebas repetidas solicitadas desde diversos Servicios, intervalo corto entre dos determinaciones, PCR para cribado de hepatitis, repetición de la prueba sin esperar al resultado de la misma previamente solicitada, control del tratamiento o de la evolución basadas en la serología, protocolo de embarazo con pruebas que no forman parte del mismo, etc.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada, para disponer de un marcador verificable y cuantificable y "educar" al facultativo para evitar la repetición de la solicitud improcedente.
- Recuento de las pruebas rechazadas.
- Evaluación de la eficiencia económica del proyecto.

Resultados:

- Utilización más eficiente de los recursos con optimización del gasto del laboratorio de Microbiología.
- Reducir el número de pruebas realizadas: aumento en la frecuencia en la realización de las mismas, mayor agilidad en el diagnóstico, mayor rapidez en la toma de decisiones clínicas y menor tiempo de hospitalización.
- Reducción de la presión asistencial del personal del laboratorio: menor número de errores y repeticiones de pruebas y en la calidad de los resultados emitidos.
- En 2006, se consiguió un ahorro por no realización de pruebas improcedentes de 14312 € y en 2007, de 47510 €, que confiamos aumentar sensiblemente.

Conclusiones: La reducción del coste sanitario y la mayor calidad en los servicios prestados pasa por la implicación de los profesionales de todos los estamentos en el manejo e informatización adecuada de los datos demográficos y la configuración adecuada de los programas informáticos.

M48.02

EL FACTOR HUMANO PIEZA CLAVE DEL ÉXITO DE LA GESTIÓN

O. Barbancho Ordoñez, J. Pujol Colomer, T. Alonso Carrasco, A. Jover Moreno, P. Sols Lladó, N. Llaberia Garrell, L. López Coronas.

HOSPITAL PLATO.

oscar.barbancho@hospitalplato.com

Afortunadamente, en el mundo empresarial ya es una práctica

bastante frecuente escuchar hablar con relativa normalidad de herramientas de gestión como planes estratégicos, de calidad, etc., como orientadores, facilitadores y motivadores de la consecución de los objetivos organizacionales.

A pesar de ello, lo que también es cierto es que su simple existencia no es garantía de éxito ni de buena gestión, pues para tratar de conseguir este objetivo es necesario ser capaces de trasladar sus contenidos, prácticos y teóricos, a todos los profesionales que componen la organización. Pues el éxito de estas herramientas no se limita a su diseño, sino principalmente a su puesta en marcha y éste proceso que debe ser liderado por la Dirección y en el juegan un papel crítico los mandos intermedios.

En esta misma línea, tampoco sería un descubriendo interpretar que la verdadera dificultad de la gestión, generalmente, estriba más en la ejecución de la misma que en su propia planificación y ahí surge la complicada función de los mandos intermedios, que no sólo deben de participar individualmente en su elaboración sino también estimular y facilitar su implantación, cumplimiento y mejora en un doble sentido, descendente y ascendente.

Este planteamiento fue el que hace dos años nos llevó a desarrollar un plan específico que reforzara la parte más intangible del trabajo de todos aquellos profesionales de la Organización que gestionan personas en su área de trabajo y que incluía a la totalidad de directivos y mandos intermedios del Hospital.

En este sentido, la presentación propuesta basada en nuestra propia experiencia como empresa sería el siguiente:

1 Explicación de la detección de la necesidad de variar el estilo de liderazgo como complemento necesario de un nuevo tipo de gestión, que nos lleve a complementar la gestión con un plan centrado en la determinación del estilo de liderazgo.

2 Determinación del estilo de liderazgo adecuado, (valoración del gap entre el estilo liderazgo existente y el teóricamente ideal en función del momento actual y próximo recogido en nuestro plan estratégico), que en este momento consideramos adecuado para nuestra organización, las herramientas utilizadas para su desarrollo.

3 Metodología y características de la implantación práctica del Plan.

4 Seguimiento y revisión en la búsqueda de la mejora continua del liderazgo de nuestro personal clave y por ende de la organización, (encuestas de clima, entrevistas personales, entrevistas de competencias, etc.).

M48.03

EL JUEGO (UPR: UN PEQUEÑO RETO) COMO ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PSICOSIS REFRACTARIA

M. J. Olarte San Juan, M. C. Blanco Núñez, M. I. Vaquerizo Galán, A. Ubis González, A. Ortiz De Zarate San Agustin, I. Alonso Durana.

Hospital Psiquiátrico de Alava.
azarate@sma.osakidetza.net

Objetivos: 1º.- Innovar en la implantación de estrategias válidas y útiles dentro de la Rehabilitación Psicosocial, como apoyo a las diferentes intervenciones terapéuticas en los pacientes con trastorno mental muy severo. 2º.- Crear e inventar herramientas atractivas, utilizando aspectos lúdicos de la vida como el juego para implicar a los pacientes y familias en los cuidados que precisan. 3º. Potenciar el autocuidado y la autonomía, logrando con ello su rehabilitación y reinserción en la comunidad.

Material y Métodos: Durante el tiempo que llevamos trabajando de forma grupal en psicoeducación, habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y educación para la salud, hemos observado que algunos conocimientos que proporcionamos a nuestros pacientes no acaban siendo conocimientos fijados en su memoria, mientras que cuando utilizamos juegos de mesa, en actividades de ocio y tiempo libre, del tipo de preguntas de conocimientos generales (Ejemplo: TRIVIAL), consiguen aprender cosas que desconocían.

Nuestro objetivo final dentro de nuestras competencias como profesionales de Salud Mental inmersos en la búsqueda de la excelencia, es proporcionar a nuestros pacientes unos cuidados óptimos, en consonancia con la misión y visión de nuestra Organización. Pero somos conscientes que jamás avanzaremos si no participamos de una idea básica como es la necesidad de innovar. Todos los profesionales hemos realizado una revisión bibliográfica extensísima, y hemos inventado un Juego registrado en la Dirección

de Patentes.

Resultado: 1º: El Juego creado (UPR: Un Pequeño Reto), contiene 500 preguntas-ejercicios formato tarjetas coloreadas, cuya respuesta ha sido consensuada en los diferentes grupos (21) que se llevan a cabo en la Unidad, y 100 más de comodín, que se trabajan en rehabilitación cognitiva y que hacen referencia a ejercicios para la memoria, atención, percepción, lenguaje, aprendizaje y pensamiento. 2º: Su contenido hace referencia a conceptos que consideramos importantes para que los pacientes y familias conozcan sus procesos y con ello sean capaces, si no de controlar totalmente su enfermedad, si al menos de pedir ayuda antes de la descompensación, conocer el tratamiento y las consecuencias de su abandono, adquirir habilidades sociales que mejoren su reinserción social, etc.

Conclusiones: Utilizar la innovación como estrategia de trabajo nos ha proporcionado la herramienta para 1º: diseñar una actividad que resulta una estrategia para optimizar las actividades terapéuticas de los profesionales sanitarios, ya que con este juego, pacientes y familias adquieran conocimientos, capacidades y actitudes, y 2º: crear una herramienta útil para los que profesionales puedan evaluar resultados.

M48.04

ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

M. Del Nozal Nalda, A. M. Vilaplana García, C. Navarro Bustos, M. Prieto Guerrero, M. Á. Colmenero Camacho, P. Serrano Moya.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.
martai.nozal.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN: el concepto de calidad está en continua evolución. Cuando un centro sanitario decide implantar un Plan de Calidad (PdC), se encuentra con limitadas de ofertas y alternativas donde elegir. Lamentablemente no hay recetas mágicas, sólo sistemas que pueden servir de guía o ayuda para articular el trabajo.

OBJETIVO: desarrollar un PdC Específico para el Área Hospitalaria Virgen Macarena (AHVM) que pretende avanzar en la consolidación del cambio cultural favoreciendo el liderazgo de los Directivos en la Gestión de la Calidad e implicando a todos los trabajadores. El PdC deberá garantizar que en el hospital esté implantado un sistema para monitorizar, mantener y mejorar la calidad, y que los resultados de la asistencia, medidos desde el punto de vista clínico, de satisfacción y costes, estén dentro de unos estándares de calidad.

METODOLOGÍA: la Dirección Gerencia del AHVM ha realizado en los últimos años un importante apuesta orientada a garantizar la calidad de la asistencia sanitaria prestada y a promover la mejora continua de la organización. Fruto de todo ello el AHVM cuenta con una "Unidad de efectividad de cuidados", órgano asesor de la Dirección de Enfermería y una Subdirección Médica de Calidad dependiente directamente de la Dirección Gerencia del AHVM y cuya misión es velar por la implantación en el área de la política de calidad definida por la Consejería de Salud.

RESULTADOS: durante los dos años previos se han ido planificando líneas de trabajo coordinadas por la Subdirección de Calidad y tuteladas por la Dirección del centro, que han sentado las bases para la elaboración e implantación de este Plan de Calidad. Las líneas de gestión de calidad implantadas en el área y en desarrollo en el PdC son: el proyecto avance que es el plan estratégico propio del AHVM; actividades orientadas a garantizar la satisfacción al ciudadano; promoción de la gestión clínica y dirección participativa por objetivos; impulso a los programas de acreditación; potenciación de las Comisiones Clínicas; desarrollo de la gestión por procesos; impulsar estrategias para la seguridad del paciente; promover la docencia de calidad y orientación a resultados.

CONCLUSIONES: el AHVM ha desarrollado en los últimos años importantes actividades orientadas a la mejora continua que se han visto consolidadas con la elaboración del presente PdC. La asignación de responsables en cada una de las líneas y la propuesta y seguimiento de las áreas de mejora nos permitirá mejorar la asistencia que prestamos a los ciudadanos.

M48.05**ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA QFD (QUALITY FUNCTION DEPLOYMENT) EN LOS AÑOS 2006 Y 2007 EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (HGCR)****L. Calahorra Fernández, E. Lagos Pantoja, M. L. Porras Leal, M. Armenteros Lechuga, M. Díaz López, A. Figueras Juárez.**

Hospital General de Ciudad Real.

lcalahorra@sescam.jccm.es

Objetivo: Valorar la evolución de los requerimientos de los usuarios durante el traslado y la consolidación del HGCR mediante la aplicación de la herramienta QFD.

Material y Método: La herramienta QFD favorece el despliegue funcional de la calidad en función de los requerimientos de los usuarios al identificar las características de nuestra organización susceptibles de ser mejoradas para satisfacer sus expectativas. Se ha aplicado la herramienta en los años 2006 y 2007 por el mismo grupo de trabajo, comparándose los resultados:

- Para identificar los requerimientos del paciente QUE'S se han utilizado las encuestas de satisfacción del SESCAM 2006 y 2007.
- Se han identificado 16 COMO'S agrupados en Estructura, Asistencia, Profesionales y Recursos.
- Las relaciones se han obtenido mediante la puntuación individual de los miembros del grupo llegando posteriormente al consenso.
- El índice de importancia en el año 2006 se estableció según la frecuencia con que un ítem se citaba en la encuesta. En el año 2007 se utiliza un índice de prioridad.
- Para la evaluación comparativa se han utilizado los datos de la encuesta de dos hospitales de nuestro medio.
- El grado de dificultad se ha obtenido por consenso.

Resultados: En el año 2006 (Traslado del Complejo Hospitalario de ciudad Real al HGCR), los aspectos de nuestra organización susceptibles de ser mejorados hacían referencia a la actividad asistencial (frecuencia relativa): Consultas externas (12%), Urgencias (12%), Hospitalización (10%). En recursos, tecnologías diagnósticas (11%). Respecto a los profesionales destaca su disponibilidad (12%). En la estructura alcanzaron mayor puntuación las dimensiones y los circuitos (4%).

En el año 2007 (Consolidación del HGCR), los aspectos que alcanzaron mayor puntuación también hacían referencia a la actividad asistencial (frecuencia relativa): Consultas externas (15%), Hospitalización (12%), disminuyendo las urgencias (9%). En recursos disminuyen también las tecnologías diagnósticas (6%). Respecto a los profesionales en el año 2007 aparecen como áreas susceptible de ser mejoradas: la motivación (14%) la disponibilidad (13%), la capacitación (10%). En la estructura ninguno de los aspectos valorados superó el 1%.

Conclusiones: En el año 2006 los aspectos identificados como mejorables hacían referencia a la actividad asistencial y a las tecnologías diagnósticas a consecuencia de las disfunciones que se produjeron durante el complejo traslado. En el 2007 (consolidación) se mantienen algunos aspectos de la asistencia (exceptuando urgencias) pero emergen aspectos relacionados con los recursos humanos como son la motivación y la capacitación que estaban enmascarados durante el traslado.

M48.06**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DEL NOROESTE (HCN) MURCIA****J. A. López García (0), A. Cánovas Serrano (1), I. García Arsac (1), M. A. Castaño Molina (1).**

(0) Hospital Comarcal del Noroeste, Murcia, (1) AREA IV DE SALUD DE MURCIA. HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE.

Objetivos: Evaluar la calidad asistencial de los Cuidados de Enfermería en la unidad de hospitalización de medicina interna utilizando métodos de monitorización.

Material y método: Realizamos corte transversal aleatorio simple de pacientes ingresados más de 24 horas y menos de siete días, del servicio de Medicina Interna y medimos 7 ámbitos de cuidados y 18 indicadores de la calidad de los Cuidados de Enfermería (plan de

acogida al ingreso, valoración inicial; protocolos de caídas, UPP, vías venosas (centrales y periféricas), sondaje vesical e informe de continuidad de cuidados).

Monitorizamos los indicadores mediante gráficos de control estadístico para conocer la variabilidad. Tras cada medición, analizamos los resultados obtenidos de cada indicador y se implementan acciones de mejora.

Resultados: En un año, hemos conseguido en la unidad de enfermería de medicina interna un plan de acogida al usuario del 98%; una valoración inicial del 90%, percepción positiva de la medición del riesgo de caídas, cuidados de enfermería UPP del 98%. Las dificultades se han centrado en la sujeción externa de la sonda vesical y en la complementación del informe de continuidad de cuidados.

Conclusiones: La medición sistemática y protocolizada de la calidad de los Cuidados de Enfermería permite la identificación de oportunidades de mejora, la implementación de acciones correctoras y la evaluación de resultados, en el marco de una mejora continua dirigida a la excelencia de los Cuidados de Enfermería.

No hay conflicto de intereses.

M48.07**GRUPOS Y EQUIPOS ASESORES DE TRABAJO DE UN HOSPITAL (COMISIONES, COMITÉS Y EQUIPOS DE MEJORA): REDISEÑO MEDIANTE LA GESTIÓN DE PROCESOS****A. Aloy Duch, E. Martín Sánchez, R. Lledó Rodríguez, P. Gascón Vila, J. L. Luna Sánchez, M. Botta Santasuana.**

Hospital General de Granollers.

aaloy@fhag.es

Objetivos: Se elaboró y difundió en octubre del 2006 un plan de rediseño de los Grupos y Equipos Asesores de Trabajo (GEAT) para mejorar y optimizar su funcionamiento a partir de la Gestión de Procesos, y durante el 2007 se implantó todo el proceso. En enero de 2008 se ha revisado el resultado del plan proyectado. El objetivo ha sido presentar este plan y los resultados de la revisión del mismo. Material y métodos: Nuestro hospital dispone de 335 camas. El plan de rediseño de los GEAT fue liderado por la Dirección de Calidad y Desarrollo (DQD). En el hospital se reúne anualmente la Comisión Central de Calidad (CCC) para exponer los resultados de cada grupo. A partir de octubre de 2006, se realizaron distintas reuniones de trabajo entre la DQD, los coordinadores de los distintos GEAT y la Dirección para promover el cambio del proceso.

Resultados: Se reelaboró e implantó en enero de 2007 una nueva normativa de funcionamiento con plantillas de programas (estratégico y objetivos) y la tutorización intensa por parte de la DQD. A finales de 2007, se habían normalizado 7 (64%) de 11 GEAT. Comparando los resultados 2006 /2007 en la reunión anual de la CCC, los indicadores mostraron, respectivamente, en promedios por GEAT: 9 y 9,2 en nº de sesiones; 78 y 70 % de asistencia; 13,5 y 14 horas dedicadas; 8 y 9 % de profesionales respecto al total del centro, y de éstos 73 y 75 % fueron médicos, 14 y 16 % enfermeras y 6 y 8 % otros profesionales; por último, se pasó de un 40% a un 80% de objetivos conseguidos respecto a los previstos. En enero de 2008, se realizaron 2 tipos de reconocimientos a los profesionales y, por último, se añadió una nueva función a la CCC, que es la de reunir quincenalmente en un equipo a un profesional de cada dirección, para trabajar las recomendaciones elaboradas por los GEAT, y trasladarlas a las direcciones operativas para que las incluyan y materialicen en la práctica asistencial diaria.

Conclusiones: El rediseño de los GEAT mediante la "Gestión de Procesos", homogenización de Programas y liderazgo intenso de la DQD, ha permitido doblar y mejorar el índice de cumplimiento de los objetivos previstos, reconocer el trabajo realizado por los profesionales participantes y reestructurar la CCC, para reconvertirla en un verdadero núcleo de Gestión Calidad Total.

M48.08**IMPACTO DE LA MOVILIDAD DEL PERSONAL FACULTATIVO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEBIDA A LAS OFERTAS DE EMPLEO PÚBLICO, EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN****I. Fernández Esteban, A. Añino Alba, O. Pinar López, A. Mataix Sanjuán, J. J. Muñoz González, M. T. Alonso Salazar.**

Gerencia Atención Primaria Área 11 Madrid.

inmaculada.fernandez@salud.madrid.org

Objetivo: Determinar el impacto de la movilidad del personal facultativo debida a las ofertas de empleo público (OPEs) en la prescripción farmacéutica, analizando la evolución del ISQ.

Material y métodos: ámbito: 39 EAP de Atención Primaria de un área de Salud con 887.134 habitantes. Fuente de datos: Farm@drid y plantilla de profesionales del área. Se comparan los resultados del ISQ en dos periodos: 2º semestre 2005 (previo a las OPEs) y 2º semestre 2007 (posterior). Se calcula el porcentaje de movilidad de médicos de cada EAP y, la diferencia del ISQ de los EAPs 2007-2005. Se analizan los resultados de ISQ por EAPs y por médicos de familia (MF). Se establecen los rangos intercuartílicos del ISQ para EAPs y MF (para MF, el análisis se ciñe al percentil superior y al inferior). Se considera que un EAP/MF mejora cuando cambia a un rango superior y que empeora en caso contrario.

Resultados: El 18% de los EAPs mejora, el 24% empeora y el 58% se mantiene. No se observa correlación entre la diferencia del ISQ y el porcentaje de movilidad.

Análisis de MF:

Situados en 2005 en rango más favorable:

El 32,65% cambian de EAP, el 37,75% se mantienen y el 29,59% no continúan en el área.

Considerando el rango de ISQ de los EAPs de procedencia y destino: el 53,12% de los que cambian se sitúan en un EAP que empeora. La mayoría de los que se mantienen en el mismo EAP (64,86%), continúa en el rango inicial.

Situados en 2005 en rango más desfavorable:

La mayoría (64%) se mantienen en el mismo EAP.

El 40,9% de los que cambian de EAP se sitúan en un EAP que mejora y la mayoría de los que se mantienen (54,68%), continúa en el rango inicial.

Conclusiones: La mayoría de los EAPs mantiene su ISQ en el rango inicial.

No se observa correlación entre el porcentaje de movilidad de los EAPs y la calidad de la prescripción analizada mediante la variación del ISQ.

La mayoría de MF con mejor calidad de prescripción inicial cambian de EAP o no continúan en el área.

La mayoría de MF con prescripción inicial más desfavorable no cambian de EAP.

Mayoritariamente, la movilidad inter-EAP de los MF con mejor calidad de prescripción inicial no supone un empeoramiento del ISQ del EAP de destino, a diferencia de lo observado con los MF con peor calidad de prescripción inicialmente.

M48.09

IMPLANTACIÓN DEL CUADRO DE MANDO EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA: HERRAMIENTA DE GESTIÓN

Y. Díaz López, J. Jiménez Carramiñana, M. S. Bartolomé Casado, M. Ballarín Bardají.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA AREA 7 MADRID.

ydiaz.gapm07@salud.madrid.org

OBJETIVOS: General: Analizar el grado de utilización del Cuadro de Mando (CM) tras un año de implantación. Específicos: Conocer cuáles son los usuarios que más acceden y cuáles son los indicadores más consultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Área Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Periodo de estudio: abril de 2007 a abril de 2008. Elementos de estudio: Accesos realizados por el Equipo Directivo del Área, propietarios de procesos de la Gerencia y Equipos Directivos de los 22 EAP del Área. Total 104 profesionales del Área.

RESULTADOS: Desde abril de 2007 a abril de 2008 se han dado de alta como usuarios del sistema un total de 104 profesionales; se han incorporado al CM un total de 109 indicadores directos o principales, relacionados con el cumplimiento de los objetivos institucionales y 51 indicadores secundarios o indirectos que traducen la estrategia planteada para alcanzar los objetivos; se han producido un total de 3.146 accesos, 30 accesos de media por profesional dado de alta al año. De todos los accesos un 40% corresponden al E. Directivo del Área, un 25% a los propietarios de los procesos y un 25% a los integrantes de los E. Directivos de los EAP. Ha habido un total de 62.280 consultas de indicadores al año. Los 10 indicadores más consultados han sido: Presión asistencial (PA) en MF (medicina de familia (MF) (3.6%), PA en enfermería (3.5%), % pacientes con

registro en la historia clínica de tensión arterial (2.9%), PA centro concertada enfermería (2.9%), PA concertada en MF (2.8%), PA domicilio concertado en enfermería (2.8%), PA demanda enfermería (2.7%), N° tiras suministradas/paciente diabético al mes (2.7%), Total usuarios adscritos (2.6%), PA en pediatría (2.6%). Cuando analizamos los datos por áreas relevantes el % de accesos ha sido: registros en la historia clínica informatizada (OMI-AP) (17.9%), atención al mayor polimedicado (14.7%), actividad asistencial (14.6%), dispensación de tiras en diabéticos (12%), población (10.5%), cartera de servicios (7.1%), farmacia (5.3%), gestión de reclamaciones (4.4%), financiación (4.2%), formación (3.9%), educación para la salud (3.3%) y gestión tarjeta sanitaria (2.1%).

CONCLUSIONES: El hecho de que dentro de los indicadores más solicitados estén aquellos que evalúan las líneas prioritarias del Área, apoya el objetivo de la implantación de la herramienta, que ha sido permitir realizar el seguimiento de los objetivos, detectar desviaciones e implantar acciones de mejora.

M48.10

INTERACCIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

P. Legido Fuente, E. González Arza, M. Prieto Peraíta, I. Regidor Fuentes.

HOSPITAL ZALDIBAR.

PABLO.LEGIDOFUENTE@OSAKIDETZA.NET

OBJETIVOS: Desde el año 1999 el Hospital Zaldibar orienta su política hacia la Excelencia a través de la puesta en marcha de diversos proyectos estratégicos. En el 2005 los servicios asistenciales incorporan la metodología ISO 9001:2000 y la gestión por procesos en su trabajo, surgiendo la necesidad de utilizar herramientas informáticas que permitan la interacción entre los diferentes profesionales que repercuten en la Misión del Hospital.

Nuestro objetivo es presentar la experiencia de la interacción informática de la Historia Clínica, describiendo un proyecto que se ha desarrollado durante los últimos 3 años en el Centro y que constituye una iniciativa innovadora y beneficiosa para la seguridad del paciente en toda la red de Osakidetza, por su posibilidad de transferencia a otras organizaciones (materializada ya en varios hospitales).

MATERIAL Y MÉTODO: La solución más fácil hubiera sido la petición de un programa informático que incluyese este novedoso enfoque organizativo, pero ante el elevado coste económico, inasumible para un hospital de nuestro tamaño, se decidió reutilizar las distintas herramientas informáticas corporativas existentes en Osakidetza a través de pequeñas interconexiones entre ellas.

Se creó en el Hospital un equipo multidisciplinar de trabajo compuesto por el informático, el médico internista, la farmacéutica y la técnica de calidad, y se comenzó con la adaptación de los programas, que han requerido modificaciones para ajustarse a nuestra realidad.

RESULTADOS: La simplicidad de la solución aportada, así como su integración dentro de las herramientas que tradicionalmente han utilizado los diferentes colectivos profesionales, han permitido que la implantación se haya desarrollado con normalidad y plena aceptación por el personal.

Los resultados han sido muy positivos y nos permiten hablar actualmente de mejora en dos aspectos fundamentales de la atención al paciente: la seguridad lograda a través de la disminución de errores, y la mayor confidencialidad en la Historia Clínica.

CONCLUSIONES: El éxito de cualquier iniciativa está en función de los resultados obtenidos y de su asimilación por los distintos profesionales; y en este sentido, el trabajo de un equipo interdisciplinar ha permitido un acercamiento a sus necesidades reales, lo que ha redundado en la plena incorporación de las soluciones aportadas, permitiéndonos continuar con la integración en otros aspectos de gestión y organizativos susceptibles de mejora.

M48.11

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE FORMACION CONTINUADA, INVESTIGACION Y CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA: UN RETO PROFESIONAL

N. Illana Rodríguez, M. López Ibáñez, C. García Jiménez, P. Ferrer Bas, J. M. Lucas Gómez, C. Martínez Romero.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

mn.illana@carm.es

OBJETIVOS: El contrato de gestión es un instrumento donde se establecen anualmente los objetivos institucionales y estratégicos del SERVICIO MURCIANO DE SALUD para los ámbitos asistenciales, de calidad, de gestión de recursos, de formación e investigación y de gestión económica del sistema sanitario. Siguiendo esta política, todas las actividades de la Unidad de Formación continuada, Investigación y Calidad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca están orientadas a obtener los mejores resultados y a alcanzar un nivel de excelencia en el desarrollo de nuestro trabajo diario.

MÉTODO: La Unidad de Formación, Investigación y Calidad tiene la misión de velar por la calidad de los servicios de enfermería que recibe el paciente. Para conseguir ese propósito, en el año 2008 se han creado una serie de criterios de calidad (que podemos definir como aquellas condiciones deseables o indeseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria) que nos permitan medir la labor llevada a cabo en nuestra Unidad. Consideraremos criterios adecuados aquellos que han sido aceptados por los profesionales de nuestra Unidad, que están basados en evidencias científicas, que son realistas y sencillos en su formulación.

Indicadores:

1. PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA (con 4 subindicadores):
2. CONTROL OBJETIVOS DEL CONTRATO DE GESTIÓN (con 2 subindicadores).
3. SESIONES DE ENFERMERÍA (3 subindicadores).
4. FORMACIÓN EN METODOLOGÍA ENFERMERA (2 subindicadores).
5. PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES A CONGRESOS (1subindicador).
6. MEMORIAS FUNCIONALES UNIDADES DE ENFERMERÍA (3 subindicadores).
7. TALLERES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA ENFERMERA (1subindicador).
8. CARTERAS DE SERVICIOS CONSULTAS DE ENFERMERÍA (3 subindicadores).
9. FOLLETOS DE ACOGIDA O INFORMACIÓN (1 subindicador).

RESULTADOS: Los resultados se medirán en función del logro de los objetivos.

CONCLUSIONES: La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. El desarrollo de un Programa de Mejora de la Calidad en una Unidad como la nuestra es un proceso que supone, necesariamente, un cambio en la forma de hacer las cosas, se ha de involucrar a todos los profesionales impulsar el espíritu de equipo y compartir metas comunes.

M48.12

MEJORANDO LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: EL PAPEL DE LOS GRUPOS DE MEJORA

P. Arazo, F. Fuentes, P. Figueras, D. Gil, P. Martínez, J. M. Aguirre.
 H.U. Miguel Servet.
 parazo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: El trabajo en grupo es esencial en el área de calidad y en esta línea el Servicio de Medicina Interna (MI) de un Hospital Universitario de referencia encuadra el eje de sus actuaciones.

OBJETIVO: Diseñar e implantar un programa anual de calidad en un servicio hospitalario desde el grupo de mejora de calidad (GMC).

MATERIAL Y MÉTODOS: El GMC de MI está constituido desde noviembre del año 2005 y está compuesto a su vez por tres subgrupos funcionales (uno por sección) con la figura de un coordinador. En cada uno de los GMC está representado el personal médico, enfermería y auxiliar. Desde su creación se han analizado y priorizado las situaciones mejorables, evaluando resultados y transmitiendo -con el liderazgo de la Jefatura del Servicio- al resto del personal objetivos anuales para garantizar la ejecución de las actividades de mejora.

RESULTADOS: El Servicio de MI tiene una media de 3.900 ingresos anuales, 13.400 consultas externas, una plantilla de 22 médicos y 46 enfermeras.

El GMC se compone de 15 personas, que se han reunido durante 2006-08 una media de 14 reuniones/año. Se han incorporado líneas de mejora con ámbito en la seguridad y satisfacción del paciente, mejora de la organización del Servicio. Línea de seguridad: control de transcripción del tratamiento médico a gráfica, valoración de

capacidad funcional en pacientes > 75 años, elaboración, implantación, monitorización y revisión de protocolos (profilaxis de trombosis venosa profunda, hepatitis C, anemia, síncope, EPOC e insulización. Línea de satisfacción del paciente: encuesta de satisfacción, valoración del confort de la hospitalización, diseño e implantación de díptico de información al ingreso, y mejora del informe del alta. Mejora de la organización del Servicio se han desarrollado y difundido las normas de funcionamiento, información a los familiares y se han incorporado medidas para garantizar el orden de la Historia Clínica. En el año 2007 se plantearon 5 líneas de mejora, habiéndose alcanzado un 60% de ellas. Se realizaron 5 presentaciones al resto de profesionales en sesión clínica.

CONCLUSIONES: La existencia de los GMC multidisciplinares en un servicio de MI son una herramienta importante para la implementación de medidas de mejora de la calidad asistencial. Es imprescindible contar con el liderazgo de la Jefatura del Servicio. El trabajo continuado y efectivo ha situado al GMC como uno de los pilares del funcionamiento del Servicio.

M49.01

INDICADORES DE CALIDAD PARA UNA DIÁLISIS CONFORTABLE

M. Á. Laviana Fernández*, R. Coto Moreno, R. Álvarez Oviedo, A. Pereda González, C. Blanco Suárez, P. Esteban Hernández.
 HOSPITAL VALLE DEL NALÓN-RIAÑO-ASTURIAS.
 lavianuca@hotmail.com

OBJETIVOS:

-Establecer "Indicadores de Enfermería" que midan la tolerancia o grado de confort de los pacientes durante las sesiones de diálisis.

-Mejorar nuestra labor diaria.

-Personalizar las sesiones de diálisis según el paciente.

MATERIAL Y MÉTODO: Ámbito:39 pacientes (54,05% hombres).

Edad media:68,28 años.

75% portadores fistula arteriovenosa (FAV).

Mediana Índice de Comorbilidad de Charlson:7.

Creamos cinco Indicadores de Enfermería medidos mensualmente desde 2006.

1. Porcentaje ganancia de peso interdialis $>5\%$.
2. Porcentaje incidencias en diálisis.
3. Porcentaje hipotensiones sintomáticas en diálisis.
4. Tasa punciones extras FAV.
5. Porcentaje incidencias técnicas durante la sesión.

RESULTADOS: Indicador 1:

2006: 13 pacientes, 3 generaron 52,5% de las incidencias.

2007: 10 pacientes, 4 representaron 66,66% de las incidencias.

Un paciente del 2006 repite en el 2007. El resto modifican la conducta al año siguiente. Indicador estable, asociado a pacientes con mala cumplimentación terapéutica y dificultad para modificar conductas.

Suponen alto riesgo de incidencias, diálisis largas y agresivas, mal toleradas con el paso del tiempo, y sobrecarga FAV.

Indicador 2:

2006: 16 pacientes: 23 incidencias; 52,17% hipotensiones, 13,04% trastornos del ritmo y 8,7% calambres.

2007: 13 pacientes: 31 incidencias; 58,06% hipotensiones, 16,12% trastornos del ritmo y 9,67% dolor precordial.

Indicador variable, con aumento en otoño e invierno, coincidiendo con mayor nivel de enfermedades y hospitalizaciones.

Alta correlación con comorbilidad.

Indicador 3:

2006: 12 hipotensiones: 9 pacientes.

2007: 18 hipotensiones: 9 pacientes (5 recurrentes del año anterior).

Al 66,66% de los casos se retira la diálisis antes del tiempo pautado. Las hipotensiones incluyen algunos pacientes incidentes, hasta el ajuste del peso seco y adquisición de conocimientos.

Indicador 4:

Se relaciona con disfunciones de la FAV y en pacientes incidentes hasta su maduración.

No encontramos relación con personal de enfermería.

Indicador 5:

2006: 43,75% averías de monitores, 21,87% extravasaciones sanguíneas, 15,62% coagulaciones circuito.

2007: 68,18% averías de monitores (dos monitores 46,66%) 22,72% coagulaciones circuito.

El 53,7% son generadas por averías de monitores. Detecta equipos

en riesgo.

El 80% de las coagulaciones del circuito se relacionan con problemas del acceso vascular.

Extravasaciones sanguíneas: 62,5% movimientos del paciente, 37,5% fragilidad FAV.

CONCLUSIONES: Hemos conseguido:

-Dirigirnos hacia la diálisis óptima.

-Mejorar capacidad de detectar situaciones y pacientes de riesgo, actuando preventivamente.

-Plantear estrategias de mejora.

La falta de estándares para estos indicadores limita la mejora al no podernos comparar con otros centros. Con ellos disminuiría la variabilidad, y se obtendrían resultados de calidad similares para el mismo proceso asistencial.

M49.02

LOS HOSPITALES MATERNO INFANTILES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD QUIEREN SER AMIGOS DE LOS NIÑOS
C. Arellano Morata* (0), P. Parra Hidalgo (0), R. Gomis Cebrían (0), T. Fernández Aparicio (1), M. Alcaraz Quiñonero (2), R. García De León González (3).

(0) Consejería de Sanidad, Murcia, (1) Servicio Murciano de Salud, (2) Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia, (3) Hospital Virgen del Castillo, Yecla.

carmen.arellano@carm.es

Los beneficios de la Lactancia Materna (LM) para la salud de la madre y el niño son bien conocidos, y sin embargo las tasas de lactancia están por debajo de las recomendaciones de la OMS. Existe evidencia científica del efecto positivo que ejerce el cumplimiento de los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), sobre los indicadores poblacionales de LM.

OBJETIVOS: Conocer la situación de los servicios materno infantil de los hospitales públicos de Murcia, en relación al decálogo de la IHAN. MATERIAL Y MÉTODO: En noviembre de 2007 se realizó una evaluación externa por evaluadores acreditados por la IHAN de todos los servicios materno-infantiles pertenecientes al Servicio Murciano de Salud (6 hospitales), examinando las prácticas hospitalarias según los Criterios Globales de los 10 pasos de la IHAN.

RESULTADOS: Se obtiene un análisis de situación que permite definir y priorizar las acciones de mejora. Los niveles de INCUMPLIMIENTO son los siguientes:

1.- Disponer de una política por escrito relativa a LM: 66,6% (4/6); 2.- Capacitar a todos los profesionales: 66,6% (4/6); 3.- Informar y formar a las gestantes sobre la lactancia materna: 66,6% (4/6); 4.- Iniciar la LM en la media hora siguiente al parto: 33,3% (2/6); 5.- Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia: 50% (3/6); 6.- Dar a los recién nacidos LM en forma exclusiva: 83,3% (5/6); 7.- Facilitar el alojamiento conjunto: 0% (0/6); 8.- Fomentar la LM a libre demanda: 0% (0/6); 9.- No dar a los niños a pecho biberones y chupetes: 50% (3/6); 10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo: 16,6% (1/6).

CONCLUSIONES: Las madres que deciden dar pecho a sus hijos, en ocasiones no reciben todo el apoyo que necesitan y las prácticas hospitalarias contribuyen al abandono prematuro de la lactancia. Si esto no mejora será un obstáculo para cualquier intento de promoción de LM en la sociedad. En este momento, se dispone de un riguroso análisis de situación de las prácticas hospitalarias y de las oportunidades de mejora a implantar de forma inmediata, 3 de las cuales ya se han incluido en los contratos de gestión de este año, así como la constitución del Grupo Regional de LM que ya ha realizado 2 reuniones.

M49.03

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA A PACIENTES AFECTOS DE DERMATITIS DE CONTACTO

M. Navarro Lucía*, F. Romero Cuenca, M. S. Salvo Gonzalo, J. Gil Tomás, J. Piñol Monserrat, F. J. Carapeto Marquez De Prado.

Hospital Clínico Universitario Zaragoza.

navarro@unizar.es

Objetivos: Mejorar la información que actualmente se les ofrece a los pacientes que sufren Dermatitis de Contacto.

Material y Métodos:

a) El estudio se desarrollará en las consultas de Dermatología del

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

b) Pacientes: Adultos afectos de Dermatitis de Contacto.

c) Se elaborarán varios documentos informativos sobre Dermatitis de Contacto a fin de entregarlos a los pacientes con esta patología cutánea. Ayudarán a los pacientes a autocuidarse y a saber en que momento se hace necesario la consulta con el especialista.

d) Cronograma:

-Mayo-Junio 2008:

Elaboración de las fichas informativas: definición del proceso, descripción de lesiones cutáneas, sus cuidados y medidas higiénicas a seguir e indicaciones de consulta con el dermatólogo.

-Octubre-Diciembre de 2008

Entrega de fichas a los pacientes con estas patologías (primera consulta) y recogida de las valoraciones sobre utilidad de la información (consultas sucesivas).

-Enero 2009: Evaluación del método:

Porcentaje de fichas entregadas según tipo de alérgeno.

Revisiones realizadas y cálculo de revisiones evitadas.

Valoración del paciente sobre el grado de utilidad de cada una de ellas.

Resultados: Se han elaborado una serie de fichas informativas acerca de los alérgenos más frecuentes en Dermatitis de Contacto: metales (níquel), colorantes (PPD), gomas (antioxidantes y vulcanizantes) y cosméticos (biocidas).

Conclusiones: El programa mejora la información ofrecida al paciente con Dermatitis de Contacto. Da respuesta a gran parte de las dudas que los pacientes tienen acerca de su enfermedad y sobre los autocuidados necesarios, evitando consultas innecesarias al médico de familia o al dermatólogo.

Orienta al paciente acerca de cuando si es necesaria la consulta con el dermatólogo Favorece la relación médico- paciente.

M49.04

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LOS EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS

C. *Abellán García, J. Martínez Soriano, M. A. Fernández Molina, M. Domingo Pozo, N. Izquierdo García, M. D. Martín García.

Hospital General Universitario, Alicante.

abellan_cla@gva.es

RESUMEN: Objetivos: 1.- Describir la puesta en marcha del Plan de Mejora de la Calidad en los Cuidados de Enfermería. 2.- Crear una cultura de la calidad implantando la autoevaluación en las Unidades de hospitalización del Hospital General Universitario de Alicante (H. G. U. A.). 3.- Evaluar los resultados de Acontecimientos Adversos relacionados con los cuidados.

Material y método: Estudio descriptivo longitudinal de todos los pacientes ingresados el H. G. U. A. desde el 1 de marzo del 2008. Unidades a estudio: 33. Sujetos estudiados periodo marzo y abril: 3.939. Variables estudio:

Tasa de incidencia:

- U. P. P.: durante el ingreso, en pacientes de alto y medio riesgo (escala Braden), tasa de prevalencia al ingreso y alta.
- De flebitis en pacientes con accesos venosos.
- De infección urinaria en pacientes con sondaje vesical.
- De caídas en pacientes hospitalizados.
- En acontecimientos adversos relacionados con la preparación y administración de medicamentos.

Recogida de datos: se forma a todos los profesionales de Enfermería en la Calidad y el Plan del H. G. U. A. Se diseñan 5 registros por cada paciente elaborados adhoc y cumplimentados por los mismos. Se establece un circuito de comunicación semanal entre las Unidades Hospitalización - Calidad. Se introducen los resultados semanalmente en la base de datos y se procede a su análisis de frecuencias absolutas, relativas y de tasas mediante el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados: Los resultados disponibles hasta el momento, denotan una instauración progresiva y exponencial del grado de cumplimentación global de los registros de control (marzo 37%, abril 68%). Los resultados que se están obteniendo con la monitorización continua del Plan (debido a su extensión) se podrán ver en la comunicación completa.

Conclusiones: La implantación de la autoevaluación en las Unidades de Hospitalización del H. G. U. A. mediante la monitorización continua,

ha supuesto una mejora en relación con la seguridad del paciente: situándose en el centro de los cuidados de Enfermería, creando una cultura de la misma entre los/as profesionales de Enfermería. La implicación de los profesionales en la cultura de Calidad de Cuidados que aportan sus propias propuestas de mejora, supone una de las fortalezas mas importantes del Plan de Calidad iniciado en el H. G. U. A. garantizando una mayor Seguridad en la Asistencia.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Calidad en los Cuidados, Incidencia de Acontecimientos Adversos relacionados con los cuidados.

M49.05**PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN HEMODIÁLISIS**

C. Blanco Suárez, M. J. Barragán González, A. Laviana Fernández*, R. Coto Moreno, R. Álvarez Oviedo, A. Pereda González.

Hospital Valle del Nalón.
carmenblansu@gmail.com

OBJETIVOS: Establecer el papel de la enfermería en la detección y control del dolor de los pacientes en hemodiálisis dentro de un grupo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Encuesta de valoración del dolor por enfermería.
- Evaluación por la Unidad del dolor.
- Se valoró el tipo de dolor, el nivel según la escala visual analógica, la escala verbal de Keele y el índice del manejo del dolor (IMD).
- Clasificación de pacientes según su potencial intervención.
- Se compararon los resultados obtenidos para comprobar la validez de la encuesta realizada por enfermería, como medio de cribaje de pacientes subsidiarios de intervención.

RESULTADOS:**1. Incidencia del dolor:**

Un 65% de nuestros pacientes afirmaron tener dolor moderado y un 35% ausencia o dolor leve, sin diferencias significativas entre enfermería y UD ($p=0,98$).

2. Intensidad del dolor:

Nivel 1 (ausencia o dolor leve): enfermería 34,78%, UD 34,50%.

Nivel 2 (dolor moderado): enfermería 34,78%, UD 27,6%.

Nivel 3 (dolor intenso/insuportable): enfermería 30,43%, UD 37,9%.

Las diferencias observadas tampoco fueron significativas ($p=0,63$).

3. Causas del dolor:

El tipo más frecuente fué músculo-esquelético (56,52% vs. 55,17%; $p=0,92$ para ambos grupos).

4. Manejo del dolor:

Se consideró tratamiento adecuado IMD=0, e inadecuado índices positivos y negativos (pacientes infratratados frente a excesivo tratamiento). No se encontraron diferencias significativas entre ambas valoraciones ($p=0,75$).

5. Uso de analgésicos y aceptación de cambios terapéuticos:

Dolor nivel 1: el 30% recibe analgesia; de ellos, el 30% tiene buen control del dolor y sólo el 10% estaría dispuesto a tomar más tratamiento.

Dolor nivel 2: el 57% recibe analgesia; de ellos sólo el 28,6% tiene buen control del dolor y ninguno aceptaría más tratamiento.

Dolor nivel 3: el 50% sigue tratamiento analgésico; de ellos ninguno tiene buen control, pero sólo el 58,3% aceptaría más tratamiento.

Un 44,82% de pacientes con dolor toma algún tipo de analgesia.

CONCLUSIONES: La encuesta realizada por enfermería es adecuada para la detección de pacientes con dolor. Mediante ella, enfermería puede estratificar a los pacientes con dolor según su intensidad con fiabilidad.

Ello permite una articulación eficaz de un grupo de trabajo multidisciplinar, diferenciando 4 grupos de pacientes con potencial intervención:

1. Dolor nivel 1 y pacientes incidentes en hemodiálisis: controlados por enfermería.
2. Dolor nivel 2 y tratamiento farmacológico no opiáceo: controlados por el equipo facultativo de la unidad.
3. Dolor nivel.
4. Patologías intercurrentes: necesitarían intervención de otros servicios.

M49.06**PRESENTACIÓN DEL PROYECTO “MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES HEMIPLÉJICOS”**

R. Fernández Sánchez, J. Azanza Pardo.

Hospital de Barbastro, Barbastro.
rutferman@gmail.com

OBJETIVOS:

- Prevenir patologías secundarias al manejo inadecuado del paciente.
- Procurar control postural adaptado a las necesidades individualizadas del paciente hemipléjico y la adquisición del material necesario.
- Potenciar la autonomía e intervención activa del paciente hemipléjico.
- Prevenir aparición de algias u otras patologías en el personal hospitalario.
- Coordinación entre profesionales e intercomunicación con la familia.
- Favorecer la mejora en la evolución, en la calidad de vida del paciente y su entorno.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Hoja de Valoración y Plan de Cuidados de Fisioterapia (ACV): método de actuación conjunta entre enfermería y fisioterapia.
- Folleto para familiares y cuidadores: pautas de control postural y manejo del paciente hemipléjico.
- Curso de formación “Manejo del paciente hemipléjico. Autocuidados para el profesional”
- Póster en los controles de las plantas hospitalarias.
- Presentación del proyecto en el salón de actos para su divulgación.
- Monitorización de indicadores y resultados.

RESULTADOS: La monitorización del Proyecto comenzó el 15 de diciembre del 2007 y se llevó a cabo hasta el 31 de enero del 2008. El total de pacientes incluidos en el estudio en ese periodo fueron siete, y los indicadores de medida seleccionados, expresados en fracciones, fueron los siguientes:

Nº ptes ACVA incluidos en estudio: $7 \times 100 = 21,21\%$

Nº ptes ACVA ingresados en Hospital de Barbastro: 33

Nº ptes ACVA incluidos en estudio: $7 \times 100 = 100\%$

Nº fichas cumplimentadas médico rehabilitador: 7

Nº cuidadores/ familiares que reciben la información: $7 \times 100 = 100\%$

Nº ptes ACVA incluidos en proyecto: 7

Nº ptes ACVA con hombro doloroso: $0 \times 100 = 0\%$

Nº ptes ACVA incluidos en proyecto: 7

Nº ptes ACVA con pie equino: $0 \times 100 = 0\%$

Nº ptes ACVA incluidos en proyecto: 7

Nº ptes ACVA con flexo de cadera: $0 \times 100 = 0\%$

Nº ptes ACVA incluidos en proyecto: 7

CONCLUSIONES: Los porcentajes obtenidos en esta monitorización reflejan una situación ideal respecto a la norma planteada, pero no son significativos porque el grupo de muestra era demasiado pequeño. A partir de septiembre, con el nuevo modelo de Valoración y Plan de cuidados, se hará otra monitorización, correspondiente a los pacientes incluidos en el proyecto hasta esa fecha. Además de los nuevos indicadores, utilizaremos dos tipos de encuestas de grado de satisfacción: una dirigida a los familiares y otra a los profesionales. Por último, se presentarán las conclusiones obtenidas.

M49.07**PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CICLO PDCA ¿DÓNDE FALLAMOS?**

J. M. Ablanado Suárez, M. J. Zapico Baragaño, B. Fernández González, M. Tristán Fidalgo, C. Fernández Pizarro, M. J. García García.

Hospital Valle del Nalón.
josemanuel.ablanado@sespa.princast.es

INTRODUCCIÓN: En la mayoría de los hospitales se monitorizan las caídas de los pacientes, constatando que sus causas son multifactoriales.

En el año 2006 se elaboró en nuestro hospital un procedimiento de prevención de caídas y se inició una monitorización mensual del nº de caídas y de los factores relacionados con las mismas.

OBJETIVOS:

- Aumentar la seguridad de nuestros pacientes.
- Minimizar el riesgo de caídas.
- Evaluar el procedimiento e implantar las mejoras derivadas de la evaluación.

MATERIAL Y MÉTODO: Tipo Estudio: Prospectivo (Seguimiento de pacientes ingresados e Incidencia de caídas
Ámbito Estudio: Unidades de Hospitalización.
Muestra: Todos los pacientes ingresados

- Notificación diaria de:
 - Caídas por Unidades de Hospitalización
 - Hoja de Niveles de dependencia (aviso de caída mediante etiqueta identificativa del paciente).
- Se elaboró una hoja de recogida de datos "ad hoc" que refleja los aspectos más significativos de la caída.
- Se revisan mensualmente las historias clínicas de los pacientes con caídas. Registro en soporte informático y difusión de los resultados.
- Se realizaron talleres formativos en la fase de implantación (2006-2007).
- Se formó un grupo interdisciplinar de mejora, que mediante reuniones periódicas, analiza los resultados y plantea oportunidades de mejora.
- Se evaluó la implantación del procedimiento.

RESULTADOS: Seguimiento desde Abril 2006 hasta la actualidad. Total ingresos: 19.553 (2006-Abril2008).

Se obtuvieron datos relativos a:

- Perfil de paciente de riesgo: >70 años, polimedicado, Nivel de dependencia II-III.
- Lugar y motivo más frecuentes de la caída: Desde la cama, Levantarse sin ayuda.
- Turno y unidad con mayor incidencia: Turno Noche, Unidad Medicina Interna (Neurología).
- Grado de implantación del procedimiento (Valoración del riesgo de caídas al ingreso): 2007(96,0%); 2008(85%).
- Nº total de caídas/año: 2006(98); 2007(115); 2008(31).
- % caídas/ingresos: 2006 (1,44); 2007 (1,37); 2008 (1,46).
- %o caídas/estancias: 2007(2,03); 2008 (1,79).

CONCLUSIONES: La reducción del nº de caídas intrahospitalarias es complicado por la multicausalidad de las mismas y la multiplicidad de medidas que se deben adoptar para evitarlas.

Nuestros resultados continúan estando por encima del estándar de calidad que nos marcamos como objetivo.

Creemos que el grado de implantación y cumplimiento del procedimiento así como la implicación del personal son un factor clave para reducir el nº de caídas y aumentar la seguridad de nuestros pacientes.

M49.08

PROCESO DE MEJORA PARA LA REDUCCIÓN DE BACTERIEMIAS FALSAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Gorgolas Ortiz*, I. Gamboa, I. Castellanos, I. Larrea, M. Onandia.

HOSPITAL DE BASURTO.

MAKEN.GORGOLASORTIZ@OSAKIDETZA.NET

Introducción: En la actualidad, en muchos hospitales se ha impuesto como práctica rutinaria, dentro del programa de vigilancia epidemiológica y control de la infección, el estudio prospectivo de las bacteriemiias, no sólo por que es una de las infecciones más graves sino por que es el reflejo de la evolución de las infecciones bacterianas en un hospital, con una buena relación coste eficacia.

Objetivos:

- 1.- Conocer la incidencia de las falsas bacteriemiias identificadas en pacientes críticos, ingresados en un Servicio de Cuidados Intensivos (UCI años 2006 - 2007)
- 2.- Implantar un plan de mejora (PDCA año 2.008) para la reducción del índice de falsas bacteriemiias.

Material y Métodos: Estudio prospectivo de bacteriemiias (año 2006-2007): Seguimiento de todos los pacientes con algún hemocultivo positivo, desde el día de la obtención del resultado hasta el final del episodio, recogiendo los datos según un protocolo preestablecido. El criterio utilizado para distinguir la bacteriemia verdadera y falsa no ha sido delimitado por la existencia de un tipo de aislamiento microbiológico junto a determinados síntomas clínicos sino por el médico responsable del paciente tras valorar los datos clínicos y microbiológicos.

Implantación de un plan de gestión del conocimiento orientado a la reducción de los índices de falsas bacteriemiias mediante la

incorporación de acciones tales como: revisión y actualización de procedimientos de enfermería, sesiones formativas etc.

Resultados: Bacteriemiias año 2.006: 101 Episodios (Verdaderas 68 - 20% Falsas 33 -9,7%).

Bacteriemiias año 2.007: 74 episodios (Verdaderas 37-10,2% Falsas 37- 10,2%).

Plan de mejora año 2.008:

* Procedimientos de enfermería revisados y actualizados : 6.

* Sesiones formativas, hasta mayo del 2.008: 10.

* Nº de enfermeras/os formados: 40.

Índice de falsas bacteriemiias, en el primer semestre del 2008: 6%.

Conclusiones:

- La incidencia de bacteriemiias falsas es un buen indicador de la calidad del método de extracción de hemocultivos, debiendo ser utilizada esta información para la aplicación de medidas correctoras.
- Resulta prioritario obtener el menor número de bacteriemiias falsas por las consecuencias de índole asistencial y económico que se derivan.

Un plan de mejora basado en la gestión del conocimiento ha demostrado ser una eficaz herramienta capaz de contribuir a la reducción de los índices registrados

M49.09

REVISIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES EN LA INSERCIÓN Y CUIDADOS DE CATÉTERES VASCULARES

O. Rayón Del Barrio*, M. A. P. González Setién, R. Sarabia Lavín, E. Rojo Santos, M. Á. Marquinez Carrión, R. Olóriz Rivas.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

orayon@humv.es

OBJETIVOS:

- Implementación efectiva de las intervenciones avaladas por un mayor nivel de evidencia en la inserción y cuidado de catéteres vasculares.
 - Reducción de la variabilidad en la práctica clínica.
 - Optimización de los recursos materiales.
- METODOLOGÍA:** Análisis de situación en el Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla", definiéndose los aspectos clave, herramientas y fuentes de datos:
- Difusión y accesibilidad del manual de recomendaciones del Servicio Cántabro de Salud (SCS).
 - Alcance de la formación específica.
 - Características y grado de variabilidad de los cuidados.
 - Consumo de materiales disponibles, adecuación, deficiencias, y necesidades detectadas.
 - Registro de cuidados; posibilidades de explotación y adaptaciones necesarias.

Se diseñó un cuestionario con 40 ítem de respuesta cerrada en forma de escala likert para la recogida de datos relacionados con el tipo y combinaciones de apósitos, antisépticos y sistemas de fijación, y cuatro campos de texto libre para descripción de materiales, necesidades y sugerencias. Distribución a 44 unidades con tasa de respuesta del 100%.

RESULTADOS:

- Disponibilidad del manual impreso en la totalidad de unidades. Sencillo acceso en tres pasos a la versión electrónica disponible en la intranet institucional.
- Asistencia del 54.62% de la población diana (844) en las sesiones de presentación del manual.
- Formación a través de la plataforma on-line del SCS de un 6.75%, con ocupación completa de plazas asignadas al centro.
- Elevado grado de variabilidad en la práctica en más del 80% de los ítem, incluyendo los relativos a recomendaciones con mayor grado de evidencia.
- Datos que sugieren el empleo subóptimo de materiales en el 43.18% de unidades, en su mayoría relacionados con limitaciones de los productos disponibles.
- Cuarenta (76.92%) de las necesidades y sugerencias aportadas fueron referentes a recursos materiales.
- Complicada extracción de datos en los registros estandarizados existentes para evaluar los indicadores idóneos y recoger complicaciones.

CONCLUSIONES: Los hallazgos permiten identificar áreas de mejora

en la dotación/información de recursos materiales y el alcance/efectividad de las actividades formativas. Creemos justificado el actual desarrollo de una nueva estrategia que tiene como ejes fundamentales:

- Definición de nuevas especificaciones técnicas de los productos a emplear y garantía de disponibilidad a corto plazo.
- Programación de talleres formativos que difundan las recomendaciones, solventen la dudas planteadas y formen en el uso adecuado de materiales.
- Adaptación del sistema de registro de cuidados como fuente de datos válida en la evaluación de indicadores y complicaciones.

M49.10

TENEMOS EN CUENTA EL DOLOR AL VALORAR EL CONFORT DE NUESTROS PACIENTES EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

E. Vidal Esteve, M. Gens Barberà, N. Hernández Vidal, T. Angles Segura, L. Palacios Llamazares, P. Gómez Martínez.

ABS SALOU.

evidal.tarte.ics@gencat.cat

Objetivo : Evaluar el dolor como aspecto relacionado con el confort de nuestros pacientes en programa de Atención domiciliaria.

Valorar la necesidad de utilizar instrumentos para medir el dolor y poder hacer su seguimiento.

Justificación: Asegurar un nivel óptimo de confort para nuestros pacientes en ATDOM es un reto para la enfermera al planificar las intervenciones en el domicilio. La valoración integral de la persona incluida en programa, contempla entre otros aspectos de valoración funcional, mental y de confort, la presencia de cuidador competente, úlceras por decúbito y existencia de dolor. Nuestro sistema informático nos permite registrar datos relativos al cuidador y a la existencia de lesiones en la piel y disponemos también de indicadores para medir el impacto y la efectividad de las intervenciones en el caso del cuidador y las úlceras de decúbito pero no para el dolor. La implementación del plan de mejora realizado en este último año para el registro y la monitorización de la valoración global del paciente, nos ha permitido detectar la falta de datos relativos al dolor o el mal registro de los mismos.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de los datos recogidos según criterios de confort definidos en nuestro programa de ATDOM. Se recogen los datos en la hoja de registro específico para la valoración global donde se registran datos relacionados con el confort, seguridad, estado funcional y mental de nuestros pacientes y recursos movilizados.

Resultados: De los datos recogidos de la memoria del programa ATDOM 2007 de nuestro centro se desprende: Pacientes en ATDOM: 167, sin cuidador 18%, cuidador cansado 12%, riesgo úlceras por decúbito (UPP) 67,6%, alto riesgo UPP 8,4%, con UPP 4,8%, analgesia registrada 25,7%, control inefectivo del dolor 24,5%.

Conclusiones: Podemos medir aspectos de confort relacionados con el cuidador y las UPP con resultados efectivos como respuesta a las intervenciones realizadas.

No disponemos de datos objetivos para evaluar el dolor.

De los pacientes que utilizan analgésicos, mas de un 50% constan con control inefectivo.

Palabras clave: Atención domicilio, Confort, Registro, Indicadores.

M50.01

LA MEJORA CONTINUA EN EL SERVICIO DE INGENIERÍA HOSPITALARIA DEL HUNSC

F. G. Leyva González, G. C. González Rodríguez*, C. N. García Ramis, G. Bagnaresi, M. E. Seral Muñio.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA SRA DE CANDELARIA.

fleygonl@gobiernodecanarias.org

Objetivo: Desarrollar un Sistema de Gestión de la Calidad que permita integrar progresivamente la mejora continua en el Servicio de Ingeniería.

Método: Se utiliza la norma ISO 9001:2000 como metodología de trabajo. Para ello, en junio de 2007 se creó un grupo de trabajo de desarrollo e implantación del sistema de gestión de la calidad, compuesto por los responsables de área y especialidad del Servicio de Ingeniería Hospitalaria y un técnico de la Unidad de Calidad del Hospital. Todo ello, se inició con un plan de formación en ISO

9001:2000 al que siguieron los pasos siguientes: Análisis del sistema vigente, recopilación de información necesaria, propuesta de un nuevo sistema, redacción y confección de la documentación que lo describe e implementación.

Resultados: Se genera la estructura documental con implantación y certificación en junio de 2008. Son trece las acciones de mejora. Las distintas secciones de Ingeniería disponen de criterios comunes integrados a los procesos de mantenimiento preventivo y correctivo. Los mantenimientos preventivos son gestionados mediante un software que permite una correcta planificación, automatización y registro de intervenciones internas y externas. Puesta en marcha de un Call Center y el aviso de avería vía intranet. Equipos críticos identificados con su fecha de revisión. Control de equipos de seguimiento y medición mediante registros de calibraciones y revisiones. Creación de logbooks en más de 2000 equipos. Gestión informatizada del almacén. Las entradas en el almacén del material solicitado son comunicadas automáticamente vía mail. Control y reducción del número de correctivos. Optimización de la planificación de obras menores.

Conclusiones: En breve tiempo, la sistematización de las herramientas de calidad ha conseguido la mejora del funcionamiento interno, y por tanto, la del servicio prestado. Las acciones de mejoras han dinamizado el progreso y el funcionamiento del Servicio.

M50.02

MAS ALLÁ DEL DOCUMENTO: LA GESTIÓN DOCUMENTAL EN UN SISTEMA DE CALIDAD

S. García Jalencas, M. Ballester Roca, C. Biosca Adzet.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

qualitat.germanstrias@gencat.cat

Objetivos: Crear un sistema de gestión documental de apoyo al despliegue del modelo de excelencia de la EFQM y la acreditación hospitalaria, que garantice la homogenización, la centralización, la validación, el control y la difusión de los documentos generados en las diferentes áreas del hospital.

Disponer de una documentación en formato digital y de fácil acceso para aquellos profesionales que precisen utilizarla.

Disponer de un sistema sencillo, racional y de bajo coste para la gestión documental.

Materiales: Procedimiento de gestión de la documentación.

Directorio de red de la Dirección de Calidad.

Base de datos Access.

Página web en la intranet del Hospital.

Métodos: El primer paso fue definir un procedimiento de gestión documental, describiendo la creación de documentos, circuitos de validación, sistema de codificación, archivo, revisión, responsables, así como los indicadores de control de la documentación.

Se crearon plantillas de diversos tipos que debían ser utilizadas en la creación de nuevos documentos.

Se confeccionó una base de datos en Access, gestionada centralizadamente, en la que se registran todos los documentos con un código único de identificación. Los documentos se archivan en el directorio de red de Calidad. La base de datos permite, mediante un sistema de consultas, gestionar la revisión periódica de documentos. A su vez, se creó un área de calidad dentro de la intranet del hospital, donde se difunden aquellos documentos que tienen que ser conocidos por el conjunto de profesionales del centro.

Resultados: Nueve meses después del inicio del proyecto, tenemos registrados y codificados 750 documentos de diferente tipo.

Se dispone de documentación actualizada de un 57,5% en los servicios asistenciales / unidades funcionales, un 72,7% en los servicios de gestión y soporte y un 100% áreas de soporte no asistencial.

Conclusiones: La creación de este sistema de gestión documental ha sido clave para poder iniciar la implantación del modelo de excelencia de la EFQM y preparar la acreditación del hospital.

También ha contribuido a concienciar a los profesionales de la importancia de disponer de una documentación actualizada, revisada y controlada.

Se ha realizado sobre una base de aplicativos informáticos de uso corriente y ya disponibles en el hospital, con un bajo coste.

Todas las áreas de gestión del hospital y la mayoría de las áreas clínicas utilizan la Intranet, tienen sus documentos desarrollados en el formato estandarizado y participan en las revisiones periódicas.

M50.03

MODELO ANDALUZ DE ACREDITACIÓN. EXPERIENCIA EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA (AHVM)

M. Del Nozal Nalda, A. M. Vilaplana García, J. L. Dueñas Díaz, J. A. Sánchez Calzado, D. Moreno Ramírez, P. Serrano Moya.
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.
martai.nozal.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN: el I Plan de calidad (año 2000) estableció una línea estratégica de calidad y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía asumió la gestión de los procesos de acreditación. Se creó el Modelo Andaluz de Acreditación cuyas características fundamentales son: ser uniforme; total; horizontal; integral; progresivo; orientado a resultados y contribuye a la mejora compartida. El II Plan de Calidad (2005-2008) da continuidad a esta iniciativa a través del II proceso estratégico. El AHVM, dentro de su Plan de Calidad contempla el impulso a los procesos de acreditación como una herramienta indiscutible para la mejora de la calidad de la asistencia prestada.

OBJETIVOS: describir el plan de actuación desarrollado en el AHVM para superar los programas de acreditación y los resultados obtenidos.

METODOLOGÍA: ante cada uno de los procesos de acreditación se identificaron dentro de cada Unidad de Gestión Clínica (UGC) responsables internos y autoevaluadores. Se estableció un plan de trabajo con reuniones periódicas de los profesionales seleccionados y la titular de la Subdirección de Calidad del AHVM durante las cuales se efectuó un seguimiento de la valoración multidisciplinar de cada uno de los estándares (definición de evidencias positivas y áreas de mejora).

RESULTADOS: el AHVM inició el proceso de acreditación de UGC en el año 2005. En junio del año 2006 y en enero y septiembre de 2007 se obtuvo la acreditación avanzada de las Unidades de Obstetricia y Ginecología (UGC-OG), de Oncología Radioterápica (UGC-OR) y de Dermatología (UGC-D) respectivamente. El % global de cumplimiento de estándares del grupo I fue: 86,15%; 87,15% y 84,6% del grupo II: 41,38%; 41,38% y 65,5% y del grupo III: 5,56%, 16,67% y 16,7% respectivamente. Durante el proceso se identificaron áreas de mejora, 35 en la UGC-OG, 71 en la UGC-OR y 48 en la UGC-D de las cuales se resolvieron durante la autoevaluación un 25,7%, un 39,4% y un 45,8% respectivamente.

CONCLUSIONES: nuestra experiencia pone de manifiesto la utilidad de los procesos de acreditación como herramienta de mejora ya que la autoevaluación permite el análisis pormenorizado de la situación actual y el diseño de un plan de mejora adaptado a cada situación y la participación de los profesionales con una visión multidisciplinar aporta un valor añadido y contribuye a la implantación de estrategias de cambio. La implicación no sólo de los profesionales sino también de los líderes de las UGC y de la Dirección del Hospital son elementos indispensables del éxito.

M50.04

MODELO CATALÁN DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA 2007: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL EN LA AUTOEVALUACIÓN, LA AUDITORIA Y LAS ACCIONES DE MEJORA

A. Aloy-Duch, E. Martín-Sánchez, R. Lledó-Rodríguez, R. Sabater-Raga, J. L. Simón-Riazuelo, C. Tusquellas-Oto.
Hospital General de Granollers.
aaloy@fhag.es

Objetivos: En enero del 2006 (Decreto 5/2006), se aprobó un nuevo sistema o modelo catalán de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda (ACAHA) elaborado, mayoritariamente, a partir del modelo europeo de calidad (EFQM). Nuestro objetivo ha sido presentar nuestra experiencia y resultados con la utilización del ACAHA: una autoevaluación, una auditoria externa que validó el resultado obtenido y unas acciones de mejora posteriores.

Material y métodos: Nuestro hospital (datos de 2007) dispone de 335 camas, da 21.646 altas, atiende 138.924 urgencias y visita 244.899 pacientes en consultas externas. La acreditación del centro fue liderada por la Dirección general y la Dirección de Calidad y Desarrollo (DQD) desde el 2006, implicando a todos los mandos y profesionales en su preparación. Los 9 criterios del ACAHA, con el total de 532 indicadores soportados en una base de datos informatizada, se repartieron entre distintos equipos de trabajo. La finalidad de la acreditación era superar el 70% de los indicadores propuestos por el

ACAHA. Debido a la novedad y rigurosidad del ACAHA se decidió, desde la Dirección del centro, realizar la autoevaluación partiendo del estado basal en que el centro se encontrara en el momento de la auditoria, sin realizar mejoras significativas.

Resultados: Desde abril de 2006, se asistió a los cursos de formación sobre ACAHA, se realizaron un total de 53 reuniones con los distintos equipos de trabajo creados y se formalizaron, en formato papel e informático, cada uno de los indicadores. El total de dedicación de la DQD a la acreditación ascendió a 500 horas. En noviembre de 2007 se realizaron 2 simulaciones de autoevaluación que mostraron una consecución de los indicadores del 72,9%. La auditoria externa mostró un resultado final de 73,8%. Posteriormente, en enero del 2008 se discutieron los resultados en todos los foros representativos del centro, y se distribuyeron las áreas de mejora, incluyéndolas en el plan de "Dirección por Objetivos" de cada mando y profesional. Estas áreas detectadas fueron, fundamentalmente, la realización de planes sobre: gestión por procesos, guías asistenciales, programas estratégicos, cuadro de mando integral y "benchmarking".

Conclusiones: El ACAHA es un instrumento adecuado de evaluación que permite sensibilizar y hacer progresar a toda la organización, determina el nivel del centro, permite compararse consigo mismo y con otros hospitales ("benchmarking"), y posibilita el establecimiento de acciones de mejora hacia la consecución de unos estándares de calidad asistenciales adecuados.

M50.05

PRESENTACIÓN DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS Y UNIDADES CLÍNICAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN)

J. Marta Moreno (0), J. Morera Guitart (1), E. T. Joaquin (1), C. Sánchez Sánchez (1), C. Lema Devesa (1).

(0) Hospital Miguel Servet, Zaragoza, (1) Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

jmartam@salud.aragon.es

Los sistemas de acreditación externa tienen como finalidad garantizar ciertos niveles efectivos de calidad. En nuestro país hay varios ejemplos importantes como son: la acreditación de centros y unidades docentes de formación especializada (MIR, FIR, BIR, etc.) del Ministerio de Sanidad, la acreditación por la Organización Nacional de Transplantes o la acreditación de bancos de sangre y tejidos.

La SEN ha desarrollado un sistema de acreditación de unidades clínicas basado en un Manual de Procedimientos del Sistema y un Manual de Criterios de Acreditación específico para:

- Servicios de Neurología de Referencia Asistencial y Docente.
- Servicios y Secciones de Neurología.
- Unidades de Neurología de la Conducta y Demencias.
- Unidades de Epilepsia.
- Unidades de Ictus.
- Unidades de Esclerosis Múltiple.

Los principios de este sistema de acreditación son:

- Voluntariedad, por parte del Servicio o Unidad que lo solicita.
- Objetividad: basado en la evaluación de criterios explícitos mediante auditoria externa por pares.
- Adecuación de los requisitos (criterios, estándares, procedimientos, etc.) a la realidad sanitaria española.
- Independencia, credibilidad y representación del órgano acreditador, la SEN.

Es un sistema de acreditación por puntos, con criterios de obligado cumplimiento y otros recomendados, lo que permite:

1. Obtener la acreditación si se cumplen todos los estándares obligatorios y un mínimo de puntos predefinido.
2. Comparar unidades y servicios y poner en práctica el benchmarking.
3. Dibujar un perfil de cada unidad evaluada facilitando la identificación de áreas y acciones de mejora.
4. Crear un premio de excelencia de la SEN para el mejor Servicio y/o Unidad, si se considera oportuno.

Se presenta el Sistema de Acreditación de Unidades y Servicios de la SEN y una reflexión sobre el papel de las sociedades científicas y este tipo de iniciativas en la mejora y garantía de la calidad de la asistencia y la docencia.

M50.06

PROCESO DE CAMBIO HACIA LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

C. Lumbierres Subías, J. Minguez Sorio, M. Bustillo Alonso, M. J. Calvo Aguilar, P. Lalaguna Mallada.

Hospital de Barbastro, Barbastro.

clumbierres@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Realizar los cambios en la atención al recién nacido (RN) durante la estancia inmediata tras parto, de acuerdo con la OMS y UNICEF, facilitando la cohabitación durante la misma en todas las situaciones que lo permitan y promover la lactancia materna (LM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Actividad de la Comisión de Lactancia mediante reuniones para evaluación, seguimiento e implantación de pautas.

-Creación de herramienta informática para evaluar incidencia y duración de lactancia, y dar continuidad de esta humanización a nivel de primaria.

-Adecuación de la distribución de planta materno-infantil facilitando la cohabitación en todo momento y actitud abierta de la unidad neonatal a las familias.

RESULTADOS:

-Elaboración, difusión y puesta en marcha del protocolo de Lactancia que permite mejorar la calidad asistencial a las madres y RN. Cambio de pautas y rutinas hospitalarias.

-Realización de cursos de capacitación para personal sanitario en el hospital y difusión en diferentes áreas de atención primaria para sensibilizar sobre la importancia del apoyo a la LM y la confianza que se establece con los profesionales.

-Consolidación del método madre canguro que permite la disminución de estancia media en RN de bajo peso y alto nivel de satisfacción según encuesta realizada a los padres.

-Coordinación del hospital y primaria asegurando atención inmediata tras el alta precoz de maternidad.

-Cotacto piel con piel como pauta habitual de cuidado en los RN.

-Aumento del número de niños con patología, que reciben los cuidados específicos en cohabitación con la madre, en lugar de separados de ella en la sala neonatal.

-Humanización en cesáreas programadas con participación del padre. Contacto precoz RN-padre y disminución de la permanencia del niño en la unidad neonatal.

-No utilización de biberones para suplementos. Favorecimiento de extracción y conservación de leche materna.

CONCLUSIONES: La aplicación de estas pautas por parte del personal y los padres, y la reestructuración del espacio de la unidad Materno-Infantil, hace posible llevar a cabo esta humanización con el recién nacido, de modo que se respete y traten las necesidades que precisa para su bienestar evitando la separación de la madre en cualquier circunstancia.

La apasionante tarea de atender, seguir y acompañar el desarrollo de un ser humano, debería ser estímulo suficiente, para proporcionar a la madre y al niño, todos aquellos cuidados que precisan, siendo respetuosos con el proceso natural del nacer, favoreciendo dicha humanización, con la consiguiente reducción del gasto económico en el sistema del Salud.

M50.07

PROYECTO PARA UNA CERTIFICACIÓN OSHA: EVALUACIÓN DE RIESGOS LABORALES EN UN ÁREA DE AP

C. Ferrer Arnedo, J.L. Martínez Jiménez, C. Ferrer Arnedo, F. Griñán Soria, E. Lozano Lozano.

GERENCIA ÁREA 3 ATENCIÓN PRIMARIA MADRID.

Cferrer.gapm03@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: En el 2007, la Gerencia de Atención Primaria del Área 3 de Madrid realizó una reevaluación con el modelo EFQM. Entre los puntos fuertes encontrados, al analizar el agente "personas", aparecía identificada la política de salud laboral llevada a cabo en los últimos dos años y se identifica como área de mejora continuar su desarrollo y mejorar su divulgación. La Gerencia decide trabajar en esta línea de mejora asumiendo la propuesta de sistematizar las acciones, mediante el camino que marca la norma OSHA 18001, apoyados en el Art. 3 del Reglamento Servicios de Prevención.

OBJETIVO: Desarrollar el plan de prevención del área 3 utilizando

como referencia la norma OSHA 18001 para garantizar desde la dimensión de la seguridad "puestos de trabajo seguros".

METODOLOGÍA: Sistematización de la evaluación y ejecución de un plan de evaluación del riesgo e implantación de las mejoras necesarias conforme metodología INSHT.

Acciones: presentación, discusión, aprobación (Comité Seguridad y Salud, Comisión Dirección y Consejo Gestión), constitución grupo trabajo OSHA coordinador: técnico prevención, representante sindicatos, técnico gerencia y miembro comisión dirección (análisis de la norma). **Objetivo:** el plan, desarrollo y certificación.

Estrategias: análisis situación, realizar auditoría y constituir comisión de responsables de seguridad con representantes de todos los centros (apoyar valoración medidas de mejora, implicando a todos los profesionales en la cultura de la seguridad); implementación en página web del área, mejorando la comunicación y apoyo en despliegue intervenciones.

RESULTADOS: Se evaluaron 25 centros del Área, 116 puestos asistenciales emitiéndose informe por cada centro, identificando hasta 28 riesgos por puesto basados en factores de seguridad, higiene, ergonomía y psicología. Estructura informes: riesgo AT/EP, agente causante, probabilidad, consecuencias, estimación riesgo, medidas control existentes y planificación medidas correctoras. Se detectaron 200 áreas de mejora relacionadas con los puestos de trabajo, entorno e información. Con el esfuerzo de la implantación de la política preventiva se ha reducido estadísticamente un 50% el número de accidentes.

CONCLUSIONES: El liderazgo implicado es clave en este proyecto. La participación y sensibilización de los profesionales a través del comité de seguridad es imprescindible para la retroalimentación. La implantación e integración del sistema de prevención se puede realizar sin ayuda externa, sintiéndonos todos más integrados y seguros, beneficiando a la propia organización y convirtiéndose en algo nuestro y mejor.

M51.01

PLAN DE CONTINGENCIA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE EN UNA CIUDAD FRONTERIZA

M. I. Val Carrascón (0), M. Ortega Peinado (0), M. A. Blanco Galán (1), C. Cortés Criado (0), J. . M. Montis Pelegay (0), A. Morilla Bernal (0).

(0) Hospital Comarcal Melilla (INGESA), (1) INGESA Madrid.

ucalidad.html@insalud.es

Objetivo: Sistema de información dirigido a los pacientes en AE, en la que se atienden además de la población de derecho con tarjeta sanitaria a usuarios potenciales procedentes de la zona limítrofe de Marruecos, residentes o transeúnte en la Ciudad, y los que, a través de los servicios públicos (CETI) y no públicos (ONG) demandan asistencia.

El deber de información es una garantía de calidad asistencial. Desarrollamos un estudio de la calidad basado en las herramientas de Gestión.

Materiales y métodos: Herramientas de gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: Establecimiento de la estrategia, Análisis QFD, Diagnóstico de la situación DAFO.

Análisis proactivo (AMFE, de barreras, VME...). Planificación de respuestas.

Resultados: El paciente solicita que la información sea continua, confidencial y comprensible. (análisis QFD) y aunque el vector DAFO indica que la información proporcionada se adecua de la demanda, se recomendó la inclusión del plan de contingencia del sistema de información dentro del Plan de Calidad de nuestro centro. El análisis proactivo ha permitido elaborar un plan de contingencia ante situaciones de riesgo como habitaciones compartidas, contenido de la información y barrera idiomática.

Conclusiones: Al efectuar el análisis, intuíamos que la dificultad en el lenguaje, por barrera idiomática o por la utilización de un tipo de lenguaje no adecuado, podrían ser los puntos fuertes de los que podríamos obtener unas acciones de mejora efectivas. Así, un NPR tan alto como el obtenido en la barrera idiomática, tendría fácil solución si existieran traductores, con un NPR final de 27. La habitaciones compartidas, tiene una clara medida de resolución a largo plazo, un nuevo centro con habitaciones individuales (en proyecto actualmente). Poco podemos hacer respecto a la diversidad cultural, tan solo el apoyo y comprensión o en todo caso, el facilitar una

información en su idioma, podría predisponer a una mejora en las comunicaciones posteriores. Respecto a la utilización de un lenguaje científico es cuanto menos, un campo en el que los facultativos deben de dar un gran giro. Pensamos que la educación al respecto, con la utilización del aprendizaje en técnicas de comunicación y el asesoramiento legal respecto a los actos médicos, podría provocar ese cambio.

M51.02

TIEMPOS DE ENTRENAMIENTO DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL USO DE UN MÓDULO CLÍNICO INFORMATIZADO. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

T. Garrich Aumatell (0), C. Andrés Carretero (0), C. García Gutiérrez (0), R. M. Hernández Domenech (0), M. B. Sánchez Gómez (1), G. Duarte Climents (1).

(0) Consorci Sanitari de Terrassa, (1) DC Cuidados Sociosanitarios. begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: El Consorci Sanitari de Terrassa ha puesto en marcha un proceso que tiene como objetivo la implantación del método clínico enfermero en su área de influencia para los pacientes de Atención Primaria. Este proceso se extiende a pacientes atendidos en consultas de enfermería o en atención a domicilio mediante el uso del método clínico enfermero estandarizado con los lenguajes NANDA-NOC-NIC. El registro se realiza informatizado mediante el programa "OMlap V6.4/00A-00".

Objetivos: Analizar los tiempos de entrenamiento en el módulo clínico enfermero.

Comunicar a los profesionales la evolución grupal e individual para fomentar la detección de oportunidades de mejora.

Motivar a los profesionales en el seguimiento de los pacientes desde la perspectiva de la visión integral, con la adopción del método clínico. Material y métodos: Se realiza un registro informatizado donde cada profesional hace un seguimiento de los pacientes atendidos con el método clínico, el tiempo que emplea en el juicio diagnóstico y juicio terapéutico y el registro de los datos en el programa informático "OMlap V6.4/00A-00". Los datos se vuelcan para su estudio en el paquete informático SSPS.15. Se realiza un análisis descriptivo de los tiempos, y una regresión a la media para identificar el punto significativo del cambio.

Resultados: La curva de entrenamiento muestra un punto de inflexión en el tiempo total necesario para el proceso. Este punto es estadísticamente significativo a partir de 44,79 registros.

Esto nos induce a pensar que se requiere ese nivel de entrenamiento para lograr unos resultados óptimos.

Conclusión: El análisis de los tiempos de entrenamiento es un resultado intermedio en el proceso de implantación. Facilita una herramienta de gestión a los mandos intermedios y a la Dirección de Enfermería para el seguimiento del proceso y la motivación de los profesionales. La comunicación de resultados individuales produce en los profesionales, por regla general la necesidad de buscar una referencia para mejorar su práctica clínica.

M51.03

USO DE UN DATA WAREHOUSE, BASADO EN CUBOS OLAP, PARA LA GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN DE UNA EMPRESA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

M. González Quintana* (0), J. Montfort Heras (1).

(0) null, (1) Sistema d'Emergències Mèdiques. miguel.gonzalez@sem.gencat.cat

OBJETIVOS: El actual Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña. (SEM) es el resultado de la fusión de tres empresas que desempeñaban funciones similares, pero en ámbitos territoriales distintos de Cataluña. Esta entidad debe dotarse de un cuadro de información unificado aprovechando, entre otras cosas, experiencias de utilidad comprobada en cualquiera de las empresas anteriores a la fusión.

Nuestro objetivo es aplicar un proceso de data warehouse, basado en cubos OLAP, a la información de largos periodos de tiempo y determinar su utilidad en diversos ámbitos en una empresa de emergencias sanitarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizan varias fuentes de información:

- Costes del anterior concurso de transporte sanitario (TS), período 2001 - 2006.

- Actividad de TS (2004 - abril 2007).
- Estudio de los tiempos de respuesta de más de 20 minutos realizado por CCURES para toda Cataluña menos provincia de Tarragona y Barcelona ciudad (2004 - 2006).
- Base de datos del 1er semestre 2006 con 28.171 registros enviados al Benchmarking de emergencias sanitarias coordinado por IASIST.

El programa informático sobre el que se ha cargado la información es Excel y Acces, de Microsoft Office. RESULTADOS: La explotación realizada la hemos agrupado en 3 ámbitos:

- Gestión empresarial:
 - o Análisis de los parámetros más comunes (actividad, presupuestos, etc.).
 - o Importes abonados por proveedores, por territorio, por servicio, por vehículo, etc.
- Planificación sanitaria:
 - o Estudio de cargas asistenciales de los recursos, para corregir desviaciones si procede.
 - o Seguimiento de los tiempos de respuesta de más de 20 minutos, como herramienta de mejora interna y de negociación con los proveedores.
- Epidemiología:
 - o Análisis de las características generales de la demanda de TS (edad, sexo, pirámide de población, horario de demanda, etc.).
 - o Frecuentación por ámbito territorial.
 - o Principales patologías atendidas (edad, sexo, pirámide de población, etc).

CONCLUSIONES: La utilización de un data warehouse, basado en cubos OLAP, es muy útil y eficaz a la hora de explotar y presentar la información, además su uso es sencillo, perfectamente asimilable ya que no requiere conocimientos especiales de informática, pero sí una concepción clara de aquello que se desea explotar.

Aconsejamos incorporar este sistema de procesamiento de datos como herramienta básica para la gestión empresarial, la toma de decisiones y la planificación a largo plazo en empresas de emergencias sanitarias como la nuestra.

M51.04

USO DEL SSII "OMIAP V6.4/00A-00" POR LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

C. García Sánchez (0), A. Subías Rocabert (0), M. Coll Trullas (0), C. Salvador Guadayol (0), G. Duarte Climents (1), M. B. Sánchez Gómez (1).

(0) Consorci Sanitari de Terrassa, (1) DC Cuidados Sociosanitarios. begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: El Consorci Sanitari de Terrassa ha puesto en marcha un proceso que tiene como objetivo la implantación del método clínico enfermero en su área de influencia para los pacientes de Atención Primaria. Este proceso se extiende a pacientes adultos y niños atendidos en consultas de enfermería en los CS y en el domicilio mediante el uso del método clínico enfermero estandarizado con los lenguajes NANDA-NOC-NIC. El registro se realiza informatizado mediante el programa Omlap V6.4/00A-00. Previo a la puesta en marcha de la implantación se realizó una encuesta a las enfermeras para conocer su grado de conocimiento y de satisfacción con el SSII. Objetivos: Conocer la utilización general del programa.

Conocer las partes específicas del programa usadas de forma habitual por parte de las enfermeras en la práctica clínica diaria.

Material y métodos: Encuesta específica diseñada para el CST. La encuesta se prueba en una muestra, se revisa según los resultados preliminares, se redacta en formato bilingüe catalán-castellano. Se distribuye y se recoge de forma anónima entre los profesionales de enfermería de AP del CST.

Análisis descriptivo de las variables, análisis de correlaciones entre variables.

Resultados: Se recogieron 59 encuestas de un total de 94 enfermeras, los datos recogidos muestran que el 100% de las enfermeras utilizaban el programa informático. Respecto al módulo clínico de enfermería, los datos describen un desconocimiento general del módulo, se usa por el 27% de las enfermeras, y el 7% utiliza el módulo clínico para enfermería en su totalidad. Las partes más conocidas del programa fueron: problemas fundamentales del paciente 96,6% y tratamiento 88,1%, constantes 79,7%, protocolos y programas 91,5%.

Conclusión: Creemos necesario este tipo de estudio previo a la implantación del método clínico, y la mejora del sistema informático que soporta la historia clínica. Mediante estos análisis, podremos profundizar en aspectos específicos de la formación y favorecer la implementación.

M51.05

VARIABILIDAD EN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ENTRE CENTROS DE SALUD DE UN ÁREA SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SUS IMPLICACIONES EN LA PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Á. Alberquilla Menéndez-Asenjo, M. J. Gil De Pareja Palmero, R. Iglesias Rodríguez, J. J. Muñoz González.

Gerencia Atención Primaria. Área 11 de Salud. Madrid.
aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

La información obtenida de Historias Clínicas Electrónicas (HCE) se utiliza cada vez más con fines de investigación, gestión y evaluación de servicios. Ello aconseja conocer sus peculiaridades y limitaciones como fuente de datos con tales objetivos.

OBJETIVO: Identificar y cuantificar posibles diferencias tanto de carácter cuantitativo como cualitativo en la utilización de las (HCE) entre centros de un área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analiza la utilización y contenido clínico de las HCE de todos los centros de salud de una gerencia de atención primaria completamente informatizada. Se consideran todas las visitas realizadas y el total de episodios nuevos abiertos durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2007. Para cada centro se elaboran los siguientes indicadores: Uso de HCE (visitas con apunte / visitas totales x 100); Proporción de episodios sin codificar; Proporción de episodios codificados con rúbricas mal definidas de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) es decir pertenecientes al Capítulo A (Síntomas Generales) o Componente 1 (Signos y síntomas mal definidos) y Media de episodios por paciente. Para cada uno de estos indicadores se establecen los estadísticos de variabilidad Razón de Variación bruta (RV), depurada (RV5-95) e intercuartilica (RV25-75) y Coeficiente de Variación.

RESULTADOS: Se analizan 5.102.197 episodios incluidos en las HCE en más de 16 millones de visitas realizadas en 42 Equipos de Atención Primaria durante el periodo de estudio. La HCE se utilizó en el 53% de las visitas (33,9-65,5; RV.-1,55; RV5-95.-1,38; RV25-75.-1,16; CV.-0,12). Permanecieron sin codificar el 1,8% de episodios (0,1-16,1; RV.-138,56; RV5-95.-29,91; RV25-75.-3,16; CV.-1,84) mientras que se utilizaron códigos del Capítulo A en un 5,5% de episodios (3,7-8,7; RV.-2,36; RV5-95.-1,62; RV25-75.-1,19; CV.-0,17) y del componente 1 en un 38% (31,2-44,6; RV.-1,43; RV5-95.-1,26; RV25-75.-1,11; CV.-0,07). La media de episodios registrados por paciente y año se situó en 2,8 (1,9-4,5; RV.-2,35; RV5-95.-1,92; RV25-75.-1,29; CV.-0,21).

CONCLUSIONES: 1) Se evidencia una importante variabilidad en la exhaustividad y precisión de la información clínica que se incluye en las HCE de los centros del área estudiada. 2) Esta variabilidad deberá ser considerada cuando se utiliza esta información con fines epidemiológicos o para la gestión o evaluación, especialmente si se utilizan herramientas de ajuste por casuística. 3) Se hace evidente la necesidad de profundizar en el conocimiento de los determinantes de esta realidad para establecer las intervenciones de mejora precisas que permitan reducir al máximo la variabilidad observada.

M51.06

VIRTUALIZACIÓN DE SERVIDORES COMO SISTEMA DE CONTINGENCIA A FALLOS Y OPTIMIZACIÓN DE MÁQUINAS

J. M.* Samaniego Prieto, R. De La Torre Roa, J. A. García Benítez, J. Castellano Alarcón, M. Pérez Polo, P. Martínez-Toledano Olaya.

GERENCIA ÁREA 1 AP SERVICIO MADRILEÑO SALUD.
jmsamaniego.gapm01@salud.madrid.org

La Gerencia del Área 1 AP del SERMAS (A1) disponía de un conjunto heterogéneo y amplio de servidores, sistemas operativos (Linux, Unix y Windows) y Hardware, con máquinas antiguas y escasa disponibilidad de repuestos. Ante cualquier contingencia se hacía difícil y laboriosa la recuperación de máquinas, tanto por problema del sistema operativo, como por problema de hardware, pero lo más

problemático es el tiempo que se deja a los usuarios sin el servicio. En 2007 se registraron 8 caídas de servicio con un tiempo medio de recuperación del servicio de 122 horas. Con 50 personas trabajando en Gerencia, supuso perder unas 1830 horas de trabajo. Por otra parte algunos servidores estaban siendo infrautilizados por servicios que no requieren tanto espacio o procesador y otros excesivamente saturados.

Objetivo: 1. Reducir el tiempo de resolución de problemas. 2. Mejorar la disponibilidad de los servicios. 3. Optimizar la utilización de Hardware. 4. Posibilidad de replicar entornos.

Material y Método: Diseño y Desarrollo: Unidad de Informática (A1). 320 horas de trabajo de Enero a Febrero 2008.

Se utiliza software de virtualización (VMware).

Se cambia el rol de los servidores físicos pasando a ser servidores de máquinas virtuales: entornos lógicos dentro de un servidor físico que albergan servicios que prestaban antes servidores físicos.

El proceso actual de recuperación del servicio consiste en copiar los ficheros del servidor virtual dañado a otro servidor físico.

Resultados: Reducción del tiempo de solución de problemas a 15-30 minutos. (tiempo de copia de un servidor a otro).

Alta disponibilidad de servicios. (Tiempo máximo sin servicios: 30 min.).

Reducción de 20 servidores físicos a 5 que albergan 20 servidores virtuales.

Optimización de recursos no utilizados: memoria ocupada pasa del 55% al 75%; ocupación del procesador: pasa del 50% al 75%.

Posibilidad de replicar entornos para desarrollo idénticos a los existentes en producción.

Conclusiones: La virtualización aprovecha mejor los recursos de cada máquina, permitiendo a su vez liberar máquinas y servidores ahorrando coste a la organización o permitiendo con las mismas máquinas existentes ofrecer más servicios. También se consigue crear sistemas seguros y de fácil recuperación, consiguiendo levantar un servidor averiado en cuestión de minutos desde el sistema de copia de seguridad. Se crea un entorno de desarrollo en tiempo mínimo e idéntico al existente en producción. Se ha creado una plataforma robusta y sencilla de administrar.

M51.07

VÍA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON HIPERHIDROSIS

C. D. Burgos Lunar (0), J. García Sánchez Jirón (1), J. García Caballero (1).

(0) Instituto de Salud Carlos III, (1) Hospital Universitario La PAZ.
carmenblunar@hotmail.com

Objetivo: establecer y organizar un plan integral de atención del paciente con hiperhidrosis susceptible de tratamiento con simpatectomía torácica endoscópica que permita sistematizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de información al paciente para disminuir la variabilidad y mejorar los resultados terapéuticos y la satisfacción del paciente.

Método: búsqueda sistemática de la evidencia mediante los buscadores: tripdatabase, sumsearch y google. Selección de los documentos en función de su nivel de evidencia científica y actualidad. Organización de la documentación y presentación en sesión clínica del Servicio de Cirugía torácica para su discusión y aprobación. Firma de la vía clínica con la dirección médica del hospital para su implantación.

Resultados: vía clínica de la atención al paciente con hiperhidrosis formada por los siguientes documentos: matriz temporal científico-técnica de atención al paciente con hiperhidrosis sometido a simpatectomía laparoscópica, consentimiento informado de la intervención, hoja de información al paciente sobre la intervención, hoja de información al paciente sobre la estancia hospitalaria, hoja de tratamientos y cuidados, encuesta de satisfacción, encuesta de resultados. Se establecen estándares a alcanzar en la atención al paciente con hiperhidrosis para promover la mejora continua en su asistencia.

Conclusiones: la vía clínica organiza la atención, cuidados e información que deben recibir los pacientes con hiperhidrosis, estableciendo los indicadores y estándares del proceso de mejora continua en su asistencia.

Palabras clave: hiperhidrosis, simpatectomía torácica endoscópica.

M51.08

VÍA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON PRURITO

A. Varela González*, V. De Diego, M. Casado, J. García Caballero.
Hospital Universitario La Paz.
amai.varela@salud.madrid.org

Objetivo: establecer un plan global de atención del paciente con prurito.

Método: búsqueda de la práctica basada en la evidencia mediante buscadores: sumsearch, tripdatabase y google (búsqueda avanzada), selección de los documentos en función de actualidad, evidencia científica y pertinencia a los distintos escenarios de la asistencia y cuidado de estos enfermos. Organización de la documentación y presentación en power point en sesión clínica del Servicio de Dermatología para su discusión y consenso.

Resultados: vía clínica de la atención al paciente con prurito formada por los siguientes documentos: criterios de derivación a la consulta especializada de prurito, algoritmo de la asistencia (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), hoja de recomendaciones para los pacientes, encuesta de satisfacción y base de datos para su registro. Se establecen estándares a alcanzar en la atención al paciente con prurito para promover la mejora continua de su asistencia.

Conclusiones: la vía clínica organiza la atención y cuidados que deben recibir los pacientes con prurito, estableciendo los indicadores y estándares del proceso de mejora continua.

M51.09

MODELO DE ACREDITACIÓN CATALÁN: ELEMENTO CLAVE EN LA MEJORA CONTINUA Y EN LA ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD DEL CENTRO

J. Rebull Fatsini.

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.
prebull.htvc.ics@gencat.net

Introducción: el Modelo de Acreditación Catalán (MAC), consta de una autoevaluación realizada por el hospital y una evaluación externa hecha por una empresa acreditada. Las áreas de mejora detectadas, requieren de un análisis, una metodología de implantación y una priorización para su incorporación en el Plan de Calidad del centro.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos en el Proceso de Acreditación. Identificar las áreas de mejora, describir la metodología de implantación de estas y su priorización en el Plan de Calidad de un centro hospitalario.

Metodología: El MAC consta de 9 criterios a evaluar. Cada criterio consta de subcriterios y agrupadores conceptuales, con una unidad de evaluación básica constituida por el estándar (531 estándares). En septiembre del 2007 se procedió a realizar la autoevaluación y en noviembre 2007 la acreditación externa. En febrero 2008 se creó el grupo para la implantación de las áreas de mejora tras el informe técnico de la acreditación externa, con los siguientes objetivos: Identificación de las áreas y acciones de mejora con su responsable principal /directivo. Integración de las acciones en agrupadores conceptuales. Se priorizaron 10 para el plan de mejora del primer año (estándares de enfoque). Los estándares no acreditados se transformaron en acciones concretas El grupo de mejora, (Unidad de Calidad, dos directivos y un asesor externo), fue el responsable de la implantación de todo el proceso (cronograma, agendas, identificación responsables y priorización).

Resultados: Autoevaluación interna: 88.5%; Autoevaluación externa: 89.66%; resultados por criterios: 1: 96.88%, 2: 100%, 3: 100%, 4: 92.86%, 5: 91.88%, 6: 93.33%, 7: 83.33%, 8: 83.33%, 9: 74.49%. Oportunidades de mejora (estándares) detectados por criterios: Liderazgo 1 (3,2%). Alianzas y Recursos 5 (7,2%). Procesos 19 (8,2%). Resultados clientes 1 (16,7%). Resultados Sociedad 2 (16,7%). Resultados Personas 2 (16,7%). Resultados Clave 25 (25,5%). Agrupadores conceptuales priorizados: Continuidad entre ámbitos asistenciales; Gestión de la Tecnología Asistencial (Criterio 4); Atención Urgente, Atención Ambulatoria, Atención Hospitalización, Investigación Clínica, Trabajo Social, Ética y Derechos del Cliente (Criterio 5). Resultados. Uso del Medicamento. Resultados. Documentación Clínica y archivo (criterio 9).

Conclusiones: El proceso de acreditación ha sido útil para detectar las áreas de excelencia de nuestro hospital, así como para detectar debilidades (con sus correspondientes oportunidades de mejora). La aplicación de una metodología de trabajo ha sido clave para el diseño

del nuevo Plan de Calidad del centro y para la definición de acciones de mejora concretas en una área y periodo determinado.

M51.10

VÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ATAXIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

M. Cerpa Calderón, F. J. Arpa Gutiérrez, I. Pascual Pascual, A. Gil Luciano, J. García Caballero.
Hospital Universitario La Paz.
mauriciocerpa@gmail.com

Objetivos: Organizar la atención del paciente con Ataxia mediante la creación de una vía clínica que integre la atención basada en la mejor evidencia científica, la evaluación por estándares, la participación interdisciplinaria de especialistas y una mejor información a enfermos y familiares.

Material y Método: Búsqueda bibliográfica en metabuscadores (sumsearch, tripdatabase, google) con palabras clave: ataxia, standard, clinical pathways, quality, guideline.

Reuniones periódicas con servicios de Neurología, Neurología Pediátrica, Oftalmología, Radiología, Medicina Física y Rehabilitación, Cardiología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Asistente Social y Medicina Preventiva.

Definición de estándares de calidad para la atención de estos pacientes.

Diseño y elaboración de documentos con herramientas informáticas (Word, Excel, Access, Power Point, Publisher).

Presentación y despliegue en los servicios implicados y en la dirección médica.

Resultados: Se ha elaborado una vía clínica que contiene:

1. Una matriz temporal científico-técnica: que integra los estándares de calidad respecto al tiempo.
2. Una plantilla con siete bases de datos en access, que integra: los datos del paciente y sus antecedentes; las evaluaciones de diagnóstico y seguimiento de neurología, de neurofisiología, de oftalmología, de otoneurología; los resultados evolutivos de laboratorio, de genética, de la resonancia magnética cerebral y de la ecografía cardiológica. Además de accesos por hipervínculos a los documentos propios de la vía clínica para el profesional y el paciente y familiares.
3. Documentos de información al paciente: de los procedimientos que se le realizará durante su diagnóstico y seguimiento, de las pautas rehabilitadoras, de los recursos sociales disponibles en la Comunidad de Madrid.
4. Consentimientos informados de los procedimientos que lo requieran.
5. Encuesta de satisfacción y cuestionario de calidad de vida.
6. Hoja de indicadores a medir (de proceso y de resultado), según estándares seleccionados.

Conclusiones: La vía clínica organiza la atención del enfermo con ataxia según un plan de calidad asistencial, donde establece la atención interdisciplinaria en especializada e implica a especialistas involucrados. Informa mejor al paciente y familiares, respetando su autonomía y capacitándolos en actividades diarias. Proporciona seguridad tanto al profesional como al paciente. Además evalúa la calidad de vida a pesar del pronóstico.

La evaluación de esta vía clínica se realizará con la medición de indicadores y estándares, permitiendo una mejora continua de la misma.

Las herramientas informáticas, proporciona información relevante de diferentes especialidades para los profesionales en el momento de la evaluación.

M52.01

ESTUDIO DEL ABSENTISMO DE LOS USUARIOS A LAS CITAS PROGRAMADAS EN EL CME RAMÓN Y CAJAL Y PROPUESTA DE MEJORA PARA OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS

A. Aparicio Clavería *, M. Vallespin Meseguer, G. D. M. D. L. C. D. C. R. Y. C. Cme Ramón Y Cajal.
Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
aaparcio@salud.aragon.es

Objetivo: El grupo de Mejora de la Calidad del CME Ramón y Cajal determino como objetivo la oportunidad de mejorar la accesibilidad del usuario al sistema sanitario en el CME Ramón y Cajal, para anular

o cambiar la cita a propia petición, para las Consultas de los especialistas y para las pruebas complementarias del Sº de Radiología, ya que se considero que se produciría un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales del Centro, que redundaría en beneficio de los pacientes y la administración.

Metodología:

1. Verificación de la situación: Se cuantificaron las ausencias de los pacientes, en las Consultas y en el Sº de Radiología del Centro, durante los dos meses anteriores al estudio.

2. Análisis de los datos obtenidos:

- Constatación de la necesidad de realizar el proyecto basándose en la cantidad tan importante de ausencias observadas.
- Necesidad de conocer las causas del absentismo.

3. Se realizó una encuesta telefónica al 10% a los pacientes que no acudieron a las citas programadas durante el mes de marzo 07, dentro de los tres primeros días de la no comparecencia estando incluidas todas las especialidades médicas del Centro que son 14 (65 consultas) y el Sº de Radiología.

4. Análisis de los resultados de la encuesta: Se identificaron los motivos de las ausencias y los puntos débiles de la estructura, decidiendo estudiar posibles áreas de mejora y aprovechamiento de recursos.

5. Desarrollo practico de las áreas de mejora.

Resultados del estudio:

1. El absentismo de los pacientes esta alrededor del 11,6%, sobre la programación global del Centro.

2. Las causas de no avisar son varias, pero se podría destacar como principal el olvido por parte de los pacientes, el desconocimiento del sistema, entre otras ("anulación telefónica").

Conclusiones:

1. Alto porcentaje de absentismo de los pacientes.

2. Consideramos dos variables de mejora:

- Facilitar, motivar e informar a los para la anulación o el cambio de la cita.
- Unidad de Citaciones: formalizar un criterio de citación para estos casos. El Sº de Radiología por sus características peculiares merece estudio aparte.

3. Elaborar un nuevo impreso de citación, resaltando la información importante para el paciente.

4. Teléfono directo para la Unidad de Citaciones.

5. Intentar aprovechar al máximo los huecos obtenidos por las anulaciones de los pacientes, con la consiguiente optimización de los recursos.

M52.02

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN SITIO WEB SOBRE SAHS DESDE LA PERSPECTIVA DE UN MÉDICO Y DE UN GRUPO DE PACIENTES

J. Caballero Rodríguez (0), J. M. Moreno Rodríguez (0), E. Herrera Viedma (1), J. M. Cadenas Figueredo (2).

(0) Hospital J.M. Morales Meseguer, (1) Universidad de Granada, (2) Universidad de Murcia.

jcaballero@separ.es

1. Objetivos: Evaluar la calidad de una Web sobre el Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) frecuentemente visitado por pacientes afectos, comparando la valoración realizada por éstos a través de un cuestionario y la de un médico especialista en SAHS.

2. Material y Método:

2.1. Valoración de la calidad percibida del sitio Web por un grupo de 11 pacientes y un médico especialista en SAHS, a través de un cuestionario que trata diferentes aspectos relevantes del sitio (usabilidad, contenidos, credibilidad y servicios). Se seleccionó una muestra no aleatoria de la población de pacientes que acceden habitualmente a sitios Web para obtener información sobre el SAHS.

2.2. Valoración del contenido científico del sitio Web por parte de un médico especialista comparando las recomendaciones sobre el manejo de la enfermedad: Consenso del Grupo Español de Sueño y Asociación Americana del Sueño (AASM).

3. Resultados:

3.1. Valoración de los pacientes en base a los resultados del cuestionario: El gráfico de Pareto muestra que los problemas de calidad percibida de mayor frecuencia se refieren a los servicios que proporciona el sitio Web y a su credibilidad (identificación del

propietario, y carencia de aspectos formales -fecha de actualización del sitio, declaración de conflicto de intereses-). También se aprecian algunos problemas de usabilidad (dificultad para moverse por la Web). En general, la valoración de calidad percibida coincide con la formulada por el especialista.

3.2. Valoración del contenido científico del sitio Web por el especialista:

i. Actualizado aunque no presenta ciertos aspectos formales como la fecha de actualización de la información.

ii. Bastante completo pero no informa sobre aspectos que pueden interesar a los pacientes: estudios diagnósticos en domicilio, información sobre los dispositivos de avance mandibular (eficacia, falta de subvención por el Sistema Nacional de Salud).

iii. Lenguaje empleado es muy coloquial.

4. Conclusiones: La población está cada vez más familiarizada con las nuevas tecnologías y acceden a información sobre su problema de salud a través de Internet. Los pacientes manifiestan estar interesados en la calidad de los sitios Web que utilizan, identificándose como áreas de mejora los servicios que provee, su usabilidad y los aspectos formales que permiten evaluar su credibilidad. La valoración global de la información proporcionada la consideran buena, teniendo en cuenta sus conocimientos previos.

En cuanto al análisis del contenido científico, los resultados sugieren que aunque es adecuado, se objetivan algunas deficiencias que podrían ser útiles a los pacientes.

M52.03

EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTOS DE MEJORA. RESULTADOS 2007

M. Santiñá Vila, D. Robles Antúñez, M. A. López-Boado Serrat, S. Prat Fabregat, J. Grau Cano, A. Conesa González.

Hospital Clinic i Provincial, Barcelona.

msantina@clinic.ub.es

A finales del 2006 la Comisión de Sistemas de Información-Historias Clínicas (SI-HC) aprobó un nuevo baremo de evaluación de la documentación clínica. El nuevo baremo fue fruto de las evaluaciones previas, de los requerimientos del nuevo sistema de acreditación hospitalario catalán y de la necesidad de valoración de la documentación en soporte informático.

Objetivos: Evaluación de la calidad de la documentación clínica hospitalaria del año 2007. Evaluar el funcionamiento del nuevo baremo.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de los resultados obtenidos en la evaluación de las historias clínicas del año 2007, a partir de la revisión de las actas elaboradas por el grupo de trabajo de evolución. Variables analizadas: datos administrativos, datos de identificación del proceso asistencial, datos médicos, datos de enfermería y consentimiento informado.

Resultados: El grupo de trabajo de Evaluación de la Comisión SI-HC realizó 15 reuniones, donde se revisaron 181 historias clínicas correspondientes a 34 servicios médicos. La información médica obtuvo un 84 % de los puntos posibles (77%-95%). La variables mejor puntuadas fueron la hoja de intervención quirúrgica (100%), el examen preoperatorio (98%) y los resultados de las pruebas complementarias (98%). Las peor puntuadas fueron la anamnesis con un 78%, la exploración física (69%), el curso clínico (87%) y el alta médica (89%). La información de enfermería obtuvo una valoración del 95% (93%-100%), estando todos los parámetros por encima del 90%. El consentimiento informado estaba bien cumplimentado en el 82% de los casos. Los datos administrativos estaban bien cumplimentados al ser de obligada cumplimentación, excepto el apartado de teléfono de persona de contacto, pues solo en el 71% de las historias revisadas constaba este dato.

Conclusiones: El nuevo baremo presenta una orientación a la valoración de contenidos y se adapta bien a la diversidad de historias clínicas. A su vez, favorece la evaluación de la documentación generada en distintos entornos asistenciales (pacientes ambulatorios, cirugía sin ingreso, etc) y tanto en soporte papel como en soporte digital. Finalmente, consideramos que la evaluación multidisciplinar mediante baremo consensuado es un potente instrumento de mejora de la documentación clínica, pues permite establecer y priorizar objetivos de mejora de la calidad en aquellos apartados en que se ha observado una cumplimentación inferior al estándar de calidad establecido. En nuestro caso para el año 2008 hemos priorizado

mejorar la cumplimentación del curso clínico, el informe de alta i el consentimiento informado.

M52.04

EXPERIENCIA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Gascón Ferret, O. Quesada, A. Tello, A. Baiget.

CASAP Can Bou.

jgascon@casap.cat

Objetivo: Describir y evaluar un programa de formación continuada (FC) del personal de la Unidad de Atención al Usuario (UAU) de un Equipo de Atención Primaria (EAP) en el período de octubre de 2007 a mayo de 2008.

Material y métodos: Diseño: Descriptivo transversal. Población de estudio: Profesionales de un EAP. Intervención educativa: Se realizaron 12 sesiones en las que se trataron aspectos del trabajo diario, se reforzó el conocimiento de los protocolos y circuitos y se intercambiaron experiencias entre el personal. Se organizaron los protocolos en la intranet y se abrió un espacio de advertencias sobre errores comunes. Y finalmente, se creo una sección con instrucciones breves.

Descripción de la encuesta: Se pasó una encuesta a todo el personal asistencial del EAP, sobre si habían detectado respecto el año anterior errores de citación, quejas de los usuarios, interrupciones telefónicas, errores en la programación de la atención domiciliaria y el número de pacientes que acudían directamente a la consulta. También se encuestó al personal de la UAU: su valoración de la FC, el material utilizado, la organización y accesibilidad de los protocolos y las interrupciones por preguntas de sus compañeros.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo mediante porcentajes de las variables cualitativas y mediante media y desviación estándar (DE) de las variables cuantitativas.

Resultados: Contestaron 26 profesionales, el 74,3% de los del EAP (26 personas). El 88,5% eran mujeres y el 42,3% médicos de familia. El 46,5% refirieron haber detectado una disminución en los errores de citación. Y un 34,6% refirió una disminución en el número de los pacientes que acuden directamente a las consultas. Un 26,9% de los encuestados no detectó cambios y un 23,1% un incremento en los errores de programación de la atención domiciliaria respecto al año anterior.

El 100% del personal de la UAU (10 personas) respondió a la encuesta, y contestó de forma muy favorable al programa de FC (57,4%), con un contenido muy adecuado (28,6%) y un 80% contestaron que se había reducido el número de dudas, no obstante el 71,4% refirió que las sesiones eran demasiado frecuentes.

Conclusiones: El programa de FC de los profesionales de la UAU disminuye el número de errores y de interrupciones de la consulta, y mejora sus habilidades y conocimientos. Mejorando la calidad y funcionamiento del equipo.

M52.05

GESTIÓN DE LAS PERSONAS: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL INTERACTIVO Y AUTOMÁTICO

P. Martínez-Toledano Olaya * (0), J. Castellano Alarcón (1), S. Gordo Collado (1), B. Sáez-Diez Vea (1), M. D. Segovia Escribano (1), P. Martín-Maestro Polo (1).

(0) Gerencia Área 1 Atención Primaria SERMAS, (1) Gerencia Área 1 Atención Primaria de SERMAS.

pmartinez@gapm01@salud.madrid.org

El Área 1 de AP del SERMAS (A1), en su compromiso de excelencia EFQM, impulsa un modelo de organización basado en la gestión por procesos. Dirigir esta nueva estructura precisa adaptar los Sistemas de Información (SI) integrando procesos, personas y recursos.

Objetivo: Desarrollar un SI que posibilite identificar, gestionar e interactuar con cada una de las personas que trabajan en la organización.

Material y Método: Diseño y desarrollo: Unidad Informática A1. 160 horas de trabajo desde enero a febrero de 2008.

Metodología de modelado de arquitecturas software UML, con últimas tecnologías de plataforma J2EE, basadas en lenguaje Java orientado a objetos, robusto e independiente de la plataforma.

El proceso automatizado busca diariamente en la Base de Datos de RRHH los profesionales con contrato activo en A1, seleccionando el puesto que ocupa, datos personales, vida laboral, población asignada y permisos para volcarlos en la Base de Datos de la intranet del Área, depurando y adaptando la información del profesional. Activa y desactiva automáticamente los accesos del profesional al sistema según inicie o cierre contrato. Asigna o revoca permisos a zonas según perfil profesional, y registra bitácora de todas las operaciones del proceso.

Resultados: 500.000 registros procesados diariamente, de más de 10.000 profesionales. Más de 200.000 relacionados con contratos, asociados con histórico de población de 2 años previos por tramos de edad y mes de cada facultativo y más de 150.000 de permisos tramitados asociados a contratos.

Plantilla activa identificada diariamente: 1.500-1550 profesionales.

Zona privada en la Intranet para cada profesional activo que ofrece: información de datos personales, laborales, permisos, ausencias, población asignada...; acceso a aplicaciones de procesos asignados a su puesto con el nivel de gestión reconocido (usuario, gestor, administrador); y opción de registrar-comunicar-solicitar diferentes datos o servicios: formación, necesidad de recursos, incidencias, sugerencias, etc.

Conclusiones: la gestión de la información, de las personas y los procesos son factores clave de éxito de las organizaciones excelentes. Este sistema agiliza y facilita información detallada de cada persona y abre las puertas para abordar otros factores clave hasta ahora complejos: gestión del conocimiento y formación, de perfiles, de recursos, de procesos, cuadros de mando individuales, etc.; y para cada profesional la posibilidad de participar, gestionar su trabajo, objetivos, evolución, y acceder a servicios que se le facilitan.

M52.06

IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

T. Tolosana, J. Marta, A. Sese, K. Naberan, P. De Paz, M. Carroquino.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

mtolosana@salud.aragon.es

El sector Zaragoza II tiene una población de 380.000 habitantes, atendida por 21 Equipos de Atención Primaria, un hospital (H. U. Miguel Servet; 1200 camas) y dos Centros de Especialidades (Ramón y Cajal y San José).

La adecuada comunicación interna es crítica en una estructura de esta complejidad.

En sucesivas evaluaciones EFQM, aparecía la mejora de la comunicación como una línea de mejora prioritaria. Además, las encuestas de satisfacción profesional ("voz del profesional") ponían de manifiesto una demanda de información y comunicación, en concreto:

- Un 18% de los que contestaban estaban satisfechos con la información recibida acerca de los resultados de su trabajo.
- Un 36% consideraba que los mandos intermedios y directivos conocían sus problemas.
- Un 32% -consideraba que participaba al planificar y determinar los objetivos de su trabajo.

Se creó un grupo de trabajo que concluyó con las siguientes recomendaciones:

- Una mejor información y comunicación debe partir de tener un proyecto de gestión explícito y claro que comunicar (Plan Anual de Gestión).
- Ese proyecto de gestión debe incorporar la comunicación en la planificación estratégica del mismo (identificación de comunicadores, mensajes clave, etc.) (Plan de Comunicación Interna).
- Se deben utilizar de forma eficiente los canales y medios de comunicación existentes (comisiones, intranet, grupos, revista, plan de acogida, etc.) y crear otros nuevos cuando así se requiera (grupos de trabajo).

Por ello, la dirección se planteó elaborar como Objetivos Generales del Plan de Comunicación:

Mejorar el grado de comprensión, compromiso y movilización de los profesionales con los objetivos, estrategias y actuaciones de la organización en todos sus niveles (global, de subdirección, de servicio, etc.).

Por medio de incorporar mejores prácticas de información, diálogo y

participación.
 En el trabajo participativo de los servicios, comisiones y grupos de trabajo.
 Que deben colaborar a mejorar el liderazgo de los distintos niveles y conseguir eficiencia y satisfacción.
 A partir de hay se despliegan unos Objetivos Operativos e indicadores que están siendo monitorizados.
 Se presenta el PCI del Sector, los problemas detectados en su difusión e implantación y los resultados hasta el momento.

M52.07

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA MEDIANTE UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

I. Rancaño Rodríguez, A. J. Palazón Secades, A. B. Martínez Álvarez, E. Fernández Tamargo, N. Ortega Solís, F. Vázquez Valdés*.

Hospital Monte Naranco (Oviedo).
 isabel.rancano@sespa.princast.es

INTRODUCCIÓN: La Historia Clínica Electrónica (HCE) genera gran impacto a nivel profesional, por lo que se debe poner especial atención en su implementación.

OBJETIVOS:

1) Formación de los DUEs, desde el punto de vista técnico y metodológico en el uso de la HCE y en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

2) Descripción de la aplicación del PAE a través de un sistema de HCE en nuestro hospital

MATERIAL Y MÉTODO:

1. Formación:

- a) Externa, a cargo de la empresa informática (contenidos técnicos) e interna, responsable el hospital (contenidos Metodología Enfermera)
- b) Soporte didáctico: Manuales de formación.
- c) Cronograma: 8 horas de formación por enfermera.
- d) Personal: Empresa/Enfermera.
- e) Recursos: Ordenadores del centro.
- f) Evaluación: Encuesta de satisfacción.

2. Adaptación de los registros de enfermería en formato papel a registro electrónico.

3. Actualización de los lenguajes estandarizados existentes (Taxonomía NANDA).

RESULTADOS:

1º Formación del 100 % del personal según su puesto de trabajo y elaboración de un Plan de Acogida para enfermeras de nueva incorporación.

2º Identificación de lenguajes estandarizados, introduciendo 24 diagnósticos según código NANDA.

3º Adaptación del formato papel (7 registros) y transformación en registros electrónicos.

4º Normalización de los registros que componen el PAE:

- a) Valoración: mediante Dominios NANDA.
- b) Diagnóstico: Taxonomía NANDA.
- c) Planificación y asignación de un plan de cuidados.
- d) Ejecución: Agenda electrónica, formularios de evolución.
- e) Evaluación: Reevaluación del grado de cumplimentación de los objetivos del paciente.

5º Normalización de otros registros: Constantes, Balances, etc.

6º Estandarización en formato notas de los registros a texto libre.

7º Elaboración de un Informe de Continuidad de Cuidados.

CONCLUSIONES:

- 1) La formación es una estrategia de gestión y herramienta fundamental en la mejora continua.
- 2) La utilización de la HCE precisa lenguajes estandarizados para mayor agilidad y comprensión.
- 3) Permite la unificación de registros enfermeros, más eficaces y fáciles de cumplimentar.
- 4) Disminuye la variabilidad del proceso asistencial: "Continuidad de cuidados".
- 5) La gestión del conocimiento mediante una herramienta informática, es fundamental para la gestión de un cuidado eficaz.
- 6) Es una fuente de conocimientos y ayuda para la investigación, docencia.
- 7) Permite la explotación estadística de los registros: Cuadro de mandos de enfermería, Explotación local a nivel de usuario.
- 8) Como acciones de mejor proponemos la incorporación de las

Taxonomías NOC y NIC.

M52.08

INDICADORES DE CALIDAD EN CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

F. J. Lázaro Martínez, F. Hoyos Moreno, O. Jarne Lanuza, C. Alcubierre Berges, L. Aguado Zardoya, P. Cortés Azcoiti, M. Moreno Vernis.

HOSPITAL "MIGUEL SERVET" DE ZARAGOZA.
 flazaromartinez@gmail.com

OBJETIVOS: El estudio pretende medir la variación en los estándares mínimos de calidad propuestos por la SEDOM (% errores en la codificación y % errores en la indización) mediante la recodificación de Historias Clínicas por distintos codificadores, determinar si el empleo de la Historia Clínica o del informe de alta afecta a la calidad de la codificación, si estos cambios influyen en la asignación final de GRDs, y si el tiempo de codificación con informe de alta compensa la pérdida de información para cumplir los objetivos fijados de tiempo, (tanto anual como trimestralmente).

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra consiste en la extracción del 1 % de las altas de hospitalización durante el año 2007 en el Hospital Universitario "Miguel Servet" de Zaragoza, mediante la estratificación de los diagnósticos principales en los 17 capítulos de la Lista Tabular de la CIE-9_MC, y dentro de cada estrato, se realiza el muestreo según el procedimiento de los números aleatorios.

Se procede a la recodificación de las mismas por codificadores distintos a los que lo hicieron en su momento. Los Indicadores de Calidad son los propuestos en la Guía de Gestión de los Servicios de Admisión Y Documentación Clínica, publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2000:

- % errores de codificación
- % errores de indización de diagnóstico principal.

Los estándares de calidad, según la Sociedad Española de Documentación Médica, deben ser > ó = al 90 % en cuanto a concordancia entre distintos codificadores.

Como herramienta en la asignación de GRDs se utilizó el programa de AP-GRD 21.0.

RESULTADOS: Se presentarán gráficos y tablas en los que se refleja la concordancia entre observadores (codificadores).

CONCLUSIONES: La Historia Clínica es una herramienta fundamental para la extracción de información clínica, y su uso permite garantizar estándares de calidad en cuanto a ser el instrumento que mayor información aporta.

M52.09

INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN

M. J. Sánchez Ibáñez, E. López García, M. L. Cequier Alonso, E. Tejero López, X. Quesada Couceiro, N. Jover Tiertz.

CENTRO ATENCION PRIMARIA VALLCARCA-SANT GERVASI.
 mjsanchez@perevirgili.catsalut.net

Después de 4 años de funcionamiento de dos centros de salud urbanos, que dan cobertura a 67.144 usuarios (36.322 y 30.822 respectivamente), y mediante encuesta externa, realizada por el servicio de salud, detectamos que conocer y entender los trámites administrativos que se realizan en nuestros centros era dificultoso para los usuarios. Por este motivo nos propusimos mejorar dicha comprensión.

OBJETIVO:

- Mejorar la información a los usuarios.
- Dar a conocer los servicios del centro.
- Proporcionar de forma clara y concisa la información.
- Facilitar la realización de trámites administrativos.
- Utilizar nuevas vías de información.

METODOLOGÍA:

-Formación de un grupo de mejora integrado por personal administrativo de los centros.

-Elaboración de propuestas de mejora que se consensúan con el resto del equipo

-Definición de las herramientas de evaluación de dichas propuestas.

RESULTADOS:

-Creación de un "Manual de Acogida", en el que se informa de horarios, forma de pedir cita, página Web, circuitos existentes, requisitos necesarios para realizar trámites más habituales...

Este manual se entrega a todos los usuarios que se dan de alta en nuestros centros.

-Paralelamente se incluye en nuestra página Web un apartado de "Trámites Administrativos" en el que se explican los diferentes procesos que se pueden realizar en el centro.

Si alguno de estos procesos precisa cumplimentar algún formulario, existe la posibilidad de imprimirlo para poder cumplimentarlo y evitar desplazamientos innecesarios.

Se hace difusión de esta medida a través de nuestra revista, que se envía de forma gratuita a los usuarios de forma bimensual.

-Como elementos de evaluación se han definido:

- Diseño y realización de una encuesta a los usuarios.
- Instalación de un contador en el apartado correspondiente a la página Web.

CONCLUSIONES: Se ha creado una herramienta clara, concisa y dual dado que se utilizan los sistemas tradicionales de información a la vez que incorporamos las nuevas tecnologías, que cada vez son más utilizadas por nuestros usuarios.

M52.10

LA INTEROPERABILIDAD SEMÁNTICA COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

F. J. Rivas Flores*, R. Navalón Cebrián, MM. Ortiz Otero, A. Gómez Delgado, P. Serrano Balazote.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

frivas.hflr@salud.madrid.org

Introducción: La Historia Clínica Electrónica es una realidad ya en muchos centros sanitarios, y es la herramienta básica de trabajo en los hospitales de nueva creación.

La trayectoria histórica nos muestra que la actividad asistencial generada a lo largo de los años puede colapsar el acceso a la información y dificultar el seguimiento del paciente a lo largo de sus procesos asistenciales.

Objetivos:

1. Analizar la arquitectura de la historia clínica electrónica del Hospital Universitario de Fuenlabrada.
2. Valorar el acceso a la información asistencial.
3. Aplicación de etiquetas en lenguaje de referencia que defina los problemas de salud.

Material: Se solicita a tres Servicios médicos que faciliten la lista de problemas (diagnósticos y procedimientos) en lenguaje convencional. Se utiliza SNOMED-CT para mapear estos términos y traducirlos a su código correspondiente, junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9-MC). SNOMED-CT es una terminología de interface y de referencia.

Una vez codificada la lista de problemas en SNOMED-CT se introduce en la Historia Clínica Electrónica, de manera que independientemente de cómo se introduzca un concepto clínico tenga su correspondiente código que devuelva la información, mediante el sistema de mensajería HL-7.

Resultados: La arquitectura de la HCE está basada en procesos de los que dependen los actos clínicos. No siempre los procesos se corresponden con problemas de salud. En los cuatro años de funcionamiento del Hospital Universitario de Fuenlabrada, tiene 242520 pacientes con proceso, hay abiertos 483181 procesos, se han fusionado, al detectar ser el mismo 360891 procesos. Lo que supone que un alto número de pacientes tienen abiertos varios procesos.

El análisis de las historias muestra que un problema de salud tiene asociados varios procesos con la misma denominación, motivo por el que la información clínica se dispersa y puede dificultar un seguimiento ágil del problema de salud (en algunos casos más de 5). **Conclusiones:** Nuestra experiencia con SNOMED-CT nos permite utilizar un lenguaje codificado más amplio que la CIE-9-MC, que recoge tanto la terminología informal como codificada que tras el mapeo posibilita que los procesos del paciente se adscriban a un problema de salud. Con esta información se etiquetan los problemas de salud lo que facilita el acceso a la información clínica del paciente de una manera normalizada y homogénea, independientemente de cómo se introduzca la información.

M52.11

LA PÍLDORA DEL DÍA ¿DESPUÉS?: ¿RECIBEN LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE PRIMARIA INFORMACIÓN DE CALIDAD SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL?

M. García Ribes, A. García Marrón, C. Magdalena Fernández, J. Esteban Pellón, N. San Miguel Martín, A. Andino Palacios, B. Arnaiz Bustillo.

Servicio Cantabro de Salud.

gribesm@gmail.com

Introducción: La solicitud de anticoncepción postcoital (APC) es uno de los motivos de consulta cotidianos de la población adolescente en los servicios de urgencias de Atención Primaria (SUAP). Sin embargo, ¿es éste el lugar más idóneo para prescribir esta medicación así como para impartir la educación para la salud que ella conlleva?

Metodología: Durante 3 meses, se suministra a todas las pacientes que solicitan APC en nuestro SUAP, previo a la entrada en la consulta, una encuesta original que valora los conocimientos que tiene al respecto así como las fuentes de adquisición.

Resultado: La paciente-tipo que solicita APC en nuestro SUAP tiene 19 años, acude acompañada de amigas/pareja y elige el servicio de urgencias para obtenerla cuanto antes tras el "accidente". Sus conocimientos acerca de los riesgos colaterales y la aplicabilidad de la medicación son escasos, a pesar de que se les informa de forma oral/escrita. No se observan diferencias de conocimientos entre las que lo solicitan por primera vez y las pacientes más "frecuentadoras". Obtienen la información al respecto de su entorno no familiar, siendo su familia/médico de cabecera consultado en un porcentaje mínimo.

Conclusiones:

- 1.- La información sobre APC de las pacientes que lo solicitan en nuestro SUAP es escasa y, en muchos casos, incorrecta, independientemente de las veces que se les haya suministrado la medicación y la información asociada a ella.
- 2.- Hay que fomentar la información al respecto de la APC en las consultas de Atención Primaria, el sitio idóneo para hacer una educación para la salud eficaz.

M52.12

MEJORA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA A TRAVÉS DEL REGISTRO DE SUSPENSIÓN QUIRÚRGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Mejon Bergés.

HOSPITAL VALL D'HEBRON.

rmejon@vhebron.net

Área temática: sistemas de información.

Palabras clave: suspensiones quirúrgicas.

Objetivos: Creación de un sistema de monitorización y registro de las suspensiones quirúrgicas para mejorar la programación quirúrgica de las cuatro áreas de un hospital de tercer nivel con el fin de conseguir un mejor rendimiento de los quirófanos.

Métodos: Debido a que, previamente existían discrepancias conceptuales en la utilización y definición de los términos entre las cuatro áreas del Hospital, se unificaron los criterios y circuitos entre cada una de ellas.

Con el fin de recoger la información se utilizó la hoja de quirófano donde consta un apartado en el cual se recogen los diferentes motivos de suspensión quirúrgica (organizativos, estructurales o relacionados con el paciente).

La introducción se realiza en el sistema de información del hospital y su explotación mediante el data ware house.

Resultados: Disponemos de un registro unificado de todas las intervenciones suspendidas del centro. Periódicamente realizamos una extracción automatizada de los datos (Intervenciones quirúrgicas anuladas sobre el total de intervenciones realizadas clasificadas por áreas, intervenciones quirúrgicas anuladas por motivo y período e intervenciones quirúrgicas anuladas por servicio).

Esto nos permite un posterior análisis, tanto en las Mesas de Programación como en los diferentes servicios así como en la Dirección, que nos llevarán a mejorar la calidad asistencial.

Conclusiones: El registro automatizado de las suspensiones quirúrgicas ha resultado ser una herramienta útil a las mesas de programación quirúrgica de cada área permitiendo la aplicación de medidas correctoras en la gestión diaria del bloque quirúrgico.

La disponibilidad y análisis de este registro nos permite revisar circuitos, y protocolos, con el fin de evitar suspensiones de intervenciones y así mejorar el rendimiento de los quirófanos, consiguiendo a su vez una mayor satisfacción de pacientes y profesionales.

M53.01**MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD MEDIANTE LA CITA TELEFÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD**

M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, M. Millán Oller, C. Crespo, B. Magro Merino, E. Miró Viamonte.

ATENCIÓN PRIMARIA.

mcaldentey@ibsalut.caib.es

OBJETIVO: Mejorar la accesibilidad funcional, desburocratizar y agilizar la prestación en un centro de salud de Atención Primaria de Mallorca implantando la cita telefónica.

ÁMBITO: Centro de salud urbano y docente de Mallorca de 26100 habitantes, formado por dos Unidades Básicas.

MÉTODOS: Una línea investigación del CS es la calidad. El CS obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001-2000 (AENOR) y el Certificate IQ-NET, el 7-7-2006. Además de la inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007 del Govern Balear, al superar la evaluación EFQM (agosto 2006). Se propuso desde la Comisión de Mejora Continua, marcar como objetivo para el 2007, mejorar la accesibilidad al centro de salud y se decidió implantar la cita telefónica con apoyo de la Dirección del Centro y de la Gerencia de Atención Primaria. Se pilotó en una Unidad Básica, añadiendo dos huecos en las agendas de los tres médicos y de las dos enfermeras. Se pactó entre todo el equipo unos "motivos de cita telefónica": bajas de hospital (con informe), recetas especialista (con informe), llamadas telefónicas no urgentes, recetas autorizadas por el médico de familia, resultados analíticas, informes inspección médica, fe de vidas, partes confirmación. Se valoraron los resultados mediante comparaciones en: listas de espera, reclamaciones, agradecimientos y satisfacción de profesionales y usuarios.

RESULTADOS: La agenda de citas telefónicas se fue implantando progresivamente y al cuarto mes ya se utilizaba al 100%, entre los profesionales de la Unidad Básica. Se crearon 10 huecos diarios en las agendas, 2 por profesional, evitando que los pacientes tuvieran que acudir en hora de consulta o desplazarse a la Unidad Básica por un resultado clínico o informar sobre el estado evolutivo del paciente. Se mejoró la satisfacción del usuario, reduciéndose en un 50% las reclamaciones y habiendo obtenido dos agradecimientos por escrito. Se obtuvieron 1827 citas telefónicas durante el 2007. Han mejorado las listas de espera de los profesionales de la Unidad Básica de 5-6 días de media en el 2006 a 2-3 días en el 2007 de media y la satisfacción de los profesionales.

CONCLUSIONES: La cita telefónica ha mejorado la satisfacción de los usuarios y de los profesionales, además ha reducido las listas de espera. Dado los resultados se ha implantado en todo el Centro de Salud.

M53.02**AUDITORÍA CLÍNICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA**

M. * Lafuente (1), E. Henere (1), A. Poal (1), P. Madrid (2), S. Videla, JC. Valdés.

(1). Farmacólogo Clínico UAB (3), Cirujanos Ortopédicos y Traumatólogos (1), Enfermera Clínica (2). Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Dos de Maig de Barcelona. Consorci Sanitari Integral. manulafuente@gmail.com

OBJETIVOS: Evaluar resultados de una segunda auditoría clínica de artroplastia total de cadera (ATC), tras implantar determinados cambios en el proceso asistencial a consecuencia de una primera auditoría realizada el año 2006. Comprobar la eficacia de la auditoría clínica para la mejora de la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Como resultado de una primera auditoría efectuada sobre las 80 ATC durante el años 2005, que demostraron un excesivo índice de complicaciones y una estancia media elevada, se implementaron cambios en el proceso asistencial. Se modificó la técnica quirúrgica, introduciendo campos quirúrgicos de material fungible y se actualizó la trayectoria clínica.

Hemos efectuado una segunda auditoría de 78 ATC intervenidas entre

mayo del 2006 y mayo del 2007, controlándose los mismos indicadores de gestión y de práctica clínica que en la primera. Hemos efectuado un tratamiento estadístico mediante la prueba de ji-2 y la t-Student; en todos los análisis se ha asumido un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS Todos los indicadores mejoraron en relación al año 2005. El índice de luxación protésica se vio reducido del 6,25% hasta el 0% ($p = 0,025$) y el de infección del 2,5% al 1,27% ($p = 0,571$). La estancia media bajó de 10,04 días a 7,55 días y la estancia mediana bajó de 8 días (con un mínimo de 3 días y un máximo de 78 días) a 7 días (con un mínimo de 6 días y un máximo de 16 días) ($p = 0,016$). El índice actual de reingresos es de 0% mientras que el 2005 era del 3,75% ($p = 0,085$).

CONCLUSIONES: Los cambios instaurados en el proceso de ATC en nuestro centro, en base a la primera auditoría clínica efectuada, han repercutido de forma muy destacada en la mejora de la calidad asistencial. La segunda auditoría ha demostrado una mejora de los indicadores, tanto de gestión como de práctica clínica y en su gran mayoría la mejora ha sido estadísticamente significativa.

La auditoría clínica es una técnica fundamental de la gestión clínica, que permite efectuar un seguimiento sistemático de la práctica clínica y contribuir a la continua mejora de la calidad asistencial.

M53.03**CANTANDO A DOS VOCES: VOZ DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES Y VOZ DE LOS DIRECTIVOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA Y DE LA CALIDAD**

M. Carreras Viñas, J. Caramés Bouzán, M. Lale Candal, B. García Cepeda.

Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela.

mercedes.carreras.vinas@sergas.es

Objetivos: Escuchar la voz del paciente y de los directivos, para incluir sus necesidades y expectativas al plan de calidad y seguridad del hospital. Conocer los puntos débiles y fuertes, así como los aspectos a mejorar y su prioridad.

Material y Método: Utilizando Grupos Focales, en noviembre se celebró un taller de pacientes informando la necesidad de "escuchar la voz del paciente" para contar con su participación en la redacción del Plan de Calidad y Seguridad.

Se solicitó que identificaran individualmente puntos débiles del hospital, puntos fuertes, y aspectos de mejora fundamentales para incluir en el Plan. Posteriormente, cada asistente tuvo un turno de palabra para exponer su trabajo y una vez listados todos los aspectos a mejorar, se solicitó los priorizaran puntuando del uno al diez, los más importantes con diez y los menos con uno.

Resultados: Se invitaron a 34 asociaciones y asistieron 22, con un total de 44 miembros.

Como resultados de la participación se identificaron 88 puntos débiles, 48 puntos fuertes y 105 acciones de mejora de las que 43 fueron priorizadas con 9 ó 10 puntos.

- En el mes de diciembre los directivos del hospital realizaron el estudio de viabilidad valorando de 1 a 5 los criterios: Factibilidad, Riesgo, Coste, Rechazo e Impacto social.
- Se valoraron 76 acciones con viabilidad alta y 31 con viabilidad media.
- La distribución de acciones priorizadas con alta viabilidad por tipología de actividad fué: Acciones relacionadas con la Organización el 19,8% con Recursos Humanos 11,3% con Estructura 11,3% con Comunicación el 8,5% con Incremento de Cartera de Servicios 7,5% Con Tiempos de Espera 5,7% con Información 5,7% Con aspectos de Formación 5,7% con Aplicación Protocolos 5,7% Acciones de Coordinación 4,7% Participación 3,8 % Accesibilidad 3,8% Hostelería 1,9% Derechos 1,9% Confort 1,9% y relacionadas con la señalización el 0,9%.

Conclusiones: El plan de calidad del hospital se ha enriquecido con la aportación de los pacientes. El involucrar a las asociaciones de pacientes en la realización del plan, genera relaciones de colaboración que pueden resultar altamente beneficiosas para el centro. Se han sentido gratamente sorprendidos por haberles escuchado. La aportación de los directivos para la realización de la viabilidad de acciones, les vincula al desarrollo plan de calidad y mejora su participación y liderazgo.

M53.04

SEGURIDAD DE PACIENTES, ESTRATÉGIA CORPORATIVA EN OSAKIDETZA

D*. Cantero González, MN. Álvarez Morezuelas, L. Madariaga Estensoro, RM. González Llinares, M. García Urbaneja.

Organización Central de Osakidetza.

DAVID.CANTEROGONZALEZ@osakidetza.net

OBJETIVOS: Promover la cultura de seguridad e integrar la gestión de riesgos en la gestión de procesos en Osakidetza:

- La creación de una cultura de seguridad.
- La formación de los profesionales en herramientas de gestión de riesgos capacitándoles para hacer análisis de las debilidades del sistema y de los sucesos adversos ocurridos, así como de ser capaces para proponer mejoras.
- Implantación de un sistema de notificación y aprendizaje en seguridad de pacientes.

MÉTODOS:

- Presentación a las gerencias.
- Diseño del despliegue, por parte de cada una de las organizaciones participantes.
- Diseño y desarrollo de un sistema de notificación y aprendizaje en seguridad de pacientes-SNASP.
- Formación- acción coordinada por la Organización Central de Osakidetza:
 - Conceptos básicos en seguridad del paciente
 - Manejo de las herramientas de gestión de riesgos (AMFE y protocolo de Londres).
 - Beneficios de los sistemas de notificación y experiencia acumulada en nuestro entorno.

RESULTADOS:

- Participación del 96% de las organizaciones de servicio.
- Sensibilización a Directivos (66% de los directivos).
- 28 unidades funcionales, 135 profesionales (multidisciplinares) formados como referentes de seguridad han realizado formación en cascada a 2350 personas (mayo). Junto con las personas formadas desde enfermería, 3700 personas.
- El 90% de las organizaciones han realizado al menos un AMFE.
- Cuatro adaptaciones de SNASP, distribuido al 100% de los centros e implantado en 17/26 OS(mayo).
- 14 organizaciones han implantado recomendaciones derivadas de AMFEs y/o de análisis de causas.

CONCLUSIONES:

1.Nuestra sólida estructura en gestión por procesos ha facilitado la acogida de las herramientas de gestión de riesgos. El proyecto ha mejorado la disposición de los clínicos a adoptar la gestión por procesos como herramienta de mejora de la seguridad y de la calidad del servicio.

2.La formación-sensibilización y darles el protagonismo a cada OS para adaptar el proyecto a las características de cada una, han sido claves del éxito para conseguir los objetivos del proyecto.

3.Pero ¿es posible el uso de un sistema único de comunicación de los sucesos adversos (seguridad pacientes) y de las no conformidades-incidentes (gestión de procesos y norma ISO 9001:2000) o es necesario gestionar estos casos en sistemas independientes?

PALABRAS CLAVE: Seguridad de pacientes, sistema de notificación, gestión de procesos.

COMUNICACIONES POSTER



P01

"ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA" RESULTADOS DE 4 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN C. SALUD RURAL

D. Sarasa Piedrafito, M. Granado González, D. Casbas Vela, A. García Tejedor.

Centro de Salud de Cariñena.
d.sarasa@able.es

Objetivos: Como experiencia piloto en Aragón y apoyados por nuestra dirección médica, algunos componentes del EAP de Cariñena estamos trabajando con la ayuda de un ecógrafo Toshiba Sonolayer (sondas de 3,5 y 7,5 Mhz), una impresora térmica y un DVD. La información es recogida y analizada, (y en ocasiones en sesiones clínicas con los compañeros) y llegar a decidir si derivamos a especializada o no, y siempre incluir un informe de dicha prueba en la Historia Clínica del paciente. El objetivo de esta comunicación es exponer los resultados de 4 años de realización de ecografías en el Centro de Salud de Cariñena y la mejora de accesibilidad que ha supuesto para nuestros pacientes.

Metodología: Es un estudio descriptivo longitudinal en la población de Cariñena. Periodo de estudio de Enero 2004 a Diciembre 2007.

Fuente de datos: hojas de registro creadas "ad hoc" y la Historia Clínica.

Variables estudiadas: sexo, edad, órganos y el número de exploraciones realizadas por años.

Resultados: Nuestras exploraciones se centran en:

- Abdomen: Digestivo, Tocoginecología, Urinario, Grandes vasos.
- Tiroides y Musculoesquelético.

Total de ecografías: 552. Hallazgos y patologías detectadas: 285 (55% de las exploraciones).

Clasificadas por órganos:

Hígado	43	Próstata	24	Vías biliares	54
Vejiga	12	Riñón	72	Ginecología	21
Tiroides	20	Musculares	14	Resto	32

Conclusiones de la presente comunicación:

- La ecografía es una herramienta más de ayuda al diagnóstico médico (algunos hablan del nuevo fonendoscopio).
- Mejor accesibilidad en la realización de la prueba desde Primaria.
- Técnica es muy sensible y poco específica ante la identificación de imágenes.
- Incidencia alta de hallazgos (34 % de nuevas exploraciones con alteraciones).
- Derivar a especializada con más aproximación en los diagnósticos.
- Acortar los tiempos de espera para la resolución de algunos problemas.
- Mejora en nuestra cualificación.. Es imprescindible conocer nuestras limitaciones (no somos radiólogos), las indicaciones, y los posibles errores (falsos positivos, falsos negativos, incidentalomas...).

Con esta forma de trabajo, hemos mejorado en la accesibilidad a esta prueba diagnóstica para ciertos procesos, ya que su realización suele hacerse en un máximo de 2-3 días, y como consecuencia acortar los tiempos hasta el diagnóstico de ciertos procesos y una mejora en la satisfacción de nuestros pacientes.

P02

ACCESIBILIDAD: ¿DEPENDE DEL COLOR DEL CRISTAL CON QUE SE MIRE?

G. Del Caño Jiménez, M. J. Pérez Boillos, A. Villar Caramés, L. A. Sangrador Arenas, J. M. Oto Terrer, S. Sahuquillo Bartolomé.

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.
bec-canjimge@jccyl.es

OBJETIVOS:

- Valorar en Atención Primaria la complementariedad de dos tipos de accesibilidad: normativa y perceptiva.
- Analizar la utilidad de dos instrumentos de valoración respecto a la accesibilidad para la elaboración de un índice de accesibilidad.

MATERIAL: En los Centros de Salud de Castilla y León se valoraron dos tipos de accesibilidad:

- Accesibilidad normativa, determinada por las características

arquitectónicas del edificio. El instrumento utilizado fue la observación directa de las instalaciones sanitarias.

- Accesibilidad perceptiva, determinada por la opinión de los usuarios. El instrumento utilizado fue una encuesta de satisfacción de los usuarios de Atención Primaria.

MÉTODO: Mediante un análisis factorial de componentes principales se construyen unas nuevas variables a partir de los ítems de las encuestas y de los datos de la observación directa, que agrupan cuestiones comunes, y delimitan nuevos tipos de accesibilidad: geográfica, de instalaciones, asistencial y organizativa y accesibilidad del entorno. Se obtienen mediante este método cuatro factores para la accesibilidad normativa y cuatro para la perceptiva.

Con los factores a estudio se efectúa un análisis de correlación de Pearson.

RESULTADO: El análisis de correlación de Pearson muestra una correlación positiva entre los factores de los dos tipos de accesibilidad, normativa y perceptiva.

CONCLUSIONES: La correlación positiva de las dos vertientes a estudio para valorar la accesibilidad nos orienta hacia la complementariedad entre ambos tipos de instrumentos para la generación de un índice multidimensional de la accesibilidad.

Es explorable la utilización del análisis factorial para la generación de índices multidisciplinares de las dimensiones de la calidad.

P03

ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN SANITARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DE UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL

J. Requena*, J. Mollar, M. Vara, C. Aguado, J. Aranaz, M. Gea.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT.
requena_jua@gva.es

Objetivos: El aumento constante de la demanda asistencial en los servicios de urgencia hospitalarios justifica el interés por conocer su situación real en relación a las necesidades de atención urgente por parte de la población. El objetivo de este estudio es determinar la adecuación de las atenciones en el servicio de urgencias en un hospital de cuarto nivel (antiguas ciudades sanitarias).

Materiales y métodos: Estudio trasversal descriptivo con componentes analíticos. Se selecciona una muestra de 1700 informes de alta, a los que se aplicó el protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Realizándose análisis univariante, bivalente y multivariante (regresión logística).

Resultados: La inadecuación fue del 30.9%. El porcentaje de inadecuación de la asistencia fue mayor en el grupo de 15 a 39 años (35%), en los pacientes sin pluripatología (38.4%) y en los que acudieron espontáneamente (33.8%). Casi un tercio de las visitas adecuadas lo fueron por el criterio de radiología de cualquier tipo y un 58.2% lo fueron por cumplir criterios de intensidad diagnóstica. La horada llegada al hospital de 8-16h fue la de mayor inadecuación y se alcanzaron diferencias significativas con los otros dos grupos. El hecho que la atención fuese requerida en día festivo tuvo mayor inadecuación que si fue demandada en día laborable y esta diferencia alcanza significación estadística. Las visitas realizadas por iniciativa propia tuvieron una inadecuación mayor que las derivadas por un médico, y el destino al alta domicilio frente al resto de categorías tuvo 2.16 veces más de inadecuación.

Conclusiones: La solución al problema de la inadecuación de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios no es fácil dada la escasa efectividad de las reformas estructurales y organizativas de los mismos. Investigar las causas de porque los pacientes acuden a los SUH, especialmente los que acuden por iniciativa propia, nos parece un elemento fundamental para encontrar una solución al problema. La inadecuación observada en nuestro estudio fue muy similar a la encontrada en otros trabajos con similar metodología. Un aspecto novedoso del estudio es el porcentaje de urgencias atendidas procedentes de otros departamentos 34.8% que nos hace reflexionar sobre el importante tema de la sectorización que afecta sobretudo a las grandes ciudades y en general adonde se produzca una proximidad entre hospitales, todo ello realizado con la implantación imparable en nuestro sistema del pago caritativo.

P04

AGENDA TIPO ADAPTADA A UN SISTEMA DE CITACIÓN ON-LINE: EXTENSIÓN A TODO UN ÁREA DE SALUD

M. Hernández Pascual, S. Tojeiro Lorente, M. Casado López, J. Pérez Ramírez, A. Miquel Gómez, J. Mayol Canas.

Gerencia Área 8 Atención Primaria.

mhernandez.gapm08@salud.madrid.org

Objetivo: Diseño de un modelo de agenda "tipo", adaptada a las nuevas tecnologías de citación automática (cita on-line) aplicada a todos los profesionales sanitarios que trabajan en el Área 8 de A.P. de la Comunidad de Madrid, utilizando como modelo de calidad la elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo PNT.

Material y métodos: Se constituye un grupo de trabajo formado por profesionales de gerencia y profesionales de EAP, a través de una tormenta de ideas, revisión de evidencias y análisis de la situación, elaboró un procedimiento normalizado para el diseño de agendas que incluye la aplicación de un modelo matemático que permite definir y estimar el número de huecos ofrecidos para la citación automática acordes a la presión asistencial real.

Resultados: Se efectúa una prueba piloto en dos centros de salud del área con citación on-line. Se evalúa mediante indicadores de proceso, con un resultado de utilización del modelo de cita de un 3% del total de la cita a demanda a los 6 meses de implantación. Siendo más utilizada en la citación con el médico de familia, en turno de tarde, los lunes y viernes. Se prioriza la extensión del proyecto al resto de agendas de los profesionales sanitarios del área. Se elabora el pertinente cronograma de divulgación e implantación.

Conclusiones: La aplicación de un modelo único de agenda para todos los profesionales sanitarios, dimensionada en la presión asistencial real y definida para ser utilizada en el campo de la cita automática permite mejorar y simplificar la gestión de la cita, la organización interna de los equipos así como mejora la accesibilidad del usuario a su centro de salud.

P05

ANÁLISIS DE DEFICIENCIAS EN LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UNA CONSULTA PROGRAMADA DE NEUMOLOGÍA

M. Pérez Maiquez*, J. M. Sánchez Nieto, A. Carrillo Alcaraz, E. López López, I. Bermejo López.

HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER.

encarnacion.lopez7@carm.es

Objetivos: 1. Analizar las deficiencias en la provisión de Historias Clínicas (HC) a la consulta de Neumología y de la documentación clínica contenida en las mismas.

Método: Estudio descriptivo prospectivo de casos consecutivos. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes citados en consulta médica especializada. **Periodo de estudio:** once meses. **Herramientas:** hoja con de variables cuantitativas y cualitativas: número de historias solicitadas (HC-S), no recibidas (HC-noR), incompletas (HC-I); Tipo de documento: Pruebas de imagen (TAC y Rx tórax), analítica, anatomía patológica y microbiología. **Tiempo de demora atender al paciente, número de salidas y número de llamadas telefónicas para localización pruebas.** **Dimensión:** accesibilidad interna. **Análisis estadístico:** Variables se expresan como medias + desviación estándar y porcentajes. Comparación entre variables mediante prueba de Kruskal Wallis.

Resultados: De 21 marzo 2007 a 8 febrero de 2008. De 1900 HC-S, se sirvieron 1538 (362 19,1 %, HC-noR). 141 HC-I (9.1%) En total en 503 casos existían fallos en la provisión de la HC (26,4%). Media de salidas al día 3.0 ±1,8, llamadas telefónicas 4,9 ±2,2. Localización de HC-noR: 185 (51,1%) casos "ilocalizable", 140 (39,2%) archivo, propio servicio 20 (5,5%). Y otro servicio 16 (4,4%). La falta de documentación en las HC-I ocasionaron demora en 155 pacientes (91,7%) con un tiempo medio de espera de 37±32 minutos. La documentación que más falta son las pruebas de imagen 91 (53,8%). La localización de la documentación se consigue en archivo 112 (66,3%) y en el servicio emisor en 55 (32,5%). Existe relación significativa entre la demora ocasionada al paciente y el servicio responsable de la falta de documentación ($p > 0.001$).

Conclusiones: 1ª: más de una cuarta parte de las historias solicitadas en consulta de Neumología presentan deficiencias. 2ª la documentación que más falta son las pruebas de imagen, 3ª la ausencia de pruebas de anatomía patológica se relaciona con una

mayor demora, 4ª en muchos casos no se consigue localizar la Historia clínica del paciente durante la visita a la consulta.

P06

ANÁLISIS DE LA NUEVA UBICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Santana López, F. E. Juanas Fernández, J. C. Abad Cebolla, M. Lapeña Lapeña.

Hospital Universitario Miguel Servet.

gsantana@salud.aragon.es

Objetivos: Analizar las diferencias en actividad, complejidad y calidad de las urgencias tras el cambio en las instalaciones hospitalarias.

Material y métodos: Análisis comparativo de dos semestres equivalentes separados por una intervención: el cambio en la ubicación e infraestructura del nuevo servicio de urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Se estudian indicadores de actividad, de complejidad y de calidad. Se analiza la normalidad de los datos mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y el de Shapiro-Wilk y se comparan los periodos mediante la t-student para muestras independientes y la comparación de proporciones.

Resultados: En actividad solo el mes de diciembre mostró diferencia significativa, aumentó de 51,14 atenciones por 100.000 habitantes en 2006 a 54,57 en 2007 ($p=0,04$), es decir un 6,70% mayor en diciembre del segundo periodo (IC95%: 0,15 - 13,86%). El número bruto de ingresos diario y la proporción de ingresos respecto de las urgencias diarias mantuvieron unos valores bastante estables entre los 37 y 43 ingresos diarios y entre el 17 y 19% de ingresos respecto del total de las urgencias atendidas diarias, sin diferencias significativas entre los periodos. La proporción de pacientes ingresados pendientes de cama respecto del número de atenciones urgentes al día también se incrementó significativamente en todos los meses a excepción de octubre, siendo diciembre el mes de crecimiento más importante pasando de 12,87 pacientes pendientes por cada 100 urgencias en 2006 a 21,54 pacientes pendientes al día por cada 100 urgencias en 2007 ($p<0,0001$), un incremento del 67,34% (IC95%: 34,58 - 115,75%). La proporción de reclamaciones solo supuso un cambio significativo en el mes de diciembre, donde pasó de 0,12 reclamaciones por cada 100 urgencias en 2006 a 0,26 en diciembre de 2007 ($p=0,04$).

Conclusiones: La nueva infraestructura del servicio de urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet ha supuesto una mejora en la calidad de la atención al facilitar unas instalaciones más modernas y mayor espacio disponible para los pacientes y los profesionales. La actividad del servicio se ha mantenido constante después de las obras así como el número de ingresos y las reclamaciones de los usuarios.

P07

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA Y DE LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LAS ENFERMERAS DE UN ÁREA DE AP, TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS

M. J. Calvo Mayordomo*, JA. Infantes Rodríguez, C. Solano Villarrubia, JL. Martín Maldonado, P. Serradilla Corchero, A. Alemany López.

Gerencia Atención Primaria Área 1 Madrid.

mcalvo.gapm01@salud.madrid.org

Objetivos:

- 1.- Conocer el perfil de la población atendida por las enfermeras del área.
- 2.- Analizar cada una de las líneas estratégicas que fundamentan el Plan de Mejora de los Cuidados Enfermeros.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los años 2004 al 2007 y análisis de los indicadores definidos de cada una de las líneas que fundamentan el Plan de Mejora. Fuente de datos utilizada es OMI-AP.

Resultados:

- Del total de población del área por TSI, en el año 2007 han acudido a la consulta de las enfermeras, al menos una vez, una media del 40,74%. De ellos, entre los 65 y 74 años han acudido un 83,42%. Los mayores de 75 años un 81,78%; de 0-4 años un 78,79%; de 5-14 años 63,65; de 50-64 años un 57,2% y de 15-49 años un 32,78%.
- Reorientar los servicios enfermeros hacia TODOS los

ciudadanos:

- Personalización de cuidados: el 95,6% de la población tiene enfermera asignada.
- El incremento de la consulta a demanda es de 49,66%. La actividad a domicilio ha disminuido un 13,6%
- Potenciar los cuidados enfermeros en la comunidad:
 - EpS grupal, se han hecho 355 grupos, en 2.466 sesiones y han asistido 4.506 usuarios.
 - A las actividades realizadas en los centros educativos han acudido 30.031 alumnos.
- Definir cuidados de enfermería en el uso racional del medicamento:
 - El uso de apósitos por receta ha disminuido un 14,84%.
 - La cobertura del programa de atención al mayor polimedicado está en un 59,83% y la revisión del uso del medicamento en un 70,40% de los incluidos
- Asegurar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales:
 - Tras la puesta en marcha del informe de enfermería al alta con uno de nuestros hospitales de referencia, han sido entregados a la enfermera de primaria el 17,60%.
- Consolidar el trabajo con la metodología propia de la disciplina enfermera:
 - A los cursos organizados de metodología básica, han acudido el 86% de las enfermeras de plantilla.
 - El número de diagnósticos enfermeros ha sido de 29.629, lo que supone una media por enfermera de 73,33.

Conclusiones: Tras la definición del Plan de Mejora, nos ha permitido evaluarlo y poder sistematizar datos en nuestro sistema de información, de los que no disponíamos hasta el momento.

P08

ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN LOS HOSPITALES DE ARAGÓN

R. Huarte Lacunza (0), R. Arrieta Navarro* (0), C. Vicente Iturbe (0), N. Serrano Mislata (0), M. Goldaracena Tanco (1), R. Abad Sazatornil (0).

(0) Servicio de Farmacia Hospital Miguel Servet, (1) Servicios Centrales Salud.
rhuarte@salud.aragon.es

OBJETIVO: Evaluar la variabilidad en el uso de antibióticos entre los diversos centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio multicéntrico descriptivo y retrospectivo referido a los años 2003-2007. Se incluyeron los datos de 8 hospitales que atienden en total a una población de 1.225.561 habitantes. Se recogió información del grupo terapéutico J01 (Antiinfecciosos sistémicos) y la medida de consumo se realizó utilizando la DDD por 100 estancias. Los datos fueron proporcionados por el Servicio de Farmacia del SALUD. El análisis de los datos se realizó con Microsoft Excel y SPSS v. 12.0.

RESULTADOS: En el análisis cuantitativo, el número de DDD/100 estancias se incrementó de 77,8 en 2003 a 102 en 2007 con una gran variabilidad entre hospitales, destacando de forma significativa un mayor consumo en DDD/100 estancias en los tres hospitales de carácter comarcal. Analizando los 10 principios activos más consumidos en cada hospital, solamente amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino y levofloxacino aparecen en todos ellos. Además el porcentaje que suponen los 10 antibióticos más consumidos en cada centro sobre el total oscila entre un 66% en el hospital de mayor tamaño a un 88% en el comarcal más pequeño. Por grupos terapéuticos, las penicilinas fueron el de mayor consumo en todos los centros pero el porcentaje osciló significativamente entre el 25% del total y el 54%. El segundo grupo más utilizado fue el de las quinolonas seguido por las cefalosporinas. Las cefalosporinas se utilizaron en mayor medida en los hospitales más pequeños según las cifras de DDD/100 estancias. En este grupo el perfil de utilización fue también muy diferente entre hospitales, predominado de forma clara las de tercera generación en dos de los hospitales, las de segunda en uno y con cierta igualdad en el resto aunque las de cuarta generación se utilizaron en menor medida y solo en los hospitales grandes. El grupo de carbapenems se utilizó en mayor medida en los hospitales más grandes y de mayor complejidad.

CONCLUSIONES: Los datos cuantitativos revelaron variaciones interhospitalarias significativas con cifras de DDD/100 estancias muy

superiores en los hospitales de menor tamaño por lo que se plantea la duda sobre la adecuación de esta unidad de medida (recomendada por la OMS) quedando pendiente de analizar el porqué de esas diferencias. Sería necesario establecer políticas de uso racional basadas en el perfil de resistencias de cada centro y las del ámbito extrahospitalario para disminuir la variabilidad.

P09

CICLO DE MEJORA CIRCUITO ANALÍTICAS: MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS

J. C. López Lacoma, P. García Gómez, M. Moreno Valero, M. Santiago García, A. J. Barragan Pérez, J. Martínez García, G. Álvarez Domínguez.

GAP CARTAGENA AREA II.

JOSEC.LOPEZ2@CARM.ES

PALABRAS CLAVE: ANALÍTICAS. CALIDAD. ACCESIBILIDAD. OBJETIVOS:

- Analizar los tiempos de espera expresado en días (TE) del paciente para la toma de muestra analítica solicitadas por facultativos de Atención Primaria (FAP) en un área de salud y sus causas.
- Introducir actuaciones para minorizar los TE.

MÉTODOS: Ámbito y emplazamiento: 20 Centros de Salud de un Área de Salud: 1ª evaluación Octubre-2007 2ª evaluación Abril-2008, Intervención: Análisis de la situación mediante un flujograma midiendo los tiempos en cada fase y en cada centro de salud. Se detectó gran variabilidad de unas zonas a otras para la toma de muestras analíticas en los diferentes EAP (equipos de Atención Primaria). Se trató el problema de forma conjunta entre los responsables de enfermería de los centros y el equipo directivo de la gerencia. Como consecuencia del análisis se pusieron en marcha una serie de medidas correctoras como: Difusión de los resultados en consejo de gestión (Diciembre 2007), Informar con periodicidad mensual del índice de demora a cada uno de los responsables de enfermería de los diferentes EAP; mejoras en el circuito de recogida de muestras, incrementando el número de días de recogida en determinados casos; implicar tanto a los responsables como al resto del personal, para articular medidas internas que contribuyan a la reducción de su espera media.

Los resultados se expresaron en media de TE expresada en días, para evitar valores extremos, y se calculó el % de descenso en tres cortes comparados, de periodos similares año 2007- 2008, para evitar el sesgo estacional.

RESULTADOS: Evaluación inicial en Octubre 2007: Con una media TE 5,6.

2ª Evaluación Abril 2008: Con análisis de 3 cortes de seguimiento para valorar el % de descenso respecto a los TE:

- Enero 2008: descenso respecto a mismo periodo año anterior 25%.
- Febrero 2008: descenso respecto a mismo periodo año anterior 46,21%.
- Marzo 2008: descenso respecto a mismo periodo año anterior 65,87%.

CONCLUSIONES:

- El flujograma permite identificar las causas e implicar a responsables.
- La comunicación de los resultados y la implicación de las personas es clave para modificar la realidad.
- La implicación de los responsables y el liderazgo permiten identificar áreas de mejora e introducir medidas correctoras concretas.
- Los resultados analizados han mejorado.
- La implicación de los profesionales es una solución eficaz para mejorar los resultados asistenciales.

P10

CUANDO EL PACIENTE NO ACUDE A LA CITA DE LA CONSULTA QUIRÚGICA: PRIMER ANÁLISIS DE CAUSAS

A. L. García González, A. Conesa Hernández, J. Fernández Lorencio, J. M. Artero Galán, G. Schmidt Fernández, J. A. Martínez Montoya.

Hosp. Universitario Sta. María del Rosell.

angelluis.garcia@carm.es

OBJETIVOS:

1. Conocer las características de los pacientes que no acuden a la cita programada, desde su centro de salud, para el especialista quirúrgico.

2. Conocer las características de las consultas de especialidades quirúrgicas a las que no acuden los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo sobre las solicitudes de consulta para especialidad médico quirúrgica, desde los Centros de Salud de un Área durante un año. Se analizan las siguientes variables:

Especialidad solicitada, sexo paciente, demora en consulta, tipo de centro (rural/urbano), tipo de cita (normal, LEE, IC,).

RESULTADOS:

1. Se han analizado un total de 65.281 citas, de estas 16.401 (25,1%) correspondían a citas a Oftalmología, 12.501 (18,8%) a Traumatología y 10.933 (17,0%) a Otorrinolaringología.

2. 21.637 citas(33,7%) provenían de centros rurales y 42.286(65,8%) de centros urbanos.

3. Sexo: Un 59,65% de las citas se corresponden con mujeres y el 47,85% a varones.

4. 12.453 pacientes citados no acudieron a la cita (19,4% del total).

5. Las consultas que mas "no presentados" tuvieron fueron: Traumatología (22,3%), Dermatología (21,5%) y Urología (20,7%).

6. El 19,9% de los varones no acudieron frente al 18,2% de mujeres (p=0,0001).

7. El 20% de los pacientes de origen rural no acuden a la cita frente al 19,1% de los urbanos (p=0,131).

8. La demora media de las citas en los no presentados fue de 48,76 días IC95%(48,23-49,29 días) y en los presentados de 40,21 días IC95%(39,97-40,45 días) (p=0,0001). Esta característica se observa en todas y cada una de las especialidades estudiadas, siendo siempre estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES:

a. No existe influencia de las características urbanas o rurales del centro de procedencia en la frecuencia de no presentación a las consultas.

b. Es mayor la tendencia a no acudir en a la cita en el varón frente a la mujer.

c. A mayor demora en la cita para la consulta, parece existir mayor tendencia a no acudir a la cita por parte del paciente.

P11

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE SALUD PARA PACIENTES DE HABLA NO ESPAÑOLA

J. F. Sola Antón.

S.A.L.U.D./Zaragoza/Sector II/C.S. Canal Imperial.

jsola@salud.aragon.es

Objetivos: Mejorar la accesibilidad y la comunicación con pacientes de lengua materna no española mediante la utilización de un cuestionario multilingua sobre su estado de salud (C.E.S.).Facilitando así la integración de este tipo de población, la intercomunicación entre el profesional sanitario y el paciente, el diagnóstico y la reducción del tiempo de consulta.

Material y metodología: Se propone la realización de un cuestionario de salud en folio DIN A4 dividido en 4 partes: Datos personales, antecedentes, situación actual y patología causante de la visita(síntomas, intensidad y localización del dolor, etc.).El cuestionario se prioriza en 4 idiomas que incluyen la mayoría de la población inmigrante (árabe, francés, inglés y rumano).

Cuando el paciente solicita cita en el Servicio de Admisión de su Centro de Salud, se le entrega un cuestionario en su idioma junto con una encuesta de satisfacción y un bolígrafo. El paciente rellenará el cuestionario antes de entrar en la consulta y una vez dentro de ella el médico superpondrá una plantilla traductora realizada sobre transparencia plástica. La encuesta de satisfacción se entregará posteriormente en el Servicio de Admisión.

Análisis y resultados: La evaluación se realizará cuando el cuestionario haya sido entregado a 150 pacientes, 100 adultos y 50 niños. Se valorará:

A- Encuesta de satisfacción para el usuario:

- Porcentaje de cuestionarios entregados y cumplimentados.
- ¿Le ha resultado útil?%. ¿Volvería a utilizarlo?%.
- Mejoras y modificaciones.
- Nacionalidades.

- Sexo, edad y nivel cultural.

B- Encuesta de satisfacción para el profesional:

- ¿Ha utilizado la plantilla?%. ¿Utilidad para el diagnóstico?%.
- ¿Volvería a utilizarla?%. %.
- Mejoras y modificaciones.

Conclusiones: Actualmente la experiencia con C.E.S. está resultando positiva tanto para los pacientes como para los profesionales. Sin embargo, no se ha podido establecer indicadores concretos debido a que el proyecto se encuentra en fase de desarrollo. Se prevé que para la fecha de presentación del póster se dispondrá de resultados y conclusiones suficientes.

P12

DEMORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: CICLO DE MEJORA EN UN ÁREA DE SALUD

A. J. Barragán Pérez* (0), A. Muñoz Ureña (1), F. Alcántara Zapata (1), M. A. Moreno Valero (1), J. F. Martínez García (1), C. Santiago García (1).

(0) Centro Atención Primaria de Cartagena, (1) Consejería de Sanidad, Murcia.

albertoj.barragan@carm.es

OBJETIVO: Mejorar la accesibilidad a las consultas de Medicina de Familia (MF) y Pediatría (P) de un Área de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ámbito y Emplazamiento: Todas las consultas de MF y P con agenda informatizada (aplicación OMI-AP) de los centros de salud y consultorios de un área de salud. Periodos de estudio: del 17-09-2007 al 31-12-2007 y del 1-01-2008 al 13-05-2008, excluyendo los sábados, domingos y festivos. Variables: Registros: Número de agendas informatizadas por la totalidad de días estudiados; Demora: Número de registros con ausencia de huecos libres para el día según proceso automatizado de búsqueda lanzado siempre en la madrugada previa al inicio de la consulta; Días con Demora: Número de agendas informatizadas por la totalidad de días estudiados con 0, 1, 2 ó 3 días de demora (días transcurridos entre el de la búsqueda y el que aparece el primer hueco libre). Intervención: aumento en la dotación de plantillas de facultativos para conseguir 1500 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) por MF y 1000 TSI por P; información periódica de resultados a los coordinadores de los 20 EAP del Área en Consejos de Gestión; sesiones monográficas con los coordinadores de cada EAP para revisar cada agenda y sugerir modificaciones, en su caso. Análisis estadístico: Chi cuadrado y distribución de frecuencias por período.

RESULTADOS:

Nº de agendas al inicio del 1º periodo: 191.

Nº de agendas al final del 1º periodo: 198.

Nº de agendas al final del 2º periodo: 243.

Nº de registros del 1º periodo: 12.171.

Nº de registros del 2º periodo: 19.471.

Periodo 1: 8.752 registros sin demora (71,9%). Periodo 2: 15.471 (79,5%), con p<0,001.

Periodo 1: 1.741 (14,3%) registros con 1 día de demora; 410 (3,4%) con 2 días de demora y 1.272 (10,4%) con 3 o más días de demora.

Periodo 2: 2.242 (11,5%) registros con 1 día de demora; 425 (2,2%) con 2 días de demora y 1.333 (6,8%) con 3 o más días de demora con p< 0,001.

CONCLUSIONES: Han disminuido las consultas con demora para conseguir cita en el día que se solicita (28,1% a 20,5%).

Han disminuido los días de demora (13,8% con 2 o más días a 9%).

La conjunción de medidas adoptadas ha sido efectiva en la consecución del objetivo planteado.

P13

DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DE PACIENTES AMBULANTES PARA SER ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

T. Baringo Fuentes, E. Arroyo Palomera*, E. Muñoz Sanz, E. Bermudo Gracia, T. Jiménez Júlvez.

Hospital Universitario Miguel Servet.

tbaringo@salud.aragon.es

Objetivos: Analizar el tiempo que deben de esperar los pacientes ambulatorios en el Servicio de Medicina nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet para realizarse una prueba diagnóstica.

Identificar las pruebas que presentan mayores demoras. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la espera. Adoptar medidas correctoras en caso de demoras superiores a 30 min.

Material y métodos: Se diseñó un cuestionario en el que se recogieron los siguientes datos: tipo de prueba a realizar, día y hora de cita programados, hora en que realmente fueron atendidos tanto para la inyección del trazador como para el paso a la sala de exploración, causas que motivaron el retraso y grado de satisfacción del paciente con respecto a su tiempo de espera. Se incluyeron 22 tipos de diferentes pruebas diagnósticas y a los 325 pacientes ambulatorios atendidos en horario de mañana durante el mes de marzo de 2008. **Resultados:** Para todas las pruebas, se obtuvo una mediana de tiempo de demora de 5 minutos (min.0,0, máx. 145,5) para la inyección del trazador y de 0 minutos (min. 0,0, máx. 100,0) para realizar la exploración (entrada en la gammacámara). El 18,2 % (57 pacientes) tuvo una demora de 30 minutos o más para la inyección y el 10,5 % (32 pacientes) para la exploración. Las pruebas realizadas con mayor frecuencia y que presentaron el mayor número de pacientes con demoras superiores a 30 minutos fueron para la inyección: Gammagrafía tiroidea: 20,8% (15/72), rastreo óseo: 23,3% (24/103) y para la exploración: SPECT cerebral: 42,1% (8/19) y gammagrafía tiroidea: 16,7% (12/72).

Las causas que más frecuentemente ocasionaron demoras fueron: avería de los equipos, saturación de gammacámaras, retraso de llegada de pacientes anteriores y horas de cita demasiado ajustadas. El % de pacientes que respondieron estar satisfechos y muy satisfechos con el tiempo de espera fue del 88%. El aumento del nivel de satisfacción se acompañó de un decremento del porcentaje de pacientes que esperaron más de 30 minutos ($p < 0,001$).

Conclusiones: Se han obtenido óptimos niveles de satisfacción y de tiempos medios de espera en casi todas las pruebas, con lo que se han cumplido ampliamente nuestras expectativas iniciales. A pesar de que corregir algunas de las causas de las demoras está fuera de nuestro alcance, debemos impulsar iniciativas de mejora que permitan reducir los tiempos de espera elevados de las exploraciones más frecuentes.

P14 EMISIÓN CERO DE INFORMES POR ESCRITO: PROTOCOLIZACIÓN SIN PAPEL EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

F. Smilg Vidal, M. Gurri Landi, M. C. Fernández Barreras, M. Remezal Solano.

Fundación Hospital, Cieza.
mremezals@insermed.com

Objetivos: Analizar la accesibilidad y el grado de implantación del sistema informático del Departamento de Anatomía Patológica del nuestro hospital, mediante el cual y desde la creación del mismo, se ha mantenido el objetivo de "emisión 0" de informes en papel.

Métodos: Se han analizado, durante el periodo de un año, todos los estudios realizados por el Departamento de Anatomía Patológica, valorándose:

- número y tipo de estudios solicitados por cada departamento del Hospital
- grado de accesibilidad externa al programa informático que permite la consulta, en tiempo real, de los estudios de cada paciente
- porcentaje de informes emitidos por escrito.

Resultados El número y tipo de estudios solicitados por los diferentes departamentos del Hospital fue: Alergología: 113 citologías; Cardiología: 1 biopsia; Cirugía: 521 biopsias, 17 citologías, 32 punciones; Dermatología: 448 biopsias, 5 punciones; Digestivo: 766 biopsias, 8 citologías, 7 punciones; Familia: 1 biopsia; Ginecología: 75 biopsias, 25 citologías, 9 punciones; Hematología: 10 biopsias, 1 citología; Maxilofacial: 34 biopsias, 3 punciones; Medicina Interna: 4 biopsias, 34 citologías, 15 punciones; Neumología: 34 biopsias, 216 citologías, 13 punciones; Oftalmología: 16 biopsias; Otorrinolaringología: 135 biopsias, 1 citología, 14 punciones; Radiología: 2 biopsias, 6 punciones; Traumatología: 54 biopsias, 2 citologías; Urgencias: 4 biopsias; Urología: 137 biopsias, 38 citologías, 1 punciones.

El grado de accesibilidad externa al programa informático que permite la consulta, en tiempo real, de los estudios de cada paciente fue cercano al 100 por cien, de manera que:

- todos los informes son consultados vía informática y tienen su correspondiente firma digital
 - los usuarios de nuestro servicio tienen acceso a la información de forma clara y legible, en tiempo real, con seguridad y privacidad
 - además, los servicios que consultan conocen en cada momento el proceso en que se encuentra la muestra enviada al laboratorio
- Finalmente, dado que todos los procesos que se realizan en el Departamento de Anatomía Patológica tienen su correspondiente registro informático, NO se emiten informes en papel a ningún departamento del hospital.

CONCLUSIÓN: La implantación de la protocolización sin papel es una herramienta que enriquece los canales de comunicación intrahospitalaria y por ello supone una importante mejora en la calidad asistencial de nuestro hospital.

En este sentido, los profesionales tienen, en todo momento, la información necesaria y esto supone una mejora en eficacia y eficiencia. Además, la eliminación del papel supone liberación de espacios que se pueden destinar a otros usos.

P15 ESTUDIO SOBRE LA PROCEDENCIA, MOVILIDAD Y ACCESO AL SISTEMA SANITARIO EN EL PERÍODO 2005-2007 DE LOS NUEVOS USUARIOS DEL ÁREA BÁSICA DE SALUD REUS 5

A. F. Oliver Robres, M. Cruz Román.

ABS REUS 5.
foliver@grupsgassa.com

OBJETIVO: Realizar un estudio descriptivo durante el período 2005-2007 de las características poblacionales de los nuevos usuarios adscritos al centro.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo, durante el período 2005-2007, un registro diario de los datos relacionados con los nuevos usuarios del centro. Se ha realizado a través de una base de datos (Microsoft Access) y una vez finalizado el período se han explotado los datos analizando los siguientes criterios:

- Nº de altas al sistema sanitario catalán.
- Nº usuarios procedentes de otro centro.
- País de procedencia. Edad y sexo.
- Movilidad por comarca de procedencia.
- Movilidad por comarca de destino.
- Acceso al sistema sanitario.

RESULTADOS: Nuevos usuarios 2005-07: 6973 (altas 3487 / traslados 3486).

Procedencia: 69 nacionalidades, siendo las más numerosas:

- España 3216.
- Marruecos 1720.
- Rumania 448.
- Colombia 220.
- Argentina 131

La evolución anual diferenciado entre español y extranjero es la siguiente:

Español 2005: 50,1% / 2006: 46,8% / 2007: 41,8%.

Extranjero 2005: 49,9% / 2006: 53,2% / 2007: 58,2%.

Por movilidad han provenido mayoritariamente de la propia comarca (Baix Camp 54,8%), Tarragonés 14,6%, Barcelonés 9,5%, Baix Llobregat 3,2%, Vallès Occidental 2,3%.

Los usuarios que han causado baja en este centro durante el período estudiado han sido 634, cuya distribución es la siguiente: Baix Camp 33,6%, Tarragonés 14,2%, defunciones 13,2%, otra Comunidad Autónoma 11,5%, Barcelonés 3,6%.

La forma de acceso al sistema sanitario es la siguiente:

- A través del Instituto Nacional de la Seguridad Social: español 99,2% extranjero 62,1%
- Sin recursos económicos: español 0,8%, extranjero 37,9%. A continuación se detallan los países con mayor número de altas en el centro y su representación de usuarios sin recursos: Marruecos 31,5%, Rumania 57,6%, Colombia 26,4%, Argentina 36,6%, China 11,6%, Brasil 55,0%, Bolivia 72,1%, República Dominicana 49,5%.

CONCLUSIONES:

- Crecimiento del porcentaje de inmigración en el período estudiado y disminución de los nacionales.
- Movilidad centrada en la zona del Baix Camp, Barcelonés y periferia.
- Representación importante de inmigrantes sin recursos económicos que acceden al sistema sanitario.

- El estudio demuestra la necesidad de adaptación por parte de todas las instituciones a la realidad social actual y futura de la inmigración. En nuestro centro se han realizado acciones al respecto, como la creación de una consulta de primera acogida al inmigrante, traducción de trípticos informativos a otros idiomas, consulta de mediación a través de una agente de salud comunitaria.

P16

EVALUACIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

C. Iglesias García, J. C. Illescas Escobar, S. Santamarina Montila, E. Pato Rodríguez, M. Flores Carrasco, R. Lucio Pellón.

Hospital Valle del Nalón.

icelso@yahoo.es

OBJETIVO: Conocer la demanda asistencial que por procesos nuevos que se recibe en un centro de salud mental ambulatorio. Conocer la correlación entre el motivo de derivación y la percepción del psiquiatra que valora la derivación. Determinar la situación de las derivaciones a los 6 meses de la recepción.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron todas las demandas asistenciales que se recibieron en el Centro de Salud Mental durante un mes, utilizando para la recogida de datos un cuestionario específico diseñado al efecto.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes seis meses después de la inclusión en el estudio con el fin de realizar un seguimiento del recorrido asistencial.

RESULTADOS y CONCLUSIÓN: Se realizó un análisis de las 77 primeras consultas atendidas durante un mes. Encontrando un 57,1% de mujeres y un 42,9% de hombres. El 85,7% de los pacientes fueron derivados desde atención primaria. Las reacciones a estrés y trastornos adaptativos y otros trastornos de ansiedad supusieron más del 50% de las derivaciones, seguido de los trastornos depresivos (15%) y adicciones (6%). El proceso que justificaba la demanda había comenzado en el 62,3% de los pacientes más de 3 meses antes de la derivación y en el 26% de los casos el profesional de salud mental consideró que la demanda era inadecuada. En el seguimiento a los 6 meses, el 19,5% de los pacientes habían abandonado el seguimiento por razones no clínicas y un 26% habían sido dados de alta.

P17

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE ALTAS EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

E. A. Sevilla Hernández (0), M. Francisca (0), A. L. García González (1), R. Fernández (0), G. Sevilla Hernández (1), M. D. L. Á. Giménez Abadía (0).

(0) Hospital General Universitario Morales Meseguer, (1) Hospital Universitario Santa María del Rosell.

easevilla@yahoo.es

Introducción: El Servicio de Rehabilitación (SRHB) del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia ha experimentado un incremento de la demanda asistencial durante los últimos tres años con la extensión del área de influencia del hospital condicionando el incremento de la demanda de tratamientos en el gimnasio, de los tiempos de espera y de los gastos en relación a la derivación de pacientes a unidades de fisioterapia concertadas a través del "Programa Habilitas". En este contexto surge la necesidad de elaborar un proyecto de gestión de recursos óptimo con el que obtener la mejor cobertura asistencial controlando los gastos asociados.

Objetivos: Describir las características de los pacientes tratados en el gimnasio del SRHB y revisados en consultas externas durante el mes de enero de 2008. Evaluar la gestión de altas de estas revisiones.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento en el gimnasio que fueron objeto de revisión médica en CCEE durante el mes de enero de 2008. Para ello se recopilaron variables epidemiológicas (edad, sexo), clínicas (diagnóstico) y administrativas (facultativo y fisioterapeuta responsable, área de procedencia, situación de alta o continuación de tratamiento). Para la comparación de medias de variables cuantitativas y cualitativas se emplearon los test de la t de Student y Chi-cuadrado, respectivamente.

Resultados: En el período de estudio fueron revisados 192 pacientes tratados en el gimnasio de nuestro servicio: 80 hombres (45 ± 20 años) y 111 mujeres (56 ± 17 años). El grupo más numeroso fue el

de mujeres entre la 5ª-8ª décadas con afecciones osteomusculares (52%). El 50% de las revisiones correspondía a dos facultativos (un 2-7% precisaban electroterapia únicamente, frente al 20-40 % de las revisiones del resto de facultativos). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la gestión de altas por facultativo, como tampoco se encontraron diferencias remarcables en relación al género, edad, sexo, procedencia o fisioterapeuta responsable.

Conclusiones: La población atendida en el gimnasio del SRHB del Hospital General Universitario Morales Meseguer es un grupo muy heterogéneo lo que limita el tratamiento estadístico de las variables obtenidas. La distribución actual de los recursos del gimnasio, personales y técnicos, entre los facultativos no resulta proporcional. La redistribución de dichos recursos, elaboración de protocolos y adhesión a guías de práctica clínica adaptadas contribuiría a disminuir la variabilidad respecto a la actividad desarrollada por los facultativos, normalizando los criterios de alta y continuidad de tratamiento.

P18

FACTORES RELACIONADOS CON LA INATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA EN LAS MUERTES POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

P. Lorente García (0), G. Vega (1), A. Navarro (1), P. Jiménez (1), S. Martínez (1).

(0) Hospital General, Castellón de la Plana, (1) Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

pejologar@hotmail.com

INTRODUCCION: La cardiopatía isquémica (CI) es un problema emergente de salud pública. La muerte súbita cardíaca (MSC) es la manifestación mas letal de la CI. La alta incidencia, su inesperado comienzo y el bajo éxito de las maniobras de resucitación provocan que sea un problema sin resolver para la cardiología, medicina de urgencias y salud pública.

OBJETIVOS: Conocer los factores relacionados con la inatención sanitaria premortem de las personas que fallecen por IAM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional de las muertes extrahospitalarias por IAM (MEHIAM) en personas de 25 a 74 años de edad en la provincia de Albacete desde el 1 enero de 1999 al 31 diciembre de 2001 (Criterios MONICA). Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, variables relacionadas con el acontecimiento y con el tipo y tiempo de asistencia sanitaria recibida.

RESULTADOS: Durante los años 1999 y 2001 en la provincia de Albacete hubo 365 MEHIAM: 80% edad > 55años, 22% mujeres, 45% hipertensos, 33,5% diabéticos, 32,5% fumadores y 35% con hipercolesterolemia. En 277 pacientes se conoció donde aconteció la muerte: en el domicilio (43%), hospital (40%), ambulancia (4%), centro de salud (3%) y en la calle (10,5%), con un tiempo de supervivencia < 30 minutos en el 42% y < 1 hora en el 55% en los que se supo esta información (112 con datos insuficientes).

El 77% presentó síntomas, 63% fueron típicos (63% lo atribuyeron a etiología cardíaca). La primera actuación fue solicitar asistencia sanitaria (82%). El tipo de asistencia ofrecida fue: 35% premortem y 36% postmortem, con un 14% de datos insuficientes.

En el análisis multivariante, siendo la variable dependiente la inasistencia sanitaria premortem, encontramos que los factores relacionados de manera significativa e independiente fueron: el tiempo de supervivencia (< 15 min: OR:33; IC95%OR:33-119; 15min-1h: OR:20; IC95%OR:6-70; 1h-16h: OR:3,45; IC95%OR:1-11; >11h: OR 1), la atribución de los síntomas a patología no cardíaca (OR: 8,5; IC95%OR: 3,1-25) y no solicitar asistencia sanitaria como primera actuación (OR: 16,6; IC95%OR: 4-71,5).

CONCLUSIONES:

1) La no identificación de los síntomas como cardíacos, el no solicitar asistencia sanitaria inicialmente y el escaso tiempo de supervivencia hasta la muerte son factores relacionados de forma independiente y significativa con la inatención sanitaria en las MEHIAM.

2) En nuestro estudio, no encontramos diferencias significativas entre el tiempo de asistencia y la distancia al hospital y la inatención MEHIAM.

* Estudio realizado gracias a las ayudas FIS: 98/0918 y PI02130.

P19

IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CITACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS DESCENTRALIZADO

M. D. C. Currás Mateo(1), C. Gallego Benedicto (1), L. Alcolea Robles (1), M. Villa Gazulla (2), A. Velamazán Rama (3), R. Iranzo del Cura(4).

(1) Servicio de Admisión Hospital Universitario Miguel Servet. (2) Subdirección Médica de Calidad Hospital Universitario Miguel Servet. (3) Subdirección de Enfermería Hospital Universitario Miguel Servet. (4) Jefe de Servicio de Asuntos Generales.
dcurras@salud.aragon.es

OBJETIVOS:

- Descentralizar el sistema de citación facilitando el acceso de usuarios a la cita.
- Gestionar en todos los casos posibles todas las citas pendientes del usuario en un único acto administrativo.
- Favorecer la participación del usuario en su proceso asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO: Conclusiones adoptadas por un Grupo de Trabajo.

RESULTADOS: Se ha elaborado un circuito compuesto por varios puntos de citación descentralizados y ubicados al lado de grupos de consultas del área quirúrgica o médica.

En cada punto de citación se gestionan las citas pendientes relativas a revisiones y pruebas complementarias (para las que existen agendas descentralizadas), lo cual permite:

- Que el usuario formalice en un único acto administrativo todas las citas ahorrándole tiempo.
- Que se establezca una intercomunicación más efectiva entre el usuario y el sistema (solicitar un día de cita diferente, etc.) siempre en relación con la disponibilidad de las agendas.

La citación de varias pruebas en un solo acto, ha posibilitado la utilización de un modelo conjunto de estudio preoperatorio que incluye: analítica, radiología, ECG y consulta de anestesia.

CONCLUSIONES: El sistema facilita el acceso y mejora la participación del usuario, no obstante se han detectado las siguientes áreas de mejora:

- Apertura de las agendas durante un periodo de tiempo más amplio.
- Mayores necesidades formativas del personal encargado de la citación, debido al incremento del número de agendas sobre el que una misma persona realiza la cita.

P20

IMPLANTACIÓN DEL MODELO ENFERMERÍA/CUPO COMO ALTERNATIVA ASISTENCIAL

J. C. López Lacoma, P. García Gómez, M. C. Santiago García, A. J. Barragán Pérez, J. F. Martínez García, J. Fontcuberta Martínez, G. Álvarez Domínguez.

G.A.P AREA II CARTAGENA.
josec.lopez2@carm.es

OBJETIVO:

- 1.-Mejorar la accesibilidad del paciente a las consultas de enfermería.
- 2.-Reconducir la asistencia al modelo de asignación de enfermero/a condecorado al tipo de necesidad requerida por el paciente.
- 3.-Prestación asistencial integral del paciente por población asignada "modelo enfermería/ cupo", en un área de AP.

MÉTODO: Estudio observacional y retrospectivo. Emplazamiento: 20 Centros de salud de un área con: 368.6499 TSI de población de personas adscritas. Inclusión: EAP(Equipos de atención primaria) con implantación del modelo enfermería/cupo. Periodo de intervención de Diciembre 2007 a Mayo 2008.

Definimos equipo con modelo implantado, aquel en el que al menos el 75% de sus profesionales de enfermería cuentan con un cupo de población asignado y conocido por todos, así como agenda accesible y abierta, incluyendo en su diseño el acto tipo DEM, que permite la cita directa de los pacientes asignados.

Medidas correctoras adoptadas para la implantación:

- Crear un grupo de trabajo que desarrolle la normalización de la agenda/enfermero.
- Consenso posterior de las conclusiones del grupo de trabajo.
- Orientación en las posibles variables de asignación de cupo poblacional por enfermero, ya sea por asignación parcial o total de un cupo médico ya definido en tarjeta sanitaria, como

la asignación por núcleo poblacional definido (barrios, pedanías, etc).

- Visita a los E.A.P por parte del equipo directivo de enfermería para reunirse con la totalidad de los profesionales de enfermería, para favorecer tanto el despliegue como su implantación.
- Análisis de situación y firma de compromiso del modelo con los responsables de los Centros que cumplen los criterios de inclusión.

RESULTADOS: 1ª evaluación: Con un análisis de partida en Diciembre 2007 de 6 EAP que supone el 30% de implantación confirmada. 2ª evaluación: Tras la puesta en marcha de las medidas correctoras para la implantación se pasa al 80% en Mayo de 2008 con el siguiente cronograma:

Se realizan tres cortes, para seguir y validar su implantación.

Febrero	2008	9	EAP	45%
Marzo	2008	13	EAP	65%
Mayo	2008	16	EAP	80%

CONCLUSIONES:

- 1.-La reconducción del modelo asistencial de enfermería se acepta e incorpora en un alto índice.
- 2.-La justificación clara y un exhaustivo despliegue se han mostrado claves para el éxito obtenido.

P21

INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA EN PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN (PROYECTO PEP)

A. López García-Franco, M. Noguero Álvarez, J. Montilla Sánchez, M. J. Gutiérrez Notario, E. Hernaiz Casas, E. Rubio Benito.

Atención Primaria Area 9.
alopez.gapm09@salud.madrid.org

La presencia de un colectivo de prostitutas en un polígono industrial y el aumento de las enfermedades de transmisión sexual en población de mínimo riesgo (menores de 25 años), llevaron a diferentes instituciones a poner en marcha una intervención.

Objetivo: Facilitar atención sanitaria a un colectivo en situación de exclusión social promoviendo su integración y el acceso a los recursos institucionales.

Material y método: Población: mujeres que ejercían la prostitución en la calle.

Intervención: El Foro de Servicios Sociales del municipio impulsó una Comisión de Salud, concretando actuaciones y diseñando un circuito común. Participaban las Gerencias de atención primaria, especializada, Salud Pública, Policía Local, Policía Nacional, Casa de la Mujer y 2 ONGs (Cáritas y APRAMP). Estas dos ONGs iniciaron un programa de atención a este colectivo en la calle y en los clubs. Profesionales voluntarios de cuatro equipos de atención primaria coordinados con el Hospital de referencia diseñaron un protocolo de intervención que definía: contenidos preventivos, de diagnóstico y de derivación.

Resultados: Se atendió a 46 mujeres, todas ellas inmigrantes (63% rumanas, 17,4% brasileñas, 6,5% colombianas, 4,3% polacas y 8,8% mal clasificadas). Residían en el municipio el 63%. El tiempo medio de residencia en España fue de 2,1 años (DE:0,99) y el tiempo medio de ejercicio de la prostitución de 2,1 años (DE:1,98). La edad media fue de 25,8 años (DE:5,9). El 86% no tenían antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS); a 22 mujeres se les realizó serología de VIH, con resultado negativo. El 97% afirmaba usar preservativo. En los 6 meses del programa se diagnosticaron 4 condilomas, 1 trichomoniasis, 8 candidiasis, 2 hepatitis B (realizada serología a 22 mujeres) y 1 sífilis (realizada serología a 13 mujeres). Se vacunó de Hepatitis B a 15 mujeres. De las 22 mujeres a las que se le realizó citología en 2 casos se diagnosticó un SIL de bajo grado. De las 8 mujeres a las que se le realizó Mantoux se obtuvo un caso positivo. Se realizó educación para la salud a 28 mujeres, en 10 de forma grupal en un bar cercano a su lugar de trabajo. El 21% de las mujeres abandonaron la prostitución.

Conclusiones: El programa de intervención realizado ha permitido mejorar el nivel de salud de este colectivo y actuar sobre algunos factores de transmisión de ITS.

El abordaje de la problemática sanitaria en población marginal requiere la intervención coordinada de las distintas instituciones sociosanitarias.

P22

LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS. UNA ASIGNATURA PENDIENTE

C. Santiago García, M. A. Moreno Valero, A. Barragán Pérez, G. Álvarez Domínguez, F. Pérez Aguilar, J. F. Martínez García, J. C. López Lacoma.

GAP Cartagena.
 carmen.santiago@carm.es

OBJETIVOS:

1º.-Analizar la percepción manifestada por los pacientes respecto a la accesibilidad al centro de salud.

2º.- Identificar áreas de mejora desde su perspectiva (calidad percibida) y diseñar medidas correctoras.

MÉTODOS: Cuestionario de valoración de calidad percibida y satisfacción en Atención Primaria (AP). Estudio retrospectivo, con muestreo aleatorio sistemático de los usuarios atendidos en consulta desde 2004 a 2007. en los 19 Centros de Salud (CS) del Área (20 desde 2007) con 52 preguntas divididas en 7 apartados: acceso a consulta, tiempos de espera, atención en consulta médica, atención urgente, atención domiciliar, asuntos generales, valoración global de la atención y datos sociodemográficos. Análisis por apartados y dimensiones (accesibilidad, infraestructuras, tiempo de espera, calidad científico-técnica, atención urgente, atención domiciliar, profesionalidad, trato, y satisfacción global). Se construyeron indicadores compuestos (IC) para las distintas dimensiones .La dimensión accesibilidad se subdividía en accesibilidad al CS y al domicilio. Análisis estadístico por distribución de frecuencias .Se pusieron medidas correctoras y se realizó un Estudio correlación entre datos de la encuesta de satisfacción y datos de uso de una medida correctora introducida.

RESULTADOS: Accesibilidad telefónica (% pacientes que obtienen cita sin dificultad) ha pasado desde 2004 a 2007 de 33,6-36,8-37-40%. Se introdujeron medidas correctoras de tipo organizativo, implantando sistemas alternativos de cita a través de central de citas e Internet, difusión de resultados y concienciación de implicados. La implantación de la cita alternativa ha sido gradual a los distintos EAP y su incorporación variable. Los EAP que más problemas muestran en este indicador son los que menos usan la cita por estos medios alternativos. Los EAP con mas problemas tienen un % de cita alternativa entorno al 1-4%, mientras el área esta de media en el 11%. Se debe seguir potenciando estos sistemas de cita para mejorar la percepción de accesibilidad.

Accesibilidad a la consulta medica y de enfermería medida como percepción de tiempo de espera para entrar en la consulta se mantiene relativamente estable, poniendo de manifiesto la necesidad de diseño de medidas específicas para este tema.

CONCLUSIONES:

- Las encuestas de satisfacción permiten identificar áreas de mejora e introducir medidas correctoras concretas.
- Los resultados analizados han mejorado.
- Las medidas tendentes a mejorar la accesibilidad tardan tiempo en mostrar resultados.
- La cita alternativa (central de citas e Internet) mejora la percepción de accesibilidad.
- La implicación de los profesionales es una solución eficaz para mejorar la satisfacción de los clientes.

P23

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD: ACTUALIZACIÓN Y REDISEÑO DE LA GUÍA DE ACCESO SOCIOSANITARIO A POBLACIÓN INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2

M. Molina Olivas, M. J. Polo Herrador, E. Bartolomé Benito, A. Gutiérrez Macías, C. Merino Gómez-Serranillos, M. S. Vázquez Pérez.

Gerencia Atención Primaria Área 2 Madrid.
 mmolina.gapm02@salud.madrid.org

Objetivo: Facilitar el acceso a Atención Primaria del Área 2 de Madrid a la población inmigrante residente en la misma y proporcionar a los profesionales de los EEAP información actualizada sobre legislación vinculante, derecho a la asistencia y recursos sociosanitarios disponibles.

Material y método: Se ha constituido un grupo de trabajo para la revisión y actualización del apartado de acceso sociosanitario de la

"Guía para la atención integral al inmigrante" editada por el Área 2 en 2004. Entre septiembre de 2007 y enero de 2008 se ha revisado el contenido del documento con la legislación vigente y los recursos actualmente disponibles en la Comunidad de Madrid. Su implantación se ha realizado valorando los medios que consigan un mayor impacto. Resultados:

- Adaptación del documento a la normativa y legislación vigente.
- Actualización de los datos sobre los recursos sociosanitarios disponibles en el Área 2.
- Elaboración de cuadros que resumen la normativa y legislación vinculante en cuanto a la Asistencia Sanitaria de los distintos colectivos, así como de las diferentes vías de adquirir el derecho a la asistencia sanitaria.
- Rediseño de documentos para la gestión y tramitación de la TSI (tarjeta sanitaria individual).
- Redacción de unas hojas informativas sobre la documentación a aportar por el usuario para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en el caso de personas sin recursos, y traducción a varios idiomas.

El documento final elaborado se aprueba por el equipo Directivo de Atención Primaria del Área 2 y se difunde a todos los profesionales del Área. Todo el material se ha editado y difundido a usuarios, 22 EEAP y 893 profesionales en medios que faciliten su utilización: trípticos para los usuarios, Web para profesionales y procedimiento en formato papel y cuadros plastificados para las UNAD.

Conclusiones: Se ha generado información útil para la mejora de la accesibilidad a Atención Primaria del colectivo de inmigrantes del Área 2 de forma directa y a través de intervenciones en la atención prestada por los profesionales. Emplear los canales adecuados de difusión ha sido un reto para alcanzar un mayor impacto en la implantación.

P24

MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

C. Iglesias, J. C. Illescas Escobar, V. J. Martínez Rodríguez, T. García García.

Hospital Valle del Nalón.
 icelso@yahoo.es

OBJETIVO: Mejorar el acceso de los pacientes a las consultas ambulatorias de un Servicio de Psiquiatría a través del rediseño del sistema de gestión de la demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis de la demanda asistencial recibida en el centro. Análisis de la capacidad asistencial de cada uno de los profesionales dedicados a labores asistenciales. Reordenación de los flujos de información clínica. Agrupación de la demanda en grupos homogéneos. Implantación de un sistema de gestión de las demandas ajustado a las necesidades y expectativas del paciente.

RESULTADOS:

A.CAMBIOS ORGANIZATIVOS:

- a.Clasificación de la demanda en: procesos nuevos; consultas programadas; demanda urgente y demanda no programada no urgente.
- b.Reorganización de las agendas de profesionales en bloques horarios: Bloque A: demanda por procesos nuevos. Bloque B: demanda para consulta programada. Bloque C: demanda no programada no urgente.
- c.Implantación de un sistema de gestión de la demanda con tareas definidas: Triage y citación de pacientes con procesos nuevos (enfermero); citación de demanda no programada de pacientes en tratamiento (auxiliar); Citación de demanda programada de seguimiento (profesional responsable del caso).
- d.Diseño de sistema de información específico.

B.CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO:

- a.Atención en el mismo día de la demanda al 100% de las consultas urgentes;
- b.Contacto telefónico cita el mismo día de la demanda a todos los pacientes que solicitaron demanda no urgente;
- c.Disminución del tiempo de espera medio para ser atendido de 17,3 días a 2,8 días en consultas por procesos nuevos;
- d.Puesta en marcha de un sistema de detección y seguimiento de los pacientes que no acuden a consulta.

CONCLUSIONES: La modificación del sistema de gestión de citas permite mejorar el acceso y la respuesta clínica de un servicio

psiquiátrico ambulatorio.

P25

RECOMENDACIONES PARA EL AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ (TERUEL)

M. A. García Colinas, J. M. Turón Alcaine, A. García Tenorio, M. Agud Cardona, C. Zapata Adiego, A. Aznar Carbonell.
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ.
magarciaco@salud.aragon.es

Objetivo: Elaborar e implementar un protocolo único sobre las recomendaciones para el autoanálisis de glucemia capilar en el Sector de Alcañiz, dentro de una estrategia multifactorial en los pacientes diabéticos.

Desarrollar una herramienta informática para gestionar el consumo de tiras reactivas.

Material y Métodos: Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar con miembros de atención primaria y especializada, que se ha reunido tres veces hasta el momento, y en coordinación con el grupo de diabetes del sector. Se hace una búsqueda bibliográfica y se recoge la evidencia disponible. Se analiza la información sobre consumo tiras reactivas del último año y fármacos antidiabéticos. Se elabora un protocolo con las recomendaciones y se desarrolla una herramienta informática para su gestión. Se propone un objetivo a alcanzar en tres años. Se difunde e implementa el protocolo y la herramienta en los EAP del sector y servicio de endocrinología del hospital (fase en la que nos encontramos). Periódicamente se reunirá el grupo de trabajo para analizar los resultados obtenidos.

Resultados: La variabilidad en la indicación de autoanálisis de glucemia capilar en nuestro sector superior al 30% entre los diferentes EAP y el consumo de tiras reactivas supone un 33% del total del gasto en fármacos antidiabéticos, lo que constituye un gran impacto económico. Actualmente, estamos en la fase de difusión e implementación del protocolo y de la herramienta informática en los EAP y esperamos tener los primeros resultados evaluables para el mes de noviembre.

Conclusiones: La acogida de este protocolo por parte de los profesionales tanto en los EAP como en el servicio de endocrinología está siendo buena, y pensamos que será efectiva, tanto en disminución de la variabilidad como en la optimización de todos los recursos disponibles.

P26

REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN EL MOSTRADOR DE ADMISIONES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Barreto Ramón*, M. Melgar Mairal, N. Pérez Riba, Y. Aguilera Póiz.

ABS ESPLUGUES DE LLOBREGAT-2.

pbarreto.cp.ics@gencat.net

Objetivo: Reducir el tiempo de espera para ser atendidos en el mostrador de admisiones de un centro de atención primaria.

Material y métodos: El estudio se realizó en una Área Básica de Salud (ABS) de Esplugues de Llobregat (Barcelona) que atiende a una población de 31000 usuarios de características urbanas. En ella trabajan 44 profesionales sanitarios y 12 no sanitarios.

Utilizando metodología para la mejora continua, en marzo del 2007 nos planteamos como proyecto iniciar un análisis de la situación de partida mediante una hoja de registro, con las variables: día de la semana, número de personas en espera, número de administrativos, hora de llegada y de atención en el mostrador, así como el número y motivo de demanda. Posteriormente, para buscar las posibles causas, se utilizó el método de Brains-torning, comparación por parejas, espina causa-efecto de Ishikawa y finalmente el diagrama de Pareto. Así identificamos los grupos de causas y los motivos de las demandas.

En una segunda fase realizamos un diagrama de soluciones alternativas, otro de soportes-resistencias y finalmente se elaboraron unos indicadores. En junio del 2007 establecimos un cronograma y aplicamos las mejoras. En marzo del 2008 monitorizamos el estudio para valorar la evolución.

Resultados: Previo a la aplicación de las mejoras se registraron tiempos máximos de espera de hasta 25 minutos y 25 personas en espera, con picos de afluencia a las 11h a.m. y 17h p.m. coincidiendo con la salida de los usuarios de las consultas. El día de más afluencia

fue los lunes. Aplicadas las propuestas pasamos a un máximo de 15 personas en espera durante 15 minutos. El número de administrativos atendiendo no resultó influyente.

Las propuestas de mejora fueron: crear una consulta específica para gestión de altas de nuevos usuarios, reservar tiempo para funciones específicas del personal de administración, citación de las derivaciones a especialistas por gestión telefónica "back-office", asignar un responsable de reposición diaria de material y colocación de un aparato para ordenar el turno en la cola.

Conclusiones: Podemos afirmar que las propuestas de mejora han sido efectivas. Al realizar la gestión telefónica "back-office" observamos que los datos personales de muchos pacientes era incorrectos y ello dificultaba su resolución. En estos momentos estamos actualizando los datos de los usuarios para potenciar esta solución y además se está incrementando la citación de pacientes crónicos desde la misma consulta.

P27

SUPERANDO LA BARRERA IDIOMÁTICA

L. Ilarri Zuazola.

Hospital de Basurto, Bilbao.

LOURDES.ILARRIZUAZOLA@osakidetza.net

INTRODUCCION: De cara a facilitar el trabajo asistencial y siendo conscientes de que cada día se atienden más pacientes extranjeros con escaso conocimiento de los idiomas oficiales de la CAPV, desde el Hospital de Basurto se ha realizado un esfuerzo suplementario en términos de comunicación y trato personalizado que refuerza los niveles de satisfacción de los Paciente/Usuario y para hacer frente al impacto generado por los continuos procesos de inmigración, se ha incorporado un SERVICIO DE INTERPRETACIÓN.

OBJETIVOS:

- Potenciar la comunicación del personal sanitario con el Paciente/Usuario, para mejorar la información transmitida referente al proceso asistencial.
- Potenciar la autonomía del Paciente/Usuario, adquiriendo responsabilidad en la toma de decisiones y cuidados que afecten a su salud.

MATERIAL Y MÉTODO: Sistema de interpretación a través de móvil que dispone de dos auriculares y dos micrófonos (uno para el profesional y otro para el paciente) y que a su vez permite la conversación a tres bandas entre estos y el intérprete.

El sistema asegura acceso inmediato durante las 24H. del día, a un intérprete de chino mandarín, rumano y árabe.

Durante el horario de 8H hasta las 18H también se dispone de forma inmediata 3 idiomas más: inglés, francés y alemán.

Paralelamente existe la posibilidad de solicitar con un plazo máximo de 2 horas de respuesta otros 36 idiomas más (incluido el español).

Distribución de las 4 terminales:

- 1- Urgencias generales/pediatría.
- 2- Urgencias ginecológicas.
- 3- 2 ubicados en la centralita telefónica para el resto de áreas.

INTERPRETACIÓN VÍA MÓVIL:

- 1- Situar se frente a nuestro contacto, colocar el Biauricular en mi teléfono móvil y cada uno nos colocamos nuestro respectivo auricular y micrófono.
- 2- Llamar a la empresa contratante con los nº y códigos indicados en la tarjeta personal.
- 3- Cuando tenemos al intérprete en la conversación, le comentamos brevemente el motivo de la llamada y dejamos que traduzca la conversación.

RESULTADOS: Tomando como base el registro normalizado de las solicitudes recibidas en las diferentes ubicaciones del Servicio de Traducción Simultánea, se analiza el nº de las intervenciones, idioma requerido e incidencias.

CONCLUSIONES:

- Facilita la relación médico / paciente.
- Minimiza los problemas relacionados con los inconvenientes que suscita entre los diferentes colectivos de la organización, el problema idiomático con los pacientes que acuden a las diferentes áreas asistenciales (urgencias, consultas, hospitalización, etc.).
- Sistema rápido, asegura el acceso inmediato durante las 24h.

P28

TIEMPOS DE ESPERA EN URGENCIAS: MONITORIZACIÓN DE LA PRIMERA ASISTENCIA FACULTATIVA Y LA DURACIÓN DE LA RADIOLOGÍA EN URGENCIAS

C. Moreno Barba, M. J. Romero Pastor, C. Gómez, M. A. Legaz Hernández, A. Cantero Sandoval, J. Alcaraz Martínez.

Hospital Morales Meseguer.

julian.alcaraz2@carm.es

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar la duración de los tiempos de espera para la primera valoración médica y la espera para realización de pruebas complementarias. El control de estos tiempos es uno de los objetivos de calidad presente siempre en la asistencia a las urgencias hospitalarias.

Material y método: Se ha recogido una muestra de 615 casos entre los pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la primera quincena de febrero de 2008. Como referencia contábamos con un estudio similar realizado en el año 2003. Se han evaluado pacientes a los que se pedía radiografía, con el fin de disponer de los datos de duración de primera asistencia y adicionalmente poder valorar también la duración del tiempo de realización de rx y el tiempo transcurrido entre rx hecha y alta. Se han recogido datos de día de la semana, turno de la atención y existencia de informe de radiología. 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 16,64 minutos con una desviación típica (d.t.) de 16,74. El tiempo medio de realización de radiografía ha sido de 78,8 minutos con una d.t. de 40,8.

En 2003 la media de la primera asistencia facultativa fue de 27,36 (d.t.= 20,35) y la media de realización de la rx, fue de 52,6 minutos (d.t.= 41,7).

Hemos encontrado diferencias significativas según el día de la semana, así en la primera asistencia varía de los 11,4 minutos del jueves a 23 del sábado ($p < 0,05$) y en la realización de radiografías varía de 66,4 minutos el lunes a 96,8 el sábado ($p < 0,01$). También se ha evidenciado significación estadística en las diferencias por turno en la primera asistencia (19,4 minutos en la mañana y 12,16 en la noche) y en la realización de la rx (83,5 minutos en la tarde y 64,7 minutos en la noche).

Conclusiones: Se ha reducido la media de la primera asistencia facultativa respecto a 2003 pero ha aumentado el tiempo de realización de radiografías.

Se han detectado diferencias de duración en función del día, y del turno de la asistencia.

P29

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE LA DEMANDA

A. Collado Cucò, O. Doblado López, L. Colomés Figueras, L. Nualart Berbel, L. Rios Valles, J. M. Crespo Palau.

SAGESSA.

acollado@comt.es

Objetivo: Conocer el comportamiento de los usuarios de atención primaria en sus demandas de asistencia.

Metodología: Estudio observacional descriptivo. Revisión de los motivos de consulta de las visitas sobre el conjunto de personas adscritas a cuatro Áreas Básicas de Salud (ABS) durante el año 2007. Obtención de datos a partir de la Historia Clínica (HC) informatizada (OMI-AP). Se recogen datos de edad, sexo, patologías, motivo de consulta, profesional que la realiza, y cupo al que pertenece el paciente.

Los datos son tabulados y depurados mediante aplicativo basado en Microsoft Access.

Estudio estadístico mediante el paquete SPSS. (Estadística descriptiva, test de Student, test del Xi cuadrado, análisis de la varianza y regresión logística binaria).

Resultados: Total visitas realizadas: 521.912 sobre 81.001 personas (media: $6,4 \pm 0,06$).

El 36,8% de las visitas las realiza el propio médico de cabecera, el 23% la enfermera y el resto se reparte entre diversos profesionales. El 30,7% de la población asignada no realiza ninguna visita en el periodo estudiado. Este grupo de población difiere significativamente en edad ($40,8 \pm 2,8$ frente a $39,5 \pm 1,6$ años), sexo (44% de mujeres frente a 50%), presencia de hipertensión arterial (HTA) (5% frente a

12%), Diabetes (DM) (2% frente a 5%) y dislipemia (3% frente a 10%). Las proporciones son significativamente diferentes si se estudian por cada ABS.

El 5,6% de la población asignada realiza un mayor número de visitas ($>$ percentil 95=22 visitas), situándose en una media de $33,5 \pm 0,53$ visitas, y también difiere significativamente en edad ($51,3 \pm 0,8$ frente a $39,5 \pm 1,6$ años), sexo (63% de mujeres frente a 50%), presencia de hipertensión arterial (HTA) (38% frente a 12%), Diabetes (DM) (18% frente a 5%) y dislipemia (24% frente a 10%). Igualmente difieren respecto a las consultas utilizadas (36% médico de cabecera, 31,7% enfermera).

Las proporciones son significativamente diferentes si se estudian por cada ABS.

Conclusión Una tercera parte de la población no pasa por las consultas de atención primaria en todo un año.

Este grupo presenta menos patología crónica que la población general.

Un 5% pueden considerarse claramente hiperfrecuentadores, son de más edad, predominan las mujeres y las patologías crónicas son más frecuentes. Utilizan más los servicios de enfermería que el conjunto de la población.

P30

¿ES FÁCIL LA IMPLANTACIÓN DE ISO 9001? DIFICULTADES DEL PROCESO

M. M. Lale Candal, A. Campos Pena, A. M. Carballo Castro, R. García Ramos, M. Carreras Viñas, J. Caramés Bouzán.

Complejo Hospitalario Universitario Santiago.

maria.mar.lale.candal@sergas.es

OBJETO: El CHUS acomete la implantación de la norma UNE-EN ISO 9001:2000 en diversas áreas para incorporar directrices del sistema de gestión de calidad a la planificación, desarrollo y control de procesos.

Cuenta con sistema certificado en Medicina Nuclear, Diálisis, Recursos Económicos, y trabaja en su implantación en Farmacia, Banco de Sangre, Oncología Radioterápica, Radiofísica y Protección Radiológica.

Se detectan diversas dificultades para incorporar los requisitos de la norma al desarrollo de procesos de cada área, que plantean un reto para su superación.

MATERIAL Y MÉTODOS: El método utilizado ha sido la norma ISO 9001:2000 y las directrices definidas por la norma respecto a la mejora continua.

DIFICULTADES DE IMPLANTACIÓN:

1. Identificación de procesos y documentación de procedimientos: labor de análisis de actividades del servicio para definición de los procesos, identificación de interrelación y determinación documentada de procedimientos de trabajo unificados, así como requisitos ISO9000.

2. Implantación del sistema: incorporar a la dinámica de trabajo requisitos específicos del sistema (registro de no conformidades, acciones correctivas/ preventivas, medición satisfacción clientes); necesidad de control exhaustivo y conservación de registros.

3. Verificación de eficacia del desarrollo de procesos: dificultades para análisis y tratamiento de datos no informatizados.

4. Auditorías: reticencias del personal a la supervisión de su trabajo.

5. Planificación y desarrollo de acciones de mejora: necesidad de adecuar áreas de mejora identificadas a medios humanos, infraestructurales y económico- técnicos disponibles.

RESULTADOS La aplicación de diversas medidas en la fase de implantación del sistema posibilita la superación de las dificultades detalladas:

- Implicación visible y directa de la Gerencia.
- Coordinación del proyecto por un líder.
- Implicación de todo el personal.
- Formación e información adecuada sobre el proyecto a todo el personal.
- Adaptación de requisitos del sistema de modo práctico a la realidad de cada unidad.
- Intercambio de experiencias con servicios ya certificados.
- Formación de auditores internos propios.

CONCLUSIONES: Las dificultades surgidas durante la fase de implantación de un sistema deben ser analizadas y tratadas por la Dirección y los responsables de coordinación del proyecto para lograr

su superación.

La respuesta rápida de la Dirección a requerimientos de los servicios respecto a necesidades estructurales o técnicas es fundamental para el impulso del proyecto.

La implicación de la Dirección y del personal, la adecuada formación e información sobre el sistema y el conocimiento e intercambio con otros sistemas ya maduros son clave para el éxito del proceso.

P31

¿SE LOGRAN MEJORAS DE IMPACTO ASISTENCIAL EN LAS ORGANIZACIONES CON LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS BASADOS EN ISO 9000?

M. L. Lago Vázquez, M. D. M. Lale Candal, M. J. López Rebollo, Á. Ruibal Morell, D. Sánchez Guisande-Jack, J. Caramés Bouzán.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

maria.luz.lago.vazquez@sergas.es

OBJETIVO: El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, en el marco de su compromiso con la mejora de la calidad en la prestación de servicios y la seguridad de pacientes, impulsa diversos proyectos destinados a tal fin, entre los que se encuentra la implantación de un sistema de gestión de calidad según la norma UNE-EN ISO 9001:2000 en áreas asistenciales y no asistenciales.

El objetivo del sistema es implantar las acciones de mejora necesarias detectadas mediante las herramientas derivadas del desarrollo del sistema.

MATERIAL Y MÉTODOS: El método utilizado para la detección y desarrollo de acciones de mejora ha sido la implantación de la norma ISO 9001:2000, ya certificada en diversos servicios y en fase de implantación en otros.

Servicios certificados: Medicina Nuclear, Diálisis; Suministros, Contratación Administrativa y Gestión Económica.

Los servicios de Medicina Nuclear y Diálisis obtuvieron la certificación en 2005.

Desde entonces se han realizado 8 auditorías internas y externas al sistema, de certificación y de renovación del certificado.

Los servicios del área de Recursos Económicos han obtenido su certificado en 2007, realizando desde entonces 4 auditorías internas y externas.

Como resultado de esas auditorías y la implantación de los requisitos de la norma ISO 9001 se han detectado diversas acciones de mejora, cuya implantación ha generado los resultados detallados.

RESULTADOS: Los resultados destacados derivados de las acciones de mejora implantadas son las siguientes:

- Mejoras en el ámbito asistencial con impacto directo en los pacientes:
- Implantación de planes de cuidados a pacientes.
- Reducción de infecciones.
- Reducción de listas de espera.
- Sistematización de seguimiento a pacientes.
- Mejora de formación del personal sanitario.

Mejoras en la organización:

- Unificación de criterios y procedimientos de trabajo.
- Análisis de procesos.
- Incremento de coordinación entre distintos servicios.
- Implicación activa de todos los grupos de personal en equipos de trabajo.

- Definición clara de responsabilidades de personal en desarrollo de procedimientos.

Mejoras en la satisfacción del cliente:

- Identificación de necesidades expresadas por los clientes en estudios de satisfacción y establecimiento de acciones.

CONCLUSIONES: La sistemática establecida por los requisitos de la norma ISO 9001 ha proporcionado herramientas que se han revelado eficaces para la detección y la implantación de acciones de mejora, que han producido resultados positivos a nivel interno y respecto a la satisfacción de los pacientes.

P32

ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA. 2006-2007

Roige J*, Quiles A, Cerqueira MJ, Jove MA, Flamarich E, Armengol M J. Roige Sole.

Hospital Vall Hebron. Barcelona.

jroige@vhebron.net

Objetivos: La Formación Médica Continuada (FMC) es un derecho y un deber de todos los profesionales de la Medicina. El nuestro centro, la FMC la llevan a cabo los servicios clínicos y la necesidad de conseguir el reconocimiento de la cantidad y la calidad de la FMC motivó que se pidiera al Consell Català de la Formació Médica Continuada (CCFMC) la delegación de la capacidad de acreditación de los cursos de FMC dirigidos a médicos. La delegación se concedió desde mayo del 2006.

Material y métodos: La Acreditación de cursos de FMC es una actividad promovida a nivel estatal por la Comisión de la Formación Médica Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFC del SNS) y en Catalunya, por el Consell Català de FMC (CCFMC). Estas organizaciones tienen establecido la adquisición de los créditos para una determinada actividad a partir del número de horas y del perfil pedagógico. Los prestadores de actividades formativas tienen a su disposición un formulario de solicitud, una guía de cumplimentación y los evaluadores realizan su función gracias a un cuestionario que valora 5 ítems: objetivos, organización y logística, adecuación de los objetivos, metodología docente y evaluación del curso.

Resultados: El número de cursos evaluados en el periodo mayo 2006-diciembre 2007 ha sido de 72. El tiempo de trámite (solicitud-inicio del curso) ha sido de 84 días y el tiempo del proceso de acreditación (recepción del documento; carta de respuesta con los créditos) de 17 días, siendo algo más corto en el 2007. En cuanto al tipo de actividad destacan 46 cursos, 11 sesiones, 5 jornadas, 1 congreso, 4 symposium, 2 seminarios, 1 sesión. Respecto a la duración, 44 menos de 20 horas, 21 entre 21-40h, 5 entre 41-80 h, i 2 de más de 80 horas. Los evaluadores han puntuado entre 1 y 1,8 puntos, siendo el máximo 2 puntos y habiendo 3 evaluadores independientes por cada curso. Por especialidades destacan en número Pediatría (9), Anestesiología (8) y Cardiología (7). La Comisión proporciona un diploma para los asistentes y para los profesores con los créditos correspondientes.

Conclusiones: El Comité de evaluación continuada ha representado una herramienta útil para la ordenación de la FMC en nuestro hospital aplicable también en la carrera profesional. La mayoría de cursos han tenido una duración inferior a las 20 horas y 32 unidades o servicios lo han utilizado aunque algunos (16) aún no lo han hecho.

P33

ACREDITACIÓN DEL ANÁLISIS MUTACIONAL DE LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 MEDIANTE DHPLC EN LA UNIDAD DE GENÉTICA MÉDICA. NORMA UNE-EN ISO 15189:2007: PEQUEÑOS PASOS IMPLICAN GRANDES RESULTADOS

S. Izquierdo Álvarez*, M. D. Miramar Gallart, M. T. Calvo Martín, A. Rodríguez Valle, A. Antón Torres, A. Herrero Ibáñez.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

sizquierdo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: La norma UNE-EN ISO 15189:2007 identifica claramente los documentos necesarios para constatar el cumplimiento de los requisitos a que hace referencia relativos a la calidad y competencia de los laboratorios clínicos. Dicha norma es de aplicación a las Unidades de Genética Médica. Según esta norma en ellas se realizarán validaciones de las técnicas "todo lo extensas que sean necesarias para cumplir las necesidades de la aplicación", "los métodos y procedimientos seleccionados deben evaluarse o demostrarse que dan resultados satisfactorios antes de utilizarlos para la realización de determinaciones genéticas". Se deberá realizar una operación que evalúe globalmente cómo se comporta nuestro método, al analizar muestras con matriz real.

OBJETIVO: Elaborar el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) en la determinación del análisis mutacional de los genes BRCA1 y BRCA2 mediante DHPLC, destacando el protocolo a realizar a nivel tanto de control de calidad interno como externo.

METODOLOGÍA: Se elaboró el PNT teniendo en cuenta los requerimientos de la ISO 15189 y de la ISO 9001:2000, organizándolo en diversos apartados que se adaptaban a la estructura seguida por cualquier procedimiento de un Laboratorio Clínico. Dedicando un apartado especial al control de calidad interno y externo, ya que el participar en programas de control de calidad externo o de intercomparación es requisito para lograr la acreditación aunque no es necesario que dichos programas estén acreditados.

RESULTADOS:

-Se estableció un protocolo de control de calidad interno y se decidió

participar en un programa europeo de control de calidad externo, que ayudaría en un futuro a una adecuada validación de la técnica y requisito indispensable para lograr la acreditación.

-Se obtuvo un PNT adecuado, sencillo y aclaratorio destinado a las Facultativos y TELs dedicados a la realización de estas determinaciones. Se especificó el diagrama de flujo del proceso general en la determinación mutacional del BRCA1 y del BRCA2.

CONCLUSIONES: El acreditar una Unidad de Genética Médica, o alguna de sus técnicas no es una tarea fácil. Una de los pasos clave es el hecho de participar en programas de intercomparación. El CCEE para el análisis mutacional de BRCA1 Y BRCA2 mediante DHPLC proporcionado por el EMQN es un requisito primordial para poder acreditarnos según las ISO 15189:2007. En caso de no disponer de la posibilidad de participar en controles externos de calidad hay que fomentar la creación de programas de intercomparación entre las distintas Unidades de Genética Médica a nivel nacional.

P34

AUDITORÍA INTERNA: UN ENFOQUE SISTEMÁTICO Y DE MEJORA CONTÍNUA

E. Gómez Felipe.

Capio Sanidad.

egf@capiosanidad.es

Con esta ponencia no se pretende repetir conceptos ampliamente desarrollados, sino presentar un nuevo enfoque y visión en torno a las auditorías y controles internos. Aunque las auditorías realizadas bajo la perspectiva de ISO 9000 ó de gestión de la calidad pretenden ser auditorías de la calidad, la realidad no es esa y la auditoría se convierte a veces en pesadillas burocráticas que no añaden valor real a la organización y generan únicamente auditorías dedicadas a la "cumplimentación de registros".

Objetivos:

1. Conceptualización y aclaración de términos para minimizar el miedo escénico de los auditados.
2. Establecer de forma clara y sistemática los objetivos que se persiguen, centrando la auditoría en la efectividad del sistema de calidad y la detección de puntos de mejora.
3. Delimitar a través de la auditoría y en cada proceso, los métodos para medir la eficacia y eficiencia.

Metodología:

1. Entrevistas cualitativas con comités de dirección, núcleos promotores de calidad y componentes del núcleo central de calidad para consensuar valores y criterios.
2. Diseño y elaboración de herramientas los nuevos check list.
3. Implantación.

Resultados: Entre mayo y junio del 2007, se realizaron auditorías internas en 12 centros Capio (9 centros de agudos y 3 centros sociosanitarios) hemos llegado a implantar un 85% de las estrategias planificadas (conocimiento y percepción) desde el principio, su desarrollo llega al 80% en las áreas y se están midiendo el 70% de los indicadores.

Conclusiones: Con esta ponencia nos proponíamos introducir un nuevo enfoque a la auditoría; un enfoque que se introduce como un verdadero "paso adelante eficaz": mejorar la capacidad de la organización para satisfacer a sus clientes y en general a todas las partes interesadas.

P35

CONTROL DE CALIDAD APLICADO AL CRIBADO NEONATAL DE LA FIBROSIS QUÍSTICA: UN PASO HACIA LA ACREDITACIÓN

P. Bocos Terraz*, S. Izquierdo Álvarez, M. D. C. García Pérez, I. Benedicto Lorenzo, J. L. Bancalero Flores, Á. García De Jalón Comet.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

pbocos@salud.aragon.es

Introducción: El laboratorio clínico está inmerso en la actualidad en una fase de mejora continua en la que destaca la implicación de sus unidades de referencia en un proceso de acreditación ISO 15189. Una de las unidades de referencia más importantes es la de cribado neonatal y dentro de ésta la determinación de fibrosis quística (FQ). Es imprescindible el diseño de un protocolo de calidad interno para el cribado de dicha patología, como una de las etapas clave antes de la acreditación.

Objetivo: Establecer un protocolo interno de calidad en las pruebas de screening neonatal para FQ, especialmente en la fase preanalítica, como etapa clave antes de iniciarse en la acreditación de esta unidad de referencia.

Metodología: Se elaboró un protocolo de calidad siguiendo las recomendaciones, requerimientos y pautas establecidas en diversas guías de práctica clínica, y en las normas internacionales de calidad (acreditación, ISO 15189).

Resultado: Protocolo desarrollado: 1. Condiciones preanalíticas: Preparar todo lo necesario (Lanceta estéril, isopropanol al 70% y algodón, tarjeta de papel filtro, recipientes para desechar el material corto-punzante). La tarjeta de identificación de la muestra se registrará, y completará con la información correspondiente: nombre de la madre y del recién nacido (fecha de nacimiento, fecha de la toma de muestra, dirección completa con sitio de referencia, teléfono, raza, sexo y procedencia). 2. Condiciones analíticas: Extracción en neonato de 48 h. Punción del talón: previa postura adecuada del neonato, masaje en el lugar de punción, y aplicación de antiséptico, dejando libre la 1ª gota y recogiendo la sangre en el papel de filtro impregnando bien el círculo para la muestra con difusión homogénea. Dejar secar y guardar en sobre para su transporte. Si hubiera que almacenar en nevera guarda en bolsa plástica con desecante. Método: ensayo fluoroinmunométrico en fase sólida tipo sándwich. La fluorescencia producida en cada muestra es proporcional a la concentración en la muestra de IRT. El protocolo más común es el examen IRT/ADN en 2 fases. Si el resultado es > que el nivel de corte se realiza un análisis de mutación del gen CFTR. Existen diferentes criterios, por lo que se elaborara un punto de corte propio basado en la experiencia.

Conclusiones: Es muy importante seguir con detalle todas las pautas establecidas de calidad, destacando la fase preanalítica, para evitar muestras incorrectas o contaminadas.

P36

CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE VALORES CRÍTICOS EN UN LABORATORIO DE URGENCIAS DE BIOQUÍMICA CLÍNICA

S. García Castañón, M. A. César Márquez, E. García González, B. García Rodríguez, Y. González Irazabal, L. Rello Varas.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

sandra71077@hotmail.com

OBJETIVO El adecuado manejo de los valores críticos (VC) es fundamental para la toma de decisiones clínicas en la asistencia sanitaria a los pacientes.

El objetivo de este trabajo ha sido la revisión de los valores críticos obtenidos durante el año 2007 que afectan a cuatro determinaciones incluidas en el petitorio de urgencias correspondiente al Servicio de Bioquímica Clínica. Estas determinaciones son pH, glucosa (Glu), sodio (Na) y potasio (K).

La norma UNE-EN ISO 15189 para la acreditación de un laboratorio clínico establece la necesidad de protocolos para la comunicación de resultados cuando éstos se encuentren dentro de los intervalos alarmantes establecidos. Para ello es necesario definir las propiedades cuyos valores pueden ser alarmantes y los intervalos correspondientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: El número de peticiones recibidas en la sección de urgencias del Servicio de Bioquímica Clínica fueron 100.092, realizándose un total de 334.708 pruebas.

Se calculó el porcentaje de resultados de los parámetros estudiados situados fuera de los límites críticos establecidos previamente.

RESULTADOS: Los valores críticos establecidos en el laboratorio de urgencia son los siguientes:

PH: VC mín: 7,10; VC máx: 7,50.

Glucosa: VC mín: 40 mg/dL; VC máx: 700 mg/dL.

Sodio: VC mín: 120 mEq/L; VC máx: 160 mEq/L.

Potasio: VC mín: 2.4 mEq/L; VC máx: 7 mEq/L.

Los resultados críticos obtenidos a lo largo del año 2007 fueron 2490 (0.74% de los resultados obtenidos para las determinaciones estudiadas), de los cuales 892 (0.27%) se encontraban por debajo del valor crítico inferior y 1598 (0.47%) por encima del valor crítico superior.

El parámetro más afectado por el valor crítico es el pH, correspondiendo a un 52.37% de los resultados fuera de los límites críticos.

CONCLUSIONES: Los procedimientos para la detección y notificación

de resultados críticos deben establecerse en función de las características propias de cada laboratorio y de los objetivos inherentes al mismo. En nuestro caso, la aparición de un resultado fuera de los límites establecidos en el intervalo crítico de cada parámetro conlleva una comunicación directa con el clínico o con el personal de enfermería implicado, quedando registrando dicha actuación en formatos implantados dentro del sistema de gestión de la calidad.

La aportación de este valor añadido supone un gran reto para los facultativos del laboratorio para contribuir a la mejora en la atención de los pacientes.

P37

DE LA NO CONFORMIDAD A LA CALIDAD

R. Domínguez Muñoz, C. Belinchón Loeches, M. De La Torre De La Torre, G. Salas Verdugo, C. Tevar López, M. Lázaro Melgar.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.
micominie@yahoo.es

INTRODUCCIÓN: Desde el comienzo del funcionamiento de la Central de Esterilización en el Hospital de Fuenlabrada, se establece un circuito de entrega y recogida de material de las distintas áreas asistenciales. La recogida del material se hace sucia, y el resultado es un producto estéril.

Tras la certificación conforme a la norma ISO 9001:2000, se detecta que en dicho circuito, existen una serie de acciones no conformes: falta de registro, falta de personal para recepcionar e instrumental no preparado.

OBJETIVO: Mejorar la recepción y entrega del instrumental.

Implicar a los clientes en la parte del proceso que les compete.

Aumentar la satisfacción de las áreas asistenciales y de los profesionales de la Central.

METODOLOGÍA:

- Definición de acciones no conformes.
- Comunicación al coordinador de esterilización para que trasmita el problema a los supervisores de las unidades.
- Periodo de adaptación del personal de las unidades.
- Diseño y puesta en marcha de registro de comunicación de causas ante la no recogida del material (acción no conforme).
- Estudio de frecuencia de entrega y cantidad de material recogido.

RESULTADOS: Reducción del número de incidencias.

Reconocimiento por parte del personal y responsables de las unidades, de la necesidad de las mejoras realizadas.

Reducción del tiempo del circuito al disminuir los días de recogida y el tiempo de espera.

CONCLUSIONES: Gracias a la no conformidad, hemos trabajado fuerte y hemos mejorado en cuanto a información, nuevos horarios, rapidez y eficacia.

Por todo lo expuesto, consideramos que hemos conseguido impregnar calida a nuestro trabajo diario.

P38

DETERMINACIONES HORMONALES. CONTROL DE CALIDAD. DE LA EXTRACCIÓN AL LABORATORIO

S. Izquierdo Álvarez*, P. Bocos Terraz, J. L. Bancalero Flores, J. Castrillo Rubio, R. Álvarez Lahuerta, A. Aznar Sauca.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
sizquierdo@salud.aragon.es

Objetivo: Describir las normas a seguir para el tratamiento de las muestras destinadas a las determinaciones hormonales, desde su extracción, previa preparación del paciente, hasta su determinación en el laboratorio.

Material y métodos: Se siguen las recomendaciones y criterios definidos en normas nacionales e internacionales de calidad, específicas para los laboratorios Clínicos y de transporte de muestras biológicas para establecer unas normas internas que faciliten el control de calidad en las determinaciones hormonales.

Resultados: Criterios de extracción: -Preparación del paciente: Se informará al paciente por escrito de la prueba a realizar y de la conducta que deberá seguir antes y durante la prueba.-Seguimiento del protocolo establecido, respecto a las pruebas de estímulo o de frenación y la administración de fármacos necesarios para las mismas. -Identificación del paciente. Si el paciente no pudiera

identificarse, por clínica de coma u otras causas, se buscarán los medios de identificación por personal responsable del mismo. La extracción del líquido biológico, se realizará de modo adecuado. Para las determinaciones en suero, antes de su manipulación se dejará el tiempo suficiente para la formación del coágulo. Criterios de transporte: Se prepararan y etiquetaran de acuerdo con la norma vigente para transporte de muestras. Antes de transportar las muestras se recomienda retirar el coagulo separador de gel o los eritrocitos. Se realizara lo más inmediatamente posible si el lugar de extracción estuviera próximo a donde deba realizarse la determinación. Si el lugar estuviera distante el transporte se hará en contenedor homologado con sonda de Tª y dentro de él, en gradillas verticales. Se hará registro con hora de extracción y cuando llegue se registrará también la hora de recepción y la Temperatura. Criterios para la muestra: No se utilizaran muestras inactivadas con calor, mezcladas, intensamente hemolizadas. Para obtener resultados óptimos no deberán presentar fibrina, eritrocitos o partículas en suspensión. En muestras lipémicas se utilizará para la separación una ultracentrifuga. Criterios para la técnica: Establecimiento de los parámetros necesarios para la validación adecuada de la técnica destinada a la determinación de diversas hormonas. Criterios de Almacenamiento: A 2-8 ° C se conserva la muestra durante 7 días máximo. Si se retrasa más la determinación se congelará a £ -20° C, retirando el coágulo.

Conclusiones: Es vital el establecimiento de unos protocolos para el control de la calidad en la realización de determinaciones hormonales: estableciendo requerimientos de tratamiento previo a la determinación, extracción, transporte, y almacenamiento posterior.

P39

ELABORACIÓN DE LA CARTA DE SERVICIOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA EN ORGANIZACIONES SOCIO-SANITARIAS: LA EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN FISLEM DE CASTILLA-LA MANCHA

M. Nieto Moreno, J. A. Contreras Nieves, O. Carrasco Ramírez, A. Casas Toral, S. García-Heras Delgado, D. Navarro Bayón.

Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM).
mnieto@fislem.com

OBJETIVOS: El presente trabajo: (1) expone el proceso de elaboración de la Carta de Servicios de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) y(2) presenta su Carta de Servicios incidiendo en su relevancia como herramienta de mejora continua en la calidad de los servicios prestados y como estrategia de mejora de la organización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Conforme a los requisitos para la elaboración de Cartas de Servicios propuestos por AENOR (Borrador PNE 93 200 - 2007/08/07) y por la Consejería de Administraciones Públicas de Castilla-La Mancha, la elaboración de la Carta de Servicios de la Fundación FISLEM ha seguido la siguiente metodología:

- (1) Decisión por parte de los líderes de la organización de su elaboración.
- (2) Constitución del equipo de trabajo.
- (3) Identificación de expectativas de los clientes de la organización.
- (4) Identificación de los procesos ligados a los servicios de la Carta.
- (5) Comparación del nivel de prestación de los servicios objeto de la carta con las expectativas de los usuarios.
- (6) Establecimiento de compromisos de calidad e indicadores para su medición.
- (7) Redacción de la Carta de Servicios.

Durante 2008, se ha implicado a los líderes de la organización en su elaboración, así como a los clientes internos y externos.

RESULTADOS: La carta de servicios, redactada y aprobada en 2008, informa públicamente a los ciudadanos de la oferta de servicios que, en materia de rehabilitación psicosocial y laboral, y apoyo comunitario, y como parte de la red pública de la asistencia socio-sanitaria de Castilla-La Mancha, gestiona la Fundación FISLEM. Estos servicios son, principalmente: Programas de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, Atención en Alternativas Residenciales, Actividades de formación profesional y empleo, Apoyo a familiares y asociaciones de

familiares y enfermos. La organización ha asumido una serie de compromisos de calidad en la prestación de los mismos, estableciendo indicadores de medición y garantías en caso de no cumplimiento.

CONCLUSIONES: La Carta de Servicios de la Fundación FISLEM es un elemento dinámico para la mejora continua y la adecuación de los servicios a las necesidades de los ciudadanos. Su publicación permite el seguimiento periódico de los indicadores. Se prevé una revisión anual de la Carta por parte del equipo de trabajo. La implicación de la organización en la implantación y desarrollo de este tipo de estrategias de mejora de la calidad es un elemento esencial para garantizar una atención socio-sanitaria de calidad.

P40

ES POSIBLE LA REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

C. D. Miguel Ascaso (0), E. Altarribas (1), M. D. Vivanco (1).

(0) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, (1).

cdemiguel@salud.aragon.es

OBJETIVOS:

- Identificar beneficios y desventajas de las Auditorias Internas.
- Mostrar la experiencia del grupo auditor.

METODOLOGÍA: En la Comunidad Autónoma (CA) de Aragón dentro del marco de Certificación de todas las Centrales de Esterilización (CE) se realizó un Programa de Auditorias Internas en 2007-8

- Se comenzó con una primera fase de formación básica en Auditorias a todos los implicados. (Aceptaron voluntariamente su participación).
- los auditores de un mismo Sector se reunieron para unificar criterios. Revisión de la Norma ISO 9001 2000 y consenso de un check-list para valorar el grado de cumplimiento de la Norma - Revisión individual de los Procesos de la CE a auditar.

- Puesta en común de los integrantes del grupo auditor y diseño de un guión con las pautas de actuación.

- Realización de la Auditoria. Elaboración y comunicación del informe enfatizando los Puntos Fuertes y especificando las Áreas de Mejora. Discusión.

- Envío del Informe al Coordinador de Calidad del SALUD y al Centro auditado.

- Segunda parte de la Formación. Evaluación por los docentes y los participantes de los resultados de todas las auditorias efectuadas .
- Valoración común del Programa.

RESULTADOS: Las Auditorias se realizaron satisfactoriamente.

Tanto auditores como auditados participaron activamente.

Implicación de los profesionales.

Las dudas planteadas, la aportación de sugerencias y la discusión, confirmó el interés despertado por la Calidad y por la Certificación ISO.

CONCLUSIONES: La realización de auditorias internas por los propios trabajadores de los hospitales auditados puede ser muy útil para unificar criterios, evitar la diversidad en los métodos de trabajo y conseguir un sistema de Calidad común en todas las CE de la CA de Aragón.

Favorece la comunicación entre los profesionales de puntos lejanos. Promueve la aportación de ideas y de nuevos proyectos.

Despeja los miedos a la crítica entre profesionales dado que cada uno adopta la posición de auditar y de ser auditado.

P41

ESTÁNDARES DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, N. Hernández Vidal, L. Palacios Llamazares, T. Anglés Segura, J. Amigó Fernández.

ABS Salou.

mgens@camfic.org

Objetivo: Describir los diferentes planes de mejora en la atención urgente de un centro de salud acreditado en calidad asistencial según los estándares de la Joint Commission International (JACHO) aplicables a atención primaria.

Descripción de los estándares.

El Centro de Salud fue acreditado en el año 2004 y reacreditado en 2007, según la JACHO. Estándares según la JACHO en la Atención urgente: 1- Planificación y prestación de la asistencia: Elaboración de protocolos de atención médica homogenizados para disminuir la

variabilidad asistencial. En todos constan pautas de actuación en patología urgente, criterios de derivación y reevaluación. 2- Uso de medicación: 2.1- La organización identifica una selección adecuada de medicamentos; Existen procedimientos que regulan la prescripción de medicamentos, reforzando la política de fármacos del Centro. 2.2- La preparación y entrega de medicamentos está sujeta a la ley, regulación, licencia y a los estándares profesionales: El centro no tiene muestras de ningún medicamento. 2.3- La preparación y administración de medicamentos están controlados: Procedimiento control estupefacientes. 2.4- Gestión de la medicación: Procedimientos relacionados con el almacenaje, seguridad, control de caducidades y conservación. Procedimiento envases multidosis, rotulación fecha de caducidades una vez abiertas las cremas, colirios, sueroterapia y antisépticos. 2.5- Los efectos de la medicación se supervisan continuamente: Procedimiento de seguridad en la administración de fármacos en el área de urgencias 3- El centro determina hasta que punto se utilizan los resultados de los análisis en la asistencia al paciente: Definición de las "pruebas a la cabecera del paciente o Waived testing". 4- Regulación de las derivaciones: procedimiento de cómo derivar el paciente en ambulancia. 5-Plan de gestión de seguridad: Plan del entorno físico de la asistencia, 6-Plan de gestión del equipo médico: Todos los equipos se inventan antes de su puesta en marcha, se prueban y se validan para su correcto uso. 7- Reducir los riesgos de infecciones en pacientes y trabajadores: Programa de control de la infección. Se elabora un manual de regulación del equipamiento, material sanitario y fármacos.

Conclusiones: El cumplimiento de los diferentes estándares relacionados con la atención urgente garantiza una asistencia segura para el paciente. La protocolización de los diferentes procesos urgentes, facilita el trabajo a todo el personal sanitario, teniendo en cuenta las características del paciente urgente. El registro de verificación de todo el material y utillaje existente en el servicio de urgencias, garantiza una asistencia de calidad para el paciente; asimismo repercute sobre el control del proceso.

P42

EVALUACIÓN DE LA VALIDACIÓN DE MÉTODOS DE ANÁLISIS DE ELEMENTOS TRAZA MEDIANTE ABSORCIÓN ATÓMICA

M. L. Calvo Ruata, A. B. Lasiera Monclús, E. García González, S. García Castañón, B. García Rodríguez, M. A. César Márquez.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

mlcalvo@salud.aragon.es

OBJETIVO: Evaluación de los resultados de la validación de métodos, requisito indispensable para la acreditación según norma UNE-EN-ISO 15189, para análisis de cobre (Cu) y cinc (Zn) mediante espectrometría de absorción atómica de llama y análisis de plomo (Pb), selenio (Se) y aluminio (Al) mediante espectrometría de absorción atómica con cámara de grafito.

MATERIAL Y MÉTODOS: Material empleado: espectrómetros de absorción atómica de llama novAA300 y con cámara de grafito ZEE nit600 (AnalytikJena), material volumétrico de cristal y automático (calibrado por laboratorio de calibración certificado por ENAC) y material de referencia certificado de cada elemento traza.

La validación de métodos emplea un conjunto de parámetros para demostrar si dicho método es adecuado para un propósito analítico particular, de modo que los datos analíticos producidos sean fiables.

Parámetros estudiados:

Linealidad y coeficiente de correlación (calibración),

Límite de cuantificación (LQ),

Límite de detección (LD),

Rango de trabajo,

Recuperación,

Repetibilidad,

Reproducibilidad,

Incertidumbre.

RESULTADOS: Se exponen los resultados obtenidos y el criterio de aceptación de dichos resultados que se ha empleado en nuestro laboratorio.

Coeficiente de correlación: 0,9987 (Cu); 0,9989 (Zn); 0,9998 (Pb); 0,9977 (Se); 0,9968 (Al). Criterio de aceptación: coeficiente de correlación > 0,995. LQ: 0,9 mcg/dL (Cu); 1,7 mcg/dL (Zn); 0,1 mcg/dL /dL (Pb); 3,3 mcg/dL /dL (Se); 2,3 mcg/dL /L (Al).

LD: 0,27 mcg/dL /dL (Cu); 0,5 mcg/dL /dL (Zn); 0,04 mcg/dL /dL (Pb); 0,97 mcg/dL /dL (Se); 0,68 mcg/dL /L (Al).

Rango de trabajo: 0,9-30 mcg/dL /dL (Cu); 1,7-30 mcg/dL /dL (Zn); 0,1-4 mcg/dL /dL (Pb); 3,3-45 mcg/dL /dL (Se); 2,3-20 mcg/dL /L (Al). Adecuado a las muestras biológicas a analizar.

Recuperación: a los 3 niveles de decisión y en todas las técnicas se encuentran dentro del rango de aceptación ($80 < R (\%) < 120$ %), a excepción del método de análisis de Cobre que para niveles bajos (< 2 mcg/dL /dL) la recuperación varía del 50 - 70 %.

La repetibilidad y la reproducibilidad también se han estudiado a los mismos niveles de decisión obteniéndose en todos los casos un CV < 10 %. La incertidumbre en todos los métodos ha sido inferior a 0,2.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos cumplen ampliamente los criterios de aceptación. Para valores bajos de cobre se ha modificado la técnica para resolver el error producido.

De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que todos los métodos de ensayo, para los elementos traza: cobre, cinc, plomo, selenio y aluminio cumplen las especificaciones de calidad.

P43

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CONTROL EXTERNO DE CALIDAD SEIMC EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

M. P. Palacián Ruiz*, M. J. Revillo Pinilla, M. P. Egido Lizán, M. L. Marco Lamata, M. L. Monforte Cirac, M. I. Cameo Rico.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

ppalacian@salud.aragon.es

En cumplimiento de la norma ISO 15189:2007. "Laboratorios clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y competencia" el laboratorio de Microbiología del Hospital "Miguel Servet" realiza controles de calidad externo remitidos por la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

Objetivos:

- 1- Evaluar los resultados obtenidos en los controles externos de calidad durante los años 1999-2007 en nuestro laboratorio.
- 2- Analizar las desviaciones observadas y comprobar la efectividad de las medidas correctoras utilizadas.

Material y Métodos: La SEIMC dispone actualmente de un sistema de evaluación externa. Este sistema abarca todas las áreas del laboratorio de microbiología: bacteriología, micobacteriología, micología, parasitología, virología, serología y biología molecular.

Todos ellos consisten en recibir una cepa, un parásito o plasma/suero problema acompañada de un resumen de historia clínica. El control debe ser tratado como una muestra rutinaria y el laboratorio debe emitir un resultado utilizando las técnicas que considere mas apropiadas.

Tras la ejecución de la determinación los resultados se remiten a la SEIMC donde son comparados con los obtenidos por otros participantes y con el centro de referencia. Finalmente se remite el resultado de forma individualizada a cada laboratorio participante.

Resultados: Los porcentajes de resultados correctos fueron los siguientes:

1. Bacteriología: 28 ensayos. Concordancia : 82.1%.
2. Bacteriología mensual: 39 ensayos. Concordancia: 100%.
- 3-Micología: 11 ensayos. Concordancia : 90.9%.
- 4-Micobacterias 12 ensayos. Concordancia 83.3%.
- 5- Virus: 6 Ensayos. Concordancia 66.6%.
- 6-Parasitología: 11 ensayos. Concordancia 81.8%.
- 7- Serología: 22 ensayos. Concordancia 81.8%.
- 8-Biología molecular: 6 ensayos. Concordancia 100%.

Las no conformidades se produjeron por:

-Fallo en la identificación del microorganismo o en su antibiograma en 5 ocasiones.

-Ausencia de registro (n=2).

-No remisión en plazo (n=4).

-Discrepancia en la sensibilidad de la técnica serológica (n=2).

-Técnicas no realizadas en el laboratorio (n=3).

Medidas correctivas:

-Revisión de las técnicas.

-Difusión del protocolo de envío de resultados en la Intranet de microbiología.

Conclusiones:

- La capacidad técnica de nuestro laboratorio es alta.

- El análisis de los resultados de este programa de control externo permitió identificar las desviaciones y establecer medidas correctoras.

- Los ensayos de intercomparación son elementos ineludibles en el sistema de gestión de la calidad en un laboratorio.

P44

EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS DIEZ AÑOS CON JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

E. Pérez Trueba, G. Suárez Aleman, J. A. García Ruiz, J. C. Canca Sanchez, T. García Ortega, A. M. Mora Banderas.

Hospital Costa del Sol, Marbella.

eptrueba@hcs.es

INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN: El Hospital Costa del Sol lleva diez años centrando sus actividades de mejora, entre otras, en el modelo de calidad de Joint Commission Internacional (JCI). Es un buen momento para reflexionar a cerca de los resultados obtenidos en este tiempo.

OBJETIVOS: Analizar los resultados obtenidos tras cuatro procesos de auditoría realizados en los años 1997-1999 y 2002-2006.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una comparativa de los informes de evaluación de las diferentes auditorías en éste tiempo. La auditoría de 1997 tuvo un carácter diagnóstico. Los sistemas de puntuación de las auditorías han cambiado entre el año 1999 al 2002. Los resultados se muestran desagregados por periodos.

RESULTADOS:

Función	%cumplimiento 1997	% cumplimiento 1999
Acceso y Continuidad Asistencial	50	50
Derechos del paciente y familia	35	75
Evaluación del paciente	25	100
Atención al paciente	13	70
Educación del paciente y familia	30	30
Mejora calidad y Seguridad	44	94
Prevención y Control de la Infección	50	100
Órganos de Gobierno,		
Liderazgo y dirección	37	60
Gestión y Seguridad de las instalaciones	50	58
Formación y cualificación del personal	43	100
Gestión de la Información	42	90
TOTAL	38%	75%

Función	%cumplimiento2002	% cumplimiento2006
Acceso y Continuidad Asistencial	100	100
Derechos del paciente y familia	99	94
Evaluación del paciente	99	92
Atención al paciente	97	98
Educación del paciente y familia	96	78
Mejora calidad y Seguridad	96	100
Prevención y Control de la Infección	99	87
Órganos de Gobierno, Liderazgo y dirección	99	100
Gestión y Seguridad de las instalaciones	94	98
Formación y cualificación del personal	99	97
Gestión de la Información	97	98
TOTAL	98%	96%

Conclusiones: El nivel de mejora se hizo muy patente entre la auditoría diagnóstica de 1997 y al del 1999. La mejora se ha mantenido durante el segundo periodo 2002- 2006.

P45

EVALUACIÓN Y POSTERIOR SEGUIMIENTO DE LOS PROVEEDORES QUE INTERACCIONAN EN LA CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL. SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES DE CATALUNYA

M. Gassó*, L. Marzal, C. Galup, A. Montes, F. García, M. Anna Maria.

SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

montserrat.gasso@sem.gencat.cat

OBJETIVO: Asegurar que todos los proveedores de SEMSA implicados en la calidad del servicio sean evaluados sistemáticamente y dispongan de los elementos de soporte e información necesarios para garantizar la calidad del servicio que prestan.

Asegurar la calidad en las adquisiciones de bienes y servicios.

METODOLOGÍA: La sección de calidad realiza de forma continua la evaluación y auditoría de proveedores.

La metodología se definió para evaluar y realizar el posterior seguimiento a los proveedores que interaccionan en la calidad del servicio prestado, así como las acciones que se han de llevar a

término en caso de incumplimientos y desviaciones del nivel de calidad deseado. Proveedores de: Transporte sanitario urgente, bases asistenciales, médicos de atención continuada domiciliaria, personal de teleoperación.

La valoración se realiza basándose en las especificaciones técnicas que constan en el pliego de prescripciones del concurso de contratación, en el convenio de colaboración, o en el contrato, ligada a bonificaciones económicas según resultados.

Dimensiones de la medición: Calidad técnica. Calidad de servicio.

Indicadores asociados: Tiempo de movilización.

Tiempo de respuesta asistencial.

Tiempo de operatividad de las unidades dentro de los horarios contratados.

Tiempo de movilización.

Tiempo medio de respuesta.

Complementación de los datos de valoración del estado del paciente.

Núm. de reclamaciones.

Resultado encuestas satisfacción clientes.

Auditoria informes asistenciales y escuchas telefónicas.

Grado de complementación datos / Adecuación / Seguimiento procedimientos.

Nivel de atención telefónica.

Auditoria anual de las bases asistenciales.

RESULTADOS: Con la monitorización de la respuesta de las unidades de transporte sanitario urgente hemos podido detectar problemas estructurales o de organización efectuando las acciones correctoras necesarias, mejorando en los tiempos de movilización (% inferior a 2 minutos) Pasando del 80% al 94% en alguna de las zonas geográficas.

En el resultado de la evaluación global de los operadores de demanda se ha hecho hincapié en la formación, obteniendo durante el primer trimestre del 2008 unos resultados que van del 83.61% al 89.64%.

CONCLUSIONES: Este sistema de evaluación continua nos permite conocer el grado de consecución de los criterios fijados de antemano, facilitando la consecución de alianzas entre proveedores y SEM.

La valoración constante facilita la implantación de las acciones de mejora y la valoración de la adecuación de las mismas.

Mediante un sistema adecuado de evaluación de proveedores damos cumplimiento a los requisitos específicos establecidos en la Norma ISO 9001:2000.

P46

FASE PRE-ANALÍTICA: ESTRATEGIAS DE MEJORA CONTINUA ENCAMINADA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 EN UN LABORATORIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA

M. A. César Márquez, M. Sánchez Parrilla, M. L. Calvo Ruata, S. García Castañón, Y. González Irazabal, A. B. Lasiera Monclús.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

macesar@salud.aragon.es

OBJETIVO: La fase pre-analítica (FP) comprende los procesos que comienzan a partir de la petición del médico clínico e incluyen la petición de los análisis, la preparación del paciente, la recogida de la muestra primaria, el transporte hasta el laboratorio, recepción y manipulación de la muestra hasta que comienza el proceso analítico. El Servicio de Bioquímica Clínica está llevando a cabo un proceso encaminado a la Acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189.

En el área de pre-analítica de nuestro servicio se reciben muestras de las plantas de hospitalización, consultas externas, centros de especialidades, centros de atención primaria y otros hospitales de la comunidad. Debido al gran volumen de muestras que se reciben diariamente es imprescindible una sistemática que detecte fácilmente los errores con el fin de minimizarlos. Nuestro objetivo es describir qué procesos o estrategias de mejora se están llevando a cabo en la FP dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.).

MATERIAL Y MÉTODO:

-Elaboración de los procedimientos pre-analíticos del S.G.C.

-Formación del personal.

-Incorporación de una "Mesa pre-analítica": AUTOMATE 800®. El equipo asegura la trazabilidad de la muestra en todo el proceso, desde la entrada en el equipo, qué alícuotas se generan y a qué sección/unidad van dirigidas. El S.I.L captura toda la información y está disponible para el personal de laboratorio.

-Implantación de una sistemática en la recepción de muestras, con el establecimiento de los criterios de aceptación y rechazo.

-Registro de las incidencias y No conformidades que deriven en acciones correctivas y/o preventivas.

-Indicadores de calidad de la FP: muestras rechazadas, volantes mal cumplimentados, etc.

-Establecer un sistema de comunicación efectivo con los centros externos con el fin de minimizar las incidencias y optimizar las condiciones de transporte de las muestras.

-Adquisición de un sistema informático de registro y control de temperaturas de las neveras de transporte de muestras.

CONCLUSIONES: El proceso para conseguir la acreditación es laborioso y necesita de la implicación del personal de laboratorio y de una constante coordinación y colaboración con los centros externos y con la dirección del hospital, ya que supone una importante inversión de recursos.

Con el establecimiento de los indicadores de calidad se podrán evaluar periódicamente las incidencias detectadas, que deben conducir a planes de mejora continua.

P47

GARANTÍA DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

M. Merino Hernández (0), M. García Giménez (1), A. Hernando Uzkudun (2), Y. Franco (3), I. Alzola (1), M. Estevan (1).

(0) Comarca Gipuzkoa Ekialde, (1) Centro Sanitario Virgen del Pilar. San Sebastián, (2) Hospital Donostia, San Sebastián, (3) Virgen Sanitario Virgen del Pilar. San Sebastián.

marmerino@telefonica.net

OBJETIVO: Implantar un Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo a la Norma ISO 9001:2000 en una Unidad de Reproducción Asistida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Equipo de trabajo multidisciplinar (médico, biólogo, enfermera, administrativa y técnicos de calidad) que aplicó metodología de gestión de procesos y herramientas de calidad: establecimiento de indicadores, encuesta a pacientes, sistema de gestión de sugerencias, revisión y actualización de protocolos, auditorias, etc.

RESULTADOS: Se definieron los clientes, la misión, visión, valores, el mapa de procesos, así como el alcance y los límites de cada proceso. Los procesos incluidos en el Sistema de Gestión de Calidad fueron:

1. Reproducción Asistida.
2. Donación ovocitaria: para la propia unidad y para otras unidades externas.
3. Congelación seminal: para la propia unidad y para clientes externos.

Se diseñó e implantó una encuesta de satisfacción específica para pacientes que acuden a una Unidad de Reproducción Asistida consistente en un cuestionario de 30 preguntas que se entrega al finalizar el tratamiento. Las áreas tratadas son: Acceso y Admisión, Información y Trato, Valoración técnica, Hostelería, Alta y seguimiento y Valoración global de la asistencia.

Se actualizaron todos los protocolos existentes y se realizaron otros nuevos (más de 50 en global). Asimismo se elaboraron recomendaciones para pacientes y se firmaron pactos con los aliados identificados como estratégicos.

Tras implantar el Sistema de Gestión de Calidad se realizó una auditoria interna en noviembre de 2007 y en diciembre de 2007 AENOR llevó a cabo la auditoria externa con lo que se obtuvo el certificado ISO 9001:2000.

CONCLUSIONES: La norma ISO supone:

- Implantar la gestión de los procesos de la Unidad de Reproducción Asistida con las mejores ideas de todos.
- Trabajar de forma homogénea en las diferentes áreas, es decir, disminuir la variabilidad.
- Tener los procedimientos actualizados en todo momento.
- Facilitar el trabajo al personal de nueva incorporación.
- Revisar sistemáticamente las incidencias y no conformidades que dificultan el cumplimiento de la misión.
- Revisar sistemáticamente los indicadores e implantar las medidas correctoras de forma ágil.

P48

GUÍA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LAS NORMAS ISO 9001:2000 EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

C. Tafalla Bordonada*, J. Macia Losada, J. J. Fernández Ramos, C. Granados Ulecia, M. Vinuesa Sebastián, S. Mayoralas Alises.
Hospital de Móstoles.
cartabor@wanadoo.es

OBJETIVO: Elaboración de una guía de consulta sencilla y útil para ayudar al proceso de implantación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en los Servicios /Unidades asistenciales del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una guía con una introducción que explica en que consiste la certificación, la guía se divide en 13 apartados:

- 1.-Introducción a la Norma y planificación de la implantación con un cronograma.
- 2.-Definición del alcance, la actividad a certificar.
- 3.-Definición del organigrama.
- 4.-Identificación de procesos estratégicos, operativos, soporte. Elaboración de los mapas de procesos. Asignación de procesos claves y de sus responsables, que asumen la responsabilidad sobre el proceso.
- 5.-Realización de los diagramas de flujo. Definición de todas las actividades que se desarrollan en el proceso siguiendo un orden cronológico y contestando a estas preguntas: ¿Qué realizamos? ¿Quién lo hace? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo?. En el se plasman las distintas fases del proceso, los documentos y/o registros que se generan en él.
- 6.-Desarrollo de las instrucciones de trabajo de los procesos.
- 7.-Descripción de los recursos humanos y los materiales que intervienen en el proceso.
- 8.- Definición de los puestos de trabajo y tareas.
- 9.-Descripción de la Implantación el Sistema de Mejora Continua con el desarrollo del registro de : No conformidades, Correcciones y Acciones Correctivas Formación, Control de la documentación y de los registros Acciones preventivas, Auditorías internas y Revisión por la dirección.
- 10.-Definición de objetivos, para cada uno desarrollamos un indicador, para medir y evaluar la calidad, el método para calcularlo y un estándar del mismo. Nombramos a un responsable de realizar la medición del indicador y de controlar su seguimiento.
- 11.- Elaboración de encuestas de satisfacción de usuarios.
- 12.-Gestión de compras. Lista de equipos de medición y seguimiento.
- 13.- Evaluación de proveedores.

En cada apartado se les da la información de los requisitos de la norma y un modelo de ejemplo cumplimentado.

RESULTADOS: Con el apoyo de la guía que hemos elaborado se han realizado, con éxito, las implantaciones de un SGC y las certificaciones de calidad con la Norma ISO 9001:2000 de 25 Unidades / Servicios asistenciales.

CONCLUSIONES: La guía ha resultado ser una herramienta de utilidad que ha facilitado la implantación del SGC según la Norma ISO 9001 desde el punto de vista metodológico y ha ayudado a la comprensión del lenguaje de gestión, evitando el rechazo a la implantación del SGC.

P49

HOSPITALIZACIÓN DE NEUROLOGÍA: 3 AÑOS CONVIVIENDO CON LA ISO 9001.2000

C. Cortina Garaigorta, L. C. Álvarez González, F. Sadaba Garay, B. Huete Antón, M. M. Maestre Olabarrieta, I. Urrutia Johansson.
HOSPITAL DE BASURTO.
ISABEL.URRUTIAJOHANSSON@osakidetza.net

OBJETIVO: Revisar los objetivos/ indicadores asociados a la misión del proceso "Hospitalización de Neurología" a objeto de obtener información veraz, fiable que permita mejorar y atinar en la Toma de Decisiones de las acciones de mejora.

JUSTIFICACIÓN: La experiencia de tres años en la gestión por procesos, del servicio de Neurología del Hospital de Basurto, nos permite realizar algunas críticas para una propuesta de modificación de los registros del proceso, ha sido la apuesta en el 2007 "Reingeniería de Indicadores".

METODOLOGÍA:

1. 2004: Diseño del proceso, atendiendo a la metodología GPP con enfoque ISO 9001: 2000.

- 1)Identificación del subproceso en el Mapa de Procesos del Hospital.
- 2)Constitución de un equipo de Diseño por cada uno de los procesos.

Fase de Diseño:

-Definir Misión del Proceso.

-Definir Cuadro de Mando del Proceso.

Alcance del proceso.

Responsabilidades.

Mapa del proceso.

Interacciones.

Descripción de Actividades (flujograma).

Recursos asociados.

3.2005. Implantación. Auditoría Externa. Obtención de la certificación ISO 9001.

4.2006- 2007 Revisión, Análisis y mejora del proceso.

5.2007-2008. "Reingeniería de Indicadores".

Resultados:

2005: Certificación del proceso.

2006-2007 Auditorías de seguimiento para mantenimiento certificado.

2007:Reingeniería de indicadores.

-% de reingresos urgentes en menos de treinta días: se adecuan a GRD, por ingreso mismos proceso.

-Índice de mortalidad: por muestro de HHCC. Análisis de episodios existus estancia superior a 48 horas.

-Incidencia de infección nosocomial: por muestreo HHCC. Análisis profilaxis antibiótica.

-% de informes completados.

-Estancia media.

-%de úlceras por presión.

-% de accidentes ocurridos en la planta.

-Percepción del trato dispensado.

-Percepción de la información proporcionada.

-% de informes entregados al alta del paciente.

Conclusiones: La obtención de una certificación ISO no garantiza la obtención de resultados excelentes, pero su enfoque y sobre todo la implantación de la sistemática de mejora de procesos ayuda a valorar y cuestionar los indicadores propuestos.

La idiosincrasia de indicadores y sobre todo la posibilidad de explotación informática de los registros, condiciona a que en el diseño de los procesos, no se ajusten los indicadores a la verdadera razón de ser o misión del proceso.

P50

IMPLANTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC) BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000 EN TODA EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

C. Tafalla Bordonada*, J. Macia Losada, J. J. Fernández Ramos, C. Granados Ulecia, M. Vinuesa Sebastián, S. Mayoralas Alises.
Hospital de Móstoles.
cartabor@wanadoo.es

OBJETIVOS: Ampliar el alcance de la implantación del sistema gestión de calidad (SGC) basado en las normas ISO 9001:2000 a todas las Unidades de Hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Puesta en marcha de la implantación del SGC según la guía de nuestro hospital:

1. Identificando los procesos estratégicos, operativos y de soporte; se definieron todas las actividades que se desarrollan en el proceso y se asignaron sus responsables.
2. Se implantaron los registros del Sistema de Mejora Continua: No conformidades, Correcciones, Acciones Correctivas, Acciones preventivas, Formación, Control de la documentación y de los registros, Auditorías internas, Revisión por la dirección.
3. Se establecieron objetivos e indicadores, para medir y evaluar la calidad de la atención prestada.
- 4.Elaboración, aprobación y distribución de los procedimientos.
- 5.Elaboración, aprobación y distribución de las encuestas de satisfacción a los clientes.
- 6.Realización de auditorías internas.
- 7.Realización de auditorías externas.

RESULTADOS: Se documentaron 76 no conformidades (incidencias), que generaron un coste de 21296 euros. Se realizaron 31 acciones correctivas y se propusieron acciones 10 preventivas.

En las encuestas de satisfacción a los usuarios la valoración media

fue de 7.96 puntos. El ítem mejor valorado fue la atención del personal sanitario.
 En las auditorías de seguimiento de las Unidades de hospitalización de: ORL, Cardiología, Urología, Psiquiatría y UCI se observó 1 no conformidad menor.

En las auditorías de certificación de la ampliación del alcance: Pediatría, Cirugía General y Digestiva, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Hematología, Neumología, Neurología, Reanimación, Cirugía Ortopédica y Traumatología se documentó 1 no conformidad menor.

Las no conformidades fueron sometidas a análisis de las causas y seguida de un plan de acciones correctivas.

A finales de la mes de mayo se emitieron los certificados de conformidad de toda el área de hospitalización con norma UNE EN ISO 9001: 2000.

CONCLUSIONES: Los beneficios de la implantación de un SGC han sido:

- 1.- Nos ha facilitado conocer y mejorar la satisfacción de los usuarios.
- 2.-Diferenciar el Hospital respecto a otros centros sanitarios. Mejora la imagen del Hospital: organización, servicios.
- 3.-Beneficios organizativos: Define funciones y establece responsabilidades. Promueve la participación y genera motivación entre los trabajadores del Hospital y mejora su formación. Facilita la comunicación interna entre departamentos.
- 4.-Beneficios económicos.

Beneficio de la eficiencia en la productividad y disminución los costes de la no calidad. Optimización del aprovechamiento de los recursos.

P51

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO EN UN CENTRO SANITARIO PRIVADO

J. Galimany Masclans, L. Tenas Miró, J. C. Pernas Canadell.

Centro Médico Teknon, Barcelona.

jordigalimany@ub.edu

1. OBJETIVOS: Describir las características generales y el marco legal de aplicación del Programa de Garantía de Calidad en Radiodiagnóstico (PGCR).

Analizar las peculiaridades de implementación de un programa de calidad en un servicio de diagnóstico por la imagen y su utilidad.

Dar a conocer la experiencia de elaboración, aplicación y seguimiento del PGCR en Centro Médico Teknon.

2. MATERIAL Y MÉTODOS: Uno de los objetivos fundamentales de la salud pública es lograr la máxima calidad de los procesos asistenciales. La implantación del PGCR tiene como objetivos garantizar la seguridad colectiva y la salud de los pacientes y de los profesionales. El Decreto Ley 1976/1999 de 23 de Diciembre por el cual se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico regula su aplicación.

El PGCR registra y propicia el análisis de los resultados para aplicar medidas correctoras que reviertan en la mejora y en la máxima calidad y seguridad para el paciente. Se elaboraron circuitos y se definieron los criterios de calidad de las exploraciones radiológicas.

En nuestro caso se incluyó en el PGCR la Ecografía y la Resonancia Magnética, aunque no tienen como base de obtención de la imagen la radiación ionizante, entendiendo que su inclusión nos brindaba una oportunidad de mejora.

3. RESULTADOS: La obtención de una imagen basada en el uso de radiación ionizante forma parte del proceso asistencial. El PGCR mejora la atención del paciente y el proceso diagnóstico desde el primer contacto hasta la entrega final del informe.

Uno de los puntos críticos fue la adecuación de los circuitos a la práctica diaria de técnicos, enfermeras y médicos del servicio.

4. CONCLUSIONES: En el proceso asistencial del paciente sometido a dichas exploraciones, el PGCR aporta herramientas útiles para la mejora de la calidad radiográfica, la seguridad de los pacientes y los profesionales, la fiabilidad de los equipos y de los procedimientos utilizados.

Es imprescindible hacer partícipes a todos los profesionales del servicio en el diseño y en el proceso de implementación y seguimiento del programa para asegurar su éxito y operatividad.

La formación es un elemento clave en el PGCR para mejorar y propiciar el crecimiento de las personas desde el punto de vista profesional.

Pese al esfuerzo que supone la implementación del PGCR, supuso un aumento del grado de satisfacción del paciente y los referidores y contribuyó a mejorar todo el proceso diagnóstico.

P52

INICIANDO EL CAMINO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO AMBIENTAL Y DE CALIDAD SEGÚN NORMAS ISO

A. Cardiel*, A. C. Sanjoaquin, R. López, C Sahun.

Hospital de Barbastro, Barbastro.

acsanjoaquin@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Aplicar y describir el ciclo de mejora continua en el proceso administrativo de limpieza del Hospital de Barbastro con el fin de gestionar los recursos con más eficiencia y ofrecer un mejor servicio a los pacientes/usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo del ciclo de mejora y de los pasos llevados a cabo en el proceso administrativo de la certificación de la limpieza del hospital.

RESULTADOS: Tras llevar a cabo la autoevaluación del centro se detectó como área de mejora la necesidad de controlar el tipo de limpieza que se estaba realizando en cada zona del hospital, de acuerdo a unos principios de calidad/eficiencia. Existían dificultades a la hora de prever el coste en tiempo y dinero y de controlar el gasto debido a las obras de remodelación del centro sanitario. Por ello se llevaron a cabo las siguientes acciones de mejora: 1) planificación del concurso de limpieza facilitando los planos del edificio (tanto de zonas actuales como futuras), 2) división de las obras sobre plano en bajo riesgo, semicríticas y críticas, especificando m2, 3) se adjuntó cuadro con estas divisiones en los pliegos del concurso y se dio acceso a ellos, 4) especificación del precio máximo de licitación por m2/zona. Como criterio a valorar en las empresas que se presentaban al concurso de limpieza se incluyeron las medidas de control de calidad de sus servicios durante su ejecución. La empresa seleccionada ofertó la posibilidad de certificarse según norma ISO 9001:2000 y 14001:2004.

CONCLUSIONES: El Hospital de Barbastro está inmerso en un proceso de remodelación y ampliación de sus instalaciones que conlleva cierre y apertura de zonas, cambios en la ubicación de distintos servicios y unidades del centro en función de necesidades. Esto obliga a unificar todos los retos/objetivos comunes que afecten directamente a la calidad ofrecida a los usuarios. La detección de áreas de mejora y la planificación de éstas en el proceso administrativo, no sólo aporta beneficios a nivel económico, si no también a nivel ambiental.

P53

LA ACREDITACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

A. Giménez* (0), A. Fernández (1), X. Linares (1), C. Moya (1), L. Murgui (1), J. Vadri (1).

(0) Hospital Universitari de Bellvitge, (1) Hospital Universitario de Bellvitge.

agimenez@scsub.scs.es

INTRODUCCIÓN: Cataluña inició el primer proceso de acreditación hospitalaria en 1981, evolucionando hasta 2005 con la presentación de su nuevo Modelo. Éste consiste en la autoevaluación de 537 estándares, verificada posteriormente por una entidad evaluadora externa. Los estándares se estructuran por áreas del modelo EFQM. El Departament de Salut acredita por tres años a los hospitales que superan el 60% de los estándares, con más auditorías externas o no durante ese tiempo dependiendo del porcentaje alcanzado.

OBJETIVO:

- Superar un resultado del 80% (acreditación sin auditorías externas adicionales).

- Aprovechar el proceso para mejorar puntos clave de la organización.

- Implicar al máximo número de profesionales en el proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Octubre 2005: creación grupo de trabajo multidisciplinar representativo de las áreas implicadas.

- Noviembre 2005- marzo 2006: 1ª autoevaluación consensuada.

- Abril 2006-diciembre 2007: detección y priorización acciones de mejora. Puesta en marcha.

- Junio 2007: 2ª autoevaluación. Valoración desarrollo acciones de mejora.

- Diciembre 2007: autoevaluación definitiva.
- Febrero 2008: auditoria externa.
RESULTADOS: Participación: 66 profesionales del hospital en la evaluación de estándares y alrededor de 150 directamente en las 202 acciones de mejora detectadas.
Resultados por áreas, en los cuatro periodos evaluados cronológicamente (% de estándares superados):
- Liderazgo: 44, 75, 97, 94.
- Política y estrategia: 35, 65, 100, 94.
- Personas: 63, 71, 84, 74.
- Alianzas y recursos: 73, 76, 78, 74.
- Procesos: 67, 83, 89, 89.
- Resultados clientes: 67, 72, 94, 72.
- Resultados personas: 75, 75, 75, 33.
- Resultados sociedad: 50, 100, 66, 50.
- Resultados clave: 68, 72, 74, 74.
- Total: 65, 77, 85, 81.
CONCLUSIONES: El grupo multidisciplinar creado por el Comité de Dirección fue una herramienta eficaz en la coordinación de la evaluación y mejora, implicando en cascada de toda la organización en el logro de los resultados propuestos:
- Conseguir un 81% en la evaluación externa.
- Mejorar un 30% entre primera y última autoevaluación (de 349 a 456 estándares superados).
- Objetivar nuestro compromiso y seriedad con el proyecto (desviación de sólo 5,7% entre autoevaluación y evaluación externa).
El proceso de acreditación facilitó un instrumento de referencia para la identificación y mejora de aspectos clave de la organización, y además impulsó acciones dirigidas a problemas ya conocidos que no habían sido priorizados hasta ese momento.

P54

LA COMUNICACIÓN CON LOS PPORES Y USO DE HERRAMIENTAS DE POKA-YOKE EN EL PROCESO DE LABORATORIO

V. Marta Sebastián, C. Calvo Noguera.

C.M.E Grande Covian.

verisimomarta@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El 80 % de los errores de Laboratorio se producen en la fase preanalítica.

Es necesario establecer sistemas de inspección para todo lo que se realiza, extremando los controles especificados en el Procedimiento implementado con ocasión de nuestro compromiso con la Norma UNE-EN ISO 15189, ejecutar acciones inmediatas y desarrollar procesos de retroalimentación.

OBJETIVO: Eliminar todos los errores o defectos en la fase preanalítica que pudieran dar lugar a errores de producto o irregularidades de norma.

MATERIAL Y METODOS: Revisión de 9580 volantes y 41516 muestras, recibidos, durante cuatro semanas.

Acciones emprendidas: Comunicación inmediata con los PPORES. Se insistió en la auto-inspección del trabajo realizado, el esmero en transporte de las muestras y respeto a los plazos establecidos.

Valoración de respuesta: Revisión de 7490 volantes y 34619 muestras, durante tres semanas. Scaneo de muestras y seguimiento de rutas, en todas que podía dar lugar a nueva revisión de los procesos Requisitos que se buscaban:

- Errores en la transcripción de datos desde OMI.
- Identificación numérica del volante.
- Envío de solicitudes conforme a PTP-01_Z1(E)G_L.
- Hora de toma de las muestras (apdo. 5.4.1. Norma ISO 15189).
- Tipo de muestra y responsable de su recogida (apdos. 5.4.3 y 5.4.6 Norma ISO 15189).
- Presencia de bloques refrigerantes en biocontenedores (apdo. 5.4.3. Norma ISO 15189).

RESULTADOS: Se valoran el grado de cumplimiento de cada Centro, en relación a las especificaciones señaladas, los errores en el volcado de datos informáticos desde OMI y los fallos en identificación numérica de copia con respecto al original.

Se evidenciaron diferencias de respuesta de cumplimiento.

Los biocontenedores, para transporte de muestras incluían bloques refrigerantes en todos los Centros Rurales no así en los Urbanos. No se observaron variaciones tras las acciones de comunicación

establecidas.

CONCLUSIONES: Las medidas de Poya Yoke establecidas para los errores cometidos por personas responsables de subprocesos, se orientó hacia la comunicación directa con las personas implicadas.

Prácticamente en todos los Centros y casos expuestos, excepto la comunicación establecida se ha evidenciado como una herramienta de mejora.

La respuesta tras las medidas de comunicación establecidas, se ha evidenciado más efectiva en aquellos Centros en que la facilidad de contacto era más evidente.

No se ha constatado como significativa la respuesta de mejora que implicaba aplicación de tecnología concreta y/o familiarización del usuario con la misma.

P55

LA MEJORA DEL PROCESO PRE-ANALÍTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN SECTOR RURAL: UN COMPLEJO PUZZLE

J. M. Turón Alcaine, M. J. Martínez Ferri*, B. Boned Juliani, M. Agud Cardona, A. García Tenorio, M. A. Vera Rodríguez.

SECTOR SANITARIO ALCAÑIZ. SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. jmturon@salud.aragon.es

Objetivo:

- Valorar si las muestras que se extraen en los 11 Centros de Salud (CS) de nuestro sector cumplen los estándares de tiempo, desde la extracción al procesado en laboratorio, especificados en la literatura para garantizar su estabilidad.

- Valorar las características del proceso de extracción y de los circuitos de transporte.

- Intervenir para la mejora.

- Colaborar con el laboratorio en su proceso de acreditación según norma UNE-EN-ISO 15189:2007.

Método:

1. Causas hipotéticas (brainstorming y diagrama de Ishikawa).

2. Estudio de campo:

- Distribución por CS de las analíticas del sector. Fuente de datos (FD): registros de laboratorio.

- Estudio de los horarios de los diferentes pasos del proceso de extracción y de los circuitos de transporte del sector. FD: Plantilla específica para ser rellenada por el CS y el transportista. Variable principal: cumplimiento de dos estándares:

* Estándar ideal: muestra recibida antes de que transcurran dos horas desde la primera extracción.

* Estándar límite: muestra recibida antes de que transcurran dos horas y media desde la primera extracción.

- Estudio de la organización del proceso de extracción y transporte: encuesta al coordinador de enfermería. Variables: nº personas que extraen, preparación de tubos el día anterior, horario de extracción, nº máximo de citas por día.

Resultados: Solo un CS cumple el estándar de < 2 horas (rango de retraso 15-90 minutos), y cinco de los once no cumplen el límite de 2h:30'. Factores relacionados con la organización interna de los centros (preparación de tubos el día anterior, horario de extracción ?3 centros pasan dos horas extrayendo-, nº enfermeras extrayendo, adecuación del nº de días de extracción a la demanda) relacionados con el transporte (retrasos por mala coordinación del horario de los centros que comparten circuito de transporte, retrasos debidos al propio transporte) contribuyen en mayor o menor medida en cada centro.

Intervención Cambios organizativos con intervenciones específicas para cada centro y circuito según la combinación de los factores estudiados, reservando la intervención más costosa (centrifugas) para centros con mayor dificultad. La intervención se está implantando, monitorizando el tiempo desde la primera extracción hasta el procesado del laboratorio en cada centro. Sus resultados se mostrarán en Octubre.

Conclusión: El proceso preanalítico de nuestros CS, no cumple con los estándares de tiempo establecidos, lo que puede comprometer la validez de los resultados. La reorganización del proceso puede ser una alternativa válida en condiciones de recursos limitados.

P56

LA NECESIDAD DEL CONTROL DE CALIDAD EN LAS DETERMINACIONES HORMONALES. IMPLICACIONES Y GUÍAS PARA DICHO CONTROL

P. Bocos Terraz*, S. Izquierdo Álvarez, J. L. Bancalero Flores, E. Real López, A. Ciria Torcal, A. Pérez Muñoz.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
sizquierdo@salud.aragon.es

Introducción: El diagnóstico en Endocrinología requiere el estudio perfecto de la acción y secreción hormonal. Ello nos obliga a considerar que en la calidad de cualquier determinación hormonal tendrán que intervenir tanto el laboratorio como el Endocrinólogo o cualquier Clínico implicado en dichas determinaciones, lo que posibilitará un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado, para el paciente.

Objetivo: Describir las cualidades clínico analíticas necesarias y aplicables para un perfecto control de calidad en el campo de las determinaciones hormonales.

Metodología: Análisis y estudio de diversos protocolos publicados así como recomendaciones genéricas establecidas a nivel nacional.

Resultados: 1. Cualidades Clínicas: I. Preanalíticas: a. Conocimientos de fisiopatología, Hª clínica previa, exploración física, radiología, Bioquímica Básica. Todo llevará a peticiones adecuadas. b. Contacto con el laboratorio e información de pruebas disponibles. II. Post analíticas: a. Concentraciones de hormonas en líquidos corporales: Unidades convencionales y unidades SI; Convertir adecuadamente las unidades; Pasar correctamente las unidades en todos los informes y presentaciones. b. Valores de normalidad. c. Conocimientos endocrino-fisiopatológicos específicos de la hormona a determinar. d. Colaboración endocrino-Bioquímico en la discusión de resultados. Todo conllevará a Interpretación adecuada de los resultados: Sensibilidad diagnóstica: Positivos ciertos / (positivos ciertos + negativos falsos); Especificidad diagnóstica: Negativos ciertos / (negativos ciertos + positivos falsos); Eficacia diagnóstica (PC + NC) / (PC + NC + PF + NF); Valor predictivo de un resultado positivo o negativo: $VP = PC / (PC + PF)$; $VP = NC / (NC + NF)$. 2. Cualidades clínico analíticas: I. Respecto a la muestra: Sangre: Condiciones de extracción, tubos, anticoagulantes; Temperatura, centrifugación, decantación, almacenamiento o congelación. Orina: Recogida correcta (tiempo y material), conservantes, temperatura y transporte, almacenamiento y congelación. Otros líquidos corporales, atendiendo a las mismas condiciones anteriores. II. Respecto a la protocolización: Protocolos adecuados para pruebas funcionales; Recogida de muestra, transporte y realización correctos. 3. Cualidades analíticas: Calidad preanalítica de las muestras, Control de identificación de las muestras, Controles de calidad de cada técnica: Sensibilidad, Repetibilidad (CV intraensayo e interensayo), Interferencias, Controles de calidad internos y externos, Control de la emisión de resultados, Valores de normalidad, Conocimientos de fisiopatología por parte del Bioquímico y Colaboración con el clínico.

Conclusiones: Como resumen podemos decir que la calidad de las determinaciones hormonales son el resultado de la suma de la calidad en cada una de las tres etapas implicadas: Correcta solicitud de determinación, Fase preanalítica y analítica adecuadas, Interpretación perfecta de los resultados obtenidos.

P57

LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: IMPRESCINDIBLES PARA TOMAR EL PULSO A LA SITUACIÓN, EN UNA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

M. Lázaro Melgar*, P. Aguado Manzanares, E. Velasco Valverde, M. Ortiz Otero.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.
mlazaro.hflr@salud.madrid.org

Introducción: El Servicio de Esterilización del Hospital de Fuenlabrada, es el responsable del proceso de esterilización del material del hospital, forma parte estructuralmente del Bloque quirúrgico dependiendo jerárquicamente de la Dirección de Cuidados, está certificado bajo la norma ISO 9001:2000 desde el año 2007 y ha adoptado esta forma de trabajo para asegurar la calidad de sus productos y servicios en la perspectiva de la mejora continua de la calidad.

Se ha realizado un estudio para conocer tanto el grado de satisfacción

de los trabajadores respecto a la sistemática de trabajo y la relación con otras unidades del hospital, como para conocer el grado de satisfacción de nuestros clientes.

Material y método: Previo a las Auditorias de Certificación y Seguimiento de la Unidad, se realizaron encuestas de satisfacción a clientes externos (profesionales de otras unidades del hospital y de los trabajadores de la unidad para conocer el criterio que tienen de nuestro trabajo, Se realiza una encuesta en el que se valoran 8 puntos: facilidad de acceso, tiempo de respuesta, capacidad de respuesta en situaciones urgentes, fiabilidad en la esterilización realiza, trato telefónico, comunicación de cambios de la central y conocimientos de los servicios.

Resultados:

1º en nuestras primeras encuestas la muestra es pequeña y nos indican como área de mejora, realizar encuestas con una muestra mas significativa.

2º los resultados nos indican que el personal del hospital refleja insatisfacción en muchas ocasiones porque sus expectativas difieren de la realidad, al tener desconocimiento de cómo son los procedimientos establecidos y tiempos de respuesta, iniciando acciones formativas e informativas.

3º refleja insatisfacción por parte de los trabajadores por falta de reconocimiento a su labor de superiores y compañeros.

4º reconocemos las situaciones que se deben a acciones no conformes y definir las para establecer medidas correctoras, seguimiento, evaluación y cierre.

5º establecemos áreas de mejora para aumentar el nivel de satisfacción del personal.

Conclusiones: Mediante las encuestas de satisfacción obtenemos de nuestros clientes y profesionales datos que nos indican dónde tenemos que incrementar nuestra atención.

No es suficiente saber que nuestro proceso es de calidad, ni que hayamos hecho una impecable gestión y conseguido certificación, si quien los recibe y elabora no tiene esa percepción.

P58

"LIMPIAR SOLO NO BASTA": PRIMEROS PASOS EN LA CERTIFICACIÓN DE LA LIMPIEZA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

R. López Barrachina, A. Sanjoaquin, M. Malo Ferrer, M. Beito, M. Zazo Romojaro.

HOSPITAL DE BARBASTRO.
mpreventiva.hbrb@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Describir las primeras actuaciones a realizar por un hospital para certificar la limpieza de sus instalaciones según normas ISO de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para aumentar la calidad/eficiencia del servicio de limpieza, se incluyó como criterio a valorar en el último concurso, las medidas de control de calidad de las empresas durante la ejecución de sus servicios. La empresa seleccionada ofertó una certificación según norma ISO 9001:2000 y 14001:2004. Con la meta de lograr la certificación en el 2009, el Servicio de Medicina Preventiva, la Unidad de Calidad y el Servicio de Limpieza, se reunieron periódicamente con los encargados de Calidad del proveedor del servicio. Para conocer cómo estaba la limpieza de las áreas hospitalarias, una consultoría las auditó.

RESULTADOS: Hasta el momento, el equipo de preparación de la certificación, ha realizado las siguientes tareas:

- Unificación del Protocolo de Limpieza del centro con el de la empresa que proporciona el servicio.
- Creación del "Libro de Comunicación" conjunto para las notificaciones relevantes.
- Control de limpieza de las habitaciones con altas y traslados de pacientes a través de una libreta que portará siempre la limpiadora.
- Cuadro de registro de limpieza de lavabos de los servicios públicos que será colgado en cada uno de ellos.
- Redacción de encuestas de satisfacción de la limpieza para pacientes y familiares.
- Diseño de pegatinas de sensibilización ambiental (ahorro de agua y energía y reciclado).
- Carta de colores de la gestión interna de residuos del centro.
- Carteles de aviso de retirada de objetos para poder realizar la limpieza a fondo de las mesas de los despachos.
- Elaboración de un protocolo de apertura de grifos para ayudar al

control de la legionela en el agua sanitaria.

La consultoría que auditó la calidad de la limpieza inspeccionó: zona estéril, no estéril y vestuarios del bloque quirúrgico (alto riesgo), habitación de alta en planta de materno - infantil (medio riesgo) y hall de entrada y pasillos (bajo riesgo). La calificación fue, respectivamente: 4,46, 4,75 y 3,96 sobre cinco.

CONCLUSIONES: Las actuaciones consensuadas han empezado a mejorar la calidad/eficiencia de la limpieza, y cuando todas lleven un tiempo implantadas estaremos en disposición de iniciar el proceso de certificación.

La auditoría previa realizada concluyó que existe un mantenimiento efectivo de las instalaciones hospitalarias, aunque se ha podido ver algo desvirtuado por el uso continuado de las mismas.

P59

MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE ALCAÑIZ EN EL MARCO DE LA NORMA ISO 9001:2000

T. Arrufat Andreu, T. Benedicto Fuertes, A. M. Guillen Pisa, M. J. Sanchez San Martín, R. M. Esteban Gascón, J. M. Turón Alcaine. HOSPITAL ALCAÑIZ.

tarrufat@salud.aragon.es

Objetivo: describir la sistemática para demostrar la conformidad del servicio y los resultados obtenidos tras 16 meses de experiencia con un sistema de gestión de calidad acorde a la Norma UNE-EN ISO 9001:2000.

Métodos:

- Encuesta de satisfacción de los clientes (servicios del hospital): una vez por año (2007 y 2008).
- Indicadores de seguimiento de los procesos y productos: medición bimestral de un conjunto de 6 indicadores.
- Registro de incidencias, quejas y reclamaciones.
- Auditoría interna: 1 vez por año.

Resultados:

- Encuestas: En el 100% de los servicios clientes la valoración global fue satisfecho-muy satisfecho, cumpliendo el objetivo establecido.
- Indicadores: (Diciembre 2007 a Mayo 2008)

- Recepción (Nº de unidades de material sucio rechazado en recepción x100/ Nº de unidades recibidas): el resultado fue 0 en todas las mediciones excepto Diciembre-Enero de 2008 (0,36%).
- Limpieza (Nº de ciclos de lavado repetidos por considerarse no apto x100/ nº total de ciclos de lavado), el resultado fue 0 en todas las mediciones excepto Febrero de 2007 (0,94%).
- Preparación: (Nº de reclamaciones por errores de preparación x 100/ Nº ciclos de esterilización). Salvo en una medición los indicadores presentan resultados diferentes de 0 aunque el máximo se alcanzó en Diciembre de 2007 con un 1%.
- Esterilización: (Nº de ciclos con carga repetidos por considerarse nulo (por tipo) x 100/ Nº de total de ciclos (por tipo). En vapor el resultado fue 0 excepto en Feb 2007 que fue 0,39%. En plasma se observa un efecto de curva de aprendizaje coincidiendo con su introducción (11,7% en Agosto 2007) encontrándose las mediciones de los últimos 4 meses a 0 defectos.
- Almacenaje (Nº de envases caducados en almacén x 100/ Nº ciclos de esterilización): 0 % excepto Octubre-Noviembre de 2007 (0,68%).
- Distribución (Nº reclamaciones por errores en la distribución x 100/ Nº ciclos de esterilización) salvo una reclamación en el mes de Abril (0,78%) el resultado de la mediciones ha sido 0%.

- Incidencias, quejas y reclamaciones: se han registrado 25 incidencias, 4 reclamaciones documentadas y 9 verbales que han dado lugar a la apertura de 7 no conformidades, todas ellas resueltas en plazo.

Conclusiones: El mantenimiento del sistema de gestión de calidad nos permite comprobar que nuestros procesos están bajo control, aunque los incumplimientos en los indicadores aumentan conforme mejoran los registros. Es necesario fomentar la cultura de la queja entre nuestros clientes.

P60

METODOLOGÍA UTILIZADA POR UN CENTRO DE SALUD, EN RELACIÓN A UNA ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN EXTERNA DE CALIDAD

M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, L. Palacios Llamazares, N. Hernández Vidal, T. Anglés Segura, Y. Mengíbar García.

ABS Salou.

mgens@camfic.org

Objetivo: Describir la metodología en calidad que utiliza un centro de salud acreditado y reacreditado en calidad asistencial y gestión de la organización según los estándares de la Joint Commission International (JACHO) aplicables a atención primaria.

Descripción de la metodología: El Centro de Salud es un centro acreditado según la (JACHO). Desde su apertura en el año 1995, este Centro de Salud ha mostrado un interés en la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria, que se vio recompensado con la consecución en 2004 de la acreditación y reacreditación en 2007. Desde la acreditación, el centro se ha visto inmerso en un proceso de mejora continua que no tiene retorno. Para ello utilizamos una metodología específica: 1) Identificación de oportunidades de mejora: 1.1 Reevaluación sistemática de los diferentes procesos claves identificados en el manual de acreditación mediante la creación de una hoja de registro, 1.2 Identificación de oportunidades de mejora mediante utilización de la hoja de "Problem reports", posteriormente se elabora una "hoja de respuesta" para cada problem report 1.3 Sugerencias, reclamaciones del usuario y encuesta de satisfacción, 1.4 Escucha activa de la opinión del cliente externo 1.5 Monitorización de los indicadores de mejora; 2) Priorización: 2.1 de la puntuación cuantitativa de uno a cinco de los diferentes procesos clave, se priorizan los que se alejan más del estándar. 2.2 Para los otros sistemas de identificación de oportunidades de mejora se utilizan los criterios de Hanlon; 3) Análisis de oportunidades de mejora mediante la creación de equipos de mejora formados por responsable, líder y colaboradores. Elaboración de una plantilla organizativa, plantilla de actividades y seguimiento y finalmente del procedimiento donde se recoge de forma clara y concreta la manera de actuar de los diferentes profesionales. 4) Medición de la calidad: monitorización de los diferentes indicadores y 5) Difusión: interna mediante sesiones clínicas e intranet del Centro y también difusión externa mediante la presentación de planes de mejora en congresos, publicaciones, medios de comunicación local y obtención de premios de calidad.

Conclusiones:

- La metodología descrita nos ha servido para conseguir la acreditación y reacreditación del centro de salud según la JACHO, garantizando el cumplimiento de los estándares.
- Independientemente de la herramienta que utilice cada organización para garantizar una calidad de servicios, es importante establecer una dinámica en que cualquier proceso que se detecta, sea susceptible de mejora, instaurando una mentalidad de mejora continua entre todos los profesionales del centro.

P61

MONITORIZACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. RESULTADOS DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

M. A. Varez Pastrana, J. Obiols.

Hospital Plato.

mariaantonio.varez@hospitalplato.com

Introducción: Desde el año 2003 está instaurado en nuestro centro el programa de mejora continua basado en EFQM. La valoración de la cumplimentación de la historia clínica del Hospital Plató es uno de los parámetros incluidos en el plan de calidad institucional.

Objetivo: Conocer el grado de cumplimentación de los apartados de la Historia Clínica (HC) de nuestro hospital y establecer áreas de mejora continua.

Material y métodos: Selección desde el año 2003, de una muestra (= 0.01 d= 0.02) de las HC pertenecientes a episodios de alta, UCSI i Consultas externas del año en curso.

Revisión a cargo de los miembros de la Comisión de Historias Clínicas de la cumplimentación de las hojas y apartados de cada una de ellas: Anamnesis.

Curso clínico de ingreso y de consulta externa.

Ordenes médicas.

Anestesia y Reanimación.

Consentimiento informado.

Definición de los criterios a cumplimentar en cada hoja y descripción de la valoración objetiva y/o cualitativa a realizar en cada uno de ellas. El estándar de calidad óptimo fijado es del 85% de cumplimentación para cada hoja y apartado de la misma.

Difusión de los resultados anuales y acumulados a todas las unidades asistenciales y entrevista con los responsables de cada unidad estableciendo anualmente las áreas de mejora de acuerdo con los objetivos de la dirección asistencial.

Resultados: El estudio se inició en el año 1996; se presentan los resultados correspondientes a los últimos 5 años. Desde el año 2003 al 2007 se han valorado 3.797 HC.

En el año 2003 los resultados de la valoración, comparados con los del 2007 fueron:

Años : 2003-2007.

Anamnesis: 80%-86%.

Curso Clínico Ingreso: 68%-68%.

Calidad curso clínico ingreso: 60%-71%.

Calidad curso clínico consultas externas: 54%-64%.

Ordenes médicas: 95%-90%.

Informe quirúrgico: 84%-87%.

Consentimiento informado: 79%-89%.

Conclusiones: El análisis profundo de la cumplimentación permite la mejora progresiva de la calidad de la HC. La evolución positiva de los resultados se debe, a la difusión de los mismos a toda el área asistencial, a su inclusión en el plan de calidad de la institución y al seguimiento continuo realizado por la Comisión de Historias Clínicas de Hospital Platón.

P62

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL ÁREA DE CONSULTAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

J. Povar Marco, E. Anadón, F. Paricio Andrés, M. P. Colás Martínez, J. Marta Moreno, M. A. Gotor Lázaro.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

jpovar@comz.org

OBJETIVO: Con motivo de la inauguración del área de consultas del nuevo servicio de urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet, se realizaron varias modificaciones del proceso asistencial con los siguientes objetivos:

- 1.- Adecuar la organización funcional a la nueva estructura.
- 2.- Aplicar los criterios de calidad establecidos en el Manual de organización y funcionamiento de los Servicios de Urgencias.
- 3.- Favorecer la implicación de los profesionales.

MÉTODO: Desde Junio de 2006 hasta Junio de 2007 se desarrollaron las actividades de preparación y elaboración de la nueva organización funcional, mediante reuniones multidisciplinarias lideradas por la dirección del centro. Antes de la apertura de la nueva estructura de urgencias, en Marzo de 2007 se puso a prueba en una fase de pilotaje, realizándose una evaluación en la que se recogieron sugerencias de los profesionales. Antes de la implantación definitiva se diseñó una estrategia de comunicación a los profesionales del servicio y de difusión en el resto del hospital.

RESULTADOS: En el diseño de la nueva organización funcional se siguieron los siguientes criterios generales de organización y calidad: 1. todos los pacientes acceden a la asistencia previo triaje; 2. los niveles de menor complejidad se remiten a las consultas rápidas. 3. cada paciente debe ser priorizado según sus necesidades, asignándole un nivel de triaje que determina: unos profesionales responsables de su asistencia, un circuito definido y un área asistencial; 4. se deben garantizar la calidad de la asistencia, la seguridad clínica y el respeto de los derechos del usuario. Se definieron los siguientes circuitos asistenciales: triaje general, triaje de camillas, circuito de atención a niveles I y IIa, circuito de atención a niveles IIb, III y IVa, circuito de atención a niveles IVb y V. Para cada uno de ellos se definió la secuencia de actuaciones y los profesionales responsables de las mismas. La evaluación posterior a la fase de pilotaje conllevó modificaciones en el diseño inicial sugeridas por los profesionales del servicio. Se realizaron reuniones con todo el personal para dar a conocer la nueva estructura y organización funcional del Servicio.

CONCLUSIONES:

1.- La nueva organización funcional cumple con los criterios de calidad definidos y ha permitido una adecuada utilización de la nueva estructura del Servicio.

2.- La adecuada difusión y la participación del personal ha favorecido la implantación de las modificaciones asistenciales.

P63

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL ÁREA DE CONSULTAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

J. Povar Marco, E. Anadón, F. Paricio Andrés, M. P. Colás Martínez.

Hospital Universitario Miguel Servet.

rmarron@comz.org

OBJETIVO: Con motivo de la inauguración del área de consultas del nuevo servicio de urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet, se realizaron varias modificaciones del proceso asistencial con los siguientes objetivos:

- 1.- Adecuar la organización funcional a la nueva estructura.
- 2.- Aplicar los criterios de calidad establecidos en el Manual de organización y funcionamiento de los Servicios de Urgencias.
- 3.- Favorecer la implicación de los profesionales.

MÉTODO: Desde Junio de 2006 hasta Junio de 2007 se desarrollaron las actividades de preparación y elaboración de la nueva organización funcional, mediante reuniones multidisciplinarias lideradas por la dirección del centro. Antes de la apertura de la nueva estructura de urgencias, en Marzo de 2007 se puso a prueba en una fase de pilotaje, realizándose una evaluación en la que se recogieron sugerencias de los profesionales. Antes de la implantación definitiva se diseñó una estrategia de comunicación a los profesionales del servicio y de difusión en el resto del hospital.

RESULTADOS: En el diseño de la nueva organización funcional se siguieron los siguientes criterios generales de organización y calidad: 1. todos los pacientes acceden a la asistencia previo triaje; 2. los niveles de menor complejidad se remiten a las consultas rápidas. 3. cada paciente debe ser priorizado según sus necesidades, asignándole un nivel de triaje que determina: unos profesionales responsables de su asistencia, un circuito definido y un área asistencial; 4. se deben garantizar la calidad de la asistencia, la seguridad clínica y el respeto de los derechos del usuario. Se definieron los siguientes circuitos asistenciales: triaje general, triaje de camillas, circuito de atención a niveles I y IIa, circuito de atención a niveles IIb, III y IVa, circuito de atención a niveles IVb y V. Para cada uno de ellos se definió la secuencia de actuaciones y los profesionales responsables de las mismas. La evaluación posterior a la fase de pilotaje conllevó modificaciones en el diseño inicial sugeridas por los profesionales del servicio. Se realizaron reuniones con todo el personal para dar a conocer la nueva estructura y organización funcional del Servicio.

CONCLUSIONES:

- 1.- La nueva organización funcional cumple con los criterios de calidad definidos y ha permitido una adecuada utilización de la nueva estructura del Servicio.
- 2.- La adecuada difusión y la participación del personal ha favorecido la implantación de las modificaciones asistenciales.

P64

PLAN DE MEJORA CONTINUA EN RELACIÓN A LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y LA ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN

N. Hernández Vidal, T. Anglés Segura, M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, L. Palacios Llamazares, I. Muñio Bové.

ABS Salou.

mgens@camfic.org

Objetivos: Describir los planes de mejora en relación a los derechos de los pacientes y ética de la organización en un centro de Salud acreditado en calidad asistencial según la Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JACHO).

Descripción planes de mejora continua.

Nuestro centro está acreditado en 2004 y reacreditado 2007 según la JACHO. Los planes de mejora continua se trabajan en función a una serie de preguntas y reflexiones de nuestros valores personales, actitudes y conocimientos de los aspectos éticos de nuestra relación

asistencial con los pacientes: ¿Conocemos los derechos y deberes de los pacientes?. ¿Los involucramos en la asistencia? ¿Pedimos su consentimiento informado?. ¿La familia participa en las decisiones?. ¿Reciben información sobre sus voluntades anticipadas?. ¿Se respetan las necesidades de confidencialidad, intimidad, comunicación, acceso a los Servicios?. ¿Se dispone de un código ético?. Descripción diferentes planes de mejora: 1Los derechos de los pacientes se respetan: Elaboración de información para los usuarios mediante dípticos y pósteres relacionados con los derechos y deberes de los pacientes, dípticos carteras de servicios. Información traducida al castellano, catalán, inglés, francés y alemán. 2Los pacientes se involucran en los aspectos de su asistencia: Listado de procedimientos que requieren consentimiento informado. 3Los pacientes reciben ayuda al formular las directrices previas: Revisión del documento de voluntades anticipadas. Elaboración de dípticos informativos. 4El centro respeta las siguientes necesidades del paciente: 4.1- Confidencialidad: Estrategia de difusión interna y externa del compromiso de confidencialidad mediante dípticos y pósters. El Centro tiene un "Plan de acogida" para los profesionales nuevos (consta de documento de confidencialidad firmado por todos los profesionales, normativa de seguridad del sistema informático, código individual de acceso al sistema informático). 4.2- Intimidad: Área administrativa: tira amarilla en el suelo, despacho para atender temas íntimos, punto de información general al usuario. Área de urgencias: priorizan los circuitos de derivación en ambulancia, atención en boxes y atención de los familiares de pacientes fallecidos en un entorno adecuado. Consultas y zonas comunes: recomendaciones de la intimidad de los pacientes. 4.3 Comunicación: protocolo de gestión de la información, incluye procedimientos de comunicación interna y externa. 5.-Ética de la organización: Elaboración un código ético. Conclusiones: Las organizaciones sanitarias deben asegurar una atención de calidad tanto técnica como humana. Se debe establecer un código ético que recoja los valores de sus profesionales. El compromiso de los profesionales es imprescindible para el cumplimiento los derechos del paciente y el respeto a la confidencialidad.

P65

PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE MÉTODOS DE ANÁLISIS DE ELEMENTOS TRAZA MEDIANTE ABSORCIÓN ATÓMICA

M. L. Calvo Ruata, A. B. Lasiera Monclús, M. A. César Márquez, Y. González Irazabal, E. García González, L. Rello Varas.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

micalvo@salud.aragon.es

OBJETIVO: La validación del método de análisis es un requisito indispensable para la acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189.

Nuestro objetivo fue la validación de los métodos de determinación de elementos traza: Espectrometría de absorción atómica de llama para cobre y cinc y Espectrometría de absorción atómica con cámara de grafito para Plomo, Selenio y Aluminio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Material empleado: Espectrómetro de absorción atómica de llama novAA300 y con cámara de grafito ZEEnt600 (AnalytikJena), material volumétrico de cristal y automático (calibrado por laboratorio de calibración certificado por ENAC) y material de referencia certificado de cada elemento traza.

Para la validación de métodos se han realizado 5 rectas de calibración intraserie e interserie para cada elemento, empleando el material de referencia.

A partir de estos resultados se obtienen mediante cálculos matemáticos los siguientes parámetros:

Linealidad y coeficiente de correlación.

Límite de cuantificación (LQ) Límite de detección (LD): 5 medidas de la señal blanco y 5 valores de pendientes de rectas de calibración intraserie e interserie y se calcula el LQ aplicando las fórmulas obtenidas de la bibliografía.

Rango de trabajo: entre el LQ y el valor de la concentración del estándar alto.

Recuperación (%): se fortifican muestras biológicas de baja concentración con solución patrón, con el fin de obtener 3 concentraciones diferentes en los niveles de decisión clínica.

Repetibilidad: usando muestras biológicas se realizan 5 réplicas de

análisis intraserial en 3 niveles de concentración para cada elemento y se calcula el coeficiente de variación CV(%) para cada nivel.

Reproducibilidad: 5 réplicas de análisis interserial en 3 niveles de concentración para cada elemento y se calcula el CV(%) para cada nivel.

Incertidumbre: $k \times CV'$ (en tanto por 1). K: factor de probabilidad cuyo valor es 2 para un nivel de confianza de un 95%. Se calcula a partir del CV interserie (CV').

CONCLUSIONES. A partir de las rectas de calibrado se obtienen datos de la validación de métodos como son el LQ, LD y rango de trabajo. Para comprobar su utilidad se realizan estudios de imprecisión en muestras biológicas en los niveles de decisión clínica. El estudio de recuperación contempla el efecto matriz, evaluando de esta manera si el método es válido para muestras biológicas.

Si según los criterios planteados se consideran aceptables los resultados, se puede determinar que el método es válido para la determinación de los elementos traza.

Referencias: Norma UNE-EN ISO 15189; Principios de análisis instrumental (Skoog).

P66

PROCESO DE ACREDITACIÓN POR LA NORMA ISO 15189 EN UN LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

J. Sahagún Pareja, C. Navarro Pardos, L. Torres Sopena, M. J. González Thomson, C. Jasanada Flores, R. Prieto Acedo.

Hospital de Alcañiz.

jsahagun@salud.aragon.es

Objetivos: Describir el proceso que se está realizando en el Laboratorio de Microbiología del Hospital de Alcañiz para obtener la acreditación siguiendo la Norma UNE-EN-ISO 15189.

Métodos: La primera fase del proyecto consistió en realizar un estudio de base con una consultora (Instrumentos Científicos SA-ICSA) que contrató el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) para comenzar el proyecto.

La segunda fase fue definir el alcance del Laboratorio de Microbiología: "Determinación cuantitativa de anticuerpos frente al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B".

La tercera fase fue elaborar la documentación relacionada con la calidad.

La cuarta fase fue adaptar y realizar toda la adecuación de la documentación relacionada con la Norma: registros, formatos, PNTs, confidencialidad, formación, cualificación, etc.

Resultados: Con la aplicación de la Norma se ha elaborado el PNT de la técnica relacionada con el alcance y se han realizado diferentes registros: mantenimiento del autoanalizador, incidencias, no conformidades (NC), controles internos y externos relacionados con la técnica que se va a acreditar, acciones preventivas y acciones correctivas que han afectado a todos los ámbitos del Laboratorio.

La Dirección del Hospital se ha implicado en la acreditación del Laboratorio aportando medios técnicos y materiales.

Se realizaron dos auditorías por la consultora ICSA en la que se detectaron NC que se fueron corrigiendo.

Conclusiones:

1) La implicación de las Direcciones de los Hospitales en los procesos de acreditación es fundamental para poder conseguir la acreditación.

2) La acreditación supone un gran esfuerzo, pero proporciona una garantía de calidad a los servicios prestados por el Laboratorio.

3) Tras pasar las dos auditorías por la consultora, se han corregido las NC y se va a plantear la solicitud de la acreditación.

4) La acreditación supone un incremento de la calidad de todo el Laboratorio. A pesar del limitado alcance de la misma, la mejora de la calidad ha afectado a todos los procesos implicados: toma y transporte de muestras, compras, almacén, personal, formación, etc.

P67

PROCESO DE ACREDITACIÓN POR NORMA ISO 15189 DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

M. P. Palacián Ruiz, M. L. Monforte Cirac, M. Omeñaca Teres, M. P. Egidio Lizán*, M. L. Vela Marquina, M. J. Revillo Pinilla.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

ppalacian@salud.aragon.es

Objetivo: Describir el proceso que se lleva a cabo en nuestro servicio

para adaptar su funcionamiento al cumplimiento de la norma ISO 15189:2007. "Laboratorios clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y competencia"

Material y métodos: En el año 2006, el laboratorio de Microbiología inicia un proyecto de implantación de un sistema de mejora de la calidad basado en la Norma UNE-EN ISO 15189. en común con los laboratorios de Bioquímica y Hematología que también participan en este proyecto del Hospital y del Servicio Aragonés de la Salud.

En el proyecto de implantación de la norma ISO 15189 se ha contado con la colaboración de una consultora que estructuró el proceso en tres fases fundamentales: análisis de requisitos, implantación y evaluación.

Resultados:

- Definición del alcance (técnicas a acreditar) y elección del responsable técnico.
- Elaboración y revisión de la documentación por parte del responsable de calidad.
- Implantación del sistema de calidad.
- Alta implicación y colaboración de todo el personal de laboratorio (jefe de servicio, facultativos, supervisora, enfermería, técnicos de laboratorio, secretario y residentes).
- Importancia del trabajo en equipo con el resto de laboratorios implicados en el proceso de acreditación mediante reuniones periódicas (semanales).
- Realización de una auditoría interna para la detección de no conformidades.
- Solicitud de la acreditación a ENAC.

Conclusiones: La implantación de un sistema de gestión de la calidad requiere un gran esfuerzo por parte de todo el personal involucrado y un cambio en la filosofía de trabajo.

Son imprescindibles una buena coordinación del grupo de calidad y la colaboración de todas las partes implicadas.

Se ha conseguido un cambio de actitud y cultura en el personal implicado en la acreditación.

El sistema de gestión de la calidad se valora como una herramienta útil de trabajo, por lo que se demanda su continuidad y extensión en el resto del laboratorio desde la unidad responsable del alcance.

P68

PRODUCCIÓN DOCUMENTAL TRAS DIEZ AÑOS DE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

A. M. Mora Banderas, G. Suárez Aleman, E. Pérez Trueba, J. C. Canca Sánchez, J. A. García Ruiz, V. Faus Felipe.

Hospital Costa del Sol, Marbella.

anamb@hcs.es

INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN: El Hospital Costa del Sol lleva ya diez años centrando sus actividades de mejora, entre otras, en el modelo de calidad de Joint Commission Internacional (JCI). Es momento de una reflexión y de analizar lo que nos ha aportado en cuanto a directrices de trabajo que nos garantizan una alta calidad y seguridad en la atención a nuestros pacientes.

OBJETIVOS: Demostrar que la aplicación de este modelo de calidad es capaz de guiar el camino que se debe seguir para garantizar que las políticas, procedimientos de actuación más importantes de una organización sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión de todos los documentos elaborados desde 1997 utilizando como guía los informes y recomendaciones de las diferentes auditorías de JCI para establecer: ¿Qué teníamos? ¿Qué necesitábamos? ¿Qué debíamos incorporar?

RESULTADOS: Se han elaborado las siguientes políticas y procedimientos que guían el trabajo diario de nuestra organización. Metas de Seguridad. Política de identificación de pacientes; de uso de medicamentos de alto riesgo; prevención de caídas; prevención de paciente, cirugía y lugar equivocado y de sucesos centinela. Acceso y continuidad asistencial.

Acuerdos con Primaria, Procedimientos de Triage, ingreso y alta en unidades especiales, contingencias, admisión, prestaciones, información?

Derechos y deberes: un código ético, procedimiento de restricciones a pacientes, normalización de los Consentimientos Informados, guía de aspectos bioéticos, procedimiento de consultas éticas, rechazo a la transfusión, limitación del esfuerzo terapéutico, etc.

Evaluación de pacientes. Política de evaluación de pacientes, que

incluye evaluación funcional y nutricional, política de violencia doméstica e identificación de víctimas y política de pruebas a la cabecera del paciente. Elaboración de una normativa específicas de seguridad y calidad para los servicios de radiología y laboratorio.

Asistencia a pacientes. Política de restricciones, política de farmacia (incluye salvaguarda de drogas, control drogas refrigeradas, carros de parada, medicación de emergencia.), guía fármaco-terapéutica protocolos para la identificación y aplicación a paciente de alto riesgo (pacientes emergencia, resucitación, uso sangre y hemoderivados, pacientes infecciosos e inmunodeprimidos, diálisis, discapacitados, ancianos, niños, oncológicos) Política de sedación consciente. Proceso de planificación al alta, Política del dolor. Atención a pacientes frágiles?

Educación al paciente y familia. Política de educación al paciente y familia.

Conclusiones: El modelo JCI ha proporcionado al hospital una guía para la mejora y una documentación completa y actual que se adapta un marco de relación deseable para con nuestros pacientes.

P69

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA UNE-EN-ISO 9001:2000 EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

J. M. Celorrio Pascual, M. P. Medina Cereza, G. Soro Alcubierre, M. Alfonso Burrillo, L. Torrijo Veintemillas, A. Modrego González.

SALUD/ Hospital Ntra. Sra. de Gracia.

jmcelorrio@salud.aragon.es

Objetivos: Implantar un sistema de gestión de calidad (SGC) en la central de esterilización, que asegure el funcionamiento controlado y la mejora continua de los procesos, garantizando la seguridad de los pacientes y respondiendo a las necesidades y expectativas de los clientes.

Material y métodos: Se ha implantado un sistema de gestión de calidad, dentro de un proyecto multicéntrico de certificación de todas las centrales del SALUD (iniciado en 2006), basado en la norma UNE-EN ISO 9001:2000. El sistema documental se ha estructurado en 2 niveles, uno que afecta a todas las centrales (manual de calidad y procedimientos generales) y otro (procedimientos operativos) propio de cada central.

Para garantizar la mejora continua:

- Se han establecido objetivos para todos los procesos, definiendo los indicadores necesarios para monitorizarlos.
- Se realizan reuniones periódicas entre los responsables de la central y, de éstos, con los trabajadores.
- Se analizan las incidencias, las no conformidades, los resultados de las acciones correctivas y preventivas, las reclamaciones y sugerencias de clientes y trabajadores y los resultados de la monitorización de indicadores.
- Anualmente se revisa el sistema por la dirección y se realizan una auditoría interna y otra externa.
- Se priorizan las áreas de mejora, y se establecen los planes de mejora y los recursos necesarios.

Resultados: Al año de la implantación, se realizó la revisión del sistema documental que afectaba a todas las centrales y posteriormente el propio, para simplificar su estructura y facilitar su revisión. En nuestra central, quedaron 7 procedimientos generales, 20 instrucciones técnicas y 13 formatos.

Se abrieron 10 no conformidades: 4 por averías repetidas en algunos autoclaves, 2 por problemas estructurales, 3 por inadecuaciones documentales y una en relación a la formación, que precisaron acciones correctivas.

Las monitorización de indicadores y el análisis estadístico de las incidencias permitieron establecer 2 acciones preventivas y 2 correctivas.

La medición de la satisfacción de los clientes han permitido desarrollar proyectos específicos de mejora en los aspectos más valorados por el cliente, pasando su satisfacción de 4 a 4,5/5 en cuanto a las pérdidas y de 4,75 a 5/5 en la conservación e identificación del material.

En la auditoría interna se realizaron 6 observaciones (que se trataron como NC) y se identificaron 2 áreas de mejora en la auditoría interna y 10 en la externa.

Conclusiones: Tras casi 2 años de implantación, consideramos que el SGC es efectivo para lograr los objetivos marcados.

P70

SECUENCIA Y APRENDIZAJE EN LA CERTIFICACIÓN ISO9001 EN EL HOSPITAL DE BERMEO

M. C. Matthies Baraibar, E. Ibáñez Gorostiaga, A. Etxebarria Alfonso.

Hospital de Bermeo.

MARIACARMEN.MATTHIESBARAIBAR@osakidetza.net

Objetivo: La estrategia seguida para el despliegue del sistema de gestión de la calidad en el Hospital de Bermeo, se fundamenta en dos iniciativas corporativas de impulso de la calidad: el modelo EFQM y las certificaciones ISO 9001:2000.

El aprendizaje generado en la certificación de un proceso de apoyo técnico (farmacoterapéutico, 2003) se planteó como experiencia piloto ya que reúne una serie de características.

- Su carácter multidisciplinar.
- Su misión relacionada con la seguridad, disponibilidad y administración del medicamento supone un valor agregado con efectos inmediatos en el servicio al cliente.

A continuación se centró como objetivo general la extensión de la gestión por procesos a los procesos clave del Hospital, los procesos asistenciales de rehabilitación (intra y extrahospitalaria) y de residencia.

Metodología: La dinámica seguida se orientó a la ampliación del alcance a través de la definición de los procesos económico-financiero (2004) y del proceso asistencial de rehabilitación (2004), integrando la rehabilitación hospitalaria y extrahospitalaria, en clara línea con la importancia de la coordinación de los procesos asistenciales en la continuidad de cuidados.

En el año 2005, siguiendo una lógica estricta de procesos, y en coherencia con la línea promovida por la entidad de certificación, el Hospital toma la decisión estratégica de abandonar la línea prevista de certificación de procesos de apoyo, situándolos orgánicamente como afluentes de los procesos asistenciales.

En diciembre de 2007 se logró a su vez la certificación del proceso asistencial de residencia con lo que la totalidad de los procesos asistenciales están certificados.

Resultados: El aprendizaje que han supuesto los diversos mecanismos de revisión (seguimiento a indicadores, incidencias, auditorías documentales, auditorías internas, auditorías externas, autoevaluaciones EFQM) incluidas las recertificaciones anuales con auditoría externa de todos los procesos tuvo como primera consecuencia la estabilización de los procesos asistenciales y ha facilitado la gestión de la mejora continua en el Hospital, destacando los beneficios obtenidos por el ritmo que marca la propia dinámica de la certificación.

El seguimiento a su gestión se realiza a través de la evolución de los indicadores finales medidos en altas, reingresos, continuidad de cuidados que arrojan valores muy positivos en los últimos años.

La certificación de la totalidad de los procesos asistenciales, y la estabilización de los procesos de apoyo, abre la vía a la certificación como ALCANCE TOTAL del Hospital, en próxima auditoría externa.

P71

VALORACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO; MONITORIZACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.

P. Ferrer Bas, N. Illana Rodríguez, J. Hellin Monasterio, J. M. Lucas Gómez, R. Torrano García, C. García Jiménez.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

mpilar.ferrer@carm.es

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. utilizar indicadores supone previamente elaborar criterios de calidad (condiciones deseables o indeseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria).

Objetivos: realizar estimaciones sistemáticas del nivel de cumplimiento del indicador para compararlos con niveles de cumplimiento de referencia ó con estándares prefijados.

Método: unidades de estudio: grupo de pacientes y unidades de hospitalización y/ ó servicios, donde vamos a comprobar el cumplimiento de los criterios e indicadores. fuentes de datos: la medición se hará mediante observación directa, entrevista y revisión de historias clínicas.

Marco muestra: marco temporal del cual se van a extraer los casos a

evaluar. se realizarán 3 cortes transversales, los meses de febrero, mayo y octubre.

Tamaño de la muestra: se evaluarán al menos 60 casos, 20 por corte. método de muestreo: elegir entre muestreo aleatorio, sistemático ó de conveniencia.

Indicadores y subcriterios:

Pvi. 1. (nº de pacientes con valoración correcta en las las 24 horas tras ingreso/ nº de pacientes evaluados) x 100 (paciente que en el momento de la evaluación lleva más de 24 horas ingresado).

Pvi - 1.1 registro de constantes

Pvi - 1.2 nombre y apellidos ó firma legible de la enfermera que realiza la valoración

Pvi - 1.3 se registra en las primeras 24 h. del ingreso

Pvi - 1.4 valoración inicial de alimentación

Pvi - 1.5 valoración inicial de piel y mucosas

Pvi - 1.6 valoración inicial de movilidad

Pvi - 1.7 valoración inicial de eliminación

Pvi - 2 nº profesionales formados en planes de cuidados de una u. h./ total profesionales de la u. h

Pvi - 3 (nº de pacientes con al menos 1 diagnósticos de enfermería identificado tras valoración inicial / nº total pacientes ingresados en una u.h. con valoración inicial) x 100.

Resultados: la unida de formación continuada, investigación y calidad, siguiendo esta metodología, llevo a cabo durante el 2007 3 mediciones de los indicadores citados. los resultados obtenidos permitieron a la dirección de enfermería evaluar la situación e implantar un ciclo de mejora con el fin de aumentar el cumplimiento de este criterio.

Discusión: la monitorización y la evaluación de la calidad son elementos imprescindibles en la enfermería del siglo xxi.

la calidad como filosofía, estrategia y método debe formar parte del desarrollo profesional de los/as enfermeros/as murcianos.

P72

¿HEMOS MEJORADO EN EL USO DE GASTROPROTECCIÓN EN URGENCIAS?

L. G. Irene, N. C. Sergio, M. N. Elisabet, M. T. Izquierdo Ros, C. N. Esteban Lloret, E. M. Martínez Jiménez.

Hospital Morales Meseguer.

irenelillogarcia@yahoo.es

Objetivo: Analizar la adecuada indicación de gastroprotección en un servicio de urgencias comparándola con los resultados obtenidos en 2004 en el mismo servicio.

Metodología: Se obtuvo una muestra mediante muestreo aleatorio estratificado de 150 pacientes de entre los atendidos en urgencias entre Febrero-Marzo del 2008 a los que se prescribieron AINES en su tratamiento al alta. La fuente de datos fue el archivo de historias de urgencias y se recogió información sobre edad del paciente, factores de riesgo de gastropatía, uso de gastroprotección y sobre quién decidió dicha indicación; si médico residente o adjunto.

Dichos datos se compararon con los resultados obtenidos en 2004 en este mismo servicio. El método estadístico con el que se analizaron los datos fue el test de la Chi Cuadrado de Pearson.

Resultados: De la muestra de 150 pacientes el 34% (IC +7.58%) presentaba algún factor de riesgo de gastropatía; siendo la edad mayor de 60 años y la dosis alta de AINES (con un 15.3% + 5.76% en ambos casos) los factores de riesgo más frecuentes.

Entre los pacientes sin factores de riesgo no se prescribió gastroprotector en un 76.8% (IC +6.75%) mientras que en aquellos pacientes en los que se debería usar gastroprotector fue prescrito correctamente en el 58.8% con un IC + 7.87%.

La adecuación global del uso de gastroprotección es del 70.7% con un IC + 7.28%.

El fármaco más usado ha sido ibuprofeno, con un 72.6% (IC+7.18%). Comparando la adecuada prescripción de gastroprotección entre la indicación por parte de médicos adjuntos o residentes obtenemos que no hay diferencias estadísticamente significativas (p > 0.10).

Respecto que el fármaco gastroprotector prescrito fuese del grupo de los aceptados como correctos, contrastando los resultados obtenidos en 2004 (72,7% de cumplimiento) y en 2008 (100%), se han observado diferencias significativas (p < 0.001) de este año con respecto a anterior. En la valoración de la adecuación global de gastroprotección entre ambos años, no se aprecian diferencias significativas.

Conclusiones: Se ha evidenciado una alta adecuación global del uso de gastroprotectores sin que se hayan evidenciado diferencias significativas con respecto al 2004.
 Se ha mejorado el uso de fármacos gastroprotectores correctos.

P73

¿HEMOS MEJORADO EN EL USO DE GASTROPROTECCIÓN EN URGENCIAS?

I. Lillo García, S. Nieto Caballero, E. Monzó Núñez, M. T. Izquierdo Ros, C. N. Esteban Lloret, E. M. Martínez Jiménez.

Hospital Morales Meseguer.

julian.alcaraz2@carm.es

Objetivo: Analizar la adecuada indicación de gastroprotección en un servicio de urgencias comparándola con los resultados obtenidos en 2004 en el mismo servicio.

Metodología: Se obtuvo una muestra mediante muestreo aleatorio estratificado de 150 pacientes de entre los atendidos en urgencias entre Febrero-Marzo del 2008 a los que se prescribieron AINES en su tratamiento al alta. La fuente de datos fue el archivo de historias de urgencias y se recogió información sobre edad del paciente, factores de riesgo de gastropatía, uso de gastroprotección y sobre quién decidió dicha indicación; si médico residente o adjunto.

Dichos datos se compararon con los resultados obtenidos en 2004 en este mismo servicio. El método estadístico con el que se analizaron los datos fue el test de la Chi Cuadrado de Pearson.

Resultados: De la muestra de 150 pacientes el 34% (IC +7.58%) presentaba algún factor de riesgo de gastropatía; siendo la edad mayor de 60 años y la dosis alta de AINES (con un 15.3% + 5.76% en ambos casos) los factores de riesgo más frecuentes.

Entre los pacientes sin factores de riesgo no se prescribió gastroprotector en un 76.8% (IC +6.75%) mientras que en aquellos pacientes en los que se debería usar gastroprotector fue prescrito correctamente en el 58.8% con un IC + 7.87%.

La adecuación global del uso de gastroprotección es del 70.7% con un IC + 7.28%.

El fármaco más usado ha sido ibuprofeno, con un 72.6% (IC+7.18%). Comparando la adecuada prescripción de gastroprotección entre la indicación por parte de médicos adjuntos o residentes obtenemos que no hay diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.10$).

Respecto que el fármaco gastroprotector prescrito fuese del grupo de los aceptados como correctos, contrastando los resultados obtenidos en 2004 (72.7% de cumplimiento) y en 2008 (100%), se han observado diferencias significativas ($p < 0.001$) de este año con respecto a anterior. En la valoración de la adecuación global de gastroprotección entre ambos años, no se aprecian diferencias significativas.

Conclusiones: Se ha evidenciado una alta adecuación global del uso de gastroprotectores sin que se hayan evidenciado diferencias significativas con respecto al 2004.

Se ha mejorado el uso de fármacos gastroprotectores correctos.

P74

ANÁLISIS DE LA REINTERVENCIÓN COMO PARÁMETRO DE CALIDAD DEL PROCESO TERAPÉUTICO

M. Alejo Sánchez, R. Carrera Goula, A. Palau Figueroa, R. Clos Molins, C. Serra Genís.

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC.

qualitat@chv.cat

La reintervención quirúrgica es un procedimiento frecuente en nuestros días, que suele derivarse de un primer procedimiento quirúrgico no satisfactorio, o bien que no pudo ser resuelto por las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente o por las complicaciones posquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos y/o extrínsecos.

Objetivo: Establecer la taxa de reintervenciones que se realizan en el CONSORCIO HOSPITALARIO DE VIC (CHV), ya que no existe bibliografía suficiente.

Metodología: Desde 1999, en el CHV, se estableció la reintervención quirúrgica como indicador de calidad. Ha sido considerado como reintervención toda operación realizada en menos de 30 días por el mismo servicio y como consecuencia del primer procedimiento. Introduciéndose en el año 2000 la solicitud de informatización de la explotación de datos.

A partir del 2007, se decidió realizar el análisis desglosado de las reintervenciones aplicando los estándares existentes en la literatura para cada tipo de cirugía. Se inicia el análisis de las reintervenciones de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes de tres servicios (cirugía general, cirugía vascular y unidad de mama) con actividad superior al 30% del total. Los resultados obtenidos son analizados sistemáticamente y trimestralmente por el grupo de Tejidos y tumores conjuntamente con 2 cirujanos y 1 traumatólogo, haciéndose propuestas de mejora.

Resultados: Resultados de reintervenciones del HGV a lo largo de los años: 2001 (1.9%), 2002 (1.8%), 2003 (2.3%), 2004 (1.9%), 2005 (2.3%), 2006 (1.9%), 2007 (2.0%) (c. general 3.0%, c. vascular 3.6%, ORL 1.7%, urología 4.1%, oftalmología 0.7%, c. ortopédica y traumatología 1.7%, ginecología 2.0%, UPA mama 2.5%, servicios médicos 3.3%).

Resultado del análisis de la reintervenciones en los procedimientos más frecuentes (2007) de tres servicios: C. general: hernia inguinal (0.79%), c. de colon por neo (14.44%), colecistectomía (4.92%), pólipo anal (5.56%), apendicectomía (0.81%). C. vascular: amputación de dedos de pie y by pass femoroperoneal (0.67%). Unidad de mama: retumorectomía (2.5%).

Conclusiones:

- Se ha estandarizado el estudio de las reintervenciones en el hospital y en cada uno de los servicios.

- Se ha creado un estándar propio general del hospital y de cada servicio que permitirá comparaciones interdepartamentales con otros hospitales y con los estándares de la literatura.

- La revisión y discusión de estos casos permitirá mejorar la eficacia del proceso y en algunos casos como en la retumorectomía disminuyendo las demoras en el inicio de los tratamientos coadyuvantes.

- Se han iniciado el análisis de los procedimientos en que no se tienen buenos resultados.

P75

CALIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Serradilla Corchero (0), A. Rodríguez Huertas (1), J. F. Gallegos Braun (2), C. Delgado Sanz (3), R. Riesgo Fuertes (0), C. Sebastián Fernández (0).

(0) SERMAS Gerencia A.P. área 1, (1) SERMAS Hospital G.U. Gregori Marañón, (2) SERMAS Hospital General La Paz, (3) SERMAS Hospital Universitario de Mostoles.

pserradilla.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVO: Analizar la calidad clínica del control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) desde Atención Primaria en función de porcentaje de determinaciones de INR (cociente normalizado internacional) en rango terapéutico (a través de sección transversal de ficheros) y describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en TAO.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño: descriptivo transversal. Sujetos estudio pacientes en TAO controlados en el Área 1 de Atención Primaria de Madrid y que cumplen criterios inclusión (tres o más controles de INR en el centro de salud en el periodo de estudio y en TAO al menos 1 mes antes de fecha de corte de evaluación). Periodo de estudio: un año (2006-2007). Fuente de datos: OMI -AP Variables: sexo, fecha de nacimiento, fecha inicio TAO, indicación principal (fibrilación auricular crónica no valvular (FA), enfermedad troboembólica venosa; cardiopatías isquémica, miocardiopatía dilatada, IAM; prótesis valvulares mecánicas, otras indicaciones), INR (fecha y valor) en el periodo de estudio, rango INR recomendado (2-3 o 2,5-3,5, según indicación), fármaco utilizado (acenocumarol/warfarina), dosis total semanal (DTS) y toma de antiagregantes. Calculo de proporciones e intervalos de confianza (95%) en variables cualitativas, media y desviación estándar en cuantitativas.

RESULTADOS: Hombres 3200 (46,3%), 3691 (53,4%) mujeres. Edad media 74,09 años (D.E 10.92). Motivo principal anticoagulación: FA (73,6%), prótesis valvulares mecánicas (13,8%), enfermedad troboembólica (8,8%), cardiopatías (3,7%), otras causas (0,1%). Media DTS: 24,2 mg (entre 35-44 años) y 11,8 mg (mayor o igual a 85 años). El 65,6% de los pacientes tienen el último INR más próximo a la fecha de corte en rango terapéutico (IC 95% 64.3-66.9). Este porcentaje aumenta al 72.4 % (IC 95% 70.8 - 73.3) si consideramos

en rango de valor el INR $\pm$ 0,1. De los pacientes fuera de rango, el 54.8% están por debajo del rango recomendado. Pacientes en rango con FA 67,9 % (IC 95% 66.4 -69.4), enfermedad tromboembólica 67.5% (IC 95% 63.1-71.9), cardiopatías 64.2 (IC 95% 57.2-71.3), prótesis valvulares mecánicas 53% (IC 95% 49.3- 56.7). En este último caso, al incluir a los pacientes con INR mayor ó igual a 2, el porcentaje de pacientes con prótesis en rango aumentaría a 76,5 % (IC 95% 73.3-79.7).
CONCLUSIONES: El motivo más frecuente de TAO en pacientes seguidos en AP del Área es la FA. El control del INR puede considerarse adecuado. Entre las oportunidades de mejora se detecta la necesidad de disminuir el porcentaje de pacientes con INR por debajo del rango terapéutico.

P76

CONSULTA DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA. LA EVIDENCIA CIENTÍFICA AVALA LA CALIDAD DE NUESTROS CUIDADOS

C. Fernández Redondo, I. P. Garrido Bravo, R. Gracia Ródenas, N. Illana Rodríguez, J. M. Lucas Gómez, P. Ferrer Bas, J. Hellin Monasterio.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.
mn.illana@carm.es

En los países desarrollados, la insuficiencia cardiaca es la tercera causa de muerte, además de una importante causa de morbilidad hospitalaria.

OBJETIVOS DE LA CONSULTA: Proporcionar atención integral al paciente.

Mejorar la calidad de vida del paciente con IC.

Mantener la continuidad de los cuidados.

Ayudar a la adaptación del personal a la dinámica de trabajo.

Disminución de ingresos.

Educación del paciente en cuanto a hábitos higiénico-dietéticos.

Reducción del consumo de recursos.

MÉTODO:

INGRESO

VALORAR AL PACIENTE

COMPROBAR que las pruebas complementarias se cursan y realizan dentro del período establecido.

Establecer protocolo de actuaciones individualizadas a cada paciente.

Planificar cuidados de modo que el paciente tenga períodos de descanso.

Incrementar nivel de actividades según tolerancia.

VALORAR factores de riesgo del paciente.

INICIAR LA EDUCACIÓN SANITARIA durante el ingreso y una vez estabilizado el paciente.

AL ALTA

Identificación de pacientes de alto riesgo.

Instruir e implicar al paciente en su autocuidado.

Comprobar que el paciente es capaz de identificar signos/síntomas de alarma.

Citación y seguimiento de estos pacientes.

Establecer mecanismos de comunicación que favorezcan la continuidad de cuidados.

Llevar a cabo labores de educación para la salud.

DOCENCIA: Actividades dirigidas a fomentar el conocimiento de los enfermeros/as en los cuidados del paciente con I. Cardiaca.

Elaboración y revisión de protocolos de enfermería relacionados con este tipo de pacientes.

INVESTIGACIÓN: Puesta en marcha de líneas de investigación para optimizar la evolución de éstos pacientes.

Colaboración con el Comité de Ética y con la Unidad de Formación Continuada, Investigación y Calidad de nuestro Hospital.

Desarrollo de ciclos de mejora en la calidad de nuestros cuidados contando con el apoyo de la Subdirección General de Calidad Asistencial.

RESULTADOS: RECOMENDACIONES DEL JOANNA BRIGGS INSTITUTE DE EVIDENCIA CIENTÍFICA.

Se recomiendan los servicios dirigidos por enfermeras para pacientes con enfermedad coronaria (Grado B).

Los servicios de enfermería pueden aumentar los índices de asistencia y seguimiento de los servicios (Grado B).

Se recomiendan los servicios de enfermería para pacientes que requieren cambios en el estilo de vida para disminuir su riesgo de

resultados adversos asociados a la enfermedad coronaria (Grado A).
CONCLUSIÓN: La literatura científica sugiere que los servicios dirigidos por enfermeras pueden distinguirse por ciertas características relacionadas con su estructura y función. Estos incluyen una atención DE CALIDAD más centrada en la salud que en la enfermedad, y un mayor énfasis en las necesidades de la vida diaria que en el diagnóstico y la intervención.

P77

CORRELACIÓN ENTRE LAS LECTURAS DE RETINOGRAFÍAS PARA CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA Y OFTALMÓLOGOS

J. C. Pérez Villarroja (0), E. Aldea Molina (0), F. J. Ascaso Puyuelo (1), D. Serrano Peris (2), A. Fernández Revuelta (0), L. Pérez Bolea (0).

(0) Centro de Salud Delicias Sur (Zaragoza), (1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, (2) Dirección Atención Primaria. Sector 3 Zaragoza.

jperezv@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: La retinografía con cámara no midriática ha demostrado ser una técnica eficiente para el diagnóstico precoz de la retinopatía diabética (RD). Existen dudas de si este cribado debe ser realizado por especialistas en oftalmología u otro tipo de lectores como enfermeras, médicos de familia etc. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón se ha decidido que sean médicos de familia los que realicen las lecturas de cribado de las retinografías.

OBJETIVOS: Principal: Calcular el índice de correlación entre las lecturas realizadas por el médico de familia y las del oftalmólogo de referencia. Secundario: Calcular los porcentajes de retinografías divididas en los tres apartados prefijados: normales (sin RD), patológicas (con RD), y dudosas (problemas técnicos o de interpretación). Este objetivo tiene como finalidad evidenciar la rentabilidad de esta estrategia como método de cribado.

MATERIAL y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus (DM) en un Centro de Salud de Zaragoza con una población adscrita de 28.000 personas. Se realiza la retinografía a los pacientes sin RD conocida y a los que con RD conocida hace más de un año no se les ha realizado estudio del fondo de ojo. No hubo exclusiones por edad o presencia conocida de cataratas.

Las retinografías fueron realizadas por una fotógrafa utilizando un retinógrafo con cámara no midriática (Visucam pro NM). Se realizó un mínimo de dos fotografías por ojo con un ángulo de 45º (centradas en papila óptica y mácula). En los pacientes con pupilas pequeñas, se realizaron tres fotos por ojo con un ángulo de 30º.

Los médicos de familia lectores realizaron las lecturas de las retinografías con posterioridad a su ejecución con el programa de lectura de imágenes IrfanView. Se dividieron las retinografías en normales (sin RD), patológicas (con RD) y dudosas. Las fotografías dudosas y patológicas se enviaron on-line al oftalmólogo de referencia (especialista en retina) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa que a su vez las dividía en normales (sin RD), patológicas (con RD) y dudosas (necesitan otro tipo de método diagnóstico).

Para el análisis estadístico de los datos y cálculo de los índices de correlación se utilizó el programa estadístico SPSS 10.0.

RESULTADOS Debido a que este proceso de cribado de RD se ha iniciado el 1 de Abril de 2008 todavía no se dispone de todos los datos. En este momento tenemos 280 pacientes estudiados y pensamos completarlo hasta 400 pacientes.

P78

CREACIÓN DE UN SISTEMA DE AYUDA A LA DECISIÓN CLÍNICA PARA FERTILIZACIÓN IN VITRO (FIV)

M. Merino Hernández (0), D. Morales (1), M. García Giménez (2), Y. Franco (2), E. Bengoetxea (1), P. Larrañaga (3).
 (0) Comarca Gipuzkoa Ekialde, (1) Universidad del País Vasco, (2) Clínica Virgen del Pilar, (3) Universidad Técnica de Madrid.
 marmerino@telefonica.net

OBJETIVOS: Creación de un sistema de ayuda a la decisión clínica que permita seleccionar los embriones más adecuados para transferir en la técnica de fertilización in vitro, mejorando de esta forma la tasa de embarazos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron en el estudio 63 pacientes entre 30 y 40 años a las que se les había realizado ciclos de FIV a lo largo de dos años. En cada ciclo se transfiere hasta un máximo de tres embriones y el total de embriones transferidos fue de 189.

Las variables predictivas recogidas son relativas a datos morfológicos de cada embrión y a datos clínicos de los padres. El resultado buscado es la correcta predicción de los embriones que van a dar lugar a un embarazo y los que no.

Se realizó un abordaje de filtro para seleccionar un grupo reducido de variables que facilitara la construcción de los modelos de clasificación y mejorara su precisión.

Posteriormente se aplicaron diversos clasificadores Bayesianos, los cuales buscan el conocimiento subyacente a los datos con el fin de conseguir el mejor porcentaje de bien clasificados.

Para validar los resultados se utilizó el método "leave-one-out".

RESULTADOS: La precisión (P), sensibilidad (S), especificidad (E) valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) obtenidos con cada clasificador son:

Naive Bayes: 68% (P), 39% (S), 80 % (E), 44% (VPP), 77% (VPN).
 Semi Naive Bayes: 71% (P), 22% (S), 91 % (E), 50% (VPP), 75% (VPN).

Selective Naive Bayes: 68% (P), 6% (S), 93 % (E), 25% (VPP), 71% (VPN).

TAN: 63% (P), 6% (S), 87 % (E), 14% (VPP), 70% (VPN).

KDB: 60% (P), 6% (S), 82 % (E), 11% (VPP), 69% (VPN).

FSNB: 68% (P), 11% (S), 91 % (E), 33% (VPP), 72% (VPN).

FTAN: 68% (P), 11% (S), 91 % (E), 33% (VPP), 72% (VPN).

FKDB: 63% (P), 0% (S), 89 % (E), 0% (VPP), 69% (VPN).

CONCLUSIONES:

1. Los clasificadores bayesianos consiguen una precisión buena con un número reducido de variables. Esto ayuda a determinar qué información es relevante para el éxito final y mejora el proceso de estandarización de la selección de embriones para la transferencia.
2. La elección de uno u otro depende de la S, E, VPP o VPN que queramos asumir.
3. Estos métodos disminuyen la variabilidad entre profesionales y ayudan al médico y al paciente a decidir con más seguridad y fiabilidad.

P79

CUANDO PERDER ES EL PREMIO (1)

E. Lamote Degignon Alifonso, M. A. García Orea.
 Servicio Aragonés de Salud.
 elamote@aragon.es

Objetivo: La obesidad representa un grave problema de salud y un riesgo de engendrar complicaciones como hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc. El paciente obeso suele ser hiperfrecuentador y tener un componente de ansiedad elevada.

Además, la obesidad es un problema especialmente difícil y frustrante, tanto para el personal sanitario como para los pacientes, debido al alto índice de fracaso debido en parte a la orientación que se le da en los servicios sanitarios, y sobre todo en el ámbito de la atención primaria. Este hecho y una revisión bibliográfica bastante exhaustiva nos llevó en 2006 a considerar la posibilidad de introducir un enfoque nuevo: el objetivo era cambiar hábitos; perder peso, el "premio".

Material y métodos La intervención se estructura en tres vertientes: formación, intervención y evaluación de resultados, y se desarrolla en 3 fases.

1ª fase.

a) selección y formación del primer grupo de personal de enfermería

b) elaboración del plan de actuación: reclutamiento de pacientes y diseño del contenido y estructura de las visitas.

2ª fase

Pilotaje de las actuaciones y evaluación de la factibilidad del proyecto al final del período.

Criterios de evaluación: aceptabilidad por parte del paciente; disponibilidad de tiempo y espacio por parte de las profesionales y colaboración del resto del equipo.

3ª fase

Formación de otro contingente de enfermería y reclutamiento de 100 pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Evaluación de resultados al año de iniciada la intervención. Variables de resultados: cambios en peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensión arterial (TA), hábitos alimentarios y de ejercicio físico y puntuación en los cuestionarios de calidad de vida, autoestima y ansiedad/depresión.

Diseño de una base de datos para la recogida de información.

Resultados Hasta el momento sólo se han completado las dos primeras fases.

La evaluación de la primera demostró satisfacción con la formación, y se obtuvo plena colaboración de las profesionales para el diseño del plan de actuación y los materiales a utilizar en la consulta.

La evaluación de la segunda fase puso de manifiesto las condiciones necesarias para la factibilidad del proyecto.

Conclusiones. El proyecto ha despertado interés entre los profesionales y las direcciones de enfermería y se espera poder seguir ampliando cada año el número de participantes.

P80

DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA LÍNEA DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

I. García*, C. Campos, S. Beltrán, A. Mateo, I. Montejo, M. García.
 Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
 ccamposc@salud.aragon.es

Objetivo: El objetivo de este trabajo es presentar las dificultades en la implantación de la línea de mejora de la utilización de las cámaras espaciadoras versus los nebulizadores en el tratamiento de las crisis de asma leves-moderadas en urgencias de pediatría.

Material y métodos: En la revisión y actualización del protocolo "manejo de la crisis asmática en urgencias de pediatría", se constató que de acuerdo con todas las evidencias de la bibliografía se debía cambiar el tratamiento de las crisis de asma leves-moderadas, pasando a utilizar las cámaras espaciadoras en lugar de los nebulizadores. Se realizaron las siguientes actividades: 1º) Valoración de la demanda, la necesidad de atención y el número de cámaras necesarias. 2º) Realización del protocolo de actuación según las evidencias disponibles sobre la utilización de los sistemas de inhalación con cámara espaciadora en crisis asmáticas leves y moderadas en la infancia. 3º) Instrucción a todo el personal de la Unidad en el manejo de cámaras: Médicos, D.U.E. y Auxiliares. 4º) Establecer las instrucciones de limpieza del material y el lugar de Urgencias donde realizarla. 5º) Elaboración de normas escritas a los familiares/tutores sobre el funcionamiento de los dispositivos. 6º) Información y comunicación a Atención Primaria. 7º) Elaboración de criterios e indicadores para su evaluación.

Resultados: Esta línea de mejora se implantó en Enero del 2005. Se evaluó en septiembre de 2006 observándose un cumplimiento en el criterio establecido del 9% (estándar propuesto 50%). Se informó al Servicio en Sesión clínica y se introdujeron modificaciones en el proceso para simplificarlo. En Abril de 2008 se ha reevaluado observándose un cumplimiento del 7%.

Conclusiones: A pesar de la evaluación e introducción de medidas de mejora en el proceso, no hemos conseguido implantar esta línea de mejora en nuestra Unidad. En nuestro caso el factor humano es determinante en el fracaso de implantación de esta línea de mejora.

P81

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS

M. J. Lallana Álvarez (0), M. C. Carcas De Benavides (0), M. Aza Pascual-Salcedo (0), M. P. Lalana Josa (0), M. J. Buisán Giral (1), M. Elfau Mairal (2).
 (0) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III,

(1) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR BARBASTRO,
(2) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR HUESCA.
mjlallana@salud.aragon.es

Objetivo: Mejorar la utilización de antibióticos entre los médicos y pediatras de un área de salud.

Métodos: Durante el año 2007, se propusieron las siguientes actividades para mejorar el diagnóstico de las patologías infecciosas y de esta forma, mejorar la utilización de antibióticos:

1. Formación: a través de sesiones clínicas en la que se describían las patologías infecciosas más frecuentes y se recomendaba el tratamiento antibiótico más adecuado, cuando era necesario.

2. Información: remisión a todos los equipos de atención primaria, del perfil de resistencia a antibióticos para los microorganismos más frecuentes en nuestro medio. También se remite el consumo de antibióticos del área y mensualmente un indicador que mide la utilización de antibióticos de cada facultativo.

3. Utilización de pruebas de diagnóstico rápido: se está realizando un estudio piloto para evaluar la efectividad y factibilidad de la aplicación de un test de determinación de estreptococo para su uso en atención primaria.

Resultados Se realizaron 10 sesiones clínicas (9 para médicos de familia y una para pediatras), que recibieron una valoración muy buena entre los clínicos.

Todos los facultativos recibieron mensualmente datos de su utilización de antibióticos de forma global y desglosada por principio activo.

Aunque el estudio piloto con el test de diagnóstico rápido todavía está en marcha, la valoración cualitativa de su utilidad en la consulta es buena, y la aceptación por parte de los pacientes ha sido muy positiva.

La utilización de antibióticos de primera elección en atención primaria mejoró, al aumentar la utilización de penicilinas y cefalosporinas de 1ª y 2ª generación (del 71,3 % a 72,4%) y disminuir el empleo de macrólidos (del 12,92% en 2006 a 11,03% en 2007).

Conclusiones: A través de la formación y de la información sobre la utilización de antibióticos y el desarrollo de resistencias, se ha conseguido una pequeña mejora en su utilización, aunque es necesario un periodo mayor de tiempo para valorar si la tendencia se mantiene.

Por ello, es necesario seguir trabajando en estos aspectos y en conocer la adecuación clínica de los antibióticos, por las consecuencias que tiene tanto en los pacientes como en la comunidad.

P82

ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ANTÍGENO DEL ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO A EN EXUDADOS FARÍNGEOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

M. Fernández Obispo, R. Cebrián Rubio, A. M. Lozano López, M. Sancosmed Ron, R. M. Martínez Montesinos, M. Martín González.
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.
matferna@gmail.com

INTRODUCCIÓN: El estreptococo beta-hemolítico del grupo A (*S.pyogenes*) es una de las principales causas de faringitis en la infancia. Se dispone de varias pruebas para su diagnóstico rápido, sin embargo no todas demuestran su utilidad en la práctica clínica.

OBJETIVOS Comparar la utilidad de tres pruebas rápidas para el diagnóstico de la enfermedad faringo-amigdal por *S. pyogenes* en un servicio de urgencias pediátricas.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron de forma prospectiva 267 pacientes con sospecha de FA (niños 56.6%; edad media 5.37 años $\pm$ 3.77 SD) atendidos en el servicio de urgencias pediátricas entre 1 de marzo 2007 y 10 de junio de 2008.

Se compararon tres pruebas basadas en la utilización de anticuerpos de captura de antígenos específicos en exudado faríngeo. En 193 pacientes se utilizó el Phadirect®. Strep A mediante técnica de coaglutinación; en 45 pacientes Clearview® Exact Strep A Cassette por técnica de inmunocromatografía en color y, en 29 pacientes Osom® strep A, también por técnica de inmunocromatografía en color.

En todos los pacientes se realizó toma de muestra para detección rápida y, como prueba de referencia, un frotis faringo-amigdal (FFA). Las muestras fueron recogidas por el personal de enfermería de la unidad, previamente instruido.

Se calculó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos

(VPP) y negativo (VPN).

RESULTADOS: Phadirect®, obtuvo una sensibilidad 58.8% para detectar la enfermedad, especificidad 54.7%, VPP 21.74% y VPN 86.14%.

Clearview®, obtuvo una sensibilidad 57.14% para detectar la enfermedad, especificidad 96.77%, VPP 88.88% y VPN 83.33 %.

Osom®: obtuvo una sensibilidad 100% para detectar la enfermedad, especificidad 93.75%, VPP 92.86% y VPN 100%.

CONCLUSIONES: Phadirect® resultó de escasa utilidad clínica.

Las pruebas de inmunocromatografía presentan una mayor especificidad, sin embargo las sensibilidades varían considerablemente.

Clearview® precisa la práctica de FFA para confirmación de las muestras negativas, no siendo un buen método de screening.

Osom®. Los datos de este estudio sugieren que es una prueba eficaz, y podría evitar en la práctica clínica la realización de FFA.

Cada centro debe validar la prueba rápida que utiliza y, valorar la necesidad de realizar FFA en los resultados negativos.

P83

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA ORDEN DE TRATAMIENTO DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

E. A. Sevilla Hernández (0), F. Morales (0), R. Fernández (0), A. L. García González (1), M. D. L. Á. Giménez Abadía (0).

(0) Hospital General Universitario Morales Meseguer, (1) Hospital Universitario Santa María del Rosell.
easevilla@yahoo.es

Introducción: La reestructuración del área del Hospital General Universitario Morales Meseguer y progresiva sensibilización de los profesionales acerca ante la terapia física ha supuesto un incremento exponencial de demanda al Servicio de Rehabilitación (SRHB). Para amortiguar la carga asistencial disponemos de unidades de fisioterapia concertadas según "Programa Habilitas" (año 2007). Esta situación condicionó la elaboración de un nuevo impreso de orden de tratamiento. La variabilidad percibida en la cumplimentación del mismo precisa ser evaluada.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes derivados a unidades de fisioterapia concertadas. Determinar el grado de cumplimentación y el tipo de datos incluidos en los distintos campos de la orden de tratamiento.

Material y Método Fue realizado un estudio descriptivo retrospectivo sobre una muestra obtenida mediante muestreo estratificado por facultativo de las órdenes de tratamiento de abril de 2008. En dichas órdenes se comprobó el grado de cumplimentación y presencia de datos epidemiológicos (edad, sexo), clínicos (diagnóstico, antecedentes patológicos, anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias, tratamiento); administrativos (procedencia de los pacientes, codificación diagnóstica, tipo de derivación, uso de transporte, fecha de registro, firma y sello del facultativo responsable). La comparación de medias entre variables cualitativas se realizó mediante el test de Chi-cuadrado.

Resultados: La edad media de los casos evaluados fue de 57 ± 19 años: 29 mujeres (62 ± 16 años) y 21 hombres (50 ± 21 años). Prácticamente el 95% de los enfermos presentaban patología osteomuscular (traumática y reumatológica). El grado de cumplimentación de los distintos campos de información dispuestos en la orden de tratamiento oscilaba entre el 94% (de la fecha de emisión) y el 100% (del diagnóstico). Respecto a la cumplimentación del apartado "aspectos clínicos" la cumplimentación fue del 38% en antecedentes patológicos, 56% en anamnesis, 64% en exploración física y 12% en pruebas complementarias. No se hallaron diferencias significativas entre facultativos respecto a la inclusión de datos clínicos salvo la exploración física ($p < 0,025$), variando del 27% al 87% en las órdenes según el facultativo.

Conclusiones: El grado de cumplimentación de los campos fue elevado. La presencia de defectos en la orden de tratamiento conlleva un trabajo implícito difícil de ponderar. La variabilidad de los datos clínicos observados hace necesaria la elaboración de un nuevo impreso consensuado por los distintos usuarios adecuado a la realidad asistencial actual. Asimismo, la informatización de dicho impreso permitiría mejorar la transmisión de información, garantizar la cumplimentación de los campos y normalizar los datos contenidos.

P84

GRUPO MAI-MADRE

B. Vicente López, P. Bejarano Lasunción, M. Tajada Duaso, E. Fabre González, A. Lucas Hernández, R. Fernández Díaz, V. Ezquerro.

HCU LOZANO BLESA.

beatrizvl@hotmail.com

OBJETIVOS: Creación de un Plan de Asistencia al parto y al nacimiento en el H.C.U. Lozano Blesa que sea un estilo y forma de hacer del Hospital y que permita incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Creación de un Grupo de Trabajo multidisciplinar integrado por profesionales sanitarios de distintos ámbitos: obstetras, matronas, pediatras, anestelistas, personal de enfermería, auxiliares y miembros de la Unidad de Calidad.
- Convocatoria de reuniones del Grupo de Trabajo con periodicidad mensual.
- Análisis de la evidencia científica más actual, elaboración y discusión de recomendaciones acerca de diversos aspectos relacionados con la asistencia al parto.
- Realización de una encuesta a las gestantes del Área III de Salud.

RESULTADOS:

- Realización hasta la fecha de 10 reuniones del Grupo de Trabajo en las que cada una de las partes aporta su conocimiento.
- Aprobación de ocho documentos Mai-Madre en un formato común que modifican los protocolos y hábitos de actuación que se venían realizando en la Asistencia al parto, basados tanto en la evidencia científica disponible como en las últimas recomendaciones de la sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
- Conocimiento, a través de la encuesta realizada, de las preferencias de las gestantes en relación a distintos aspectos de la asistencia al parto.

CONCLUSIONES:

- Mediante la reunión de un equipo multidisciplinar se consigue aportar una visión global acerca de la asistencia al parto que permite mejorar la Calidad Asistencial, promoviendo el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.
- Gracias al Plan de Asistencia al parto la mujer podrá sentirse parte activa del mismo, siendo capaces de satisfacer sus necesidades sin descuidar la seguridad y el bienestar de la madre y el recién nacido.

P85

LA ENFERMEDAD RENAL QUE SE OCULTA TRAS LOS INGRESOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

B. Campos Gutiérrez, T. A. José María, L. M. Lou Arnal, B. Boned Juliani, J. A. Gimeno Orna, E. Aguilar.

HOSPITAL DE ALCAÑIZ.

lmlou@salud.aragon.es

Objetivos: Identificar oportunidades de mejora en el proceso asistencial de pacientes con enfermedad renal hospitalizados en un hospital comarcal.

Método: Audit clínico.

Marco muestral: Ingresos del segundo semestre del 2007 (2104). Analizando la base de datos del laboratorio (BDL) se comprobó la presencia de enfermedad renal crónica (ERC) previa (criterios K/DOQI) en analíticas anteriores al ingreso en 624 pacientes. 949 de esos 2104 ingresos cumplían criterios RLPI de deterioro de función renal (DFR) durante su estancia.

Muestra: Muestreo aleatorio simple de 200 ingresos por cualquier motivo, seleccionados de entre los 2104 ingresos.

Fuente de datos: BDL, Historia clínica (HC) e informe de alta.

Estudiamos criterios de calidad clasificando a los pacientes en tres grupos:

- 1.- Todos los ingresos: Constará la función renal (FR) en el momento del ingreso y al menos otra determinación durante la estancia.
- 2.- Ingresados con antecedentes de ERC: Registro del diagnóstico en la HC y en Informe de Alta.
- 3.- Pacientes con DFR durante el ingreso: control de constantes según protocolo, control de balance hídrico, intervención adecuada sobre las desviaciones del balance hídrico, adecuado manejo de fármacos, registro del DFR en la HC e Informe de Alta.

Resultados:

Grupo 1: Los 200 pacientes disponían de control de FR en el momento del ingreso. En 54 casos (27 % +5,9) no constaba otro control de FR durante la estancia hospitalaria, especialmente en Áreas Quirúrgicas.

Grupo 2.- Se constató ERC, a través de analíticas previas al ingreso disponibles, en 50 pacientes (25 %), aunque este diagnóstico solo estaba registrado en la HC en 14 de ellos (28% +11,9), y en el Informe de Alta en 17 (34 % +12,6).

Grupo 3.- Detectamos DFR en 68 pacientes de los 146 en que se realizó control de FR durante el ingreso (46,5%). La iatrogenia colaboró en este deterioro en un 44,1% (+11,4) de los casos. 41,2% (+11,3) de estos pacientes llevaban fármacos que interfieren la hemodinámica renal. Apreciamos inadecuado control de constantes en 32,4% (+10,7), inadecuado manejo de balance hídrico en 26,5% (+10,1). En los casos en que se produjo DFR durante el ingreso, este dato figura en la HC tan sólo en el 50% (+11,5) de los casos y en el Informe de Alta en el 33,8% (+10,8).

Conclusiones: El proceso de detección, seguimiento e información de los pacientes con enfermedad renal en nuestro hospital presenta deficiencias. Planteamos la introducción de un protocolo clínico y reevaluación de resultados.

P86

PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD, UNA REALIDAD DISTANTE

T. Antónanzas (0), M. Febrel (1), G. Miguel (1), M. Escribano (1), D. Júdez (1).

(0) Planificación y Atención a la Inmigración, (1).

mfebrel@aragon.es

OBJETIVOS:

- Averiguar la representación social de usuarios, profesionales y gestores sobre la participación en el sistema de salud, su ejercicio y características.

- Profundizar en el nivel de utilización, conocimiento y validez de los instrumentos de participación del Sistema Aragonés de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Investigación cualitativa con cinco grupos de discusión (pacientes, profesionales y entidades) y dos entrevistas (gestores). Participaron 40 personas cuyos perfiles se definieron según las variables: sexo, edad, nivel asistencial, profesión sanitaria, pacientes organizados (sí/no) y tipo de entidad.

Se elaboró un guión para grupos y entrevistas que fueron grabadas y transcritas y se hizo el análisis de contenido.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Actualmente la participación de la población es muy baja y esto tiene su reflejo en una muy escasa participación de los usuarios en el sistema sanitario. Los usuarios desconocen los mecanismos de participación, pero también son desconocidos para una parte importante de los profesionales.

- Los consejos de salud son instrumentos desconocidos para los usuarios. Estos últimos, en particular los no organizados, no se sienten representados en dichos órganos y piensan que lo allí debatido no influye en la toma de decisiones. En numerosas ocasiones se cuestionan su utilidad. Consideran que, salvo alguna excepción, no funcionan, bien por la falta de asistencia de parte de sus miembros o bien porque en ocasiones son utilizados para la defensa de intereses particulares.
- Las asociaciones de pacientes son muy diversas. Podrían cumplir funciones de información, de apoyo en programas, participación en definición de protocolos y prevención. En el discurso se descubren dos papeles en relación con la administración sanitaria: subsidiariedad y complementariedad.
- El servicio de atención al paciente es el mecanismo más conocido. En opinión de los profesionales su utilización es escasa. Son ellos mismos quienes sugieren su uso a los pacientes argumentando la necesidad para detectar problemas y mejorar la calidad del sistema. Profesionales y usuarios detectan "cierto temor" a realizar quejas. Consideran que son poco efectivas y pueden perjudicar la posterior relación con el sanitario.
- Cada vez más el usuario toma decisiones en relación con su proceso. El ejercicio de este derecho se vincula con la información y con la relación de confianza que el usuario tiene con el profesional.

CONCLUSIÓN: Es necesario planificar actuaciones que reactiven los

instrumentos de participación y revisen su funcionamiento. Información y comunicación son elementos imprescindibles.

P87

PROTOCOLIZACIÓN DE PATOLOGÍA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

C. Campos*, I. García, J. López, M. García, Y. Aliaga, J. García Mata.

Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

ccamposc@salud.aragon.es

Objetivo: La buena práctica clínica se ve favorecida por la estandarización de los procesos asistenciales, acordes con la evidencia científica disponible, mediante su protocolización. Los protocolos deben adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio de trabajo y su objetivo está en disminuir la variabilidad en la asistencia urgente, garantizando la mejor calidad en la atención sanitaria en la Unidad de Urgencias de Pediatría y la evaluación de su cumplimiento permite definir propuestas de mejora.

Material y métodos: En una primera fase se elaboró listado de temas pediátricos que bien por su prevalencia, gravedad, y/o riesgo social en Urgencias de Pediatría eran prioritarios protocolizar o actualizar.

De forma periódica, un día de la semana, se presenta un Protocolo en Sesión clínica del Servicio consensuados por las diferentes Unidades y/o Servicios y siempre coordinados con la Unidad de Urgencias.

Se sigue una sistemática actual vigente en nuestro centro para elaboración de un protocolo. Se definen como indicadores de calidad la presentación de más de 20 protocolos/año y la aprobación del 100% por la Comisión de Tecnología. La actualización del protocolo se realiza en un plazo máximo de dos años con evaluación de su cumplimiento.

El programa mensual de protocolos se notifica con suficiente antelación a los Centros de Atención Primaria. Además, en formato electrónico, se remite al representante de Atención Primaria del Grupo de Mejora de Calidad. En el 2008 se ha iniciado la difusión de los protocolos a través del Boletín de la Sociedad Científica de Pediatría. Resultados: Actualmente se dispone en la Unidad de Urgencias de Pediatría de más de 60 protocolos. El número elaborados cada año ha sido superior a 20. Todos que se remitieron a la Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos han sido aprobados.

Se han actualizado y evaluado 24 protocolos. El grado de cumplimiento de estándares de calidad es variable, y se han propuesto medidas de mejora.

Conclusiones:

- En nuestro hospital se está trabajando en un plan de mejora de la calidad de las urgencias pediátricas mediante la protocolización.
- La reevaluación periódica de nuestros protocolos permite incorporar las evidencias disponibles y establecer oportunidades de mejora.
- La comunicación con Atención Primaria permite la continuidad de los cuidados del paciente.

P88

UNA HERRAMIENTA PARA LA EVIDENCIA. PROTOCOLO EN 10 PASOS: "VAYAMOS PASO A PASO"

M. B. Sánchez Gómez, G. Duarte Clíments.

DC Cuidados Sociosanitarios.

begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: La formación en asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia ASBE-tanto en Medicina Basada en la Evidencia -MBE- como en Enfermería Basada en la Evidencia -EBE-, se produce en todo el territorio nacional, siendo cada vez mayor la inquietud de los profesionales por la búsqueda de evidencias que mejoren su práctica clínica. Como formadores de EBE vemos la necesidad de proporcionar una herramienta que simplifique la búsqueda y aglutine los hallazgos para facilitar el seguimiento y la valoración. Es así como surge el protocolo que presentamos.

Objetivos: Proveer una herramienta útil que simplifique la búsqueda de la evidencia.

Proveer una herramienta útil para la clasificación de los hallazgos encontrados.-

Proveer una herramienta útil para facilitar el seguimiento del proceso.

Material y métodos: El método es reflexivo-inductivo basado en la

síntesis del proceso de búsqueda de la mejor evidencia disponible, arrancando con la propuesta de Sakett, y desde el punto de vista del aprendizaje basado en problemas.

El diseño del protocolo se hace buscando una secuencia amigable para la formación que sirva de aprendizaje, y guíe el resumen de las evidencias encontradas.

Resultados: Se presenta un protocolo en 10 pasos, dónde: se describe cada paso; se registran los hallazgos de la búsqueda, el resumen de las evidencias encontradas y el resumen de las lecturas críticas.

El resultado de la satisfacción con el protocolo está disponible y se presentará en la comunicación. Además se reseñan las revisiones sistemáticas obtenidos con el uso del protocolo.

Conclusión: El protocolo ha sido bien aceptado entre los alumnos formados en EBE por DC Cuidados Sociosanitarios. Se ha realizado una encuesta de satisfacción entre estos para saber su nivel de satisfacción con el protocolo.

P89

UNA MALA MUESTRA ES UNA MUESTRA INÚTIL

P. Palacián Ruiz (0), M. L. Monforte Cirac (1), M. P. Egidio Lizán (1), M. J. Revillo Pinilla (1), M. Grupo Mejora Información Clínica (1).

(0) null, (1) Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

ppalacian@salud.aragon.es

La preanalítica de un estudio microbiológico comienza cuando el clínico indica la necesidad de una prueba y termina con la recepción y aceptación de esa muestra por el laboratorio. El laboratorio es responsable de dictar las condiciones idóneas de recogida y transporte de muestra así como de aplicar criterios para comprobar su cumplimiento.

Objetivos Analizar aspectos concretos de la pre-analítica de las diferentes áreas funcionales (AF). Fijar indicadores cuantitativos de estos aspectos.

Material y métodos: Se solicita a las distintas unidades funcionales que elijan una muestra de su área cuya toma o transporte puede ser mejorada.

El facultativo responsable junto con la jefatura de servicio y el área de calidad y junto fijan un indicador de la muestra seleccionada en su sección que permita mejorar la preanalítica.

Resultados:

1. En el AF de Exudados: Conocer el nº de hisopos procedentes de cirugía.

Indicador: (nº hisopos procedentes Cirugía/nº muestras procedentes de cirugía de Hérda quirúrgica)*100.

2. En el AF de Respiratorio: Conocer el número de esputos no válidos (ENV).

Indicador: (nº de esputos no válidos/nº total de esputos)*100.

3. En el AF de Hemocultivos: Conocer el porcentaje de hemocultivos contaminados.

Indicador: (nº de hemocultivos contaminados/nº hemocultivos totales)*100.

4. En el AF de Orinas: Conocer el número de orinas "contaminadas" y los solicitantes de éstas.

Indicador: (nº orinas contaminadas/nº total de orinas cultivadas)*100.

Conclusiones:

1. La interacción entre el área de calidad y los facultativos es crucial en la mejora continua.

2. Los resultados de los indicadores nos aportarán conocimientos sobre el desarrollo de la preanalítica.

3. Estos conocimientos permite interaccionar con nuestros compañeros clínicos para mejorar la atención al paciente.

P90

VÍA CLÍNICA DEL ACNÉ

M. C. Delgado Sanz* (0), M. Mayor Arenal (1), M. Cerpa Calderón (1), M. Casado Jiménez (1), J. García Caballero (1).

(0) Hospital Universitario de Móstoles (Madrid)*, (1) Hospital Universitario La Paz, Madrid.

mconcepcion.delgado@salud.madrid.org

Objetivos: El acné es una patología frecuente, de curso clínico predecible y que en ocasiones puede producir trastornos con impacto a nivel psicológico y social.

Organizar la atención clínica de los pacientes con acné, de forma sistemática, mediante una vía clínica, disminuye la variabilidad de la práctica clínica, optimiza los recursos y mejora la seguridad y satisfacción de los pacientes. Facilitando que la toma de decisiones en la práctica clínica se realice con la mejor evidencia disponible. Así como promover la mejora continua de calidad mediante la evaluación de indicadores previamente establecidos.

Material y Métodos: Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron los meta-buscadores: TRIP database, SUMSearch y Google. Como criterios de búsqueda se utilizaron palabras clave, publicaciones en los 3 últimos años y que tuvieran especificados Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación. En las recomendaciones se tuvieron en cuenta criterios de eficacia, aplicabilidad en la práctica clínica, seguridad y tolerancia, entre otros. Los documentos de la vía clínica se diseñaron y elaboraron con los programas de Microsoft Office 2003: Word, Powerpoint y Publisher.

Resultados: Se ha desarrollado la Vía clínica del acné y los documentos correspondientes: 1) algoritmo principal, con las actividades a realizar, en la atención al paciente con acné, detalladas de forma secuencial; 2) registro clínico de la actividad asistencial, para facilitar el seguimiento y la evolución del proceso; 3) folleto de información al paciente; 4) consentimiento informado del tratamiento con Isotretinoína; 5) parte interconsulta o informe de alta para facilitar la continuidad de cuidados; 6) encuesta de satisfacción del paciente y/o familiares y 7) documento de evaluación con indicadores y estándares de calidad. Se presentó los documentos de la vía clínica a los profesionales del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, para su discusión, modificación aceptación y posterior implementación.

Conclusiones: La vía clínica permite gestionar la atención del enfermo con acné en forma de actividades secuenciales. Incorporando documentos operativos de información al paciente. Y se anticipan los estándares de calidad e indicadores para la mejora continua.

P91

VÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CANCER DE RECTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

M. Cerpa Calderón, D. García Olmo, J. Feliu Batlle, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.
 mauriciocerpa@gmail.com

Objetivos: Incorporar evidencia científica a la asistencia de pacientes con cáncer de recto. Mejorar la información al enfermo y familiares. Coordinar e involucrar a los profesionales implicados.

Material y Método: Se realizó la búsqueda bibliográfica de la práctica basada en evidencia (sumsearch, tripdatabase, google) con palabras clave: rectum cancer, standard, clinical pathways, quality, guideline. Con reuniones periódicas de los servicios de Cirugía General, Digestivo, Anatomía Patológica, Radiología, Oncología, Oncología Radioterápica, Anestesiología y Medicina Preventiva; se definieron los estándares de calidad y se diseñaron los documentos con ayuda de herramientas informáticas (Word, Excel, Access, Power Point, Publisher).

Resultados: Se ha elaborado:

1. Un algoritmo científico técnico: que detalla a lo largo del tiempo, la ruta a seguir en la atención de estos pacientes, implicando a los servicios correspondientes.
2. Base de datos en access que recoge: datos del paciente, del examen clínico, de las pruebas y procedimientos realizados, de la cirugía y de la anatomía patológica; utilizando las variables relevantes según evidencia científica.
3. Documentos de información al paciente: de los procedimientos que se le realizará durante su diagnóstico y seguimiento.
4. Consentimientos informados de los procedimientos: colonoscopia, resección de recto/ colon, tratamiento quimioterápico, tratamiento de tumores abdominales.
5. Informe de alta.
6. Encuesta de satisfacción y cuestionario de calidad de vida.
7. Hoja de indicadores a medir (de proceso y de resultado), según estándares seleccionados.

Conclusiones: La vía clínica organiza la atención del enfermo con cáncer de recto; y supone una mejora en este proceso asistencial. Informa mejor al paciente y familiares, promoviendo su seguridad y su satisfacción.

La principal innovación, es el uso de una herramienta informática (plantilla de access) que integra la información de diferentes especialistas de una forma sencilla y viable.

P92

¿EXISTE CONTINUIDAD RELACIONAL ENTRE FISIOTERAPEUTAS Y PACIENTES HOSPITALIZADOS?

S. L. De Oliveira Sousa* (0), F. Medina I Mirapeix (0), P. Escolar Reina (0), J. Sánchez Garre (1), F. Baeza Sánchez (1), M. Á. Martínez Aranda (1).

(0) Universidad de Murcia, (1) Hospital General Reina Sofía de Murcia.
 silvanaloana.de@alu.um.es

Objetivo: Describir la percepción de los pacientes hospitalizados atendidos con fisioterapia sobre la continuidad relacional.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal en un hospital público de la Región de Murcia, en el período comprendido entre Noviembre de 2007 y Marzo de 2008. Fue aplicado un cuestionario autoadministrado y realizado encuestas telefónicas. Participaron aquellos pacientes mayores de 18 años, hospitalizados en las plantas de traumatología o neurología y que recibieron tratamiento de fisioterapia. Contestaron un total de 61 pacientes (54,5%). Se incluyeron tres ítems, uno con escala dicotómica (Sí/No), en que se consideró problema la opción "No" y dos ítems con escala ordinal con cinco opciones de respuestas (ninguno-muy alto; mala-excelente) en que se consideró problema las opciones "ninguno-bajo-normal" y "mala-normal". Se diseñaron indicadores simples tipo porcentaje y un indicador compuesto tipo media.

Resultados: La media de problemas encontrado fue de un 53,8% (DE=39,2). Un 50,0% de los pacientes no llegaron a conocer el nombre del fisioterapeuta que les atendió durante su hospitalización; un 63,3% de los pacientes describe que el fisioterapeuta habitual les inspiraba un grado de confianza ninguno-bajo-normal; y un 44,8% de los pacientes dice haber establecido una relación terapéutica mala-normal con el fisioterapeuta.

Conclusiones: Según la perspectiva de los pacientes no hay una adecuada continuidad relacional entre el fisioterapeuta y los pacientes hospitalizados. El grado de confianza en el fisioterapeuta que les atiende durante su estancia hospitalaria es apuntado como el principal problema de la continuidad relacional.

Palabras clave: continuidad relacional, fisioterapia, atención hospitalaria.

P93

ADECUACIÓN EN EL TIEMPO DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

C. Sanz*, M. Olivar, E. García-Camba, S. Fernández, G. Fernández, J. Roldán.

Hospital Universitario de la Princesa.
 cristinasanzsebastian@gmail.com

OBJETIVOS: El informe de alta hospitalaria es una herramienta clave de la calidad asistencial y factor de gran importancia en la continuidad asistencial del paciente. Especial interés tiene la calidad científica del contenido y la oportunidad de su realización en el tiempo. El objetivo de este trabajo es conocer el tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta la realización del informe de alta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de revisión del momento de realización del informe de alta. Población: todas las altas de ingresos hospitalarios del año 2007. Hospital de tercer nivel de 500 camas. Fuentes de información: CMBD del año 2007 y sistema de información sanitario Nostradamus. Se han excluido los informes de los Servicios que no utilizan para su realización el sistema Nostradamus. Variables: servicio hospitalario responsable del alta, fecha de alta hospitalaria y fecha de realización del informe.

RESULTADOS: Se ha analizado la información correspondiente a 17.896 altas (de un total de 18.754) lo que supone el 95,4% del total, pertenecientes a 24 Servicios Hospitalarios (16 Servicios médicos y 8 quirúrgicos) de los 28 del hospital. No había informe definitivo en 613 altas (3,4%). Datos globales: Informes realizados el día de alta: 9.920 (55,32%); informes realizados en los primeros quince días tras el alta: 13.166 (73,45%). Rango: mínimo: 0 días y máximo 432 días. El tiempo medio de realización del informe es 14,2 días (DE: 34,1). Al considerar solo los informes realizados en los primeros 15 días el tiempo medio se reduce a 1,9 días (DE:3,9). Datos desagregados por

Servicios: 7 Servicios -5 médicos y 2 quirúrgicos- realizan más de un 80% de informes el día de alta y 15 Servicios -12 médicos y 3 quirúrgicos- hacen más del 80% de informes en los primeros 15 días. Destaca que 4 Servicios -3 quirúrgicos y 1 médico- realizan menos del 50% de informes en los primeros 15 días posteriores al alta.

CONCLUSIONES: En la evaluación realizada se han observado importantes diferencias entre los Servicios en relación a la gestión del informe de alta. La evaluación ha permitido identificar Servicios hospitalarios con indicadores desfavorables en cuanto al tiempo transcurrido hasta la realización del informe, lo que va a permitir incidir directamente sobre ellos con programas específicos de formación.

P94

ANÁLISIS DE CAUSAS Y PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS DESDE PRIMARIA PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN

C. Santiago García, M. A. Moreno Valero, G. Álvarez Domínguez, A. Barragán Pérez, J. Fontcuberta Martínez, J. F. Martínez García, P. García Gómez.

Gerencia de Atención Primaria Cartagena.
carmen.santiago@carm.es

OBJETIVO: Mejorar la Coordinación entre Atención Primaria(AP) y Hospitalaria (AH):

- Valoración de percepción del Hospital desde la perspectiva de Atención Primaria.
- Análisis de causas de problemas de coordinación. Propuestas de mejora.

METODOLOGÍA: Ámbito: Atención Primaria. Emplazamiento: Área de Salud con 20 Equipos de Atención Primaria (EAP) y dos hospitales de referencia. Hospital 1 atiende de forma completa a la población de 16 EAP y en determinados servicios a los 20 EAP; Hospital 2 ofrece determinados servicios a sus 4 EAP de referencia. ANALISIS EFECTUADO:

- Análisis de causas mediante diagrama de Isikawa y tormenta de ideas, sobre causas y medidas correctoras par mejorar la coordinación.
- Diagrama de Afinidades (DA) para ordenar las sugerencias y elaboración de plan.
- Valoración de la percepción de AP relativa a la cumplimentación por AH de informes, recetas y recetas(aspectos identificados como generadores de aumento de derivación y de disfunción en la coordinación).

RESULTADOS:

- Tasa de respuesta 75% .
- DA con Plan de Acción para administración, AP y AH: Mejorar la comunicación-coordinación entre niveles, la organización y, formación-información.
- Valoración de AP sobre si hospital emitía informes. Tasa de respuesta 100%:

Hospital 1, mayoritariamente (el 93,6%) de los médicos de primaria piensan que habitualmente emiten informe de los pacientes que atienden, no realizan recetas de forma habitual (lo piensa el 75%), pero varía mucho de unos servicios a otros. Se recitan habitualmente a sus pacientes (55%).

Hospital 2, la percepción mayoritaria es de que si realizan informes (75% de los servicios), no realizan habitualmente recetas a excepción de Neumología y Cardiología y son más los servicios que se recitan a sus pacientes (71%)

Se han instaurado alguna de las medidas correctoras: facilitar la función consultora, protocolos conjuntos; facilitar acceso y datos de demoras para exploraciones complementarias ; datos de consumo de interconsulta por especialidad y zona, creado un aplicativo informático que permite analisis individualizado de derivaciones, grupo para elaborar un manual de procedimiento, difusión entre los profesionales de primaria. Pendiente la difusión en los hospitales y el seguimiento.

CONCLUSIONES:

- El análisis de causas permite diseñar medidas correctoras.
- Las medidas correctoras son las mismas para los distintos actores (Administración, AP y AH): Comunicación, Organización, Formación - Información.
- La percepción de los Médicos de Familia del hospital es en general buena.

P95

ANÁLISIS DE LA MEJORA DE LA INFORMACIÓN BASADA EN UN TRÍPTICO INFORMATIVO

C. Mora Lourido*, M. J. Déniz Rodríguez, A. Hernández Santana, C. García Del Rosario, E. Martínez Quintana, M. J. García Santana. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. ahersanm@gobiernodecanarias.org

INTRODUCCIÓN: La información oral que se aporta al paciente con síndrome coronario agudo para el control adecuado de sus factores de riesgo no siempre es suficiente. De ahí la importancia de conocer el valor informativo que tiene la entrega de un tríptico con consejos cardiológicos en estos pacientes.

OBJETIVOS: Optimizar, mediante consejos en un folleto explicativo, la calidad de vida de un paciente con síndrome coronario agudo.

METODOLOGÍA: 121 pacientes consecutivos ingresados por síndrome coronario agudo en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria entre Abril y Junio del año 2007 fueron encuestados para saber si eran conocedores de su enfermedad. 56 pacientes recibieron la información médica verbal habitual y 65 la información médica habitual más un tríptico informativo.

RESULTADOS: Los pacientes a los que se les entregó información escrita tuvieron, de forma muy significativa, mayor grado de conocimiento sobre su enfermedad, de los procedimientos a realizar, cuáles eran sus factores de riesgo cardiovascular, cómo debían controlarlos y qué actividades podrían realizar tras el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES: La información escrita con consejos cardiológicos en pacientes ingresados con un evento cardiovascular agudo es un procedimiento de bajo coste y gran utilidad para un mejor conocimiento de la enfermedad y sus riesgos.

P96

ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y A SUS CUIDADORES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

M. Á. Martín Burriel (0), M. C. Esquivias Jaramillo (1), E. Altarribas Bolsa (0).

(0) HCU Lozano Blesa de Zaragoza, (1) Atención Primaria Sector III. enfermera-valoracion.hcu@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Captar pacientes con GRD Fractura de cadera.

Proporcionar la mejor calidad en los cuidados de enfermería durante la hospitalización de los paciente con fractura de cadera.

Identificar los diagnósticos enfermeros, tanto de los pacientes atendidos como de sus cuidadores.

Identificar al cuidador principal y proporcionarle soporte y apoyo.

Mejorar la información de los cuidadores domiciliarios.

Realizar una adecuada transferencia del enfermo desde el hospital a su domicilio.

Fomentar la coordinación entre niveles asistenciales.

Mejorar la información de los profesionales de Atención Primaria respecto al GRD Fractura de cadera.

Unificación de criterios en los cuidados de enfermería. MÉTODOS: Triage de pacientes.

Identificación del cuidador principal domiciliario.

Valoración integral del cuidador.

Identificación de los diagnósticos enfermeros del paciente y del cuidador.

Planificación del alta de forma multidisciplinar.

Derivación a Atención Primaria a través de la Enfermera de Enlace de Sector.

Control telefónico por parte de la EE de Sector a las 72 horas tras el alta.

Implantación de talleres de formación para enfermeros/as de Atención Primaria.

RESULTADOS: En el año 2007 se han valorado 228 pacientes ingresados por fractura de cadera, lo que representa el 60% del total. El 70% de estos pacientes valorados presentan al alta una dependencia entre total y grave.

Los diagnósticos enfermeros del paciente prevalentes han sido:

- Deterioro de la movilidad física.
- Déficit de Autocuidado, vestido / acicalamiento.
- Déficit de autocuidados baño/higiene.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de alteración de la integridad de la piel.

Se ha identificado diagnósticos enfermeros en el 33% de los

cuidadores valorados.

- Diagnósticos enfermeros identificados del cuidador:
- Conocimientos deficientes, administración de medicamentos prescritos 28%.
- Conocimientos deficientes, movilización / transferencias 11%.
- Conocimientos deficientes, prevención de UPP 24%.
- Conocimientos deficientes, prevención de caídas 11%.
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador 2%.
- Cansancio en el desempeño del rol del cuidador 3%.
- Ansiedad 4%.
- Afrontamiento familiar comprometido 5%.
- Duelo anticipado 1%.
- Conocimientos deficientes: manejo ambiental, seguridad 11%.

Se han implantado 2 talleres de 9 horas de duración para profesionales en atención primaria.

Conclusiones: Se ha mejorado la coordinación entre niveles facilitando la comunicación de los profesionales y la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario.

Se han identificado los problemas prevalentes con los que se encuentran los cuidadores, lo que va a servir para planificar talleres de educación sanitaria.

P97

CALIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON DIABETES O EPOC

M. A. Sesé Sánchez (0), M. J. Rabanaque Hernández (0), J. M. Abad Díez (1).

(0) Universidad de Zaragoza, (1) Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

mariasese@gmail.com

Objetivos: Identificar variables, relacionadas con los pacientes y con los servicios asistenciales, que sean útiles para valorar continuidad y calidad de cuidados en pacientes con Diabetes o Epoc.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de la literatura, utilizando dos bases de datos bibliográficos informatizados. Se han realizado tres estrategias de búsqueda, dos de ellas en Medline y la tercera en la base de datos de revisiones sistemáticas completas Cochrane.

Los criterios de inclusión de los trabajos fueron: hacer referencia a Epoc o Diabetes y disponer de resumen en texto libre. Se excluyeron los referidos a diabetes gestacional o juvenil, y los resultados duplicados.

Resultados: Se localizaron 392 trabajos (218 en Medline y 174 en Cochrane), de los que se seleccionaron 116 de Medline (53,21 %) y 6 de la Cochrane (3,44 %). Tras revisar los resúmenes de los estudios, las variables de continuidad y calidad de atención, en diabéticos y Epoc, que se identificaron se agruparon en las siguientes categorías: a) medidas de resultados de salud física (hemoglobina glicosilada; perfil lipídico; tensión arterial; espirometría y disnea); b) salud psicosocial (continuidad relacional, de cooperación y de información; apoyo emocional, y percepción de barreras); c) ingresos hospitalarios; d) satisfacción con el tratamiento (demora, aplicación correcta); e) procesos de atención (sistemas de autogestión; equipos multidisciplinarios; programas de educación); e) variables relacionadas con el profesional (volumen de trabajo, intervenciones multifacéticas, importancia del médico de cabecera y del enfermero en atención primaria), y f) costes. De los 122 trabajos seleccionados, las revistas en las que se había publicado mayor número de ellos fueron: Archives of Internal Medicine y Diabetes Care, con 8 artículos cada una; Family Practice, BMC Family Practice y Annals of Family Medicine con 7; BMC Health Services Research con 5 y la base de datos Cochrane con 7 trabajos seleccionados.

Conclusiones: Según la literatura publicada, una parte importante de las variables identificadas como indicadoras de continuidad y calidad de cuidados en pacientes con Diabetes y Epoc son variables relacionadas con la estructura y organización de los servicios. Hacen falta estudios dirigidos a identificar los indicadores más relacionados con mejores resultados en salud y satisfacción de los pacientes.

P98

CIRCUITO PARA EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE CÁMARA DE RETINOGRFIA NO MIDRIÁTICA (CRNM)

R. Sagarra Álamo (0), M. Baldrich Justel (1), T. Basora Gallisà (1), J. Basora Gallisà (1), R. Pedret Llaberia (1), J. Daniel Díez (1).

(0) null, (1) INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ÀMBIT TARRAGONA-REUS).

rsagarra.tarte.ics@gencat.cat

La detección de la retinopatía diabética (RD) obligaba al paciente a acudir al servicio de oftalmología con una lista de espera de más de un año.

OBJETIVO: Disminuir la lista de espera y aumentar las competencias del médico de familia en el cribado de la RD mediante la creación de un circuito de CRNM en un servicio de Atención Primaria (AP).

METODOLOGÍA: Se adquiere una CRNM para la obtención de imágenes digitalizadas que se incorporarán a la historia clínica informatizada.

El aprendizaje de los sanitarios se hace en 2 fases:

1. Se imparte un curso práctico a los referentes de las área básica (ABS) que actuarán como consultores ante dudas y reforzarán la formación.

2. Se organizan cursos a todos los médicos por parte del oftalmólogo y el referente.

Se crea un circuito en que el médico deriva a los pacientes diabéticos a la consulta de CRNM donde una enfermera entrenada realiza las fotografías y las incluye en la historia del paciente. Semanalmente cada médico recibe la notificación de las imágenes retinianas para su valoración. En caso de imagen dudosa o patológica el médico solicita un informe de revisión de dicha imagen por parte del oftalmólogo. En caso de confirmación de patología se avisa al usuario y se le cita en consultas externas de oftalmología para tratamiento.

RESULTADOS: El servicio de AP está formado por 8 ABS que atienden a 6537 diabéticos (prevalencia del 5,7%).

Durante el año 2007, se hicieron 3321 fotografías que correspondieron a 1631 diabéticos. En el 19,6% (320) se solicitó valoración por oftalmólogo, de los cuales se acabaron citando a consultas externas el 7,5% (123). Se evitaron 1508 derivaciones de usuarios al especialista.

La lista de espera para el cribado de la RD se ha reducido de 1,5 años a 0 días.

Se hizo una auditoría con una selección aleatoria de 160 pacientes con una interpretación normal de los cuales 23 presentaban algún tipo de patología, pero sólo 5 hubieran requerido control hospitalario.

CONCLUSIONES: La creación del circuito de cribado de RD mediante CRNM coordinado entre AP y oftalmología mejora el manejo de la DM al reducir las listas de espera y evitar al paciente derivaciones innecesarias. Se favorece el diagnóstico precoz de patologías retinianas y se agiliza el tratamiento. La AP puede ser el lugar adecuado para el cribado de la RD.

P99

COLABORACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE AL ALTA: UN RETO DENTRO DE LA CONTINUIDAD DE GESTIÓN EN FISIOTERAPIA.

S. L. De Oliveira Sousa* (0), F. Medina I Mirapeix (0), P. Escolar Reina (0), J. Sánchez Garre (1), F. Baeza Sánchez (1), M. Á. Martínez Aranda (1).

(0) Universidad de Murcia, (1) Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

silvanaloana.de@alu.um.es

Objetivo: Describir la percepción de los pacientes hospitalizados con respecto a la continuidad de gestión relativas a la colaboración profesional-paciente al alta.

Métodos: Se utilizó el autoinforme del paciente, mediante cuestionario autoadministrado y entrevistas telefónicas a los pacientes de un hospital público de la Región de Murcia, entre Noviembre de 2007 y Marzo de 2008. Se incluyeron aquellos pacientes mayores de 18 años, hospitalizados en las plantas de traumatología y neurología y con indicación de fisioterapia. Contestaron un total de 73 pacientes (58,9%). Los ítems fueron medidos con escalas de respuestas dicotómicas (Sí/No), considerándose como problema la opción NO. Se generaron indicadores simples de porcentaje de problemas para los 4 ítems y un indicador compuesto tipo media para el total de problemas.

Resultados: La media de problemas fue de un 61,18% (DE=39,9). Un 68,1% de los pacientes perciben que no reciben orientaciones sobre como realizar actividades cotidianas que pueden ser difíciles; un 65,7% describen que sus familiares/acompañantes no reciben información suficiente para poder ayudarles en casa; un 63% que no

se les informa sobre movimientos o malas posturas que debe evitar en casa; y un 47,9% no se les informa sobre los ejercicios que debe realizar en casa.

Conclusiones: La continuidad de gestión presenta problemas de magnitudes importantes relativos a la preparación del paciente para el alta hospitalaria con respecto a los cuidados de fisioterapia. El elevado porcentaje de problemas encontrados refleja la poca búsqueda de colaboración del paciente al alta por parte del personal sanitario.

Palabras clave: continuidad de gestión, fisioterapia, preparación para el alta.

P100

CONCORDANCIA DE DIAGNÓSTICOS E IDONEIDAD EN TRASLADOS COMO INDICE DE CALIDAD ASISTENCIAL

M. D. Aranda Cardenas (0), M. T. Álvarez Albarrán (1), M. Puiggalí Ballart (0), I. Puente Palacios (0), S. Laso De La Vega Artal (0), C. Clemente Rodríguez (0).

(0) H. Esperança, (1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. 92285@imas.imim.es

INTRODUCCIÓN: Servicio de Urgencias con dos médicos (medicina, traumatología), 65-70 pacientes diarios. Disponemos de laboratorio básico y radiología simple, para exploraciones complementarias o valoraciones de otros especialistas trasladamos al centro de referencia nivel III correspondiente.

OBJETIVOS: Valorar en los pacientes trasladados: características demográficas, tipo de transporte, tiempo de espera de la ambulancia tras solicitarla, estancia total del paciente en Urgencias, concordancia diagnóstica al alta con el diagnóstico definitivo del centro receptor e idoneidad de traslados según criterios de: necesidad de ingreso hospitalario, intervención quirúrgica o tratamientos ortopédicos, realización de pruebas complementarias, permanencia en urgencias mas de 12h, consulta especialista diferente al receptor inicial y necesidad de observación evolutiva con repetición del laboratorio o de la radiología simple. Éstos dos últimos como marcador de calidad. MATERIAL Y MÉTODO: Recogida protocolizada de datos durante los últimos 6 meses de 2006. concordancia diagnóstica e idoneidad del traslado tras contactar con receptor.

Se procesaron los datos con el programa SPSS 15 para Windows. RESULTADOS: 286 pacientes trasladados, sólo recogidos datos de 159.

Edad media 64 años. 50% hombres.

73% iniciativa propia, 11,9% traslados intrahospitalaria, 7,6% de vía pública, 3,8% remitidos por 061 y 1,9% de primaria.

Tipo de traslado, 79% ambulancia convencional, 18,2% medicalizada y 2,5% medios propios.

Estancia en Urgencias 1-2h en el 24,5% de casos, 3-5h en el 39%, 6-10h en el 18,9%, 11-24h en el 6,3% y >24h en el 3,1%.

Tiempo de espera de la ambulancia fue <30 minutos en el 30% de casos, 30min-1h en el 29%, 1-2h en el 27% y >2h en el 12,7%. No hubo diferencias entre la espera de ambulancia convencional y la ambulancia medicalizada.

Patología trasladada: traumatológica 38, cardiológica 25, respiratoria 20, quirúrgica 30, digestiva 14, patología médica general 9, neurológica 8, urológica 3 y otras patologías 12.

92,5% de los casos existió concordancia diagnóstica y en el 88% idoneidad en el traslado.

CONCLUSIONES: La mayoría de pacientes trasladados acudió por iniciativa propia y se trasladó en ambulancia convencional.

Los traslados en ambulancia medicalizada no fueron más rápidos.

En dos tercios de los pacientes el traslado se decidió en las primeras 6 horas de estancia en Urgencias.

Concordancia e idoneidad pueden ser un buen indicador de calidad asistencial en un servicio de Urgencias nivel I. Para ello es importante contar con unos circuitos de información interhospitalaria adecuados.

P101

CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS DE CORTA ESTANCIA

S. Mazo Casaus (0), C. Emparan García De Salazar (0), V. Hernández (1).

(0) Fundación Hospital Calahorra, (1) MCBW Hospital. smazo@fhcalahorra.com

Objetivos: evaluar los factores críticos de continuidad asistencial entre el hospital y la Unidad de Hospitalización a Domicilio en pacientes quirúrgicos fast-track o ambulatorizados de alta complejidad.

Material y Métodos: 33 pacientes intervenidos quirúrgicamente de tres procesos prevalentes de estancias medias superiores a tres días fueron incluidos en programas fast-track y remitidos a Hospitalización a Domicilio (HaD). Once casos fueron pacientes apendicectomizados, trece colecistectomizados laparoscópicamente y 9 colectomías laparoscópicas. En todos ellos se analizaron las variables que permitieron la continuidad de cuidados domiciliaria y el impacto que tuvo en la estancia media comparado con un grupo control de pacientes intervenidos de forma convencional y remitidos al alta al domicilio. Las complicaciones, reingresos o mortalidad fueron comparados en ambos grupos.

Resultados: el grupo de pacientes intervenidos en coordinación con Hospitalización a Domicilio presentaron una ingesta adecuada en las primeras 6 horas post-intervención, no presentaron drenajes abdominales, la analgesia postoperatoria se realizó con bombas elastoméricas y su edad fue en todos los casos inferior a 75 años, con un adecuado entorno social y una motivación elevada. No hubo mortalidad en el grupo fast-track (un 3% en el grupo control), ni reingresos hospitalarios, aunque en tres pacientes fueron necesarios otro tipo de cuidados (transfusión, antibioterapia terapéutica, curas de herida quirúrgica) que motivaron una estancia en la unidad de HaD superior a los 5 días. La estancia media de las apendicectomías fue de 16 horas, 22 horas para las colecistectomías y 3,2 días para las colectomías laparoscópicas.

Conclusiones: los procesos quirúrgicos complejos adecuadamente coordinados con las Unidades de HaD presentan estancias muy reducidas, sin menoscabar la seguridad del paciente. Una adecuada selección de pacientes y el seguimiento estricto de protocolos terapéuticos garantiza el continuum asistencial de los mismos en sus domicilios.

P102

CONTRACCIÓN DE EMERGENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: EFECTO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA POR PARTE DEL PERSONAL

I. Puente Palacios (0), M. Puiggalí Ballart (0), S. Laso De La Vega Artal (0), D. Aranda Cárdenas (0), J. L. Echarte Pazos (1), C. Clemente Rodríguez (0).

(0) IMAS. Hospital de l'Esperança, (1) IMAS. Hospital del Mar 86838@imas.imim.es

INTRODUCCIÓN: En octubre-2004 se puso en marcha una campaña para facilitar la contracepción hormonal de emergencia (CE) a mujeres que la solicitasen. Se decidió administrar el tratamiento en urgencias.

En estudios previos, observamos que el porcentaje de reincidencia referido era del 49,2% y de éste, el 35,6% era en los 6 primeros meses. Por eso, se insistió en ofrecerles la información necesaria durante la asistencia, para evitar la frecuentación.

OBJETIVOS: Valorar efectividad de la educación sanitaria realizada. MÉTODOS: El kit de CE (2 comprimidos de levonorgestrel) se facilita en Urgencias con un preservativo y un folleto informativo.

Personal médico y/o enfermería informó:

De efectos secundarios, la no idoneidad como método anticonceptivo y conveniencia de acudir al ginecólogo para más información.

Se solicitó autorización para contacto telefónico en 6 meses y responder encuesta (información recibida verbalmente, si leyó folleto, si acudió al ginecólogo y si había solicitado nuevamente CE).

Datos analizados con programa SPSS para Windows 13.0.

RESULTADOS: La muestra fue de 374 pacientes recogidas de forma prospectiva durante un año (de octubre de 2006 a septiembre de 2007) y forman parte del grupo general de 1006 pacientes asistidos entre octubre de 2004 y septiembre de 2007 por CE. El porcentaje de reincidencias referidas por las pacientes de este subgrupo fue de 52,1%.

De las 374 pacientes, 328 (88%) accedieron a ser encuestadas y facilitaron un teléfono de contacto para realizar la entrevista, pero tan solo fue posible localizar a posteriori a 213 (57%).

El número de reincidentes entre las respondieron a la entrevista no mostró diferencias con respecto a las que no lo hicieron, sin embargo la reincidencia en los 6 primeros meses si que fue superior entre las que no respondieron llegando casi a la significación (42,3% vs 28,9%

$p = 0,056$).

Del total de 213 mujeres entrevistadas, 19 (9%) no recordaban haber recibido ningún tipo de información verbal y 26 (12,2%) no habían leído el folleto informativo, sólo 79 pacientes (37,1%) habían acudido al ginecólogo y 20 (9,4%) declararon haber necesitado la CE alguna vez más después de la asistencia registrada.

CONCLUSIONES:

Mayoritariamente las pacientes encuestadas reconocen haber recibido algún tipo de educación sanitaria durante la asistencia.

Sólo un tercio de las pacientes reconocía haber acudido a su ginecólogo, lo que sugiere una baja percepción de estar realizando un tratamiento al recibir CE.

La educación sanitaria realizada parece haber disminuido el porcentaje de reincidencias.

P103

DERIVACIONES A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DESDE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

M. A. Javierre Loris, C. Garcés San José, J. Povar Marco, E. Bustamante Rodríguez, B. Gros Bañeres, A. Herrer Castejón.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

marianjavierre@comz.org

INTRODUCCION: El incremento del número de pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios, ha sido notable en los últimos años.

Muchas de estas intervenciones se realizan sobre procesos "no urgentes" que suponen una dedicación de recursos para solucionar problemas, que podrían ser atendidos en otros centros sanitarios no hospitalarios.

OBJETIVOS: Describir las características principales de los pacientes derivados y observar si existe alguna variabilidad entre éstos y los que acuden a petición propia. Valorar picos horarios de asistencia en relación con las derivaciones y variaciones de destinos alta/ingreso según su procedencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de los pacientes atendidos del 1-15 junio 2007 en urgencias del Hospital Miguel Servet.

Variables categóricas: Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Cuantitativa /categórica con dos categorías T de Student o test no paramétrico de Mann-Whitney Para categóricas con más de dos categorías: análisis de la variancia o el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS: Ap= atención primaria, Pp= petición propia.

7839 pacientes recogidos, 45,3 % varones.

Incremento de las urgencias atendidas en 2007 de 8,4 % respecto a 2006 ($p < 0,005$) y 9,3% respecto a 2005 ($p < 0,014$).

Incremento del número de urgencias derivadas desde Ap 40% respecto a 2006 ($p < 0,034$). Porcentaje de ingresos superior en los pacientes derivados desde Ap (25,9 %) frente los atendidos a Pp 11,3 % ($p < 0,000$).

Los pacientes derivados desde Ap presentan en promedio edades más altas que los pacientes que acuden por petición propia 62 años(Ap) 46 años (Pp) ($p < 0,000$).

Los pacientes derivados de Ap se agrupan en una franja horaria más reducida, fundamentalmente entre las 12:00 y las 16:00 aunque estas diferencias no resultaron significativas ($p < 0,739$). El 25 % de los pacientes derivados desde Ap fueron en lunes ($p < 0,00$).

CONCLUSIONES: Uno de cada dos ciudadanos acude una vez al año al servicio de urgencias y el 80 % de estas consultas son a petición propia. Este aumento puede atribuirse al uso inadecuado de estos servicios por consultas banales, enfermedades crónicas y problemas organizativos-asistenciales de otras áreas de salud como listas de espera quirúrgicas, consultas con especialistas y retraso en la realización de pruebas complementarias.

Quizás la mayor oferta de los servicios de urgencias en los últimos años ampliando estos con profesionales especializados y avances tecnológicos puede influir en el aumento de la demanda en los mismos.

P104

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN EFICIENTE DE RANIBIZUMAB

P. Robledillo Colmenares, C. Folguera Olias, B. Menchén Viso, V. Saavedra Quirós, A. Sánchez Guerrero, A. Torralba Arranz.

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

poroble80@hotmail.com

La comercialización de 2 nuevos medicamentos (Pegaptanib y Ranibizumab) para el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) húmeda presenta un nuevo horizonte en cuanto a eficacia en esta enfermedad. El problema surge del elevado coste de los mismos en una enfermedad que afecta al 4% de la población mayor de 65 años y al 8% mayor de 75 años en España, originando pérdida de la agudeza visual que puede desembocar en ceguera. La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) decidió la inclusión de Ranibizumab implementando un programa de utilización eficiente del mismo coordinada con el servicio de oftalmología, estrategia que permite mejorar la relación coste-efectividad.

Objetivo: Desarrollar un protocolo para la utilización eficiente de ranibizumab en el tratamiento de la DMAE y estimar el ahorro de su implementación.

Material y métodos: Desde la unidad de mezclas IV se desarrolló un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la utilización de los viales de ranibizumab de la forma más eficiente, y se estableció con el servicio de oftalmología la citación de los pacientes en grupo para optimizar la utilización del medicamento. Se dosifican en jeringas precargadas estériles purgadas para su directa administración intravítrea. Su preparación se realiza cuando se confirma la llegada de los pacientes al quirófano de cirugía ambulatoria.

Resultados: Desde la fecha de inclusión en el hospital el 28 de agosto de 2007, se han tratado un total de 51 pacientes con ranibizumab. El número total de administraciones fueron 111: 5 para un paciente; 4 para 6 pacientes; 3 para 11 pacientes; 2 para 16 pacientes y 1 para el resto. El coste total del tratamiento de estos pacientes ascendería a 124378,83 euros. Con la puesta en marcha del programa de utilización eficiente de ranibizumab, el ahorro conseguido es de 41459,61 euros al obtener 2 jeringas precargadas por vial de ranibizumab. Aún así el gasto que supone la introducción de este medicamento es del 0.42% del gasto total de medicamentos del hospital, representando el 76,3 % del gasto del servicio de oftalmología.

Conclusiones: Reducción importante del coste, permitiendo utilizar esos recursos para otras intervenciones (coste-oportunidad). Aumento de la calidad y seguridad en la administración al paciente, al prepararse en un ambiente estéril por personal especializado en la preparación de mezclas IV.

P105

DISEÑO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA ENFERMERA DE VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA

M. Á. Martín Burriel (0), E. Altarribas Bolsa (0), M. C. Esquivias Jaramillo (1).

(0) HCU Lozano Blesa de Zaragoza, (1) Atención Primaria Sector Zaragoza III.

enfermera-valoracion.hcu@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Configurar la cartera de servicios de la Enfermera de Valoración de pacientes crónicos-dependientes.

MÉTODOS: Revisión bibliográfica.

Reunión de la Enfermera de Valoración y la Coordinadora de Calidad de Enfermería.

Análisis de la actividad de la Enfermera de Valoración con objeto de conocer la situación real de su trabajo.

Identificar los puntos débiles del proceso.

Detectar áreas de mejora y realizar las medidas correctoras oportunas.

RESULTADOS: Cartera de servicios:

1. Captación de la población diana: Triage de los ingresos diarios: Neurología 27%, Traumatología 62%, Otros servicios 11%. Captación por derivación de profesionales del hospital 13%. Captación por derivación de la Enfermera de Enlace de Sector 2%.
2. Atención al paciente Hospitalizado y Cuidador Coordinación

de la atención en el sector (AP/Hospital de Convalecencia).
CONSULTA PRIMERA: Valoración funcional y cognitiva. En el año 2007 fueron valorados 422 pacientes.
Detección precoz del riesgo social. 55% de los pacientes valorados fueron derivados a trabajo social.

Identificación del cuidador principal y valoración integral del mismo.
Identificación de diagnósticos enfermeros del cuidador: Se han detectado uno o más diagnósticos en el 23% de los cuidadores.

- Conocimientos deficientes: administración de medicación prescrita 28%.
- Conocimientos deficientes: prevención de UPP 25%.
- Conocimientos deficientes: actividad/ejercicio prescrito 9%.
- Conocimientos deficientes: manejo ambiental, seguridad 12%.
- Cansancio en el desempeño del Rol de cuidador 6%.
- Ansiedad 7%.
- Afrontamiento familiar comprometido 7%.
- Otros 6%. Información personalizada al paciente y cuidador.

CONSULTAS SUCESIVAS: Enseñanza de medicamentos prescritos.

Enseñanza: prevención UPP.

Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.

Enseñanza: prevención de caídas.

Enseñanza proceso de enfermedad.

Apoyo al cuidador principal.

Apoyo en la toma de decisiones.

Asesoramiento sobre ayudas técnicas.

Planificación del alta (multidisciplinar).

Coordinación con Atención Primaria a través de E. Enlace de sector.

Atención telefónica a cuidadores.

CONSULTA DÍA DEL ALTA: Continuidad de las intervenciones en la planificación del alta.

Informe de Continuidad de Cuidados: 249 / Informe de Valoración: 120.

Coordinación con la enfermera de enlace de Sector.

Valoración funcional y cognitiva.

Media de consultas por paciente: 3

3. Otras actividades:

Promover la implantación de talleres para cuidadores.

Solucionar problemas de coordinación entre Atención Primaria y Hospital.

CONCLUSIONES: Se ha identificado lo que hace la Enfermera de Valoración quedando así definido su contenido profesional.

Hay que aumentar el número de pacientes derivados por los profesionales.

Esta cartera de servicios aumenta el área de atención Enfermera en el hospital, abarcando tanto al paciente como a sus cuidadores.

P106

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ZONA DE SALA DE RADIODIAGNÓSTICO A UTILIZAR

E. N. Pérez Riverol, C. López Bautista, S. Ciudad Trujillo, H. Llamas Ramón, T. Cañuelo Merino, S. Luna Díaz.

HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD-REAL.

nieveri@hotmail.com

Objetivo: Distribuir los pacientes por tipo de exploración radiológica simple, si se realiza en pared, mesa o con trabajo del operador post proceso en el Servicio de Radiodiagnóstico.

Material y Métodos: 3 Salas Digitales PHILIPS Digital Diagnost TH, VM.

Protectores gonadales y Mandiles plomados de Tathigraphics.

Soporte informático del hospital.

Observando el aumento de actividad asistencial en las salas de radiología simple, y por tanto el aumento de tiempo de espera del paciente y de la carga de trabajo para los técnicos de Radiodiagnóstico.

En una de las sesiones semanales que se mantienen el Servicio, se realizó una propuesta de los mismos trabajadores.

Dicha propuesta fue la clasificación de pacientes dependiendo de la prueba a realizar si se realiza en mesa, mural o con trabajo post proceso.

Para realizarla se siguieron los siguientes pasos:

Se asignó una sala para exploraciones de mural, otra de mesa y otra para postproceso.

Los pacientes que tenían estudios mixtos se reparten equitativamente entre la sala de mural y la de mesa. Pues las exploraciones con post

proceso tiene más tiempo de ocupación de sala que el resto.

Se realizó una Instrucción de Trabajo para el auxiliar Administrativo con las exploraciones que se realizaban en cada sala.

Resultados: Se obtuvo una mayor funcionalidad del Servicio, disminuyendo el tiempo de espera de los pacientes, monitorizado por pacientes muestreo.

Aumentando la incentivación del personal técnico pues siendo la misma carga de trabajo, el esfuerzo físico es menor al no tener que movilizar el equipo con cada nuevo paciente y también el tiempo de ocupación de sala. Aumento de la calidad asistencial.

Conclusiones: Se realiza una reclasificación de pacientes-clientes para una mejor asistencia tanto de confortabilidad para el cliente externo (paciente) como el interno (técnico). Mejora de prueba diagnóstica realizada con la mínima dosis posible tanto para el paciente como para los trabajadores, con una calidad de imagen óptima y que reúna las características técnicas para un diagnóstico.

P107

EL PACIENTE NO ONCOLÓGICO TERMINAL Y LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

C. Domínguez Lorenzo (0), E. García Hervás (1), I. García Verde (1), E. Molina Baltanás (1), M. M. Vicente Aedo (1), S. Muelas González (1).

(0) null, (1) ESAD Área 8 Atención Primaria.

cdominguez.gapm08@salud.madrid.org

Objetivos:

1. Establecer la coordinación entre los niveles asistenciales y unidades de apoyo (Equipo de Soporte de Asistencia Domiciliaria "ESAD", Unidad de Soporte Hospitalario y equipos de Atención Primaria) que pueden intervenir en el cuidado y atención al paciente no oncológico terminal.

2. Definir los criterios de entrada del paciente en el circuito de derivación.

3. Facilitar el flujo de la mínima información necesaria para garantizar la continuidad asistencial (atención y cuidados) en la última etapa de la vida.

Material y métodos: Se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales del ESAD y de los hospitales de Móstoles y Alcorcón. Participaron dos subdirectores médicos de cada uno de los niveles de atención.

Previo a la primera sesión, el ESAD realizó una recopilación bibliográfica de criterios de terminalidad de las distintas patologías.

Se procedió a la revisión/adaptación de circuitos de derivación ya existentes.

Resultados: Se celebraron 2 reuniones.

Por consenso, y en base a la mejor evidencia médica disponible, se realizó el diseño del documento "Solicitud de derivación a ESAD". Es un registro único que permite la derivación de cualquier paciente no oncológico susceptible de cuidados paliativos, independientemente de la patología por la que se llega al diagnóstico de terminalidad.

Contiene información de filiación y la mínima información clínica necesaria para garantizar la continuidad asistencial.

Quedaron revisados los circuitos de derivación del paciente no oncológico terminal, integrados en el documento marco de coordinación de cuidados paliativos del Área.

Conclusiones:

Con la elaboración del documento de derivación del paciente no oncológico terminal, la revisión de circuitos y su integración en el documento marco de Cuidados Paliativos, quedará establecido el proceso "Atención al paciente no oncológico terminal" en el Área.

Quedan explícitos los criterios de derivación de todas las patologías. Integrados en un documento único facilitan el proceso transversal, evitan la pérdida de información sensible al proceso y permiten el registro de la actividad.

La elaboración de procesos clínicos puede ser un instrumento de mejora de la atención sanitaria y del aumento de su eficiencia. La coordinación entre niveles asistenciales es satisfactoria por el beneficio que el proceso asistencial en sí tendrá para el paciente y por el trabajo conjunto y la unificación de criterios basados en el consenso y en la mejor evidencia clínica disponible. La participación de profesionales asistenciales y de gestión supone un valor añadido y facilitador de cara a la viabilidad real de los resultados del grupo.

P108

ESTUDIO DE REINGRESOS EN CONSULTAS EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

E. Mirón Ortega, P. Morales Socorro, A. Sánchez-Cabezudo.

Complejo Hospitalario, Toledo.
 eduardomiron2002@yahoo.es

Objetivos: Analizar la incidencia de diversas prácticas en el número de reingresos en el circuito de pacientes dados de alta, durante un periodo de 2 años y medio.

Material: Se trata de un estudio de campo en el que se incluyeron todos los ingresos de adultos entre 18 y 75 años de edad habidos en el Servicio durante los meses de enero de 2005 a mayo de 2007, separados por consultas de cada profesional.

Método: Por cada profesional se analizan número de altas, porcentaje respecto del total de pacientes nuevos vistos en consulta, momento en que se produce el alta respecto del ingreso y si estos pasan a otro profesional. Se hace especial énfasis en el paso de psiquiatría a psicología y su contrario.

Resultados: El total de pacientes nuevos vistos en este periodo fue de 3348, de los cuales 2569 corresponden a Psiquiatría y 779 a Psicología. El número total de altas fue de 1097 (810 y 287). El número de reingresos fue de 482 (392 y 90). Ello supone un 44 % (48% y 32 %). El paso a Psiquiatría desde Psicología es de 219 (75%) y a la inversa 330 (40%).

El porcentaje de altas entre distintos profesionales varía entre el 46% y el 13 % por lo que respecta a consultas de Psiquiatría (media 32%). Para Psicología los datos eran entre 52% y 22% (media 32%). Sin embargo los porcentajes de reingreso a los 2,5 años varían entre 66% y 31% (media 48%) para Psiquiatría no guardando correlación significativa con el porcentaje de altas de cada profesional.

Respecto al momento del alta, en la primera visita es del 27,89%, los dos primeros meses se producen el 59,25% del total y en los 6 primeros meses el 76%.

Conclusiones: Las altas en consultas de Psiquiatría suponen una tercera parte de los ingresos con un volumen de reingresos al cabo de un periodo de 2,5 años de algo menos de la mitad independientemente del tipo de práctica profesional realizada.

Estas altas son significativamente mayores en los primeros contactos con el paciente posiblemente debido a derivación considerada inadecuada por el especialista.

Gran parte de los pacientes pasan de Psicología a Psiquiatría y a la inversa lo que abona la necesidad del trabajo conjunto.

P109

FACTORES QUE CONDICIONAN LOS REINGRESOS AL MES EN UNA UNIDAD DE SOPORTE A URGENCIAS MÉDICAS (USUM)

D. Aranda Cardenas, D. Sánchez Rodríguez, I. Puente Palacios, C. Clemente Rodríguez, D. Mendez Gallego, M. Puiggali Ballart.

H. ESPERANÇA.
 92285@IMAS.IMIM.ES

Introducción: La Unidad de Soporte a Urgencias Médicas (USUM) es un recurso hospitalario en continuidad con el servicio de Urgencias. Los pacientes subsidiarios de ingreso son aquellos con patología aguda o crónica descompensada con resolución previsible en un periodo de tiempo breve y que no precisen estudios diagnósticos complementarios.

Objetivos: Describir la prevalencia de reingresos al mes en pacientes dados de alta de una USUM y analizar las características de los mismos.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad entre los meses de Diciembre de 2007 y Marzo de 2008.

Se determinó la frecuencia de reingresos al mes del alta hospitalaria y se valoró su posible relación con el sexo, edad, procedencia, número de ingresos en el último año, datos analíticos, estancia hospitalaria, diagnósticos al alta, presencia de sociopatía, tratamiento con psicofármacos y puntuación en los índices de Barthel y Charlson. Se evaluaron las características del grupo que presentaba reingresos respecto al que no, y se compararon con el programa estadístico SPSS 15 para Windows.

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes de edad media 78,7 +/- 12,6 años, con 40,8 % hombres. El número de reingresos durante el primer mes fue de 27 casos sobre 169 altas(16%).

En el grupo de pacientes que reingresó encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el sexo masculino (70,4 vs 35,2%), la procedencia de residencia (29,6 vs 9,9%), la presencia de EPOC descompensado como uno de los diagnósticos al alta (55,6 vs 26,1%) y en la puntuación del Índice de comorbilidad de Charlson (3,5 vs 2%). Con respecto a la existencia de ingresos en el último año, la diferencias encontradas desaparecieron al corregir por el índice de Charlson debido a que estos pacientes presentaban mayor comorbilidad.

La edad, días de estancia, presencia de deterioro cognitivo, problemática social, tratamiento con psicofármacos y puntuación en el índice de Barthel no se relacionaron con la frecuencia de reingresos en nuestra muestra.

Conclusiones: El sexo masculino, la procedencia de residencia, el diagnóstico de EPOC al alta y un mayor índice de comorbilidad de Charlson fueron las características comunes de los pacientes que reingresan tras el alta hospitalaria de nuestra unidad.

P110

FICHA DE TRADUCCIÓN DEL PACIENTE EN PSIQUIATRÍA

I. Mollejo Martín, N. Osuna Nevado, M. Fornos Toribio, A. Pérez Rodríguez, E. Sánchez Labrador, T. Moya Escorihuela.

Fundación Hospital, Alcorcón.
 isramolle@hotmail.com

OBJETIVOS:

- Asegurar la comunicación bidireccional entre el paciente y el personal sanitario, superando la barrera idiomática y los aspectos culturales y religiosos.
- Integrar al paciente en la unidad.
- Realizar una correcta valoración, diagnóstico y tratamiento.
- Posibilitar el seguimiento y evaluación del tratamiento.
- Dar a conocer las normas de la unidad tanto al paciente como a la familia.

MATERIAL Y MÉTODOS: El método utilizado es la recopilación exhaustiva de la valoración de enfermería al ingreso, hoja de normas, hoja de horarios e información a familiares utilizados en la unidad de psiquiatría de HUFA (Hospital Universidad Fundación de Alcorcón.) Así, como una recopilación de frases necesarias para el desarrollo de la actividad diaria de la unidad referente al aseo, comidas, higiene del sueño y relación con el equipo sanitario.

El material utilizado ha sido el siguiente:

- Guías multilingüística ya existentes (no destinadas a unidades psiquiátricas.)
- Hoja de valoración al ingreso de la unidad de Psiquiatría.
- Normas internas de comportamiento para lograr el bienestar de todos los pacientes durante el ingreso.
- Hoja informativa para familiares.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- Ficha traducción en distintos idiomas de la unidad de psiquiatría de la UFHA (Ingles, Francés, Portugués, árabe y Rumano.).
- Presentar la ficha al resto de la unidad.

- Introducirla en nuestra dinámica laboral con pacientes y familiares.

CONCLUSIONES: El aumento de la inmigración en España supone una mayor interculturalidad lingüística y religiosa lo que dificulta la comunicación entre el personal sanitario y el paciente, no solo a nivel de lenguaje sino también en el conocimiento de costumbres y hábitos. Por ello creemos imprescindible la creación de esta guía para salvar estas barreras y mejorar no solo el trato con el paciente sino también el diagnóstico y el tratamiento así como su integración.

P111

IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO

M. C. Díaz Melé, V. Garcés Horna, I. Gutiérrez Cía, B. Obón Azuara.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

mamendiaz2@hotmail.com

Introducción: la atención al paciente grave debe iniciarse en el momento que ingresa en el hospital, con independencia de su ubicación.

Objetivo: Evaluar la repercusión de una asistencia adecuada al paciente crítico fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Material y métodos: estudio Estudio prospectivo observacional en una UCI de 17 camas, de un hospital de tercer nivel. Periodo de estudio:

febrero-mayo de 2008. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UCI procedentes de planta. Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico, presencia de criterios de gravedad en planta (medido por la escala EWS), gravedad al ingreso en UCI medida mediante APACHE, estancia y evolución en UCI en relación a la atención recibida en planta.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 256 pacientes. Se incluyeron en el estudio 50: 38% mujeres, 62% varones con edad media de 58 y 66,5 respectivamente. El 38% presentaron criterios de gravedad en los días previos al ingreso en UCI (ESW>4). El 84% de los dichos pacientes fueron valorados por el equipo médico de guardia. No se encontraron diferencias en cuanto a gravedad en el momento del ingreso (medida mediante escala APACHE II), estancia en UCI y mortalidad entre los pacientes graves inicialmente atendidos en planta y los pacientes que ingresaron en UCI directamente. El grupo de paciente graves que no fueron valorados adecuadamente en planta presenta mayor mortalidad (33%, respecto a 23%) y estancia en UCI más prolongada (8.66 días, respecto a 7.3).

Discusión: aunque el tamaño de la muestra es aún insuficiente para confirmar diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes cuya gravedad fue adecuadamente valorada durante todo el ingreso y los que no, los resultados preliminares apuntan hacia una mejora evolución.

Conclusión: A la luz de los resultados obtenidos, resulta fundamental la visión integral de los pacientes en aras de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

Ha llegado el momento de romper las fronteras entre las diferentes especialidades y escalones asistenciales, garantizando una continuidad a lo largo de todo el proceso asistencial.

P112

IMPORTANCIA DE LA ONICOMICOSIS EN EL PACIENTE CON DIABETES TIPO II

C. Isanta (0), A. Rezusta (1), M. P. Melón (2), J. A. Montiu (0), G. D. M. Pie Diabético (0).

(0) Centro de Salud San José Centro, (1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Centro de Salud San José Norte.
cysisanta@hotmail.com

Objetivo: mejorar la calidad de vida del paciente diabético a través de la prevención del pie diabético.

Introducción: Según la OMS la diabetes ha aumentado 5 veces desde 1958 a 1993, y se prevé que en 2025 alcance la cifra de 300 millones de personas. Las úlceras en los pies aparecen en un 12-25% de los diabéticos. Por otra parte, el 84% de las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores son debidas a la diabetes, que implican una mortalidad entre 39 y 80% a los 5 años. Las onicomicosis favorecen todas estas patologías, por ello, tratar las onicomicosis previene las úlceras de los pies y la amputación.

Material y métodos: Revisión sistemática de las historias clínicas de los pacientes de los Centros de Salud San José Norte y Centro para conocer el número de diabéticos, y en ellos, exploración de los pies para el diagnóstico de onicomicosis. Formación de los pacientes en la prevención y el cuidado de pie diabético, así como diagnóstico de onicomicosis por cultivo y observación microscópica.

Resultados: El porcentaje de pacientes diabéticos respecto el total alcanza el 5,66 %. Del total de diabéticos se han explorado el 10,8%; el 33,9% de ellos presenta lesiones en las uñas, siendo remitidos para diagnóstico microbiológico. El 22% de los pacientes con estudios microbiológicos completos presentan una onicomicosis.

Discusión: El diagnóstico y tratamiento del paciente diabético con onicomicosis se ve beneficiado ya que se disminuye el riesgo de úlcera cutánea, amputación y gangrena diabética, por ello el 22,2% de los pacientes diabéticos atendidos a Atención Primaria mejoran su calidad de vida con la instauración de un plan de mejora de la asistencia al diabético.

Conclusión: el 22,2% de los pacientes diabéticos estudiados pueden tener una mejora en su calidad de vida a través de diagnóstico de las micosis de la uña. A la vista de estos datos consideramos que se debe continuar con esta línea de trabajo.

P113

INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR EN HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL. SITUACIÓN ACTUAL. CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

M. C. Juyol Rodrigo, G. Pérez Vázquez, M. Guillén Soriano, M. T. Espallargas Doñate.

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.
mcjuyol@gmail.com

Objetivos: Conocer la incidencia actual de la infección protésica en nuestro medio. Valorar los protocolos de prevención y actitud ante sospecha de infección articular.

Material y métodos: Estudio prospectivo de las intervenciones realizadas en el 2007 con colocación y/o recambio de prótesis articular de cadera y rodilla. Cumplimiento de la profilaxis antibiótica, valoración preoperatoria, recogida de muestras microbiológicas adecuadas previa al tratamiento empírico y aplicación de éste.

Resultados: Se evalúan 175 intervenciones. Edad media de los pacientes 79 años.

Prótesis total cadera: 50, Prótesis parcial de cadera: 23, Prótesis de rodilla: 61, Recambio prótesis cadera: 21, Recambio prótesis de rodilla: 20. Los recambios se realizan por infección en 8 casos de prótesis de cadera y en 12 casos de rodilla. En 32 de ellos la intervención previa era anterior al 2007, 10 casos en el año anterior, el resto oscilaba entre 2 y 5 años antes y un caso con colocación 8 años antes.

173 pacientes (98.8%) recibieron profilaxis antibiótica correcta.

En todos se realizó valoración clínica previa.

Se sospechó en el postoperatorio infección superficial en 22 (12.5%) recogiendo muestra para estudio microbiológico en todos ellos; e infección profunda en 6 (3.4%). recogiendo al menos 5 muestras profundas en 15 de ellos. 5 (2.8%) presentaron síntomas meses después, realizándose estudios radiológicos y microbiológicos.

Incluyendo estas muestras y las de los recambios de prótesis sólo se obtuvieron 22 cultivos positivos. S. Epidermidis 10 (45%), SARM 6 (27%), SARM 3 (13.6%), I. polymicrobiana 2 (9%), E. Coli 1 (4.5%).

Se realizó limpieza quirúrgica y tratamiento empírico según protocolo en 29 pacientes estacando que en su mayoría se valoraron en el 2º semestre del año.

3 pacientes solventaron su problema sin requerir recambio protésico.

Conclusiones: Se confirman 11 infecciones protésicas indicando incidencia de 6.8%. La edad media es elevada en relación con la longevidad de la población en nuestra Área de Salud. Los gérmenes encontrados son similares a los reseñados en otras publicaciones. La aplicación de los protocolos se incrementa con el paso del tiempo y tras realizar acciones de recordatorio. Se observa una disminución en las infecciones perioperatorias en los últimos meses.

P114

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS: MEDIO DE COMUNICACIÓN QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

A. C. Sanjoaquin Romero (0), C. Palacín (0), C. Sahun* (0), M. A. Rams (1), N. Nadal (0), E. Santorromán (0).

(0) Hospital de Barbastro, Barbastro, (1) Dirección de enfermería. Consorcio Aragonés de Salud.
acsanjoaquin@salud.aragon.es

OBJETIVOS:

- 1.- Definir características sociodemográficas de pacientes que reciben al alta Informe de continuidad de cuidados enfermeros.
- 2.- Describir necesidades básicas de Virginia Henderson más afectas al alta y analizar relación de éstas con estancia y destino al alta.
- 3.- Relacionar comorbilidad y motivo de ingreso con destino.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo analítico de pacientes hospitalizados durante el primer trimestre de 2007. Variables: sexo, edad, días de estancia, ubicación previa, comorbilidad, motivo de ingreso, necesidades básicas de Virginia Henderson, destino al alta.

Análisis estadístico SPSS 10.

RESULTADOS: Edad media 72.9± 18.54, 58% hombres. Estancia media: 10.48 ± 6.718. Estancia 7 días: 42.6%, 8-14 días: 30.9%, > 14 días: 26.5%. Ubicación previa: 87.1% domicilio propio, 0.4% domicilio hijos, 11.70% residencia, 0.8% otros. Ubicación tras alta: 71.5% domicilio propio, 1.2% domicilio hijos 1.2%, 14.8% residencia, 8.2%

hospital media/larga estancia, 4.3% otros. Motivo ingreso: p neurológico 10.9%, p respiratorio 21.5%, p traumatológico 24.2%, p quirúrgico 14.5%. Comorbilidades: HTA 118, DM 53, ACV 41, cáncer 31, EPOC 28, demencia 25. Necesidades básicas al alta: 104 incontinencia urinaria, 63 incontinencia fecal, 182 dependencia ABVD, 83 dificultad para conciliar el sueño, 82 ayuda para conciliar el sueño: 72 farmacológica, Norton 14: 152, 45 con upp, 65 presencia de dolor, 71 dificultad para la comunicación, 52 estado anímico alterado, 169 conocen su enfermedad.

Estancia > 7 días (p < 0.05) con: incontinencia esfínteres, ayuda ABVD, dificultad conciliar sueño y necesidad de tto farmacológico, Norton 14, presencia upp, dificultad comunicación, desconocimiento de enfermedad. Estancia > 14 días (p < 0.05) con: incontinencia esfínteres, puntuación Norton.

Destino hospital de media/larga estancia, p<0.05: incontinencia esfínteres, ayuda ABVD, dificultad conciliar sueño y necesidad de tto farmacológico, Norton 14, presencia upp, dificultad comunicación, desconocimiento de enfermedad, proceso neurológico y comorbilidad demencia.

Destino residencia, p< 0.05: incontinencia esfínteres, ayuda a ABVD, dificultad conciliar sueño y necesidad de tto farmacológico, Norton 14, presencia upp, dificultad a comunicación, desconocimiento de enfermedad, comorbilidad ACV y demencia.

Estancia > 7 días p<0.05: demencia.

CONCLUSIONES: El ICCE es un instrumento de gran utilidad como medio de comunicación entre Atención Primaria y Especializada, garantizando la continuidad asistencial fundamentalmente en los pacientes con dependencia en determinadas áreas de las necesidades básicas de Virginia Henderson.

La presencia de dependencia en determinadas áreas de las necesidades básicas implica un aumento de la estancia hospitalaria, de los traslados a hospitales de media/larga estancia y de la institucionalización.

P115

LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÓNICO-DEPENDIENTE POR LA ENFERMERA DE ENLACE DEL SECTOR III ZARAGOZA EN EL AÑO 2006/2007

M. C. Esquivias Jaramillo (0), M. Á. Martín Burriel (1).

(0) Atención Primaria Sector Zaragoza III, (1) HCU Lozano Blesa. enfermera-valoracion.hcu@salud.aragon.es

OBJETIVOS: Captación de pacientes crónicos y dependientes. Identificación de los diagnósticos enfermeros de los pacientes dados de alta de atención especializada.

Disminuir la demora en la visita domiciliar por parte de la Enfermera de Atención Primaria.

Incrementar las habilidades de los profesionales en el cuidado de pacientes crónicos (actualización de conocimientos en fractura de cadera, ictus, manejo de dispositivos endovenosos, planes de cuidados).

Mejorar la situación de los paciente crónicos y dependientes en nuestro sector e informar sobre Programa de Atención a los mismos. Participar en la mejora de la coordinación con otros niveles asistenciales y con residencias.

Mejorar la formación de los cuidadores principales.

Control y seguimiento de material ortoprotésico.

MÉTODOS: La captación de los enfermos y sus cuidadores se ha realizado a través de los informes de continuidad de cuidados del HCU Lozano Blesa y del H. San Jorge así como mediante llamada domiciliar de control.

Seguimiento de los cuidados al alta.

Seguimiento en el domicilio mediante llamada telefónica.

Implantación de talleres para enfermeros/as de Atención Primaria.

RESULTADOS: Desde junio de 2006 a Diciembre de 2007 se han captado 1229 pacientes.

Se ha realizado visita domiciliar a 18 de pacientes.

Se elaboraron 190 planes de cuidados. Los diagnósticos enfermeros prevalentes de los pacientes captados han sido:

- Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento 17%.
- Déficit de autocuidados: baño/higiene 17%.
- Deterioro de la movilidad física 8%.
- Incontinencia urinaria total 9%.
- Riesgo de caídas 6%.
- Deterioro de la integridad cutánea 6%.

- Otros 37%.

La atención domiciliar por parte de los profesionales antes de las 72 horas desde el alta, ha aumentado desde el 64% en 2006 al 72% en 2007.

Se han impartido:

- 50 sesiones a profesionales.
- 2 talleres para la implantación de planes de cuidados.

Se ha asistido a 17 reuniones para mejorar la actuación en residencias.

Se han impartido:

- 2 Sesiones en asociaciones de vecinos.
- 2 talleres piloto para cuidadores en atención primaria.

37 pacientes con Barthel entre 0-25 y Pfeiffer de 4-10 se han beneficiado del préstamo de ayudas técnicas. Actualmente el Sector dispone de 14 colchones antiescaras.

Conclusiones: Se ha mejorado la coordinación entre niveles.

Se ha favorecido la atención domiciliar.

Los problemas detectados no requieren de personal especializado pero que es imprescindible para que los pacientes puedan permanecer en domicilio.

P116

LA INFORMACIÓN CLÍNICA EN LAS SOLICITUDES AL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA

M. J. Revillo Pinilla*, P. Palacián Ruiz, P. Egido Lizán, T. Giménez Julvez, J. R. García Mata, M., Equipo Mejora Informacion Clínica. Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

mjrevillo@salud.aragon.es

Para obtener resultados microbiológicos relevantes la información clínica es un elemento básico. Esta información se obtiene del volante de petición.

Objetivos:

1. Mejorar la aportación de datos clínicos en los volantes de solicitud al Servicio de Microbiología.
2. Mejorar el proceso microbiológico basándose en los datos clínicos aportados.

Material y Métodos:

1. Estudio de prevalencia, en una muestra representativa, aleatoria y estratificada por áreas funcionales (AF) de las solicitudes recibidas.
2. Diseño de una encuesta y análisis de resultados.
3. Aplicación del principio de Pareto a los resultados obtenidos, distribuido por servicios.
4. Retroalimentación de los resultados a los servicios peticionarios.

Resultados:

1. En el 67,5% de las solicitudes analizadas constaban datos clínicos del paciente.
2. Solicitudes correctamente cumplimentadas por AF: Serología 49%; Hemocultivos 51,3%; Orinas 61,4%; Micobacterias 63,2%; Respiratorio 80%; Virus 87,5%; Exudados 92,1%; Gastrointestinal 93,1%; Hongos y Epidemiología 100%.
3. Solicitudes en los que se modificó el proceso microbiológico en base a la existencia de datos: 0,76%.
4. Agrupación de los servicios peticionarios en tres categorías según sus resultados: 26 servicios excelentes, 11 servicios que pueden mejorar y 26 Servicios que deben mejorar.
5. Se envió a los servicios excelentes una nota de felicitación; a los que pueden mejorar una nota con su grado de cumplimiento, el del hospital y el del mejor; y a los que deben mejorar, se realizó una sesión clínica para traslado de resultados.

Conclusiones:

1. El grado de cumplimentación de las peticiones al Servicio de Microbiología es insuficiente y debe mejorarse.
2. Existen diferencias notables entre el grado de cumplimentación de las solicitudes según el área funcional al que van destinadas.
3. La actuación en tres servicios del hospital mejorará sustancialmente el grado de cumplimentación de las peticiones.
4. Atención Primaria remite información adecuada mayoritariamente.
5. En las solicitudes correctamente cumplimentadas no se modificó el proceso microbiológico por considerarse innecesario.

P117

MODELO DE GESTIÓN CENTRALIZADO DE LAS URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS AGENTES IMPLICADOS

M. D. M. Martínez Lao (0), A. Fernández Simancas (0), A. León Martín (0), A. Figueras Juárez (0), J. L. Fortes Álvarez (1), I. Ureña Ramírez (1).

(0) Hospital General, Ciudad Real, (1) Gerencia Atención Primaria Ciudad Real.

mdmartinezl@hotmail.com

En España, no hay definido un modelo común de organización de la atención a las urgencias Extrahospitalarias, entendiéndose éstas como las emergencias, las urgencias y la atención continuada que se presta fuera de los hospitales. La continuidad asistencial es la meta a conseguir.

Una de las claves para determinar las funciones de cada nivel asistencial y evitar la saturación radica en la educación para la salud de la población.

En nuestra Gerencia existen dos modelos de gestión:

Centralizado (Manzanares) en el que la atención a las urgencias de la Zona Básica de Salud se lleva a cabo en el ámbito hospitalario por profesionales de atención primaria.

Descentralizado (Valdepeñas) en el que las urgencias son atendidas en el propio Centro de Salud.

Objetivo: Comparar los beneficios del modelo de gestión centralizado de la Zona Básica de Manzanares frente al modelo descentralizado de Valdepeñas en términos de satisfacción de los agentes implicados (usuarios y profesionales).

Metodología: Estudio descriptivo transversal que recoge la satisfacción de los agentes implicados en el proceso de gestión de las urgencias extrahospitalarias.

Sujetos:

- Usuarios adscritos a las Zonas Básicas de Salud de Valdepeñas y Manzanares que hayan utilizado los Servicios de Urgencias.
- PEAC médicos y enfermeros de los equipos de estas Zonas de Salud.

Resultados: Las diferencias encontradas en cuanto al menor grado de satisfacción en los profesionales de Manzanares, parecen deberse a:

- Mayor presión asistencial.
- Peor comunicación con los profesionales del Hospital.
- Mayor sensación de estrés laboral.
- El hecho de estar en la puerta del Hospital y tener acceso a pruebas complementarias, supone una diferencia en el grado de satisfacción no significativa.

Variables con valores por Encima de la Media:

- Aspecto de Mobiliario.
- Dimensiones Adecuadas.
- Ubicación Sala Espera.
- Dificultad del Acceso.
- Atención.
- Trato Amable.
- Respeto.

Variables con Valores por Debajo de la Media:

- Número de Profesionales.
- Comodidad de la Sala de Espera.
- Cercanía a Domicilio.
- Tiempo de Espera en la Atención.
- Tiempo de Espera a la Ambulancia.

Conclusiones:

- Existe un alto grado de satisfacción del usuario, independientemente del modelo de gestión.
- La satisfacción media en los profesionales, para las variables estudiadas, es menor en el modelo centralizado (Manzanares).
- Una de las fortalezas puestas de manifiesto en el estudio pasa por la valoración conjunta del cliente externo y el interno, con expectativas y necesidades muy diferentes.

P118

MONITORIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

X. Sanz Salvador, F. Fatjó, D. Fernández, D. Martínez.

Hospital de Barcelona.
xaviersanzs@yahoo.es

Las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) son un grupo heterogéneo de enfermedades que afecta a diversos órganos y sistemas producidas por una serie de procesos de origen autoinmune. A menudo su diagnóstico es difícil porque está basado en criterios clínicos, pruebas de imagen y serologías diversas que no siempre se cumplen y que pueden demorar su correcta catalogación y tratamiento.

OBJETIVOS: Identificar los pacientes con EAS en los ingresos hospitalarios para garantizar su correcta atención atendiendo a las determinaciones serológicas, así como valorar la utilidad diagnóstica de estas.

MÉTODOS: Se realizó seguimiento prospectivo de todos los pacientes de un hospital no universitario de III nivel a los que desde cualquier servicio se había solicitado estudio serológico de autoinmunidad por sospecha inicial de EAS. Se cotejaron dichos resultados con los diagnósticos clínicos y exploraciones practicadas y se verificó el tratamiento y seguimiento de todos ellos.

RESULTADOS: Se evaluaron un total de 218 pacientes en 18 meses. De ellos 170 (78%) fueron diagnosticados finalmente de un proceso no relacionado con EAS. Los restantes 48 pacientes (22%) fueron adscritos a entidades específicas (Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, Vasculitis Sistémicas y síndrome de Sjögren como las más prevalentes de un total de 15 enfermedades diferenciadas). En todos ellos se concretó el tratamiento y atención ambulatoria precisa por especialidades concretas (Medicina Interna, Reumatología...) con independencia del servicio hospitalario responsable del ingreso.

Los marcadores serológicos de autoinmunidad que utilizamos como cribaje mostraron discordancias para establecer el diagnóstico de las entidades, con una sensibilidad global del 52% aunque variaba según la enfermedad (83% en Lupus) y un Valor Predictivo Positivo del 57%. En cambio la Especificidad fue del 89% y el Valor Predictivo Negativo del 87%.

CONCLUSIONES: La revisión sistemática de las determinaciones serológicas de autoinmunidad constituye un sistema adecuado para detectar EAS lo que permite la correcta atención y caracterización de los pacientes.

Los resultados de dichas serologías deben interpretarse con cautela y siempre confrontándolos con el resto de hallazgos clínicos y de las distintas pruebas realizadas para establecer un diagnóstico preciso.

P119

MOTIVOS DE CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA: CUÁLES SON Y QUIÉN LOS VISITA

A. Collado Cucó, O. Doblado López, L. Colomé Figueras, J. Á. Bilbao Sustacha, J. Valero Sales, J. San Miguel San Martín.

SAGESSA.

acollado@comt.es

Objetivo: Conocer los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria y su distribución por profesionales.

Metodología: Estudio observacional descriptivo. Revisión de los motivos de consulta de las visitas sobre el conjunto de personas adscritas a cuatro Áreas Básicas de Salud (ABS) durante el año 2007. Obtención de datos a partir de la Historia Clínica (HC) informatizada (OMI-AP). Se recogen datos de motivo de consulta, profesional que la realiza, y cupo al que pertenece el paciente. El motivo de consulta se codifica mediante la CIAP II.

Los datos son tabulados y depurados mediante aplicativo basado en Microsoft Access.

Estudio estadístico mediante el paquete SPSS. (Estadística descriptiva).

Resultados: Total visitas realizadas: 521.912 sobre 81.001 personas (media: 6,4 ± 0,06).

En el conjunto de la población el motivo más frecuente es la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud (21% del total), seguido de las infecciones respiratorias de vías altas (IRA) (12%), la hipertensión arterial (HTA)(9%), la diabetes mellitus (DM) (5%) y el dolor lumbar (3%).

Entre la población hiperfrecuentadora (numero de visitas/año >22), la HTA (4,7%) supera la IRA (4,5%).

En las patologías crónicas y en las lesiones cutáneas, el porcentaje de visitas a enfermería es superior a las médicas (88% más en piel, 18% más en HTA y 41% en DM). Esta diferencia se acentúa en el caso de los hiperfrecuentadores (29% más en HTA y 48% en DM).

Conclusión En los centros estudiados, las actividades preventivas ocupan un porcentaje importante de las visitas en atención primaria. La patología crónica, las infecciones respiratorias y la patología lumbar suponen, junto a la prevención, el 50% de los motivos de consulta. La patología crónica aumenta el porcentaje de intervenciones de enfermería.

P120**MUERTE PERINATAL**

E. Laseca Garzón,* M. Mollinedo González, L. Santos López, C. Martín López, A. Reina Díaz, L. Corretgé Núñez.

Enfermeras de la Unidad de Neonatología del Hospital de Basurto. Bilbao

macarrones8@yahoo.com

INTRODUCCION: La muerte perinatal engloba las muertes que se producen en los periodos: prenatal, intranatal y neonatal que la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) sitúa entre la semana 20 de gestación y el 28 día de vida extrauterina. La gran repercusión que la muerte de un ser querido tiene en una familia, adquiere un especial significado cuando se trata de la pérdida de un recién nacido.

Como profesionales de la salud, además de atender y cuidar al recién nacido, podemos llegar a ser los principales proveedores de apoyo para los padres en esos difíciles momentos.

OBJETIVOS:

- Avanzar en la humanización en materia de salud para mejorar la calidad de atención al recién nacido y de su familia.
- Adquirir estrategias de actuación ante la muerte para enfocar la ayuda que como profesionales podemos prestar.

MATERIAL Y MÉTODO:

- Ámbito de estudio: Unidad de Neonatología del Hospital de Basurto.
- Revisión bibliográfica.
- Método: observacional y descriptivo
- Análisis del impacto suscitado por la muerte perinatal en la comunidad.
- Valoración de experiencias relacionadas con la muerte perinatal.

RESULTADOS: Un conocimiento más profundo de las circunstancias que rodean a la muerte perinatal.

Hemos observado que los sentimientos mas frecuentes que surgen en los padres que han sufrido una pérdida perinatal varían desde una profunda tristeza hasta soledad y vacío interior.

También hemos de reseñar que los padres siempre agradecen nuestro apoyo por lo que resulta necesario establecer unos procedimientos a seguir para ayudarnos en el abordaje de estas situaciones.

CONCLUSIÓN: Tenemos que ser conscientes de que las diferentes situaciones que rodean una muerte perinatal requieren un manejo sensible y significativo.

Con el compromiso de mejorar nuestra calidad científica y humana de la atención a la muerte perinatal, en nuestra Unidad hemos elaborado un "Protocolo de muerte perinatal" basado en los derechos del niño y de los padres, con pautas de enfermería dirigidas al recién nacido, padres y equipo de salud.

P121**NO SE DEBE RASURAR EN QUIRÓFANO**

J. Lozano*, R. Fajardo, R. Asís, M. Maestro, J. Leal, J.L. Aguayo.

Hospital Morales Meseguer, Murcia.

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

chachafei@yahoo.es

Objetivos: Analizar los pacientes que tienen que ser rasurados en quirófano.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional prospectivo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en las especialidades de urología, cirugía y traumatología los meses de Enero a Mayo del 2008. Se han analizado los pacientes que se han tenido que rasurar, la especialidad quirúrgica, la sesión quirúrgica y la incidencia con respecto al total de intervenciones. La recogida de datos ha sido realizada por tres enfermeras del quirófano.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han realizados un total de 2565 intervenciones de las cuales; 275 eran de urología, 1175

cirugía y 1125 de traumatología. Del total de intervenciones se han tenido que rasurar a 222 pacientes de los cuales 7 eran de urología, 35 de cirugía y 180 de traumatología; representando un 8.6% de pacientes que se han rasurado del total de intervenciones. Se han desglosado los datos por especialidades y actividad quirúrgica, así urología representa el 2.5% del total y con una incidencia del 45% frente al 55% de la actividad de mañana y tarde respectivamente. La especialidad de cirugía representa el 2.9% del total, siendo 8.5% de la actividad quirúrgica de la mañana frente al 91,5% de la actividad de tardes; y por último la especialidad de traumatología que representa un 16% de pacientes que se tienen que rasurar, siendo el 80% pertenecientes a la actividad quirúrgica matinal frente al 20% de la actividad de tardes.

Conclusiones: Hemos observado una alta incidencia de pacientes que son rasurados dentro del quirófano, con el consiguiente riesgo de infección nosocomial que conlleva la práctica de dicha técnica. Como acción de mejora se debería de revisar y actualizar el protocolo de rasurado quirúrgico adaptándolo a nuestras necesidades.

P122**PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO**

T. D. J. Puértolas Hernández, P. Cebollero Benito, T. Baringo Fuentes, A. Bavai Fernández-Sanguino, C. Olivares Arnal, R. Álvarez Alegret, M. L. Zubiri Ara.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

tjpuertolas@monegros.net

OBJETIVO: Desde el subcomité del ganglio centinela del melanoma maligno cutáneo (MMC) del Hospital Miguel Servet de Zaragoza se pretende mejorar la atención de los pacientes con MMC, fomentando las reuniones de este subcomité, describiendo y unificando el proceso del MMC, identificando los profesionales intervinientes, realizando guías clínicas, actividades de formación continuada...etc.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Creación de un grupo de Mejora del MMC.

-Elaborar el diseño del proceso:

- Diagrama de flujo del proceso actual.
- Definir el proceso desde inicio al final.
- Identificación de Puntos críticos.

-Implantación.

-Evaluación.

RESULTADOS: Se establecieron 2 indicadores. El indicador relativo a la realización de las reuniones indica un nivel de cumplimiento 100%. Respecto a los dos subcriterios incluidos en la aclaración del indicador podemos considerarlos adecuados, ya que la cantidad de reuniones ha llegado a ser de un 91,66% de las posibles y el número de profesionales presentes ha sido del 69,38% (superior estándar marcado).

En el indicador relativo al proceso, referido al número de pacientes con MMC a los que se les ha realizado la biopsia del ganglio centinela (BGC) respecto a los pacientes valorados en el subcomité (23 pacientes) el porcentaje es del 61,11%. Las causas por las que no se realizó la BGC aparecen: pacientes comentados en el subcomité antes de disponer de la biopsia, por lo que en un caso no resultó esta positiva para melanoma y otra de las causas fue una paciente rehusó realizársela. Entre los pacientes comentados en el subcomité y que se desestimó la realización de la BGC señalar que en un caso no existía indicación y en otros tres casos por el tipo de cirugía realizado previamente.

CONCLUSIÓN: El alto nivel de cumplimiento alcanzado en los criterios relativos a las reuniones del subcomité, superior a los estándares marcados indica un alto grado de motivación de los profesionales implicados. Después de analizar las causas de incumplimiento del indicador del proceso se proponen como oportunidades de mejora:

- Continuar con la mejora en la coordinación de los distintos servicios.
- Proseguir con actividades encaminadas a disminuir la variabilidad en el diagnóstico, control y seguimiento del MMC.
- Conseguir una mayor optimización y racionalización de los recursos.
- Favorecer la formación continuada de los profesionales intervinientes.

Además, durante este año de actividades nos hemos dado cuenta de que el subcomité es un excelente instrumento de comunicación entre los profesionales directamente implicados en el melanoma, agilizando

las actuaciones.

P123

PROTOCOLO DE CALIDAD EN LA EXTRACCIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL (SCU): "EL CORDÓN QUE AHORA LE UNE A LA VIDA, DESPUÉS SERÁ LA ESPERANZA DE OTROS"

S. Gotor Colás*, M. Gotor Colás, S. Castán Mateo, C. Barrio Bielsa, S. Izquierdo Álvarez, J. L. Bancalero Flores, P. Bocos Terraz.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
sizquierdo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: La normativa que ordena la actividad de donación y obtención de SCU es el RD 1301/2006, del 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad, seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su USO en humanos.

Es importante realizar una extracción de calidad de la SCU, para conseguir lograr los objetivos del Plan Nacional de sangre de cordón y Comisión de Trasplantes.

OBJETIVOS: Desarrollar un flujograma con las pautas de CALIDAD necesarias para la realización de una adecuada extracción de SCU, dentro del H.U.M.S. (Unidades de Obstetricia), con el fin de poder garantizar y ofrecer la posibilidad de donar SCU a todas las mujeres que den a luz con una total garantía de CALIDAD.

Dicho flujograma tiene el fin de servir de guía para la adecuada extracción de calidad de la SCU por el personal responsable de dicho proceso.

METODOLOGÍA: Se desarrolló un flujograma en el que se indicaban todos y cada uno de los pasos a seguir para una adecuada extracción y recogida de la SCU, teniendo en cuenta todas y cada una de las recomendaciones reflejadas en el RD 1301/2006, del 10 de noviembre, así como las indicadas por la Comisión de Trasplantes y en el Plan Nacional de sangre de cordón. Se tomaron imágenes reales del proceso a describir para completar las explicaciones reflejadas en el flujograma.

RESULTADO: Se obtuvo un flujograma-pictograma que se expuso en los paritorios de la unidad de obstetricia del H.M.I. ubicados en el Hospital Infantil del H.U.M.S. En él se detallaba paso a paso y con fotos reales las pautas a seguir para una adecuada y correcta extracción y recogida de la sangre de cordón umbilical (SCU) por el personal responsable de dicho proceso (matronas y médicos). De esta manera se garantizaba una calidad total en la recogida y extracción de las muestras.

CONCLUSIONES: Es importante establecer protocolos internos de calidad en la recogida y extracción de la SCU, que contribuyen a la consecución de unas futuras donaciones de calidad y a alcanzar los objetivos pre-establecidos en el Plan nacional de sangre de cordón: alcanzar las 60.000 unidades de alta calidad almacenadas en un periodo de 8-10 años.

P124

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UNA UME DE SALUD MENTAL

A. Martín Gracia, C. Ortega, E. González, I. Polo, A. Campo, N. Juan.

Hospital Psiquiátrico Nª Sra del pilar de zaragoza.
amartingr@aragon.es

-Objetivos: los trastornos mentales graves (TMG) necesitan una continuidad de cuidados y debe existir una conexión efectiva entre la UME y el CSM. Se intenta con este proceso de mejora realizar un contacto personal entre los profesionales implicados en el proceso de alta y recepción del paciente, dar información a Atención Primaria, integrar en el alta la información de todos los profesionales que han participado en el proceso terapéutico y tener una visita concertada antes de 15 días post-alta.

-Material y métodos: Reuniones entre los dos equipos que se encargan del paciente con TMG.

Gestión telefónica de la cita post-alta y con el equipo de Atención Primaria.

Realización de los informes por cuadruplicado.

Integración en el proceso de alta de la información de psiquiatría, psicología, trabajosocial, terapia ocupacional y enfermería.

-Resultados: Todos los pacientes que han recibido el alta de la UME (13) en el periodo 2007-08 han tenido una visita post-alta con su Psiquiatra de referencia en menos de 15 días.

El equipo de la UME se ha reunido en todas las altas con el equipo de referencia del paciente.

El informe de alta ha integrado toda la información de los profesionales en un 80% (10 de 13).

El informe de alta ha llegado en un 100% a Atención Primaria.

-Conclusiones: El informe de alta actual recoge más información que el anterior.

Atención primaria tiene información del alta del paciente con TMG.

El paciente con TMG es visitado en un periodo corto de tiempo al salir de la UME.

La información fluye de forma más adecuada con el contacto personal entre los profesionales y complementa el informe escrito de alta.

P125

RESULTADOS DE UN CUESTIONARIO DELPHI DIRIGIDO A IDENTIFICAR LAS PRÁCTICAS MAS EFICIENTES EN LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES AL ALTA, CON LA METODOLOGIA DEL PROGRAMA CONSULTENOS

M. A. Pardo López, M. T. Aznar Saliente, M. D. Camacho Romera, M. González Delgado, M. Martínez Ramírez, M. A. Ricci, A. Algarate.

Hospital Universitario de San Juan de Alicante.
pardo_man@gva.es

OBJETIVO: Conseguir una visión de las mejores prácticas, a juicio del grupo de expertos, que permitirían seleccionar los pacientes en los que la intervención farmacéutica fuera más eficiente.

MÉTODOS: Se realizó una encuesta a 30 farmacéuticos con experiencia en intervención farmacéutica al alta hospitalaria, participantes en el proyecto CONSULTENOS, según la metodología Delphi. El estudio se dividió en 4 fases: Fase 1: definición del problema mediante reuniones del grupo de trabajo. Los temas propuestos para el estudio fueron: ¿Qué grupo de pacientes se beneficiaría más de su inclusión en el programa?, ¿Qué procedimientos o prácticas serían las más eficientes?, ¿Qué se puede esperar del programa en el futuro?. Fase 2: Elección de expertos. Fase 3: Elaboración de los cuestionarios. Las respuestas se dispusieron en una escala ordinal de 1 a 9, de menos a más eficiencia. El cuestionario definitivo se compone de 75 preguntas, divididas en los 3 bloques mencionados. Fase 4: El cuestionario se envió a 30 expertos en la ronda 1. Se envió una segunda ronda con la mediana, primer y tercer cuartil de las respuestas del grupo. Se consideraron prácticas con máximo beneficio las que obtuvieron una mediana de 9 (máxima puntuación) en la segunda ronda.

RESULTADOS: La primera ronda fue contestada por 26 expertos (86.66%) y la segunda por 24 (92.30%). Los expertos consideraron que el beneficio máximo es para: pacientes mayores de 65 años, tratados en el servicio de Medicina interna, con más de 9 fármacos en su tratamiento crónico y analfabetos. Respecto al tipo de fármacos, los pacientes en tratamiento con formas fraccionadas, pautas variables, e inhaladores. Sobre los procedimientos más eficientes, la existencia de historia clínica informatizada, acceso a la historia de primaria, informe de alta informatizado, programa de información al alta integrado en el sistema del hospital e integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar. Se consideró que la probabilidad de continuar con el programa en 5 años sería del 80%, siendo una actividad consolidada para el año 2012. La probabilidad de obtener recursos está entre el 40 y el 50%.

CONCLUSIONES: Se han identificado los pacientes sobre los que actuar y las prácticas para que, según nuestra experiencia, la intervención farmacéutica al alta sea más eficiente. Los recursos tecnológicos son claves para desarrollar esta actividad aunque, a juicio de los expertos, es poco probable obtenerlos.

P126

RETRASOS PRODUCIDOS EN LA ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA HOSPITALARIA: ¿UN PROBLEMA DE GESTIÓN?

S. L. De Oliveira Sousa* (0), F. Medina I Mirapeix (0), M. Sobral Ferreira (0), P. Escolar Reina (0), E. Navarro Pujante (0), M. E. Del Baño Aledo (1).

(0) Universidad de Murcia, (1) Universidad Católica San Antonio de Murcia.
 silvanaloana.de@alu.um.es

Objetivo: Determinar los retrasos producidos al inicio del tratamiento fisioterapéutico de los pacientes hospitalizados y describir diferencias cuanto al tipo de servicio y día de petición de fisioterapia.

Material y Métodos: Fue llevado a cabo un estudio descriptivo y transversal en un hospital público de la Región de Murcia, durante Noviembre de 2007 y Marzo de 2008. Se revisaron las historias clínicas de todos aquellos pacientes que aceptaron participar del estudio y que firmaron el consentimiento informado. La información fue recogida en base un registro ad hoc. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, hospitalizados en los servicios de traumatología o neurología y con tratamiento de fisioterapia. Fueron revisados un total de 99 historias clínicas. Se diseñaron dos indicadores, un indicador tipo media y otro indicador tipo porcentaje para describir los días de retraso. En el primero se hizo un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias de días de retraso con los diferentes días de la semana en que se solicita la fisioterapia.

Resultados: La media de retraso para empezar el tratamiento de fisioterapia es de 2,3 días (DE= 1,5). Un 37,3% de los pacientes esperan más de dos días para recibir la primera visita del fisioterapeuta desde que el médico de planta solicita el tratamiento. De ellos un 28,3% espera de 3 a 4 días; un 6,0% espera de 5 a 6 días y un 3,0% esperan 7 ó más días. La media de días de retrasos varía en función del día de la semana en que se solicita la fisioterapia ($p < 0,05$). Presenta una media de 1,74 días a principios de la semana (domingo, lunes y martes), 2,4 días a mediados de la semana (miércoles y jueves) y una media de 3,6 días de retraso cuando se solicita en los fines de semana (viernes y sábado).

Conclusiones: Habitualmente se producen retrasos importantes en el inicio del tratamiento de fisioterapia de los pacientes hospitalizados. Estos retrasos dependen del día de la semana en se solicita la fisioterapia, siendo más largos a mediados y fines de semana.

Palabras clave: retrasos, fisioterapia, atención hospitalaria.

P127

REVISIÓN DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

M. L. Saldaña Lusarreta (0), B. Azaola (0), E. Salgado (0), H. Escalada (1), M. Lama (1).

(0) SERVICIO NAVARRO DE SALUD, (1) HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

msaldanl@cfnavarra.es

Desde el año 1999 se inicia en Navarra el Programa de Atención al paciente en cuidados paliativos oncológicos, en 2005 se amplía el ámbito de cobertura del mismo a toda la comunidad. El Servicio de Oncología se hace cargo de los pacientes en cuidados paliativos. La atención dispensada por Oncología se complementa con dos equipos concertados de atención a domicilio y atención con ingreso en un centro concertado. Se establece al equipo de Atención Primaria como garante de la continuidad de cuidados con el apoyo del Equipo de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD).

Objetivo: Detectar áreas críticas en las que mejorar la continuidad de atención a estos pacientes.

Establecer indicadores centinela en los sistemas de registro y en el programa.

Métodos: A partir del registro del protocolo de cuidados paliativos del programa de OMI se detecta al paciente incluido en el programa. Se revisa el proceso de atención que ha tenido dentro del programa.

Resultados: Se presentan los puntos críticos revisados y cómo la atención se ha ajustado al programa en 50 casos elegidos al azar.

Punto de entrada y registro del paciente. Casos en los que la primera valoración ha sido conjunta entre el médico del ESAD con el de AP. **Cumplimentación del Protocolo OMI Paliativos.** Información del proceso en la Historia del paciente: Presencia de informe elaborado por Oncología. Se realiza un análisis de causas y se establecen medidas correctoras para evitar los fallos detectados de continuidad de la atención.

Se determinan estándares para los indicadores centinela: Puntos de entrada en el programa. Nº pacientes con protocolo OMI / total pacientes. Nº pacientes con 1ª visita conjunta de valoración /total pacientes. Tiempo transcurrido hasta la primera valoración del

paciente por el ESAD.

Conclusiones Después de tres años en funcionamiento la detección de estos puntos críticos y su mejora han resultado esenciales para la mejora del trabajo del equipo y la atención de nuestros pacientes.

P128

RIESGO SOCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

P. Gozalo*, C. Marín, I. Brando, D. López, A. Carrillo.

Hospital Morales Meseguer.

968246333@telefonica.net

Introducción: Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) presentan una serie de características (edad avanzada, limitación física, alta demanda de servicios sanitarios) que pondría condicionar la presencia de riesgo social (susceptibilidad para necesitar apoyo institucional en el domicilio). El objetivo del presente estudio es la medición del riesgo social mediante una escala validada en una población de pacientes con EPOC.

Métodos: Durante el año 2007 se han estudiado a pacientes con EPOC a los que se le solicita una evaluación de riesgo social durante su estancia en el hospital. La interconsulta conlleva la visita del trabajador social al paciente, realizándose la encuesta que consta de 7 variables sociodemográficas y patológicas del paciente y el cuestionario de valoración social (escala de Gijón validada). Tras ello se pone en marcha un sistema de medidas para intentar solucionar la problemática social del paciente. Las variables se expresan como porcentajes e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se han estudiado 19 pacientes, 89.5% hombres y el 73.7% mayores de 65 años. De los pacientes, 14 estaban casados (73.7%), 3 viudos (15.8%) y 2 solteros (10.5%); la mayoría viven en medio rural (63.1%). Todos menos 2 pacientes volvieron a reingresar durante el periodo de estudio, de los 17 pacientes con reingreso, 7 reingresaron una vez (36.9%), 4 (21%) dos veces, 1 (5.3%) tres veces (5.3%), 1 reingresó cuatro veces (5.3%), 3 (16%) cinco veces y otro reingresó seis veces (5.3%). La puntuación de la valoración social mostraba: buena/aceptable situación social en 14 pacientes (73.7%, IC-95%: 48.8%-90.8%), con riesgo social 3 pacientes (15.8%, IC-95%: 3.4%-39.6%) y con problema social 2 pacientes (10.5%, IC-95%: 1.3%-33.1%). Dentro de la escala de valoración social, la situación familiar mostraba a 3 pacientes que viven solos que carece de hijos o viven alejados (16%), un paciente no tenía ingresos o era menor que la pensión no contributiva (5.3%) y otro paciente tenía vivienda inadecuada (5.3%). La actuación se ha realizado sobre los 5 pacientes con riesgo o problema social, que fundamentalmente consiste en la coordinación con los servicios sociales de zona para gestionar el recurso adecuado antes del alta hospitalaria.

Conclusiones: Los pacientes con EPOC presentan una baja tasa de riesgo y problema social, pese a lo cual los reingresos son muy frecuentes lo que podría suponer que se relacionan más con la gravedad de la enfermedad y no con problemas sociales.

P129

SITUACIÓN ACTUAL DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

E. Pericas Bosch, P. Pérez Sust.

Hospital Universitari de la Vall d'Hebron.

epericas@vhebron.net

Objetivo: La hospitalización domiciliaria se inició en el Hospital Universitario Vall d'Hebron el segundo trimestre del 2006 como alternativa a la hospitalización convencional. Se constató que aunque inicialmente la hospitalización domiciliaria se orientó como recurso alternativo para la fase final de un proceso asistencial la importante utilización de este recurso como drenaje de pacientes de urgencias. El objetivo de este estudio es analizar, una vez ya implantado esta modalidad de atención, el impacto que ha tenido respecto de la hospitalización convencional, ya que la hospitalización a domicilio debería tener una duración limitada y atender a patología hospitalaria aguda en fase de estabilización. Si se deriva desde urgencias se pueden presentar problemas de optimización de recursos.

Material y Métodos: Se han analizado 757 (276 en el 2006) altas de hospitalización domiciliaria registradas en el CMBD correspondientes al período 2007.

Se estudia el impacto de estas altas sobre el conjunto de las altas de

hospitalización convencional, en el mismo periodo agrupadas a nivel de Diagnóstico principal.

Resultados: De las 757 altas de hospitalización domiciliaria sólo 167 (22%) tienen un episodio previo de hospitalización en otro servicio. El 78 % restante provienen de dispositivos asistenciales de urgencias o ambulatorios.

Del las 167 altas con episodio previo de hospitalización, el 65% se agrupan en procesos relacionados con la Categoría Diagnóstica Mayor 04 (Enfermedades Sistema Respiratorio 50%) y 05 (Enfermedades del sistema Circulatorio 15%).

Observamos que un porcentaje elevado de estas altas de hospitalización domiciliaria se concentran en Grupos de Diagnóstico correspondiente a patologías crónicas. El 12,6% a insuficiencia pulmonar crónica y 12% a bronquitis crónica.

Las 590 altas de hospitalización a domicilio que no presentan un episodio previo de hospitalización el 18% corresponden a episodios de atención de aperturas artificiales por gastrostomía (V55.1).

Conclusiones:

1- Este recurso se sigue utilizando como drenaje de pacientes de urgencias, debido al elevado porcentaje (78%) de altas de hospitalización domiciliaria sin una hospitalización previa. Posiblemente en el caso de pacientes con patologías crónicas deberían utilizar otros dispositivos asistenciales.

2- Los datos apuntan que se esta usando este recurso para el cuidado de pacientes crónicos. Sin embargo este dispositivo asistencial no pretende concentrar su actividad alrededor de este tipo de paciente.

3- Hemos detectado un aumento significativo de los episodios de hospitalización domicilio con diagnósticos de atención de aperturas artificiales (V55.1) por gastrostomía.

P130

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA INCONTINENCIA FECAL

A. B. Morata Crespo, G. González Sanz, M. M. Andreu Fauquet.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

abelenmorata@hotmail.com

OBJETIVOS: La incontinencia fecal (IF) origina un grave problema social en las personas que la padecen y una disminución muy importante en su calidad de vida. Los estudios disponibles hasta el momento no demuestran una mayor evidencia científica de ninguno de los tratamientos existentes, aunque existen indicios de que la biorretroalimentación y de los ejercicios del esfínter tienen un efecto terapéutico similar a otros tratamientos y con nulos efectos secundarios.

Pretendemos establecer una vía ágil de derivación entre el Servicio de cirugía general (Unidad de proctología) y el Servicio de rehabilitación, realizar una valoración funcional adecuada del paciente y proponerle el tratamiento rehabilitador más apropiado.

Para el desarrollo de este proyecto contamos con inclusión del mismo, dentro de las ayudas de mejora de calidad que anualmente se conceden en nuestra comunidad autónoma por parte de nuestro Servicio de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: A lo largo del desarrollo de este trabajo pretendemos:

- Establecer reuniones entre la Unidad de proctología y el Servicio de Rehabilitación, para determinar los criterios de derivación de los pacientes, y el método de derivación.
- Diseñar junto con los fisioterapeutas un programa de ejercicios.
- Realizar en la consulta de rehabilitación una valoración funcional, que incluya además de la exploración física, una manometría y la realización de la encuesta de calidad de vida SF-36.
- Proponer a los pacientes con IF leve-moderada un programa de ejercicios. Proponer a los pacientes con IF grave, y a los que tienen IF leve-moderada que no mejoren tras el programa de ejercicios al menos 30mmHg en la manometría, tratamiento de electroestimulación y biorretroalimentación.

RESULTADOS: Los resultados que pretendemos obtener son:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con IR, medida por la escala SF-36.
- Establecer un tratamiento de fisioterapia estandarizado para el tratamiento de estos pacientes.
- Establecer una vía rápida de derivación desde la Unidad de

proctología al Servicio de rehabilitación.

Los indicadores para evaluar el seguimiento serán:

- Nº de pacientes derivados, nº pacientes que finalizan el tratamiento, nº de pacientes que precisan biofeedback.
- Establecer la mejoría en el grado de incontinencia a través del cuestionario de gravedad de pacientes con incontinencia fecal del Grupo Español de motilidad digestiva (GEMD).
- Análisis de la calidad de vida de los pacientes derivados mediante la escala SF-36, antes y después del tratamiento.
- Análisis de la manometría antes y después del tratamiento.

P131

UTILIZACIÓN DE CUESTIONARIO PARA CONOCER LAS NECESIDADES FORMATIVAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL

I. Alfonso Cortés, M.J. Pardo Diez.

SECTOR I ZARAGOZA EES (Enfermera Enlace Sector I), Enfermera Valoración H. Royo Villanova.

enlace1@salud.aragon.es

PALABRAS CLAVE: Cuidador principal, dependencia, necesidades formativas.

OBJETIVOS DEL TRABAJO:

- Describir el perfil del cuidador principal del paciente con dependencia.
- Analizar las necesidades de formación del cuidador principal de pacientes con pérdida de autonomía a través de un cuestionario.

METODOLOGÍA EMPLEADA:

- Se seleccionan aquellos cuidadores principales de pacientes ingresados por patología aguda invalidante o crónica incapacitante que al alta pueden variar su nivel de dependencia, durante un periodo de tres meses.
- Se utiliza un cuestionario autoadministrado dirigido a la identificación del cuidador principal y las necesidades formativas del mismo.

Las variables son:

- Características del cuidador principal: Edad, sexo, relación de parentesco.
- Temas de formación para el cuidado: Movilidad, higiene-vestido, alimentación y otros (para especificar).
- Se estiman los porcentajes de las principales variables seleccionadas, de los datos para identificar al cuidador y de las áreas de cuidado con mayor déficit de conocimientos.

RESULTADOS:

- Cuestionarios: Entregados:70 Recogidos: 66 (94%)
- Cuidadores Principales: Mujeres:47 (74.3%), Hombres: 16 (25.7%).
- Relación de parentesco: Hijos: 26(41%), Esposas: 18(28.5%), Maridos: 11(17.5%), Hijos:3 (5%), Otros: 5(8%).
- Media de edad: Dependiente: 80.24 años, Cuidador: 64.77 años.
- Temas para el cuidado: Movilidad:52 (78.8%), Alimentación:15 (22.7%), Higiene-Vestido: 28(42.4%).
- Otros: 11(16.6%) (sin especificar: 7, especifican: 4).
- No desean formación:7 (10.6%)(no disponen de tiempo:2).
- No contesta: 1

CONCLUSIONES:

- El cuidado es proporcionado principalmente por mujeres (esposas e hijas).
- Personas mayores cuidan de personas mayores.
- La movilidad, es el tema más solicitado por ser el que mayor esfuerzo requiere, siendo una dificultad la elevada edad media del cuidador.
- Con los datos obtenidos en el cuestionario se podría planificar formación (talleres), en otros niveles asistenciales (Atención Primaria).

P132

¿TRATAMOS BIEN EL DOLOR EN URGENCIAS? UTILIDAD DE LA VALORACIÓN DEL DOLOR POR ENFERMERÍA

M. Hernández Quiles, A. Mas Morales, P. Vaquero Álvarez, R. Amorós González, M. C. Pina Rodríguez, J. Alcaraz Martínez.

Hospital Vega Baja.

maribelhernandezquiles@gmail.com

Objetivo: Valorar la utilidad de la medición del dolor en Urgencias mediante la utilización de una escala visual analógica (EVA) por enfermería.

Metodología: Durante los meses de abril y mayo de 2007, se han

recogido casos de pacientes que acudían por dolor abdominal o por cólico nefrítico a nuestro servicio de urgencias y se han estudiado aquellos que se han completado con evaluación inicial antes de analgesia y evaluación al alta. La obtención de datos ha sido mediante la utilización de una escala EVA en la que el paciente señalaba el dolor de 10 a 0 a su llegada y al alta. Los pacientes se han dividido según patología en dolor abdominal y cólicos nefríticos. Los casos no completos se han excluido del estudio. Para contraste de medias se ha utilizado el test de la T de Student.

Resultados: Se ha obtenido una muestra de 44 casos, en la que el 56,8% han sido varones y el 43,2% mujeres. La edad media ha sido de 48,4 años, siendo en hombres de 50,4 y en mujeres de 46,9 años. La puntuación media del dolor a la llegada ha sido de 6,6 con una desviación típica de 1,5 y al alta la puntuación ha sido de 3,1 con una desviación típica (d.t.) de 2,04, con lo que la reducción media del dolor ha sido de 3,52 puntos (d.t. 1,77).

Según la patología, el cólico nefrítico ha obtenido una reducción más importante del dolor con 4,17 (d.t. 1,9) puntos de diferencia media, frente a 3,2 (d.t. 1,3) en el dolor abdominal, sin que las diferencias hayan alcanzado significación estadística. Se han estudiado también las diferencias en analgesia en función del número de fármacos utilizados como medicación inicial sin evidenciar diferencias.

Conclusiones: La patología con mayor reducción del dolor ha sido el cólico nefrítico.

Se ha comprobado la utilidad para evaluación subjetiva del dolor.

P133

ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN EPISODIOS AGUDOS DE PATOLOGÍA BANAL: SITUACIÓN ACTUAL EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

E. Morales Suárez, A. Collado Cucò, O. Doblado López, M. Esquius Rodríguez, E. Enri Fernández, M. Ocete Manero.

SAGESSA.

acollado@comt.es

Objetivo: Conocer la intervención de enfermería en consultas por patología aguda banal.

Metodología: Estudio observacional descriptivo. Revisión de las visitas por infecciones respiratorias de vías altas, otitis, infecciones urinarias, gastroenteritis y cefaleas en el conjunto de personas adscritas a un Área Básica de Salud (ABS) durante el año 2007.

Obtención de datos a partir de la Historia Clínica (HC) informatizada (OMI-AP). Se recogen datos de motivo de consulta, profesional que la realiza, y actividad realizada. El motivo de consulta se codifica mediante la CIAP II.

Los datos son tabulados y depurados mediante aplicativo basado en Microsoft Access.

Estudio estadístico mediante el paquete SPSS. (Estadística descriptiva).

Resultados: Total visitas realizadas: 4697 sobre 3079 personas.

El personal de enfermería interviene en el 10% de estas visitas. En ningún caso interviene como único profesional sanitario (siempre existe participación médica).

El 73% de sus intervenciones consiste en la aplicación de técnicas (constantes 21%, inyectables 33%, tiras reactivas 19%).

En las visitas sobre estas patologías sin intervención de enfermería, el médico realiza estas mismas técnicas en un 12% de los casos.

Se describe la participación por patologías.

Conclusión En nuestro estudio se observa una escasa participación del personal de enfermería en la patología aguda banal.

Por otra parte, la mayor parte de sus actividades en estas patologías son delegadas por el médico que, ocasionalmente, es capaz de asumirlas sin la participación de enfermería.

P134

ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES EN LOS ÚLTIMOS MESES DE VIDA

Y. Castán, M. L. Lou, C. Laguna, J. M. Abad, N. Enriquez, F. Arribas.

Departamento Salud y Consumo. Gobierno Aragón.

ycastan@aragon.es

OBJETIVOS: El 20-25 % del gasto en salud de toda la vida de una persona se realiza en los dos últimos años de vida. Al aumentar la edad, el gasto por asistencia aguda es menor y aumenta el de

atención a largo plazo. El programa de atención a enfermos crónicos dependientes dispone de diferentes dispositivos con distintas líneas asistenciales. Nos planteamos describir el perfil y el proceso de atención sanitaria de los fallecidos en los hospitales de convalecencia (HCO) y en los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD). MATERIAL Y MÉTODOS: Del conjunto mínimo básico de datos de ESAD y del de altas hospitalarias de HCO se estudian los pacientes con motivo fin de asistencia fallecimiento, en el año 2007. Los datos fueron recogidos por los diferentes hospitales y ESAD en sus sistemas de Información y transferidos a una aplicación común sobre base de datos ORACLE. Se analizan variables del paciente, de su proceso asistencial y sus antecedentes de atención en estos dispositivos asistenciales en el periodo 2006-2007.

RESULTADOS: En el año 2007 se atendieron en los ESAD de Aragón 1309 pacientes. En el 53% de los pacientes el motivo fin asistencia fue fallecimiento y de éstos 84 % fallecieron en domicilio. El 91 % de los fallecidos recibían cuidados paliativos, el resto cuidados de mantenimiento continuados. El nivel de dependencia según el índice Barthel fue grave en cuidados continuados y moderado en paliativos. La estancia media en cuidados de mantenimiento continuados y en cuidados paliativos fue de 52 y 41 días respectivamente. El 57 % procedían de atención primaria. Más del 75% de pacientes fallecidos tenían como diagnóstico principal neoplasia.

En los HCO se dan 3520 altas en 2007, el 26% con motivo fin de asistencia fallecimiento. De ellos, un 34% habían recibido cuidados agudos y el 57 % cuidados paliativos. El 83% de fallecidos procedían del hospital. El 21% tuvieron como diagnóstico principal neoplasia. En un 7% estaba identificado el código V66.7 (admisión para tratamiento paliativo).

CONCLUSIONES: Entre los pacientes atendidos en ESAD el porcentaje de fallecimientos es superior al de HCO. El perfil de paciente fallecido en ESAD es de atención de cuidados paliativos y diagnóstico principal neoplasia. En HCO la atención a paliativos es menos frecuente y no hay un diagnóstico principal mayoritario. En estos hospitales la utilización del código de atención a paliativos (V66.7) es escasa.

P135

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DEL NIÑO SANO EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

R. Riera Dalmau (0), L. Enguix Martínez (0), A. Pereira Leiva (0), A. Tudela Soler (0), G. Duarte Climents (1), M. B. Sánchez Gómez (1).

(0) Consorci Sanitari de Terrassa, (1) DC Cuidados Sociosanitarios.

begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: El Consorci Sanitari de Terrassa ha puesto en marcha un proceso que tiene como objetivo la implantación del método clínico enfermero en su área de influencia para los pacientes de Atención Primaria. Este proceso se extiende a pacientes atendidos en consultas de enfermería del Programa del Niño Sano, mediante el uso del método clínico enfermero estandarizado con los lenguajes NANDA-NOC-NIC. El registro se realiza informatizado mediante el programa "OMIap V6.4/00A-00".

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud a los pacientes atendidos mediante el uso del método clínico enfermero y los lenguajes NANDA-NOC-NIC.

Comparar los resultados entre los grupos control e intervención.

Material y métodos: La CVRS de los niños se valora con el cuestionario Medical Outcomes Study Short Form General Health Survey twenty-item (MOS-SF-20). La recogida de datos se realiza mediante cuestionarios específicos de CVRS autoadministrados a los pacientes.

Resultados: Los cuestionarios se están distribuyendo entre los pacientes diana, hasta el momento se han recogido 215 cuestionarios de los 400 necesarios para el estudio.

Conclusión: Creemos necesario este tipo de estudio para valorar los cambios en la CVRS de la población diana y comprobar si tiene relación con la implantación del método clínico enfermero. Para ello este estudio se complementa con: satisfacción de los pacientes específica con las enfermeras de AP, satisfacción de los profesionales, resolución de problemas de salud, mortalidad, entrenamiento de las enfermeras, cantidad de pacientes atendidos y el cumplimiento de los objetivos de la cartera de servicios.

P136

CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL. AUDITORÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE ANESTESIA

J. A. Paz García De Mateos, I. Portero Larragueta, M. A. Fernández Sánchez, J. M. Marzal Baró, J. A. Santa-Ursula Tolosa, A. Bartolomé Ruibal.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
japaz@fhacorcon.es

La cateterización venosa central sigue siendo una causa importante de mortalidad anestésica evitable. La auditoría clínica juega un importante papel en la mejora de la calidad asistencial.

OBJETIVO. Presentar una auditoría clínica de la cateterización venosa central realizada en nuestro servicio de anestesia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de dos años de cateterización venosa central no relacionada con procedimientos quirúrgicos, realizada en un hospital terciario público desde septiembre de 2005 (fecha de implantación de un consentimiento informado específico) hasta octubre de 2007. Los catéteres (de poliuretano, radioopacos, sin cubierta antimicrobiana marca ARROW® Blue FlexTip, USA) se canalizaron mediante técnica de Seldinger realizada por anestesiólogos en la unidad de recuperación postanestésica (URPA) usando las recomendaciones de esterilidad de la CDC. Después, se comprobó la colocación apropiada de la punta del catéter mediante una radiografía de tórax.

Las variables auditadas incluyeron la vía de acceso utilizada, las tasas de consentimiento informado, radiografía de tórax de control, posición correcta de la punta del catéter, cultivo de la punta y cultivo positivo de la misma. También se recogió el tipo de germen cultivado. Se consideró correcta la posición de la punta del catéter si se encontraba entre la segunda costilla y la carina en la radiografía de tórax.

Durante los dos años que duró el estudio 171 pacientes fueron admitidos en la URPA para la canalización de una vía venosa central. La vía de acceso elegida fue la vena yugular interna derecha en el 45% (63 casos de 139), la vena subclavia izquierda en 26.6% (37), la vena subclavia derecha en 20.8% (29) y la vena yugular interna izquierda en 7.2% (10). En 32 casos se canalizó una vía venosa periférica.

RESULTADOS: La tasa de consentimiento informado fue de 1.4% (2/143). La radiografía de tórax de control se realizó en los 143 casos y no mostró ningún caso de neumotórax. La posición correcta de la punta del catéter se corroboró en el 23% (32 casos) mientras que en el 75.5% (105) estaba más allá del carina y dos tenían una localización extratorácica. El cultivo de la punta del catéter se realizó en el 43% (60 casos); en el 60% de ellos (36) era negativo, un caso fue informado como "contaminación" y en un 38.3% (23) crecieron unos o varios patógenos (6 S. aureus, 15 S. epidermidis, 2 Ent. faecalis, 1 Staf. hominis, 2 E. Coli, 1 Morganella morganii, 1 Candida parapsilosis, 1 Stenotrophomonas maltophilia).

CONCLUSIONES: La auditoría clínica revela un índice muy bajo de complicaciones, mostrando varios puntos donde se deben tomar medidas para mejorar el cuidado del paciente: mayor tasa de cumplimentación, consentimiento informado, plan de formación en la cateterización venosa central ecoguiada, catéteres más cortos y completar el ciclo de la auditoría.

P137

CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE OSTOMIZADO

J. Portuondo Jiménez (0), M. Larrinaga Llaguno (0), P. García Alonso (0), I. Bilbao Saez De Parayuelo (0), F. De La Hoz Aizpuru (1), A. González Reguero (0).

(0) Hospital de Basurto, (1) Hospital de Cruces.
portuonhy@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Es evidente que la mayor esperanza de vida y la detección precoz de las patologías del aparato digestivo son condicionantes de un aumento en el número de casos que reciben tratamiento quirúrgico (paliativo o curativo) por una patología colorrectal y que serán portadores de una ostomía (colo - ileostomía) terminal o permanente.

Por este alto aumento de casos de pacientes, y para proporcionar una autonomía realmente eficaz es necesario un programa de educación al paciente para el adecuado manejo del estoma así como su funcionamiento detectando precozmente las eventuales complicaciones.

Ostomía se define como "orificio creado quirúrgicamente, o estoma,

que se extiende desde una porción del intestino al exterior a través de la pared abdominal. El tipo y nivel de la lesión determinan si está indicada una ileostomía, cecostomía o colostomía"

OBJETIVOS: Adquisición de conocimientos por parte del paciente independiente o del cuidador principal en caso de paciente dependiente sobre:

- Anatomía y fisiología del aparato digestivo.
- Cuidados y complicaciones del estoma.
- Tipos de bolsas y la metodología del cambio.
- Facilitar el contacto con otros ostomizados.
- Educación.
- Apoyo con los allegados
- Actividades limitadas por ser portador de ostomía (actividades deportivas, acuáticas, relaciones sexuales, embarazo, etc)

METODOLOGÍA: A través de una comunicación eficaz, verbal y no verbal, unido a una actitud empática se realizará una educación sanitaria dirigida al paciente independiente o en su defecto al cuidador principal en caso de dependencia para que:

- Paciente: recupere la autonomía previa a la intervención.
- Cuidador principal: sea éste quien coordine todo lo relacionado con los cuidados requeridos.

Se informará de manera clara y concisa y se verificará que la información ha sido asimilada, reforzando a partir de ese momento, por parte de todo el equipo, las carencias que puedan surgir.

Utilizaremos los momentos del cambio del apósito quirúrgico y de la bolsa para informarle sobre:

- Color y sensación del estoma.
- Aspecto y limpieza de la piel.
- Barrera cutánea.
- Aplicación de bolsa tras su selección.

CONCLUSIONES: La aceptación de estos procedimientos por parte de un paciente es tan variada como las reacciones emocionales de cada individuo. Cada paciente necesita su propio plan de cuidado basado en sus necesidades personales.

En función del grado de participación del paciente se verá influenciado su propio cuidado y la confianza que tenga en sí mismo.

P138

CICLO DE MEJORA VÍA INTRANET DEL REGISTRO EN PACIENTES DIABÉTICOS

R. Aguilar Hernández (0), M. J. Sánchez De Las Matas Garre (1), J. García Alcaraz (0), A. M. Muñoz Ureña* (2), M. Y. Samper Saura (0), A. Pérez Salas (0).

(0) Centro de Salud de Pozo Estrecho (Cartagena), (1) Centro de Salud de San Anton (Cartagena), (2) Unidad Docente de Cartagena (SMS).
rafagui33@hotmail.com

OBJETIVO: Mejorar la calidad de los registros en pacientes diabéticos de un Centro de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Programa ciclo de mejora: Se realizó una charla y recordatorio quincenal durante 11 meses vía intranet a médicos y enfermería de parámetros a registrar y controlar en paciente diabético según guías de práctica clínica.

Unidades de estudio: Receptores del Servicio: pacientes adscritos al Centro de Salud Pozo Estrecho diagnosticados o controlados por diabetes mellitus. Proveedores: Personal Sanitario del equipo de atención primaria. Periodo Evaluativo: del 01/05/2007 al 30/04/2008 (evaluación retrospectiva).

Dimensión estudiada: Calidad Científico-Técnica.

Fuentes de datos: Explotación de datos en OMI-AP desde programadas de enfermería para control de glucemias.

Tipo de evaluación: interna retrospectiva.

Criterios: 1.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus. 2.- Porcentaje de registro el último año (% RUA) de tabaquismo. 3.- % RUA de peso. 4.- % RUA de IMC. 5.- Porcentaje de registro de HbA1c los últimos 6 meses. 6.- % RUA de microalbuminuria. 7.- % RUA de fondo de ojo. 8.- % RUA de electrocardiograma. 9.- % RUA de colesterol. 10.- % RUA de colesterol-hdl. 11.- % RUA de colesterol-ldl. 12.- % RUA de triglicéridos. 13.- Porcentaje de registro de medida de tensión arterial los 2 últimos meses.

RESULTADOS: Grado de Cumplimiento por Criterios:

1: 68.7%, 2: 14.5%, 3: 62.7%, 4: 10.8%, 5: 32.5%, 6: 4.8%, 7: 26.5%, 8: 41%, 9: 26.5%, 10: 12%, 11: 10.8%, 12: 16.9%, 13: 63.9%.

Tras campaña de mejora aplicada obtenemos las siguientes mejoras:
Absolutas: 1: 31.3%, 2: 42.5%, 3: 30.3%, 4: 63.6%, 5: 34.9%, 6: 31.2%, 7: 3.7%, 8: 31.1%, 9: 40.9%, 10: 54.3%, 11: 54.3%, 12: 50.5%, 13: 34.9%.

Relativas o posibilidades de mejora: 1: 100%, 2: 49.7%, 3: 81.2%, 4: 71.3%, 5: 51.7%, 6: 32.8%, 7: 5%, 8: 52.7%, 9: 55.6%, 10: 61.7%, 11: 60.9%, 12: 60.8%, 13: 96.7%. ($p < 0.001$ para todos salvo 7 que no es significativo).

CONCLUSIONES:

1ª-La utilización del correo interno de intranet del centro de salud es útil para el abordaje de la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria.

2ª-Recordar cómo realizar el trabajo diario, es una herramienta importante para la mejora de la calidad asistencial.

3ª-No es suficiente el ciclo de recordatorios para mejorar el registro de actividades no realizadas en el centro de salud.

P139

CICLO DE MEJORA: FIJACIÓN CORRECTA DE LA Sonda VESICAL

D. Iniesta Martínez, M. A. Rodríguez Molina, M. G. Salmerón Lucas, M. L. Martínez Caballero, J. Arias Estero, A. Gracia Arteaga, T. Marín García.

Fundación Hospital de Cieza.

dolores.iniesta@carm.es

INTRODUCCIÓN: En nuestro hospital (FHC) se decide aplicar un ciclo de mejora de la calidad asistencial para aumentar los resultados del indicador del contrato de gestión para enfermería del SMS "cuidados al paciente portador de sonda vesical", concretamente del criterio "correcta fijación de la sonda".

OBJETIVOS: General: Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en el paciente con sonda vesical.

Específico: Asegurar la fijación de la sonda vesical.

METODOLOGÍA:

1. Problema detectado: Baja o nula fijación de la sonda vesical.
2. Se efectúa un análisis mediante un diagrama de Ishikawa, detectando una falta de motivación para la fijación de la sonda vesical, pérdida de dicha fijación por líquidos corporales como el sudor o por rechazo y / o negativa del paciente.
3. Elaboración de criterios : C1- La sonda vesical está correctamente fijada.
4. Se evalúa la dimensión científico-técnica de la calidad, mediante observación directa.
5. Tipo de datos: criterios de proceso.
6. Fuentes de datos: Historias clínicas de pacientes hospitalizados que son portadores de sonda vesical.
7. Se realiza un muestreo aleatorio de 30 casos, el método de sustitución de casos consiste en elegir otro paciente portador de sonda vesical.
8. Se evaluaron inicialmente 30 pacientes hospitalizados entre los días 25/02/08 al 29/02/08 y para la reevaluación otros 30 entre el 26/05/08 al 30/05/08.
9. Se incluyeron las tres Unidades de Hospitalización del centro: Media Estancia, Planta Quirúrgica y Medicina Interna.
10. Tipo de evaluación: interna, concurrente y autoevaluación.
11. Las medidas correctoras consistieron en: ? Reunión de la enfermera de infecciosos con los equipos de las distintas unidades de hospitalización para recoger sus opiniones y puesta en común.
 - Comunicación Interior de la Dirección de Enfermería enfatizando las evidencias científicas de la fijación de la sonda vesical.
 - Elaboración y difusión de un folleto informativo dirigido al paciente portador de sonda vesical en el que se refleje la importancia de mantener fijada la sonda.

RESULTADOS: En la 1ª Evaluación el cumplimiento del criterio fue de un 0 %.

En la reevaluación se obtuvo un 47 %.

CONCLUSIONES: La recogida de la opinión de los profesionales implicados, así como la notificación por parte de la Dirección de Enfermería de la importancia de la fijación de la sonda y la implicación del paciente y familia como colaborador-controlador del proceso, ha significado un aumento importante del grado de cumplimiento del criterio "fijación correcta de la sonda".

P140

COMPARACIÓN GRÁFICA DE LAS EVALUACIONES 2006-2007 DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO A TRAVÉS DE DIAGRAMA DE PARETO. H.G.U. REINA SOFÍA DE MURCIA

Á. D. R. * Sáez Soto, V. M. Ros García, M. J. Terón Martínez, J. M. Bernal Romero, M. D. Corbalán Abril, G. Muñoz Pérez.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

angeles.saez@carm.es

INTRODUCCIÓN: La evaluación del Procedimiento de Valoración de Enfermería del Paciente al Ingreso pone de manifiesto la necesidad de mejorar en algunos de sus criterios, para ello se desarrollan una serie de acciones de mejora, es necesario evaluar su repercusión en el cumplimiento de este Indicador de Calidad de Enfermería.

OBJETIVO: Evaluar y mejorar el cumplimiento del Procedimiento de Valoración de Enfermería del Paciente al ingreso.

METODOLOGÍA: Ciclo de Mejora.

Evaluación 2006.

Indicador: Pacientes con valoración realizada correctamente en las 1ª 24 horas tras ingreso.

Criterios:

- 1.Registro constantes vitales.
- 2.Consta identificación (nombre y apellidos ó firma legible) de la enfermera.
- 3.Se registra en las primeras 24 horas ingreso.
- 4.En la valoración inicial constará valoración Patrón II.
- 5.En la valoración inicial constará valoración Patrón III.
- 6.En la valoración inicial constará valoración Patrón IV.
- 7.Pacientes Diagnóstico de Enfermería tras Valoración.

Dimensión: Calidad científico-técnica.

Tipos de datos: proceso.

Unidades de estudio: unidades hospitalización.

Fuentes de datos: Historia clínica.

Evaluación: Interna.

Muestra: 90 casos, muestreo sistemático aleatorio.

Acciones de Mejora:

Indicadores del Contrato de Gestión disponibles en Intranet.

Reunión con los supervisores de las unidades, se entrega:

Resultados 2006 e indicadores 2007.

Dossier con procedimientos actualizados.

Reuniones en unidades para informar a los profesionales de objetivos 2007.

Reuniones periódicas con los Subdirector de Hospitalización y supervisores.

Grupos de mejora integrado por Supervisoras. Objetivos: liderar y evaluar implantación y cumplimiento de indicadores.

Modificación de valoración, incluyendo escala Downton en Patrón I Percepción Manejo de la Salud.

Dípticos con Metodología enfermera: proceso enfermero, Teoría de D. Orem y listado con diagnósticos NANDA frecuentes.

Talleres en Unidades de Hospitalización sobre cumplimentación del registro de.

Valoración.

Formación para trabajadores de nueva incorporación.

Formación en metodología enfermera.

Reevaluación de indicadores 2007.

Comparación gráfica 2006-2007 a través de diagrama de Pareto evidenciando la mejora global, expresada por la diferencia entre incumplimientos ambas evaluaciones.

INCUMPLIMIENTOS 2006.

Diagnóstico Enfermería 57%.

Firma legible enfermera 55%.

Valorado II 39%.

Valorado III 39%.

Valorado IV 39%.

Registro 1ª 24h 34%.

Registro constantes 0%

INCUMPLIMIENTOS 2007:

Firma legible enfermera 31%.

Valorado IV 23%.

Valorado III 21%.

Diagnóstico Enfermería 19%.

Registro 1ª 24h 18%.

Valorado II 18%.

Registro constantes 0%.

Mejora significativa del indicador: 2006: 43%, 2007: 66%. Test del valor de Z, $p > 0,05$ No significativa.
CONCLUSIONES: Se ha producido una mejora significativa en el cumplimiento del Procedimiento de Valoración de Enfermería del Paciente al Ingreso, así como en todos sus criterios.

P141

CRITERIOS DE CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA SOCIOSANITARIA

C* Gracia Bernal.

Hospital General de Mallorca, Palma de Mallorca.
crisgra1@terra.es

Las necesidades asistenciales de la sociedad varían hacia un nuevo modelo de atención sanitaria, provocado por una población cada vez más mayor y demandante de cuidados que favorezcan su calidad de vida.

Las personas mayores hospitalizadas en nuestra unidad precisan de esta atención y cuidados, a fin de garantizar una calidad y continuidad en estos se realizó un programa específico, en nuestro caso el programa fue de ICTUS, que se comenzó a aplicar hace tres años. En este programa los pacientes, al ingreso, presentan una dependencia que puede ir de muy leve a severa, nuestro objetivo principal como enfermeras ira encaminado no solo a la rehabilitación, sino también a intentar que paciente y familia se adapten a la nueva situación, colaboren en el proceso rehabilitador o tengan una convalecencia lo más agradable posible.

OBJETIVO: Analizar que criterios de calidad cumplimos en la Unidad de Convalecencia y rehabilitación del Hospital General de Mallorca.

MÉTODO: Mediante una valoración integral realizada a todos los pacientes de programa de ICTUS hospitalizados en la unidad durante el año 2007, que comprende: valoración clínica, funcional, cognitiva y social, y tras establecer un plan terapéutico interdisciplinar que comprende: tratamiento médico, plan de cuidados enfermero, medidas de rehabilitación, atención al cuidador y orientación de los recursos sociales, se ha procedido a recoger datos y medidas.

Posteriormente se ha procedido a su comparación con los estándares de calidad propuestos para unidades de media estancia geriátrica en España. (Baztan Cortes, J.J., et al. Encuesta sobre la estructura y actividad de las unidades geriátricas de media estancia y convalecencia en España. Rev ESp Geriatr. Gerontol. 2000; 35 (s6) :61-76.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos nos indican que nos encontramos dentro de los estándares propuestos en cuanto a medidas de eficacia / eficiencia, encontrándose éstos indicados en consonancia con los estándares de calidad propuestos para unidades de media estancia geriátrica en España.

Se constata la necesidad de:

1. Refuerzo / mejora del área de rehabilitación y terapia ocupacional, así como en las instalaciones (gimnasio, zonas de terapia ocupacional, baños asistidos en habitaciones).
2. Necesidad de ampliación del equipo multidisciplinar (Psicólogo, Logopeda y Trabajadora social).

P142

DERMATOLOGÍA DE ENLACE EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, P. De Lora Novillo, A. Gómez Peligros, F. Aganzo López, J. A. Delgado.

HOSPITAL ERNEST LLUCH.
semarron@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1) Mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados.; 2) Mejorar la percepción de calidad de la asistencia recibida por los pacientes.; 3) Optimizar los recursos disponibles, tanto materiales como humanos. 4) Conseguir una mayor capacitación Dermatológica de los Compañeros destinados en plantas de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Constitución de un equipo de mejora.; 2) Evaluación de las necesidades.; 3) Análisis de los procesos.; 4) Puesta en marcha del servicio de manera estructurada.; 6) Reevaluación anual del proceso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO: 1) Constitución del Equipo de Mejora en el año 2006; 2) Evaluación de las necesidades en el año 2006; 3) Análisis de los procesos en el año

2006; 4) En el pilotaje del proyecto en el año 2006 se atendieron 220 pacientes en diversas plantas del hospital, incrementándose estas cifras hasta 2007 en el que atendimos a 330 pacientes por este sistema; 5) Las plantas de medicina interna y la de urgencias son las que más necesidades de enlace han manifestado en estos años.

CONCLUSIONES: Podemos concluir diciendo que: 1) Mejora la calidad de la asistencia de los pacientes ingresados en plantas del hospital; 2) Mejora la satisfacción de los profesionales. 3) Entendemos que la capacitación inicial y la formación continuada de los profesionales es fundamental en el uso de esta herramienta.

P143

DESARROLLO DE UN DIRECTORIO PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE EL RESPETO A LA AUTONOMIA, EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

G. De Febrer Martínez, C. Yagüez Rubio, E. Prats Alonso, B. García Moya, M. Sebastián Benet, M. García García.

Hospital Universitari de Sant Joan.
gdefebrer@grupsgassa.com

Objetivo: Crear un documento que exprese el pensamiento y los principios bioéticos de los profesionales que trabajan en la unidad, en la práctica diaria, sobre la toma de decisiones en el respeto a la autonomía y el consentimiento informado.

Método: Respuestas en una escala pentaria a un cuestionario elaborado a partir de enunciados previos, obtenidos de la literatura. En una primera fase, se recogen los resultados del pensamiento ético de un grupo de profesionales sanitarios de la unidad, compuesto por 2 médicos, 2 enfermeras, 1 trabajadora social y 2 auxiliares de clínica. Un experto en bioética y los 2 profesionales de la unidad, vinculados al Comité de ética asistencial del centro, evalúan las respuestas, formulando unos nuevos enunciados en aquellos que ha habido acuerdo. Quedan para discutir aquellas aseveraciones en las que ha habido desacuerdo. En una segunda fase se realizan 3 sesiones de discusión abierta, en que se convocan todos los profesionales de la unidad (Media de 24 profesionales y 60% de participación).

Resultados: Se presenta el nuevo directorio, que consta de 15 artículos, relativos al respeto de la autonomía del paciente y a las propuestas para la toma de decisiones en circunstancias difíciles (incapacidad, ausencia de familiares o representante). Se expone en intranet del hospital.

Conclusiones:

- 1.- La realización del Directorio de decisiones en bioética es una buena forma de aplicación práctica y diaria de la bioética.
- 2.- Su realización ha permitido el debate y el acercamiento de criterios entre los diferentes profesionales.
- 3.- Ha existido un alto interés y participación de los distintos profesionales de la unidad.
- 4.- Creemos importante que para su realización, se implique a los diferentes profesionales y su dar un enfoque multidisciplinar al documento.

P144

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CALIDAD PARA MEJORAR LA INFORMACIÓN A LOS PADRES DE NIÑOS CON PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

M. Navarro Lucia*, F. Romero Cuenca, M. S. Salvo Gonzalo, J. Gil Tomás, M. Gracia Casanova, F. J. Carapeto Marquez De Prado.

H. Clínico Universitario de Zaragoza.
navarrol@unizar.es

Objetivos: Elaborar una serie de fichas informativas acerca de la patología dermatológica más frecuente que padece el niño y que se entregará en la primera consulta a los padres o tutores a fin de que puedan conocer mejor el tratamiento y cuidados de estas patologías. Material y Métodos:

a) El programa se desarrollará en las consultas de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

b) Pacientes: Niños hasta 14 años de edad.

c) Cronograma:

-Mayo-Junio 2008: Revisión de las enfermedades dermatológicas más frecuentes.

-Julio-Septiembre de 2008: Elaboración de las fichas informativas que incluirá:

- Definición del proceso.

- Descripción de las lesiones cutáneas típicas.
- Cuidados específicos y medidas higiénicas a seguir.
- Riesgo de contagio a otras personas en el ámbito familiar y escolar.
- Motivos para acudir a su dermatólogo y/o pediatra.

- Octubre-Diciembre de 2008:

Distribución de fichas informativas en la primera consulta (registro H.Clínica).

Encuesta a los padres sobre la utilidad de la información aportada.

- Enero 2009: Evaluación del programa:

Estudio de la satisfacción de los padres o tutores del niño con el programa.

Carencias detectadas.

Valoración del rediseño de las mismas.

Resultados: Se han elaborado cuatro documentos informativos sobre los siguientes procesos: dermatitis atópica, lesiones pigmentadas (nevus), piodermis y dermatomicosis.

Conclusiones: El programa mejora la información proporcionada a los padres o tutores sobre la patología dermatológica del niño. Así mismo da respuesta a las preguntas más frecuentes que pueden surgir en cualquier momento sobre tratamientos o cuidados necesarios.

Alertas de situaciones en que se hace aconsejable acudir al dermatólogo.

El programa ayuda a evitar consultas innecesarias.

P145

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RASURADO QUIRÚRGICO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

J. I. Barranco Domínguez, C. Martínez Casamayor, M. P. Cebollero Benito, R. Cerdán Pascual, M. A. Dobón Rascón, J. M. Esarte Muniain.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

drbarranco@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El rasurado previo a la cirugía sigue siendo motivo de controversia en la asistencia sanitaria en los pacientes quirúrgicos. Vistas las dudas y dificultades que surgen en la práctica clínica diaria en este aspecto, se planteó en nuestro servicio la necesidad de estandarizar las zonas de rasurado y que esta información fuera fácilmente accesible para peluqueros, celadores y/o personal de enfermería implicados en este proceso.

Así pues se propuso el desarrollo e implementación de un protocolo de rasurado quirúrgico en una planta de Cirugía General.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía más relevante acerca del rasurado quirúrgico, sus indicaciones y contraindicaciones, los métodos de rasurado y las consecuencias. Posteriormente se analizó el global de patologías intervenidas en el servicio que precisaban rasurado quirúrgico. Cada uno de los grupos de cirujanos enumeró los diagnósticos e intervenciones más frecuentes y sus zonas de rasurado, y se creó un esquema en el que reflejar de manera preoperatoria la zona a rasurar.

RESULTADOS Se creó un póster que se colocó en un lugar accesible a la vista de todo el personal interesado con un resumen de las patologías agrupadas por órganos y grupos de patología quirúrgica. En dibujos al margen, donde se encuentran las siluetas de un humano de frente y espaldas, cabeza, cuello y periné, se indica mediante un rallado en color sobre dichos esquemas, la zona a rasurar en dependencia del diagnóstico y/o intervención quirúrgica prevista.

Finalmente se adjuntan una serie de indicaciones guía del procedimiento:

CONCLUSIONES: Medidas tan sencillas y baratas como la que presentamos agilizan y facilitan de forma rápida y eficaz el rasurado de los pacientes quirúrgicos evitando confusiones y excesos o defectos en la extensión del mismo.

Agradecimientos: A todo el personal de enfermería del Servicio de Cirugía General por su estrecha colaboración durante el desarrollo de todo el proyecto.

P146

EDUCANDO PARA EL AUTOCUIDADO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

V. Tiscar González*, E. Benítez Negro, C. Fernández Román, P. Castillo Corrales, A. Díaz Zuloaga, M. A. Fernández Fernández.

Hospital de Basurto, Bilbao.

interesavaltierraaragon@osakidetza.net

Objetivo: Evaluar si la educación sanitaria dispensada al paciente y/o familiares es efectiva y suficiente para favorecer la autonomía y la buena evolución post-quirúrgica tanto hospitalaria como domiciliaria. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes y/o familiares en cuanto a la información de los cuidados pre y post quirúrgicos y al trato y accesibilidad del personal de enfermería.

Material y métodos: Diseño: Estudio transversal que utiliza una encuesta telefónica compuesta por 16 preguntas dicotómicas (sí/no) y 2 abiertas. Esta se pasa el día anterior a la retirada de la sutura quirúrgica. Las variables analizadas eran generales de trato, profesionalidad y educativas en cuanto posturas antalgicas, deambulación progresiva, higiene de la herida quirúrgica (HQ).

Sujetos a estudio: Pacientes intervenidos por uno de los cuatro procesos quirúrgicos con mayor prevalencia en la unidad.

Ámbito: Unidad de Corta Estancia.

Periodo a estudio: Todos los sujetos a estudio ingresados entre el periodo del 1 de Abril al 30 de junio del 2008.

Análisis: descriptivo.

Resultados: Se realizaron 51 encuestas con una respuesta del 100% de los encuestados. El 39% de los pacientes tenían más de 71 años y el 27% entre 51 y 65 años. Un 53% de los pacientes fueron hombres. Siendo el proceso más realizado la Hernia Inguinal con un 47%, de los que el 79% fueron hombres, seguido de la Colectomía Laparoscópica con un 33% de las que el 64,7% fueron mujeres. El resultado de las preguntas dicotómicas osciló entre un 80 y un 96% para la opción favorable. En un 96% de los pacientes en el momento del alta recibieron información verbal y escrita para su autocuidado. En el apoyo ofrecido y la capacidad para tranquilizar al paciente, así como la valoración de la asistencia recibida durante su hospitalización un 73% manifestó ser Excelente y un 27% buena. Un 96% (49 pacientes) no necesitó atención de ningún profesional de enfermería hasta el día de la retirada de la sutura quirúrgica y de los 2 pacientes que si lo necesitaron, uno por drenaje de hematoma y otro por infección de HQ.(4%).

Conclusiones: Con nuestro trabajo diario conseguimos que los pacientes logren una incorporación temprana a su ambiente con todas las garantías de un final favorable de su convalecencia.

Los resultados reflejan que los pacientes comprenden la información dada, tanto en lo referente al autocuidado como a la información general.

P147

EL TRABAJO SOCIAL DE SALUD COMO FACTOR DE CALIDAD EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LAS URGENCIAS MATERNO-INFANTILES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Canet Ponsa, M. J. Montes Rubial, M. Martín González, D. Planas, M. Solé Orsola, A. Ochoa.

Hospital Vall d'Hebron Materno-infantil.

mcanet@vhebron.net

Objetivo: Uno de los objetivos del servicio de urgencias es ofrecer además de la asistencia clínica una continuidad asistencial. Para ello es necesario la intervención de un profesional del trabajo social que pueda tratar la problemática que incide en los problemas de salud y las dificultades sociales de los enfermos y familiares, afloradas o generadas por una situación de pérdida de salud brusca.

Metodología: El desarrollo de este objetivo se ha iniciado en el año 2006 con el diseño de un protocolo de trabajo social en urgencias y se ha implementado en el 2007. Indicadores para la activación del protocolo:

Urgencias pediátricas: Malos tratos y abusos sexuales con niños y adolescentes. Menores no acompañados. Altas voluntarias y fugas de menores. Traumatismos pediátricos. Problemáticas de alto riesgo psico-social.

Urgencias de obstetricia y ginecología: Malos tratos, desamparo del feto. Situaciones de duelo desbordado. Personas con una enfermedad crónica o terminal sin criterio de ingreso. Situaciones de alto riesgo social.

Resultados: En el área del Área Materno-infantil el número de casos que han requerido la actuación de trabajo social ha sido de 542. En el área de urgencias del Área Materno-infantil se han detectado 50 casos lo que representa 10%. Distribuidos de la siguiente manera: 32% son de malos tratos, 16% de negligencias en niños y un 28% de

familias de alto riesgo social.

Conclusiones: La aplicación del protocolo con la incorporación de una trabajadora social al staff del área de urgencias nos ha permitido: 1.- Mayor detección de las problemáticas sociales, 2.- Mayor sensibilización del personal de las urgencias, 3.-protocolización de las problemáticas, 4.- Mayor resolución de situaciones sociales evitando situaciones conflictivas en el área de asistencia y una mejora en la calidad asistencial del paciente y su familia.

P148

ESTUDIO DE BACTERIEMIAS FALSAS COMO INDICADOR DEL PROCESO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS

E. Gómez Ahedo, I. Atutxa Aurteneche, C. Busto Barrenechea, J. A. Álava Menica, C. Ezpeleta Baquedano, R. Cisterna Cáncer.

Hospital de Basurto, Bilbao.

MELENA.GOMEZAHEDO@OSAKIDETZA.NET

Objetivos: El porcentaje de contaminación se considera un buen indicador de la técnica de extracción de hemocultivos. La distinción entre bacteriemia verdadera/falsa tiene importantes repercusiones pronósticas y terapéuticas. El objetivo de este estudio es conocer las cifras de bacteriemia falsas en las unidades de Enfermería de nuestro hospital y ver su evolución tras implantar un sistema de retroalimentación mediante el que se informa a cada unidad de las cifras de contaminación.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo (2003-2007). De cada hemocultivo positivo se recogen mediante un protocolo preestablecido datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. En función de esta información se cataloga el episodio de bacteriemia como verdadera o falsa. Se registra para cada unidad de enfermería el número de hemocultivos positivos, falsos y negativos. Anualmente se presentan los resultados en cada unidad y se recuerda la técnica de extracción para que en caso necesario adopten medidas correctoras. Resultados: En el periodo de estudio se han obtenido 35645 hemocultivos. El porcentaje de contaminación es del 8%, el de positivos 10,6% y 81,4% han sido negativos. En este periodo del 2003 al 2007 en el que se ha incrementado la extracción de hemocultivos desde 6546 en 2003 hasta 7779 en 2007 estos porcentajes a penas han sufrido variaciones, y el porcentaje de positivos ha oscilado entre 10 y 12% y el de contaminantes entre 7-9%. 53% de los hemocultivos extraídos se obtuvieron en urgencias. El porcentaje de contaminados en urgencias de adultos ha oscilado entre 9 y 12%, y el de positivos entre 12 y 16%. En urgencias de pediatría los contaminados oscilaron entre 2 y 4% y los positivos entre 2-3%.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran un porcentaje de contaminados superior a lo descrito en estudios de USA: (0,9 y 5,4%). La mayoría de los hemocultivos de nuestro hospital se obtienen en urgencias y este hecho puede explicar en parte estas diferencias. No hemos conseguido disminuir el porcentaje de bacteriemia falsas. Es necesario contar con criterios de consenso para definir las bacteriemia falsas. Los datos que pueden ayudar son el tipo de microorganismo, el número de frascos en los que ha crecido, el tiempo de crecimiento, presencia de dispositivos vasculares. El número de bacteriemia falsas se incluye en el programa de control de Calidad de los laboratorios en USA. En nuestro medio existen pocos estudios y sería conveniente que se incluyera como indicador de la técnica de extracción.

P149

ESTUDIO DE LAS LESIONES TARDÍAS PRODUCIDAS POR ALCALOIDES DE LA VINCA

M. Moreno Manchón*, A. Llurba Asensio, M. López Blesa, V. Marín Llaurado, J. Mateo Domínguez, A. Torres Donoso, I. C. Grau Farrus.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS.

igrau@grupsagessa.cat

OBJETIVOS: Analizar la posible causa de las lesiones tardías producidas por los alcaloides de la vinca.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, descriptivo de los enfermos tratados con agentes vesicantes alcaloides de la vinca en la unidad de hospital de día de oncología. (noviembre de 2007-mayo2008).

Elaboración de un registro de enfermería con los parámetros a estudio: fecha de punción de vía y localización, grado de dificultad de

venoclisis, calibre del catéter, características del acceso venoso, fecha de detección de la lesión, signos y síntomas y localización de la lesión, nº de ciclo de qt, línea de tratamiento.

Análisis de los datos obtenidos mediante programa informático.

RESULTADOS: El nº de pacientes:108; nº de casos: 13.

Diagnósticos : n.mama (56%), n. pulmón (22%) i n.digestiva (22%).

Periodo de detección: 3-6 días.

Localización: dorso mano derecha(47%), dorso mano izquierda, antebrazo derecho e izquierdo (53%).

Características de la vena: frágil (54%), muy pinchada (69%), calibre pequeño (38%) y 8% tortuosas.

Nº del catéter más usado: 24 (85%).

Signos y síntomas: eritema (62%), dolor (77%), hiperpigmentación (54%), edema y prurito (46%), quemazón y lesión (23%), flictena y hematoma (8%).

El 54% de los casos, la dificultad de venoclisis es moderada.

Grado de dolor: EVA 5 (23%), EVA 4-6 (15%), EVA 7 (8%).

Tipos de lesión: quemadura de grado 1 (77%), y grado 2 (23%).

Los tratamientos administrados son de 2 y 3 línea oncológica.

CONCLUSIONES: Después de analizar los parámetros estudiados, llegamos a la conclusión que son causante de lesión:

- pacientes tratados anteriormente
- con tratamientos de 2 y 3 línea
- características de la vena muy pinchadas
- itostáticos muy vesicantes.

Parámetros cómo la técnica de punción utilizada y profesional que ha realizado la punción no han sido valorados.

Los profesionales de la unidad de hospital de día de oncología han decidido diseñar instrumentos y estrategias de cuidados de enfermería para minimizar los efectos de estas lesiones.

Para concluir, se valora la posibilidad de colocación de un acceso venoso central (port-a-cath) en pacientes susceptibles de sufrir lesiones por agentes vesicantes por alcaloides de la vinca.

P150

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE

J. Leal Llopis, A. Paredes Sidrach De Cardona, M. Calvo Bohajar, M. C. Arjona Ramírez, C. Peñalver Guillén, L. Zarate Riscal.

Hospital Morales Meseguer.

jesus.leal@carm.es

OBJETIVO: Evaluar la correcta aplicación de la valoración de enfermería al ingreso del paciente en las unidades de hospitalización.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en todas las unidades de hospitalización de un hospital de área. La población de estudio han sido todos los pacientes ingresados más de 24 horas. Los criterios/variables de estudio han sido diseñados por el Grupo Regional para la Evaluación y Mejora de los Cuidados de Enfermería y son: Registro de constantes vitales, Firma legible de la enfermera que lo realiza, Registro en las primeras 24 horas tras el ingreso, Valoración inicial de la alimentación, Valoración inicial de piel y mucosas, Valoración inicial de movilidad y Valoración inicial de eliminación. Las fuentes de datos fueron los registros de enfermería. El periodo de estudio han sido 3 cortes de prevalencia en febrero, mayo y octubre de 2007. Análisis estadístico: SPSS 12.0.

RESULTADOS: Se han evaluado 195 pacientes presentando un registro adecuado de constantes vitales el 99% de los pacientes. La firma legible de la enfermera que realizo la valoración inicial esta presente en el 76% y en el 91% de los pacientes se registro el procedimiento en las primeras 24 horas tras el ingreso de los pacientes.

Con respecto a la valoración de las necesidades, el 88% de los pacientes presentaba valorado la alimentación, el 89% la piel y mucosas, el 90% la movilidad y el 89% la eliminación. Estos 7 criterios conforman un indicador denominado Valoración por enfermería de la situación del paciente al ingreso que se cumplió globalmente en el 70% de los casos.

CONCLUSIONES: Tras analizar los datos obtenidos podemos concluir que existe un aceptable nivel de cumplimentación en el indicador evaluado, que hace necesario monitorizar adecuadamente para mantener dichos estándares de calidad.

P151

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

J. Leal Llopis, M. Calvo Bohajar, A. Paredes Sidrach De Cardona, M. C. Pérez García, M. J. Crespo Carrión, R. M. Jiménez Moreno.
Hospital Morales Meseguer.
jesus.leal@carm.es

OBJETIVO: Evaluar la correcta aplicación del protocolo de acogida en las unidades de hospitalización.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en todas las unidades de hospitalización de un hospital de área. La población de estudio han sido todos los pacientes ingresados más de 24 horas y menos de 7 días. Los criterios/variables de estudio han sido diseñados Grupo Regional para la Evaluación y Mejora de los Cuidados de Enfermería y son: Registro del procedimiento en historia clínica, Registro en las primeras 24 horas tras el ingreso, Consta la entrega de documento informativo de la unidad, Información sobre normas de funcionamiento de la unidad, Valoración de la información dada al ingreso, Identificación de la enfermera al ingreso. Las fuentes de datos fueron los registros de enfermería y la entrevista de los pacientes. El periodo de estudio han sido 3 cortes de prevalencia en febrero, mayo y octubre de 2007. Análisis estadístico: SPSS 12.0.

RESULTADOS: Se han evaluado 195 pacientes presentando un registro adecuado del procedimiento el 67% de las historias de los usuarios incluidos en el estudio. El registro del procedimiento en las primeras 24 horas se cumplía en el 76% y en el 35% de los pacientes constaba explícitamente en las historias clínicas la entrega de documento informativo de la unidad. Estos tres criterios se agrupan en un indicador denominado Implementación del Plan de Acogida adecuado a Protocolo, presentando este una cumplimentación global del 21%.

El paciente/familia refiere en un 85% que les informaron de las normas de funcionamiento de la unidad al ingreso y consideran como buena o muy esta información en el 88% de los casos. La enfermera que realiza el protocolo de acogida se identificó en el 76% de los pacientes. Estos criterios conforman un indicador denominado Valoración de la información al ingreso por el personal de enfermería que se cumplió globalmente en el 70% de los casos.

CONCLUSIONES: Tras analizar los datos obtenidos podemos concluir que existen importantes áreas de mejora en el indicador Implementación del Plan de Acogida adecuado a Protocolo y que el indicador Valoración de la información al ingreso por el personal de enfermería presenta un aceptable nivel de calidad.

P152

EVALUACIÓN INDICADORES DE CALIDAD EN PREVENCIÓN DE ULCERAS PR PRESIÓN

J. Leal Llopis, A. Paredes Sidrach De Cardona, C. De La Hera Foncuberta, Y. Martínez Albaladejo, F. Peñalver Hernández, M. Calvo Bohajar.
Hospital Morales Meseguer.
jesus.leal@carm.es

OBJETIVO: Evaluar los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de úlceras por presión (UPP).

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en todas las unidades de hospitalización del hospital Morales Meseguer de Murcia. Los indicadores utilizados para la evaluación han sido: Valoración del riesgo de UPP al ingreso del paciente (escala EMINA), Pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso y cuidados de enfermería adecuados en pacientes de riesgo de UPP. Las fuentes de datos fueron los registros de enfermería y la observación directa de los pacientes realizando la evaluación personal externo. El periodo de estudio ha sido febrero, mayo y octubre de 2007. Análisis estadístico: SPSS 12.0.

RESULTADOS: Se ha evaluado 195 pacientes para la evaluación de los dos primeros indicadores. En el 92% de los casos se les había realizado la valoración de riesgo de UPP al ingreso. El 6.2% de estos pacientes había desarrollado UPP durante su ingreso.

Así mismo, se han evaluado 432 pacientes con riesgo de padecer UPP en el momento del estudio. El 39% presentaba riesgo bajo, el 33.9% riesgo medio y el 27.1% riesgo alto. El indicador global de cuidados de enfermería adecuados en pacientes de riesgo de UPP presentaba una cumplimentación del 87%. No existían diferencias

significativas entre la calidad de los cuidados en función del riesgo que presentaban los pacientes.

CONCLUSIONES: Tras analizar los datos obtenidos podemos concluir que los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de de UPP que se prestan a nuestros pacientes se encuentran dentro de unos estándares de calidad adecuados con el objetivo de preservar la seguridad de los pacientes.

P153

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

D. Iniesta Martínez, A. Gracia Arteaga, M. A. Rodríguez Molina, J. Arias Estero, M. L. Martínez Caballero, M. García Lucas.

Fundación Hospital de Cieza.
dolores.iniesta@carm.es

INTRODUCCIÓN: En FHC se decide aplicar un ciclo de mejora de la calidad asistencial en el registro de valoración de riesgo de caídas y valoración del riesgo de UPP en las plantas de hospitalización tras la informatización de la historia clínica.

OBJETIVOS: Mejorar el registro de valoración del riesgo de caídas y del riesgo de padecer UPP.

Mejorar la calidad de los cuidados aplicados a los pacientes identificados con riesgo de caídas.

Mejorar la calidad de los cuidados aplicados a los pacientes con riesgo padecer UPP.

METODOLOGÍA:

1. Problema detectado: baja o nula cumplimentación de los registros de valoración del riesgo de caída y riesgo de padecer UPP en las plantas sin informatización de la historia clínica.

2. Análisis mediante un diagrama de Ishikawa, detectando una falta de motivación para la cumplimentación de dichos documentos, herramientas poco efectivas y de costosa realización.

3. Criterios: C1-A todo paciente ingresado más de 24 horas se cumplimentará formulario, en las 24 primeras horas, de Valoración de riesgo de caídas; C2-A todo paciente ingresado más de 24 horas se cumplimentará formulario, en las 24 primeras horas, de Valoración del riesgo de padecer UPP.

4. Dimensión de calidad científico-técnica.

5. Tipo de datos: criterios proceso.

6. Fuentes de datos: Historias clínicas de pacientes hospitalizados.

7. Se realiza un muestreo aleatorio de casos, para la 1ª evaluación se estudian 30 casos de cada criterio (60 en total) obtenidos de las historias clínicas de pacientes hospitalizados, entre los días 25/02/08 al 29/02/08 y para la reevaluación otros 30 casos de cada criterio (60 en total) desde el 26/05/08 al 30/05/08. En ambos casos el método de sustitución de casos consiste en elegir otro paciente ingresado en las fechas definidas en los criterios.

9. Tipo de evaluación: interna, concurrente y autoevaluación.

10. Medidas correctoras: completar la implantación del programa informático en las plantas donde no se utilizaba, formar al personal y explicarle la necesidad y utilidad de realizar dichos formularios para mejorar la calidad de los cuidados a los pacientes a los que se les detectase un riesgo en dichas valoraciones.

RESULTADOS: 1ª Evaluación el cumplimiento de los criterios fue el siguiente: C1:50%, C2:47%.

En la reevaluación mejoramos con los resultados: C1:100%, C2:93%.

CONCLUSIONES: La cumplimentación de los registros de enfermería en las plantas de hospitalización ofrece una oportunidad de mejora.

Tras la aplicación de las medidas correctoras se observa un aumento en el grado de cumplimiento de todos los criterios evaluados siendo necesario monitorizar dichos registros para mantener unos estándares adecuados de calidad.

P154

FOMENTANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL: CONSULTA DE ENFERMERÍA EN RADIODIAGNÓSTICO

P. Soler Gallego, J. Mellado Romero, E. Hernández Serna, J. Martínez García, J. Latorre Martínez, C. García Jiménez.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.
mn.illana@carm.es

INTRODUCCIÓN: El usuario del servicio de radiodiagnóstico, suele acudir a su cita con falta de información sobre las pruebas a las que

va a ser sometido y la preparación que las mismas requieren. En determinados estudios (tac abdomino pélvico) el tiempo de espera es largo, lo que da lugar a un estado ansioso tanto en el paciente como en sus familiares, fomentando así el número de reclamaciones. OBJETIVOS: Con la creación de la consulta de enfermería en radiodiagnóstico se pretende proporcionar información clara al paciente disminuyendo así la ansiedad y las quejas. Esta consulta pretende garantizar una mejor calidad, aprovechamiento y optimización de los recursos tanto humanos como materiales.

METODOLOGÍA: (materiales)

- Consulta de enfermería.
- Consentimientos informados.
- Hojas de preparación.
- Gastrografin 40ml (monodosis).
- Base de datos.
- Teléfono de contacto y cuenta de correo electrónico.
- Enfermera/o.
- Personal administrativo.

RESULTADOS:

- Durante el año que la consulta de enfermería lleva funcionando hemos proporcionado a los 1500 usuarios información y asesoramiento para disminuir sus dudas y temores.
- Se ha reducido el tiempo de espera para los tac abdomino pélvicos a unos tiempos aprox. de 20 minutos.
- Ha disminuido el nivel de ansiedad de los usuarios y eso se refleja en las salas de espera, con un ambiente relajado y la casi nula presentación de reclamaciones.
- El 90% de los pacientes acuden con su consentimiento informado bien cumplimentado y una buena preparación.
- Se han atendido decenas de llamadas telefónicas.
- Aumenta la tolerancia al contraste oral tomado en casa.
- Gracias al registro de enfermería se han evitado repetir el mismo estudio (en poco tiempo) para diferentes especialidades y así optimizar los recursos.

CONCLUSIONES:

- La consulta de enfermería debería estar presente en todos los servicios de radiodiagnóstico, ya que es una garantía de calidad asistencial para los usuarios.
- Fomenta la relación administración ? usuario, enfermera - paciente.
- Favorece la adecuada utilización de los recursos sanitarios a través de la educación sanitaria.
- Y es donde la enfermera ofrece los cuidados de enfermería en relación a la prevención, asesoramiento e información de las pruebas a realizar y sus riesgos.

P155

GESTIÓN CLÍNICA Y MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. CUIDADOS ENFERMEROS INTEGRALES Y DE CALIDAD. HOSPITAL DOS DE MAIG. CONSORCI SANITARI INTEGRAL DE BARCELONA.

P. Madrid Viamonte, **R. Fernández Puertas, **G. Gómez Núñez, **C. Teixidó Planas, ***J. Esteve Ferran, *J. Carlos Valdés Casas.**

Enfermera Clínica Cirugía Ortopédica y Traumatología, *Enfermeras Asistenciales, *** Director de Enfermería, ****Jefe Servicio Cirugía Ortopédica y traumatología. Hospital Dos de Maig. Consorci Sanitari Integral, Barcelona.

pilar.madrid@sanitatintegral.org

PALABRAS CLAVE: Cuidados Enfermeros integrales, Gestión de Cuidados.

INTRODUCCIÓN: En Febrero del 2006 se incorpora en la organización la figura de la Enfermera Clínica de cirugía Ortopédica y Traumatología.

La misión de la Enfermera Clínica es Velar por la asistencia integral de los pacientes de la especialidad, mediante la comunicación, la colaboración y la coordinación de todos los profesionales implicados, analizar y contribuir a la mejora del proceso asistencial siendo la responsable de liderar y asegurar unos cuidados de enfermería integrales y de calidad.

OBJETIVO: Ofrecer cuidados enfermeros integrales y de calidad es el objetivo de todo el equipo asistencial. La incorporación de la enfermera clínica de CORT, en coordinación con Enfermería de hospitalización y el equipo de CORT, mejora la eficiencia y garantiza

los cuidados de calidad en los procesos de Prótesis Total de Cadera y Prótesis Total de Rodilla, durante el mismo y en la atención postasistencial.

METODOLOGÍA: Durante el año 2006 se realiza la revisión de la Vía Clínica: Prótesis Total de Cadera, Prótesis Total de Rodilla.

RESULTADO/DISCUSIÓN: El numero de pacientes ingresados para cirugía programada de Prótesis Total de de Cadera (n.66) y Prótesis Total Rodilla (n.133) que han sido incluidos en la Vía Clínica durante el 2007, la Estancia Media (EM) ha disminuido en 0,7 días, con una reducción de la EM días inadecuados de 0,6 días en PTR (vs. 2006). Así mismo, la Estancia media en todos los pacientes con VC PTC se vio reducida en 1,2 días y con un resultado de 0 días en la EM días de estancia inadecuada (vs. 2006).

El análisis de las variaciones Postoperatorias destacaremos la Detección precoz de la problemática al alta, con la identificación de las necesidades de recurso sanitario, UFISS, en < 4 días desde el momento del ingreso ha sido del 100%.

En el 100% de los casos se ha garantizado la continuidad de cuidados al alta mediante el Informe de Enfermería informatizado.

En el año 2008 se implementarán dos nuevas Vías Clínicas priorizando dos diagnósticos por su complejidad y prevalencia, VC. Fractura Fémur Proximal y VC. Reconstrucción LCA (con y sin sutura meniscal asociada).

P156

GUÍA DE APOYO PARA CUIDADORES

M. E. Pérez Colón, E. Lorente Sanz, P. Manzano Hernández, C. Gómez Sarasa, M. Díaz García, C. Aula Valero.

HOSPITAL SAN JOSÉ DE TERUEL.

meugeniaperez@hotmail.com

OBJETIVOS: Analizar el perfil del cuidador a quien va destinada la guía. Valorar la difusión de la misma. Descripción del grupo de profesionales que han intervenido en la realización de la guía.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo desde Enero a Mayo del 2008 en el Hospital San José y Hospital de Día Geriátrico de Teruel de los datos sociodemográficos de los cuidadores a los que se les ha entregado la guía y el proceso de elaboración y difusión de la misma.

RESULTADOS: 70 cuidadores detectados por los profesionales del centro. Edad: 71% mayores de 60 años, 17% entre 50-60 años y 12% menos de 50 años. Predominio del sexo femenino (78%). Parentesco del cuidador con la persona dependiente: 30% cónyuge, 57% hijos, 8% nueros, 4% hermanos y 1% sobrinos. Patología de los pacientes: 31% ACV, 28% Demencias, 17% Cáncer en estado terminal y 13% otras. Proceden de zona rural 62% y urbana 38%. La demanda de los cuidadores se centra: 75% en formación, 20% talleres de entretenimiento, 5% no contesta. El 88% de los cuidadores aceptaron la entrega de la guía y el 12% la rechaza porque no la considera necesaria. En la realización de la guía se han implicado 9 profesionales de distintas categorías: enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social y psicología; con reuniones mensuales. Centros que han solicitado la guía: Fundación Pere Tarrés-Universidad Ramón Llull de Barcelona y Biblioteca Luciano Castañón-Centro de Atención Primaria de Gijón Asturias.

CONCLUSIONES: El alto grado de dependencia de nuestros pacientes genera en los cuidadores la necesidad de una guía de consulta. La buena aceptación de la guía permite la difusión fuera del ámbito del Hospital San José y Hospital de Día Geriátrico de Teruel. La implicación interdisciplinar ha permitido realizar una guía completa que abarca todas las áreas del cuidado.

P157

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS INFORMATIZADO COMO ESTRATEGIA DE MEJORA

M. Onandia Ocerin*, I. Artola M, Zuazo, L. Pascual, L. Intxaurreaga, J. Darpón.

HOSPITAL DE BASURTO.

MARINA.ONANDIAOCERIN@OSAKIDETZA.NET

Introducción: Desde finales de los años 80, en Osakidetza, el proceso de cuidar se basa en el método científico PAE y en el modelo de necesidades de Virginia Henderson. A partir de este momento han sido muchas las líneas estratégicas que han impulsado desde la propia organización dicho proceso, intentando hacerlo compatible con las nuevas tecnologías de la información.

El programa informático de gestión de cuidados "Zaineri", es una herramienta que implica un marco conceptual, una metodología y un lenguaje común que recoge todos los cuidados y actividades que la enfermera/o realiza en la práctica diaria. El Hospital de Basurto inicia, en el año 2.007, la implantación de la última versión.

Objetivos:

- 1.- Implantar el Zaineri en el 100% de las unidades de hospitalización.
- 2.- Mantener el nivel de calidad de los registros de enfermería (85%).

Material y Métodos: Diseño de un plan, matriz REDER, destacando las siguientes acciones:

- Asesoramiento de la Organización Central de Osakidetza para la puesta en marcha del programa.
- Visitar otros hospitales en los que la herramienta "Zaineri" estaba implantada.
- Análisis de los puntos fuertes y débiles de las Unidades de Enfermería.
- Creación de un grupo de trabajo, responsable de la formación.
- Planificación de las reuniones de seguimiento entra la Dirección de Enfermería y el grupo de trabajo.
- Elaboración del cronograma de implantación.

En todas las fases del proceso se han ido introduciendo ajustes: Adecuaciones en el programa informático, formación de la Supervisión de Guardia y del personal de retén, incorporación del manual de procedimientos del Hospital etc..

Resultados: En el mes de febrero del 2.007 se realizó una evaluación interna de la calidad de los registros de enfermería. Los resultados entre ambos tipos de sistemas (formato papel y electrónico) no presentaron diferencias estadísticamente significativas. En el mes de mayo tuvo lugar una evaluación externa , en la que los evaluadores son enfermeras/os de otros hospitales de Osakidetza. El resultado obtenido fue del 85,3% de puntuación.

Conclusiones: La implantación de un sistema de gestión de cuidados de enfermería informatizado, ha supuesto un reto estratégico demostrando el desarrollo de una buena práctica de gestión.

La planificación establecida y el despliegue desarrollado han constituido los elementos clave para el éxito del proyecto.

P158

IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL INICIAL (VNI) DENTRO DE LA VALORACIÓN ENFERMERA AL INGRESO DEL PACIENTE

R. García Hernández*, P. Benito, E. Gimeno, P. López, J. Ocón.
 Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza. Unidad de Nutrición.
 rgarciah@salud.aragon.es

OBJETIVO: Principalmente la identificación temprana (en las 72 horas máximo, desde el ingreso) de pacientes malnutridos o con riesgo de malnutrición que puedan requerir algún tipo de intervención nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Elaboración de una herramienta (screening) para Valoración Nutricional Inicial (VNI), sencilla, rápida y fácil de manejar, y que, según la puntuación final obtenida, determine la pauta de actuación a seguir.

Debe estar incluida en la Valoración Inicial de necesidades realizada por la Enfermera.

-Selección del grupo de pacientes para intervenir.

En este caso se eligieron pacientes con diagnóstico de EPOC a su ingreso.

-Creación del equipo de trabajo.

-Reuniones informativas y formativas con los grupos de trabajo para perfilar el protocolo y la metodología de actuación.

-Propuesta de objetivos parciales e indicadores para evaluar periódicamente el desarrollo del proyecto.

-Distribución en soporte papel y digital de toda la documentación elaborada al grupo de trabajo.

RESULTADOS:

-El porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado la VNI dentro de las primeras 72 horas, respecto del total de pacientes ingresados ha sido del 32,4% a los 9 meses de su puesta en marcha.

Las actuaciones han sido muy desiguales de unos meses a otros, influyendo principalmente el personal disponible y la cantidad de trabajo.

-El Nº de pacientes que se han valorado y tienen registrada la VNI en

su historia clínica, junto con el resto de Valoraciones Enfermeras ha sido del 100%.

-Protocolos de actuación, metodología y registros de la VNI están disponibles en las Unidades de Enfermería en soportes digital y papel impreso. Son revisados periódicamente y se mantienen actualizados .

CONCLUSIONES-DISCUSIÓN:

-El mayor problema encontrado: la falta de colaboración dentro de la plantilla de Enfermería, por falta de tiempo y de motivación.

-El próximo objetivo: la inclusión de los parámetros de la VNI dentro del programa GACELA, para hacerla extensiva al resto de Unidades.

-El mayor reto: sensibilizar a los profesionales sanitarios de la importancia de mantener un estado nutricional adecuado a lo largo de la estancia hospitalaria de cada paciente y conseguir que la valoración e intervenciones nutricionales (soporte), alcancen mayor relevancia dentro del proceso terapéutico del paciente.

P159

INTERCULTURALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIVEL III.

M. Canet, P. Collazos, M. Martín, A. Queresi, M. Juárez, M. Solé.
 Hospital vall d' hebron Materno-infantil.
 mcanet@vhebron.net

Objetivo: Establecer sistemas de comunicación entre el paciente inmigrante y el hospital.

Metodología: El desarrollo de este objetivo se ha iniciado a dos niveles:

1.- Problemas detectados en la falta de comprensión ya sea por problemas del idioma, o por problemas culturales de la persona extranjera.

2.-La falta de comprensión por parte de los profesionales de la forma de entender la salud de las personas extranjeras que acuden al hospital.

Se establece:

1.- Un servicio de mediación sociocultural.

2.- Formación específica de los profesionales del hospital en interculturalidad i competencia cultural.

Resultados: Actuación Mediadores 2006: Se ha intervenido en 81 casos con 258 actuaciones. Tiempo presencial 7 meses.

2007: se ha intervenido en 97 casos con 396 actuaciones. Tiempo presencial 3 meses.

Cursos de formación a profesionales en interculturalidad.

Resultados de la encuesta de satisfacción 2008. número de encuestas contestadas 16 (61,53%). El tema ha sido de mucho interés para el 68 ,85% de los profesionales. Según un 68,50% el contenido del curso tenía muchas implicaciones prácticas. Un 56,25% consideraba que el contenido era adecuado al su nivel de conocimientos y un 56,25 el curso había cumplido con sus expectativas.

Conclusiones: Las dos experiencias nos ha permitido conocer las necesidades reales que se plantean en el hospital al atender al pacientes extranjeros. Esta posibilidad nos abre paso a plantearnos un futuro plan de acogida a las personas extranjeras que nos permitan atenderlas con mas asertividad y calidad.

P160

INTERVENCIÓN DE GRUPOS DE MEJORA EN LA DIFUSIÓN Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS Á. D. R. * Sáez Soto, C. V. Gutiérrez García, M. D. Castejón Berenguer, E. Lorca Sánchez, M. L. Ruano Ríos, M. Culiáñez Alenda.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.
 angeles.saez@carm.es

INTRODUCCIÓN: Una de las medidas correctoras adoptadas en 2007 para mejorar el cumplimiento de Indicadores de Calidad de Cuidados de Enfermería del Contrato de Gestión 2006 es la creación de Grupos de Mejora.

El modelo EFQM explicita el liderazgo como una actitud y manera de actuar que producen un efecto de emulación en los empleados de la organización, siguiendo esta filosofía, se considera requisito indispensable la participación, implicación y compromiso de los líderes de cuidados (Supervisores de Enfermería) en actividades de mejora,

de ahí la constitución de Grupos de mejora formados por supervisores.

Se constituyen 2 grupos de trabajo uno de 5 Supervisoras (turno día) y uno de 2 Supervisores (turno noches). Objetivos: liderar, evaluar implantación y cumplimiento de indicadores. Actividades:

- Verifican periódicamente: accesibilidad dossier de procedimientos, presencia de cartelería, conocimiento de profesionales y contenido.
- Aplican medida correctora: reposición de material e información a profesionales.

OBJETIVO: Destacar la repercusión de Grupos de Mejora de Líderes de Cuidados en:

Difusión de Indicadores de Cuidados.

Implicación de profesionales.

Mejora del cumplimiento de indicadores.

METODOLOGÍA: Evaluación del nivel de implantación y seguimiento.

Criterios.

Relacionados con material:

Dossier de procedimientos accesible.

Escala de Downton.

Actividades de Prevención de UPP.

Relacionados con profesionales:

Conoce el dossier.

Ha leído los procedimientos.

Conoce indicadores que se evalúan.

Relacionados con registros:

Registro del procedimiento de Acogida.

Cumplimentada Escala NORTON.

Realizada Valoración Inicial.

Dimensión: Calidad científico-técnica, accesibilidad.

Tipos de datos: estructura, proceso.

Unidades de estudio: profesionales unidades hospitalización.

Fuentes de datos: Historia clínica, gráfica constantes, entrevista profesionales.

Identificación y muestreo de unidades de estudio:

Marco muestral: unidades hospitalización.

Evaluación: Interna.

Fecha: Marzo, Mayo, Octubre 2007.

RESULTADOS: Dossier accesible: 90%, 100%, 100%.

Escala de Downton: 80%, 90%, 100%.

Actividades Prevención UPP: 100%, 100%, 100%.

Se cumplen los tres: 80%, 90%, 100%.

Test del valor de Z, $p > 0,05$ No significativa.

Conoce el libro: 56%, 80%, 93%. Mejora significativa.

Ha leído los procedimientos: 59%, 70%, 83%. Mejora significativa.

Conoce indicadores que se evalúan: 59%, 55%, 75%. No significativa.

Se cumplen los tres: 44%, 50%, 75% Mejora significativa.

Registrada Acogida: 56%, 65%, 70%. No significativa.

Cumplimentada Escala NORTON: 79%, 75%, 83%. No significativa Realización.

Valoración Inicial: 82%, 70%, 86%. No significativa.

CONCLUSIONES: La presencia de estos Grupos de Mejora favoreció la disponibilidad de material, conocimiento por parte de los profesionales de los procedimientos que evaluados y aunque el aumento del cumplimiento no es significativo si se mantiene en niveles satisfactorios.

P161

MEDICIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE LA NEFROPATÍA POR CONTRASTE

N. Llamas Fernández*, A. López Martínez, S. M. Botias Arnau, C. R. Hernández Romero, M. D. L. N. Alcazar Espin, A. Carrillo Alcazar.

HOSPITAL MORALES MESEGUER.
milana2000@hotmail.com

Introducción: La nefropatía por contraste (NC) consiste en un aumento de creatinina sérica mayor del 25% en los tres días siguientes a la administración del contraste. Se han utilizado varios esquemas de profilaxis, con resultados controvertidos. Se recomienda aplicarlos si creatinina > 1.4 mg/dl. **Objetivo:** analizar el cumplimiento de las recomendaciones de profilaxis en pacientes a los que se realiza coronariografía.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye los pacientes ingresados en UCI durante 2 años a los que se les realiza coronariografía. Los

pacientes con coronariografía programada y creatinina > 1.4 mg/dl se comparan mediante apareamiento (género, creatinina, diabetes y edad) con un grupo de pacientes ingresados en Cardiología con idéntico procedimiento. Los criterios analizados son CR1: registro de creatinina sérica el día previo a coronariografía; CR2: aplicación de sueroterapia; CR3: uso de N-acetilcisteína (NAC); CR4: empleo de bicarbonato; CR5: registro creatinina sérica a las 48 horas y CR6: registro creatinina sérica a las 72 horas. Además se ha analizado la presencia de NC y las variaciones de los niveles de creatinina en el tiempo. Las variables se expresan como media $\pm$ desviación estándar y porcentajes, y la comparación entre variables mediante Ji2 de Pearson, exacto de Fisher y U-Mann Whitney.

Resultados: Se estudian 150 pacientes a los que se realiza coronariografía, 14 con creatinina > 1.4 mg/dl y coronariografía programada, comparándose con 28 pacientes de Cardiología. El porcentaje de incumplimientos entre los servicios de UCI y Cardiología: CR1: 21.4% vs. 0% ($p=0.032$); CR2: 14.3% vs. 3.6% ($p=0.254$); CR3: 37.5% vs. 7.1% ($p=0.031$); CR4: 92.9% vs. 96.4% ($p=1.000$); CR5: 21.4% vs. 100% ($p<0.001$) y CR6: 42.9% vs. 96.4% ($p<0.001$). Se objetiva NC en 12 pacientes (9%); El 6.3% de pacientes con sueroterapia desarrollan NC y el 9.3% de los que no la reciben ($p=1.000$); entre los que reciben NAC, el 14.3% desarrollan NC y el 8.7% de los que no la reciben ($p=0.490$) y entre los que reciben ambas medidas el 16.7% presentan NC y el 8.6% de los que no la reciben ($p=0.437$). El incremento de creatinina entre el nivel inicial y a 72 horas fue 0.42 ± 0.20 en el grupo con NC y 0.11 ± 0.09 en el grupo sin NC ($p=0.001$).

Conclusiones: Son frecuentes los incumplimientos en las recomendaciones de la profilaxis de la nefropatía por contraste en nuestros pacientes, pese a ello la presencia de la patología es poco frecuente, e incluso los incrementos en el nivel de creatinina son poco importantes.

P162

MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA 2006-2007. H.G.U REINA SOFÍA DE MURCIA

J. M.* Bernal Romero, Á. D. R. Sáez Soto, M. J. Terón Martínez, V. M. Ros García, J. Martínez López, A. Valera Gil De Pareja.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

josem.bernal@carm.es

INTRODUCCIÓN: Tras evaluar los Indicadores de Cuidados de Enfermería del Contrato de Gestión 2006 se diseñan e implantan medidas correctoras para mejorar la práctica asistencial asegurando una mayor calidad de los cuidados, avalado por una mejora en el cumplimiento.

OBJETIVOS: Determinar la mejora en el cumplimiento de los Indicadores de Calidad de Cuidados tras la implementación de medidas correctoras.

METODOLOGÍA: Ciclo de Mejora.

Evaluación 2006. Indicadores:

Metodología de medición según grupo de Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados de Enfermería:

Plan de Acogida al ingreso Unidades de Hospitalización.

Valoración por enfermería del paciente al ingreso.

Prevención de úlceras por presión.

Atención a pacientes hospitalizados para prevenir caídas.

Cuidado del paciente portador de sonda vesical.

Cuidado del paciente portador de catéter venoso central y periférico.

Medidas correctoras:

Formativas.

Talleres Supervisores Unidades Hospitalización: cumplimentación Valoración.

Programa formativo profesionales de nueva incorporación.

Comunicación.

Indicadores en Intranet.

Reunión con supervisores, Dossier con resultados 2006 e indicadores 2007.

Reuniones informativas en unidades de objetivos 2007.

Reuniones periódicas con Subdirectores.

Organizativas.

2 grupos de mejora, formados por Supervisoras para liderar y evaluar implantación y cumplimiento de indicadores.

Estructurales.

Adquisición de material de bioseguridad.
Reestructuración Comisión de Cuidados.
Sistemas de registro.
Inclusión en valoración de escala Downton.
Diseño de herramientas para mejorar la Calidad.
Rediseño y actualización de procedimientos según evidencia científica

Apoyo Gráfico y Documental.
Dípticos con Metodología.
Dossier con procedimientos.
Acciones Específicas.
-Acogida al ingreso.
Distribución en unidades de "Guía de información para usuarios".
Carteles de Información al Paciente sobre normas de funcionamiento de cada unidad.
Disposición de carteles en todas las habitaciones.
-Prevención de úlceras por presión.
Cartelería con Actividades de prevención de UPP.
-Atención a pacientes hospitalizados para prevenir caídas.
Cartelería con escala J.H. Downton.
Reevaluación 2007.
Comparación gráfica 2006-2007 (diagrama de Pareto), permite evidenciar la mejora global, expresada por la diferencia entre incumplimientos entre ambas evaluaciones.

RESULTADOS:**2006 INCUMPLIMIENTOS.**

Acogida 71%.
Sonda Vesical 63%.
Vía Venosa Periférica 59%.
Valoración Enfermería 57%.
Prevención UPP 38%.
Vía Venosa Central 38%.
Opinión paciente 30%.
Prevención Caídas 21%.
2007 INCUMPLIMIENTOS.
Acogida 61%.
Sonda Vesical 52%.
Vía Venosa Central 44%.
Prevención UPP 38%.
Valoración enfermería 34%.
Opinión paciente 31%.
Vía Venosa Periférica 19%.
Prevención Caídas 11%.

CONCLUSIONES: Las medidas correctoras implantadas han favorecido la mejora en el Cumplimiento de los Indicadores de Calidad de Cuidados, las nuevas medidas deben centrarse en los indicadores: Acogida y Sondaje Vesical, acumulan el 39% de incumplimiento.

P163

MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL INGRESO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN. EVALUACIONES 2006-2007. H.G.U. REINA SOFÍA DE MURCIA

Á. D. R. *Sáez Soto, M. J. Terón Martínez, V. M. Ros García, E. García Torralba, J. M. Bernal Romero, M. Gutiérrez García.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.
angeles.saez@carm.es

INTRODUCCIÓN: La evaluación del Procedimiento de Acogida al Ingreso en Unidades de Hospitalización 2006 pone de manifiesto criterios a mejorar, se diseñan e implantan medidas correctoras, se analizan los resultados obtenidos en 2007.

OBJETIVOS: Evaluar y mejorar el cumplimiento del Procedimiento de Acogida mediante implantación de medidas correctoras.

METODOLOGÍA: Ciclo de Mejora.

Evaluación 2006.

Indicador: Pacientes ingresados más de 24 h. con realización del Procedimiento de Acogida.

Criterios:

1. Se registra el procedimiento en Historia de Enfermería.
2. Figura nombre- primer apellido de la enfermera que lo realiza.
3. Figura hora en que se realizó.
4. Se registra en las primeras 24 horas desde ingreso.
5. Consta entrega de documento escrito sobre "Información al Paciente Hospitalizado sobre normas de funcionamiento de la

Unidad".

Dimensión: Calidad científico-técnica.

Tipos de datos: proceso.

Unidades de estudio: unidades hospitalización.

Fuentes de datos: Historia clínica.

Evaluación: Interna.

Muestra: 90 casos, muestreo aleatorio sistemático.

Medidas correctoras.

Se elabora dossier con los procedimientos contenidos en el Contrato Gestión una vez revisados y modificados.

Reunión con los supervisores de las unidades implicadas, se entrega:

Dossier con resultados 2006 e indicadores a evaluar durante 2007.

Dossier con procedimientos actualizados.

Reunión en la unidad para informar a los profesionales sobre objetivos de calidad 2007.

Se han formado dos grupos de mejora formados por supervisoras.

Reuniones periódicas con los Subdirectores de Hospitalización y Servicios Centrales y supervisores.

Se ha distribuido por todas las unidades de hospitalización la Guía de información para usuarios elaborada por la Unidad Técnica de Comunicación, la enfermera que hace el procedimiento de Acogida entrega dicha guía.

Se han elaborado en cada una de las unidades de hospitalización un cartel con "Información al Paciente Hospitalizado acerca de las normas de funcionamiento de la Unidad".

Los carteles con las normas de funcionamiento están colocados en todas las habitaciones de los pacientes, junto al Televisor para que sean fácilmente visualizados.

Reevaluación 2007.

RESULTADOS: Test del valor de Z, $p > 0,05$ Mejora No significativa.

1. Registro 34%, 61% .Significativa.

2. Figura nombre y primer apellido enfermera 33%, 56% Significativa.

3. Figura hora que se realiza 33%, 58% Significativa.

4. Se registra en las primeras 24 horas 34%, 59% Significativa.

5. Consta entrega documento escrito 28%, 44% Significativa.

Cumplimiento Indicador 29%, 39% No significativa.

CONCLUSIONES: Las medidas correctoras han permitido un aumento significativo del cumplimiento de todos los criterios pero no ha supuesto una mejora significativa del indicador.

P164

MEJORA NUTRICIONAL. CALIDAD APLICA AL PACIENTE DESDE UN SERVICIO DE COCINA

R. Martí Usón*, S. Hernández, E. Nebot, M. García, L. Sánchez.

GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN.

rmarti.ghq@quiron.es

OBJETIVOS: La alimentación forma parte de las atenciones que el enfermo recibe durante su estancia en nuestro hospital, no solo desde el punto de vista hostelero, sino también médico; en muchas ocasiones la dieta constituye parte de tratamiento de la patología que motiva el ingreso, de patologías previas o de las complicaciones surgidas.

El objetivo del proyecto es realizar una VALORACION NUTRICIONAL de todos los platos que componen el menú. Con ello pretendemos conocer el valor nutricional real de los platos que servimos a nuestros pacientes para, posteriormente, poder aplicarlo a la elaboración de unos MENÚS EQUILIBRADOS o ADAPTADOS al paciente.

MATERIAL Se ha articulado este proyecto, por parte de un especialista en Nutrición, a través de Tablas de Estudio Nutricional y Fichas Técnicas.

METODOS: Con las mediciones realizadas a los platos, se ha realizado una TABLA DE ESTUDIO NUTRICIONAL. En ella se analiza (en proporción a los ingredientes de plato) el porcentaje de calorías, proteínas, lípidos, etc.

En base a ello hemos realizado FICHAS TÉCNICAS plastificadas para el uso de los cocineros en las que se han anotado características de los platos del tipo: ingredientes, proporciones, elaboración, gráfico nutricional, foto de emplatado, comentario nutricional y tipo de dieta en la que se puede servir el plato.

RESULTADOS: Se ha desarrollado un instrumento que permita que las operaciones permanezcan bajo control, para que cada plato responda a los estándares de calidad previamente definidos.

Esta uniformidad es imprescindible, sobre todo en los platos que entran a formar parte de una dieta terapéutica, ya que sin ella no

podría haber un exacto control dietético.

CONCLUSIONES: Los beneficios de implementar este proyecto, son:

- Un servicio adaptado a nuestro cliente.
- Permite controlar mejor una dieta médica (ya que sabemos exactamente el contenido y propiedades de todos nuestros platos elaborados).
- Las fichas de trabajo, además de posibilitar el control dietético, facilitan la función de almacenamiento y la elaboración de los pedidos de compra.
- Favorece la gestión económica, proporcionando la información necesaria para obtener el coste económico de nuestros platos y la gestión de los recursos de nuestro servicio.
- Las fichas técnicas mejoran el orden en cocina.
- Se disminuyen los errores de ejecución.

P165

PLAN DE ACOGIDA EN LENGUAJE BRAILLE

A. Fuster Pardo*, A. Hernández Santana, C. García Del Rosario, M. D. González Santana, M. M. Peñate Rodríguez, J. Cobián Martínez.

Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.
ahersanm@gobiernodecanarias.org

INTRODUCCIÓN: La importancia del Plan de Acogida radica en que una institución como el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil apueste fuerte en acercarse a los usuarios para facilitarles el acceso a una estructura compleja, que supone a veces cambios radicales en su vida y que en general hace aparición en momentos difíciles. Lo que pretende es orientar, tranquilizar e informar a los usuarios adaptándonos a sus necesidades, es por ello que surge la necesidad de pasar estos folletos al lenguaje braille. En el Servicio de Atención al Usuario en varias ocasiones se ha manifestado esta carencia que hasta ahora no se había cubierto. Se consideró la creación de un manual de acogida al usuario que recogiera la información que el paciente necesita a su ingreso.

OBJETIVOS:

- 1) Mejorar la accesibilidad aportando al paciente la información que necesita sobre el funcionamiento del Complejo Hospitalario.
- 2) Aumentar la satisfacción del usuario del Complejo Hospitalario.

METODOLOGÍA: La Unidad de Gestión de la Calidad diseñó el documento definitivo y consta de la siguiente información:

- 1) Cartera de servicios del Complejo Hospitalario.
- 2) Ubicación de las diferentes Unidades.
- 3) Horarios de información médica.
- 4) Plano con la ubicación de las diferentes Unidades.
- 5) Teléfonos del Complejo Hospitalario.

RESULTADOS: La Guía del Usuario está en funcionamiento y se entrega a todos los pacientes que ingresan en el Complejo Hospitalario. Consiste en una carpeta portadocumentos que ayuda a la adecuada entrega y mantenimiento de los documentos entregados en la que se incluyen varios folletos:

- 1) Carta de Derechos y Deberes de los pacientes y usuarios en el Sistema Canario de la Salud (BOE nº 55 del 17/03/05 con las correcciones BOE nº 73 de 14/04/05).
- 2) Información general, que aporta información útil para la orientación de los usuarios.
- 3) Información por obras en el Complejo Hospitalario, que hace llegar a los usuarios algunas pautas de actuación que se precisa de ellos para garantizar su seguridad en esta etapa de obras para mejorar las instalaciones del Complejo.
- 4) Folleto informativo: Hospital sin humo.
- 5) Folleto informativo: Red Transfusional Canaria que informa a los usuarios sobre la hemodonación y la importancia de las donaciones, que nos hace llegar el Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia.

CONCLUSIONES: La Guía del usuario es una medida que puede mejorar la acogida del usuario y aumentar la calidad percibida. Está prevista la realización de una encuesta de satisfacción para evaluar su funcionamiento.

P166

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: LA CALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

J. Cortés Angulo, N. Illana Rodríguez, P. Ferrer Bas, F. J. Soriano Hernández, R. Chumillas Herrero, J. Hellín Monasterio.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.
mn.illana@carm.es

Las úlceras por presión constituyen la alteración de una necesidad básica para las personas, mantener la integridad de la piel. Estas representan un importante problema de salud por la influencia en la calidad de vida del paciente y por las implicaciones en los cuidados de enfermería, que centran en evitar el riesgo y en ayudar a restablecer la máxima autonomía de los pacientes.

OBJETIVOS: Estandarizar los procedimientos que se llevan a cabo en nuestro hospital para la ejecución de las actividades derivadas del manejo de úlceras por presión.

Sistematizar la información, facilitando el registro de actividades PARA favorecer la transmisión de la información SOBRE la actividad y los resultados.

MÉTODO: Los INDICADORES establecidos POR LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA para la evaluación de La prevención de las úlceras por presión SON LOS SIGUIENTES:

PUPP-1: (nº pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 24 h / nº enfermos ingresados evaluados) x 100.

PUPP-2: (Nº total pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso / Nº total pacientes evaluados ingresados más de dos días) x 100.

PUPP-3: (Nº pacientes de riesgo de UPP con cuidados adecuados a protocolo en las últimas 24 horas / Nº total pacientes valorados de riesgo) x 100.

PUPP-4: Existencia de un procedimiento (o de documento con normas) para la evaluación y el registro de la Valoración Nutricional en pacientes con riesgo moderado o alto de UPP.

PUPP-5: (Nº de pacientes con riesgo moderado o alto de UPP con valoración del estado nutricional con escala NRS (2002) en las últimas 24 h. / Nº total de pacientes valorados de riesgo medio o alto) X 100.

PUPP-6: (Nº de pacientes con UPP. / Nº total de pacientes ingresados evaluados en el momento que se realiza el estudio) X 100.

PUPP-7: (Nº de pacientes ingresado en UCI con UPP. / Nº total de pacientes ingresados en UCI evaluados en el momento que se realiza el estudio) X 100.

CONCLUSIONES: El índice de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados DE enfermería. El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados y estrategias preventivas de las úlceras por presión.

P167

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN ENFERMOS CON TRATAMIENTO CITOSTÁTICO DERIVADO DE LOS ALCALOIDES DE LA VINCA

J. Mateo Domínguez*, A. Llurba Asensio, M. López Blesa, V. Marín Llaurado, M. Moreno Mancho, A. Torres Donoso, I. C. Grau Farrus.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS.
igrau@grupsagessa.cat

OBJETIVO: Proporcionar unos cuidados a los pacientes con tratamiento citostático con alcaloides de la Vinca para vigilar, controlar i minimizar los efectos cutáneos producidos.

MATERIAL Y MÉTODO: Periodo de noviembre de 2007 a mayo 2008:

-Valoración de la zona de punción evitando las venas tortuosas, de menor calibre.

-Utilización de agujas de venopunción del mínimo calibre imprescindible para la administración del citostático.

-Información al paciente de signos, síntomas que intuyan la aparición de una lesión inicial

- Dolor.
- Enrojecimiento.
- Quemazón.
- Flictena.
- Pérdida de la integridad de la piel.
- Manifestación clara de una quemadura de grado 1.

-Concertar visita urgente a la consulta de enfermería del hospital de día de oncología.

- Valoración de la lesión.
- Declaración lesión cutánea tardía.
- Planificación de las curas con:
 - Lavado con suero fisiológico.
 - Aplicación de hidrogel i apósito hidrocoloide.
 - si dolor pauta de paracetamol 1 gr. /8 h. o ibuprofeno 600 cada 6-8 horas.

-Programación de las curas cada 24 horas hasta la completa curación.

RESULTADOS: El número de casos registrados es de 13.

El número de lesiones es de 17. (2 lesiones en 4 de los pacientes).

El 54% de las venas utilizadas son frágiles, un 69% alto índice de punción y un 38% de calibre pequeño.

En el 100% de los casos el calibre de las agujas de venopunción ha sido del nº 24.

Clasificadas por grado de la quemadura han sido: Grado 1 (77%) y Grado 2 (23%).

Se han declarado el 100% de las lesiones cutáneas tardías.

El periodo de curación varía según el grado de lesión. Entre 7-15 días las de grado 1 y más de 20 días las de grado 2.

El 80% de las lesiones han cursado inicialmente con dolor, sin tener relación con el grado de la lesión.

CONCLUSIONES: Actuar de forma preventiva (control telefónico al tercer día de la administración del citostático), informar y dar pautas a los enfermos con riesgo de padecer quemaduras tardías producidas por el citostático, ha llevado a minimizar el grado de la lesión, así como los signos i síntomas, proporcionando un mayor confort.

P168

PROGRAMA DE TELEMEDICINA EN EL SEGUIMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

F. Losfablos Callau, J. Acha Pérez, P. De Diego García, M. J. Montoya Oliver, C. Tella Madorrán, P. De Castro Hernández.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

palomapaco@gmail.com

Objetivos: Presentar el programa de telemedicina en el seguimiento de la diabetes gestacional (DG) que estamos llevando a cabo en nuestro Servicio. La DG constituye un problema creciente que requiere la movilización de amplios recursos sanitarios: visitas médicas frecuentes, educación diabetológica, traductores (dado el alto índice de población inmigrante), material de autocontrol y administración, eventualmente bomba de infusión subcutánea. La tecnología actual permite que se pueda intercambiar información clínica entre paciente y personal sanitario de forma instantánea y no presencial mediante la monitorización de glucemias ambulatorias y de incidencias vía SMS, lo que permite disminuir el número de visitas y optimizar el contacto entre el equipo asistencial (EA) y la paciente con DG a través de una relación permanente.

Material y métodos: se utiliza el servicio gratuito Eminent Conecta (laboratorios Roche®) que consta de glucómetro accu-chek®, una aplicación informática instalada en el teléfono móvil, un teléfono móvil capaz de importar datos a través de un puerto de infrarojos, una base de datos central a la que accede el EA que facilita el trabajo y la clasificación de esos datos y registra el flujo de información entre paciente y EA. En el programa se incluyen pacientes diagnosticadas de DG (criterios de A.Coustan en la semana 24±2 de gestación) a las que se considera capaces y motivadas para ir desarrollando los puntos del programa. Los resultados se comparan con un grupo control aleatorio de pacientes con DG que reciben seguimiento tradicional.

Resultados: desde el inicio del programa hace 2 meses se han incluido a 15 pacientes con DG (1,6 pacientes por semana). En este tiempo ha disminuido el número de visitas de 2,46 al mes (0,61 a la semana) a 1,46 al mes (0,36 a la semana) y ha aumentado el número de contactos entre el paciente y el EA de 2,76 (0,69 a la semana) a 4,26 al mes (1,06 por semana). Se han registrado 2 incidencias puntuales en la transmisión de los datos.

Conclusiones: El programa de telemedicina en el seguimiento de la DG está consiguiendo disminuir el número de visitas hospitalarias y facilitar un mayor flujo de información entre el paciente y el EA con lo que se espera que se alcancen más fácilmente y con menos riesgo los objetivos de control glucémico y mejore el grado de satisfacción de los pacientes.

P169

PROYECTO DE EMPLEO E INSERCIÓN PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE DIFICULTAD

M. J. Calvo Salillas, P. Lanao Senz.

Hospital san Jorge.

mjcalvos@salud.aragon.es

En el contexto de la colaboración con el Instituto Aragonés de la Mujer, se propone al SALUD la puesta en marcha del Servicio de Estética y Peluquería (SEP), enmarcado dentro del proyecto EQUAL, financiado por el Fondo Social Europeo y el Gobierno de Aragón, y gestionado por FEACCU.

OBJETIVOS:

- Favorecer la inserción sociolaboral de mujeres con dificultades.
- Creación del SEP orientado a pacientes ingresados y a familiares, que cubra necesidades relacionadas con los cuidados personales.
- Favorecer el bienestar de los pacientes y apoyar a los cuidadores principales, prestándoles colaboración en los cuidados personales del paciente y de ellos mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Finalizada la formación en 2006, se evalúan las habilidades de las alumnas, eligiéndose a dos de ellas. Se valora su perfil profesional y posibilidad de inserción laboral. Se elige el autoempleo como la fórmula más viable.

Se mantuvieron reuniones con las entidades colaboradoras, firmando el contrato de servicios peluqueros en abril 2007.

Se establece sistema de contacto, tarifas, horarios y cartera de servicios, a prestar a pacientes en planta y encamados, y a familiares. Se elabora folleto informativo que se entrega en el momento de la acogida. El asesoramiento para el manejo del paciente será de la enfermera responsable.

RESULTADOS

* El SEP comienza en mayo 2007, con supervisión especializada externa. La actividad se ha dividido para el análisis en dos periodos: 1 De mayo a diciembre 2007 (8 meses), el índice de actividad bruto fue de 507,57 actuaciones/año y una media de 41,87 actuaciones/mes.

2. De enero a mayo 2008 (5 meses) el índice de actividad bruto fue de 607,14 actuaciones/año, y una media de 50 actuaciones/mes.

* El tipo de servicio más requerido es el de la paciente que, prevista el alta, demanda el servicio de peluquería.

CONCLUSIONES: El SEP ha sido muy bien aceptado tanto por el personal sanitario como por el paciente, observándose un aumento de la actividad entre los dos periodos analizados.

La actividad desarrollada por el SEP incide directamente en la imagen y autoestima de los pacientes, distrae su estancia en el hospital, mejora su bienestar y la calidad percibida.

El proyecto ha facilitado la incorporación al trabajo de mujeres con problemas de inserción, consiguiendo una estabilidad económica para ellas y sus familias.

P170

PSICODERMATOLOGÍA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, J. L. Gascón Brumos, M. P. Blazquez Girón, A. Gómez Peligros, A. Bes Franco.

HOSPITAL ERNEST LLUCH.

semarron@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1) Garantizar una asistencia de calidad; 2) Promover una mejora de los procesos asistenciales; 3)Mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes; 4) Optimización y racionalización de recursos mediante una asistencia más eficaz y eficiente; 5) Mejorar la continuidad de la asistencia de nuestros pacientes. 6) Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados; 7) Mejorar la satisfacción de los pacientes. 8) Mejorar la satisfacción de los profesionales. 9) Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Análisis de los antecedentes. 2) Constitución de un equipo de mejora; 3) Evaluación de las necesidades; 4) Análisis del proceso; 5) Elaboración de un Protocolo. 6) Reevaluación anual del proceso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO 1) Constitución

del Equipo de Mejora en el año 2005; 2) Edición del Protocolo en el año 2005; 3) Puesta en funcionamiento del Protocolo en el año 2005; 4) Identificación de citas específicas en la agenda de Dermatología para la actividad en el año 2006; 5) Incluido en la Cartera de Servicios año 2008.

CONCLUSIONES: 1) Es una iniciativa pionera en Aragón; 2) Mejora la calidad de la asistencia; 3) Mejora la percepción de calidad de la asistencia por parte del paciente.; 4) Favorece la dinámica de los procesos asistenciales.

P171

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC. MANUAL DE INFORMACIÓN

A. Peña Giménez, F. Aguilar Franco.

Hosp. Universitario Miguel Servet (ZGZ).

anapg5@hotmail.com, apenna@salud.aragon.es

OBJETIVOS: La Rehabilitación Respiratoria es un método terapéutico con eficacia y reconocimiento científico, forma parte del manejo de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. Se trata de una serie de estrategias terapéuticas para reducir los síntomas y la discapacidad física y mejorar la calidad de vida. el enfoque ha de ser multidisciplinario por parte de los diferentes profesionales de la salud, siendo el médico especializado en esta patología el coordinador del equipo.

La educación, tanto del paciente como de su familia constituye el primer peldaño en el proceso de Rehabilitación. El programa de educación debe cubrir cuatro aspectos fundamentales: el conocimiento de la enfermedad, el conocimiento del tratamiento, consejo higiénico-dietético y organización de la vida cotidiana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un tríptico informativo sobre la Rehabilitación Respiratoria para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el que explicamos conceptos básicos sobre ésta, normas y recomendaciones, y mostramos varias técnicas y ejercicios respiratorios de una manera breve y concisa dirigidos al paciente y sus familiares. Destacamos la importancia de la actividad física, la práctica de ejercicio aeróbico de baja intensidad y adaptación progresiva, no olvidamos tampoco el uso correcto de los fármacos y de la oxigenoterapia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Este tipo de material informativo es muy bien recibido por pacientes y familiares, así como por el personal sanitario, ya que representa información gráfica rápidamente accesible, lo que facilita la labor asistencial e informativa en la práctica clínica diaria. Las enfermedades respiratorias crónicas son causa muy frecuente de consulta médica, hospitalización y discapacidad. el material de información al paciente sobre la Rehabilitación Respiratoria es importante como apoyo a la terapia.

P172

SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

M.D.C. Sánchez-Paniagua Aguado*.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

carsanpa@yahoo.es

Objetivos del trabajo:

- 1.- Detectar la patología bucodental que presentan las embarazadas en nuestra comunidad autónoma.
- 2.- Aplicar las medidas preventivas adecuadas a su situación gestacional y salud bucodental.
- 3.- Fomentar el nivel educativo respecto a su salud bucodental y la de su futuro hijo.

Metodología:

- 1.- Exploración bucodental y transcripción a la historia clínica, haciendo hincapié en la exploración gingival.
- 2.- Seguimiento trimestral del paciente.
- 3.- Control de la placa bacteriana.
- 4.- Control de la dieta.
- 5.- Pulido de superficies dentales.

6.- Limpieza con ultrasonidos a criterio del profesional.

Resultados obtenidos hasta este momento: grupo de trabajo: constituido por el personal de las dos unidades de salud bucodental. documentación: elaboración de la documentación: actas, dípticos informativos, fichas.

Difusión: se ha realizado la difusión en ambos centros en las especialidades de matronas, y médicos de familia y pediatría.

Conclusiones: el presente proyecto ha servido al equipo para investigar este campo de trabajo, para relacionarnos con otras especialidades, para elaborar el sistema de documentación y procedimientos de trabajo y para conocer mejor la situación bucodental de la mujer embarazada, al objeto de poder aplicar las técnicas adecuadas a cada situación.

conflicto de intereses:

no se han producido conflicto de intereses por cuanto que las personas que lo impulsan son las únicas afectadas en su puesta en marcha.

P173

SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA

M. F. Modrego* Aznar (due), J. M. Sala Ayma (psiquiatra), C. De La Cámara Izquierdo (psiquiatra), J. L. Glez. Torrecillas (psiquiatra), J. J. López Plaza (psiquiatra), J. González Murga (psiquiatra).

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

fmodrego2@ono.com

El empleo de los antipsicóticos atípicos en trastornos psicóticos y del humor es una práctica cada vez más habitual por ofrecer una mejor eficacia y tolerabilidad comparados con los antipsicóticos típicos.

Existen numerosas evidencias científicas que describen la asociación entre el uso de antipsicóticos atípicos y trastornos metabólicos: aumento de peso, aumento triglicéridos, descenso colesterol-HDL, hipertensión arterial, diabetes. Juntos forman el llamado Síndrome Metabólico, conllevando mayor morbi-mortalidad cardiovascular. Desafortunadamente, los signos y los síntomas del síndrome son a menudo desconocidos y no tratados en estos pacientes.

La OMS define la Calidad en Atención Sanitaria, como aquella que "asegura que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso".

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer los factores de riesgo metabólico presentes en nuestros pacientes con tratamiento antipsicótico.
- 2.- Realizar psico-educación en hábitos dietéticos y estilo de vida.
- 3.- Abordaje específico de las alteraciones metabólicas detectadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo-analítico y prospectivo de 108 pacientes desde noviembre-2007 a abril-2008. La revisión se realizó a todos los pacientes tratados con neurolepticos que acudían a Consulta de Psiquiatría para visita médica o recibir el inyectable pautado.

Se utilizó el esquema de la Federación Internacional contra la diabetes (IDF), consenso abril 2005, para el diagnóstico de Síndrome Metabólico cuando se encontraban tres o más de los siguientes factores de riesgo:

- Obesidad central (perímetro abdominal, para Europa, >94 cm varones, >80 cm mujeres).
- Hipertensión (>130/85 mmHg o en tratamiento antihipertensivos).
- Niveles bajos de HDL-colesterol (<40 mg/dl hombres, <50 mg/dl mujeres).
- Aumento de nivel sérico de triglicéridos (>150 mg/dl).
- Aumento de glucemia basal (>100 mg/dl o en tratamiento antidiabético).

RESULTADOS:

77,77% obesidad abdominal.

34,26% hipertensión arterial.

40,5% hipocolesterolemia HDL.

43,51% hipertrigliceridemia.

35,18% hiperglucemia.

85,18% sobrepeso-obesidad.

CONCLUSIONES:

1.- Los pacientes estudiados muestran mayor frecuencia de padecer Síndrome Metabólico (43,51%) comparado con la población general (EGIR, 15,5%).

2.- Los resultados sugieren la conveniencia de realizar revisiones metabólicas periódicamente en estos pacientes, así como programa de psicoeducación en hábitos dietéticos y estilo de vida.

3.- Se anticipa que el control de los factores de riesgo revisados redundará en una mejor salud y calidad de vida de los pacientes.

P174

UNIDAD DIDÁCTICA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL

M. D. L. M. Drake Canela*, M. Santaolaya Cesteros, M. A. Bajo Rubio, G. Del Peso Gilsanz, M. J. Castro, J. García Caballero.
Hospital Universitario La Paz.
mmdrake.hulp@salud.madrid.org

Objetivos:

- Capacitar a pacientes y familiares para la realización de la diálisis peritoneal.
- Promover el autocuidado del paciente.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: La Unidad Didáctica ha sido realizada de forma conjunta por la Unidad de Diálisis Domiciliaria del Servicio de Nefrología y el Servicio de Medicina Preventiva.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de documentos de información para pacientes sobre diálisis peritoneal y se realizó la Unidad Didáctica utilizando el programa Power Point versión 2003.

Resultados: La Unidad Didáctica consta de 8 módulos.

1. Descripción de la diálisis peritoneal: en este primer apartado se detalla en qué consiste la diálisis peritoneal, los elementos que la conforman y los procesos que se llevan a cabo. Se explican los tipos de diálisis que existen.

2. Colocación del catéter: se explican los distintos pasos del proceso, desde la preparación previa del paciente hasta los cuidados inmediatamente posteriores a la intervención.

3. Entrenamiento de la diálisis peritoneal en su domicilio: se desarrollan los aspectos relativos a la realización de la diálisis peritoneal en el domicilio del paciente: elección de un lugar adecuado de la casa, preparación del material necesario y pasos a seguir en la realización. Se hace énfasis en la importancia del lavado de manos.

4. Precauciones y cuidados: se exponen medidas para prevenir la infección y los cuidados del orificio de salida.

5. Complicaciones infecciosas: se explican las complicaciones que existen, como la infección del orificio de salida, infección del túnel, o la peritonitis.

6. Complicaciones no infecciosas: se detallan otras complicaciones no infecciosas, remarcando aspectos de prevención y actuación ante la aparición de las mismas.

7. Estilo de vida: se realizan recomendaciones en cuanto a higiene corporal, dieta, ejercicio físico y sexualidad.

8. Información práctica: en este apartado se habla del soporte social existente, recursos de internet, cómo contactar con la Unidad y soluciones a problemas.

Tras la sesión los pacientes y familiares responden un cuestionario para valorar los conocimientos adquiridos y detectar áreas en las que incidir de nuevo para su entendimiento.

Conclusiones: La unidad didáctica es una estrategia evaluable que permite la capacitación de pacientes y familiares para la realización de la diálisis peritoneal, fomentando su autocuidado.

P175

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN EN SERVICIOS CENTRALES. NECESIDAD DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE LAS ACCIONES COMO FUENTE DE CONOCIMIENTO Y MOTIVACIÓN
J. González Revaldería, E. Palomino Gutiérrez, R. Herranz Quintana.

Hospital General Universitario, Getafe.
jgonzalezr.hugf@salud.madrid.org

Introducción: El desarrollo de la gestión por procesos proporciona un valor añadido a la actividad del hospital. Sin embargo, las formas de realizar estas acciones son muy variadas dependiendo, en parte, del objetivo que se persiga: trabajo normalizado, constatación externa del sistema de gestión de la calidad mediante certificación ISO 9001:2000/2005 o acreditación de la competencia según la norma ISO 15189:2003/2007.

El objetivo de este trabajo consiste en planificar una reunión que dé a conocer las distintas formas de realizar estas acciones y la razón de cada abordaje específico con el fin de que las personas que se planteen instaurar un sistema de calidad o de competencia puedan diseñarlo de la forma más adecuada y, para los que ya lo posean, que sirva de punto de encuentro para compartir experiencias e intercambiar ideas.

Material y métodos: Se realizó un listado de los Servicios Centrales que poseían un sistema de calidad certificado por la Norma ISO 9001:2000/2005 o acreditado por la Norma ISO 15189:2003/2007 en la Comunidad de Madrid. De ellos, la mayoría se referían al área de los laboratorios. Se escogieron siete: el único laboratorio asistencial acreditado en ese momento en ese momento en la C.A.M., cinco organizaciones con distintos esquemas de instauración (por etapas, todos los laboratorios en conjunto, todos los servicios centrales en conjunto, macrolaboratorios o junto con otros sistemas normativos en ámbito no público) y unidades en proceso de certificación. Para introducir los aspectos específicos de cada Norma se contó con la participación de dos personas de reconocido prestigio en su instauración.

Resultados: La Jornada permite realizar un debate sobre dudas específicas. Merecen especial atención: uso de sistemas informáticos de apoyo, posible aumento de la burocracia, sistemas de financiación de la instauración y el mantenimiento del sistema normativo.

Conclusiones: Todos los participantes (ponentes y asistentes) coinciden en que la gestión por procesos proporciona un valor añadido al área organizativa; que es fundamental el liderazgo en el proceso y el apoyo de la Dirección; la medida y el análisis son la forma más adecuada de mejorar de forma continua; el análisis de los distintos enfoques ayuda a estructurar los planes de instauración; la ayuda de las herramientas informáticas es necesaria; la instauración de sistemas normativos proporciona un valor añadido en un ámbito de elevada competitividad y redunda en la contención del gasto a medio-largo plazo y en la mayor satisfacción de los clientes.

P176

CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: APLICACIÓN DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DE UN CENTRO DE SALUD

G. Bernués Sanz, M. Gracia Marco, M. Cabañuz Latorre.
Hospital de Barbastro, Barbastro.
gbernues@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: Se parte de una situación en la que algunos miembros del EAP trabajaba en programas de mejora sin un modelo concreto.

OBJETIVOS: Que todos los trabajadores del Centro de Salud conozcan, asuman y apliquen la VISIÓN (dónde vamos), la MISIÓN (para qué estamos) y los VALORES (cómo lo hacemos) del Servicio Aragonés de Salud.

Que todos los profesionales del Centro de Salud conozcan el modelo EFQM.

Que todos los profesionales del Centro de Salud participen en la autoevaluación del EAP y en la puesta en marcha de los proyectos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro Centro de Salud detectamos como oportunidad de mejora avanzar en calidad asistencial, utilizando como referente de trabajo el "modelo europeo de gestión de calidad" EFQM. Utilizamos como método de detección el grupo nominal y priorizamos con el método de comparación de pares.

Para la consecución se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Una sesión de presentación al EAP del proyecto de calidad a desarrollar durante el año.

Dos sesiones formativas en EFQM para el EAP. Constitución de los grupos de trabajo en calidad. Autoevaluación EFQM de la cartera de servicios del año anterior. Detección y diseño de los proyectos de mejora. Sesión de presentación de los proyectos al EAP y registro de toda la actividad.

RESULTADOS: A fecha 30 de junio y 31 de diciembre, se realizó un corte para medir los indicadores propuestos en el logro de los objetivos.

El 100% de los trabajadores del EAP de Laforanada, conocían, asumían y aplicaban la misión, visión y valores del Servicio Aragonés de Salud.

El 100% de los profesionales del EAP Laforanada, recibieron la formación EFQM y participaron en la puesta en marcha de los proyectos de mejora.

CONCLUSIONES: El conocimiento de la misión, visión y valores de la organización, y el conocimiento del modelo EFQM han sido los puntos de partida para la implicación de todos los profesionales en el trabajo en calidad en un E.A.P.

P177

DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS EN CATEGORIAS NO SANITARIAS EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

R. Cruz Torres, M. Vera Rodríguez.

AREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA.

rafael.cruz.sspa@juntadeandalucia.es

El Área Hospitalaria Virgen Macarena ha realizado un estudio con un amplio universo estadístico en las categorías no sanitarias para acometer la desmotivación que se observa en dichas categorías. Las divisiones en las que se ha realizado el estudio son servicios generales y económico-administrativa. Los objetivos de dicho estudio son la realización de un plan formativo integral, teniendo en cuenta estas categorías no sanitarias y atendiendo a sus necesidades reales. Las variables contenidas son genero, edad, categoría profesional, estabilidad en el empleo y nivel académico.

La metodología empleada ha sido en tres vertientes: entrevista personal, cuestionario anónimo y observación de campo.

El estudio ha abarcado al 80% de las categorías estudiadas.

Los resultados ponen de manifiesto las distintas realidades en función no solo de la edad sino especialmente del género.

Las actividades formativas demandadas ponen de manifiesto la variable genero en conflicto directo con la conciliación de la vida familiar.

La formación solicitada paradójicamente no entra en conflicto con la turnicidad y la jornada laboral.

El desarrollo de la carrera profesional y la acreditación de competencias son nuevos elementos que acaparan la atención de la practica totalidad de las categorías estudiadas.

La formación transversal tiene un elemento en las terapias alternativas, ahorro energético y el equilibrio del medio ambiente como elemento emergente.

Un común denominador en la demanda formativa: formación on line, informática y riesgos laborales específicos.

Un plan de formación para categorías no sanitarias ha de tener en cuenta estos aspectos y estas líneas programáticas que redefinen la desmotivación de no pocas categorías profesionales.

Los planes de salud elaborados por la Consejería de la Junta de Andalucía y las líneas programáticas que marcan el contrato-programa han de converger en un plan unificado que se atenga a las demandas halladas en este estudio y tenga en cuenta las distintas realidades sociales de los profesionales.

P178

EL EMPLEO DE UNA TERMINOLOGÍA AFÍN ENTRE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9ª MODIFICACIÓN CLÍNICA (CIE-9-MC) Y EL CARDIÓLOGO : CALIDAD EN LA CODIFICACIÓN

M. Sánchez Fernández, J. Ródenas Checa*.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

manuela.sanchez6@carm.es

Introducción y Objetivos: La diferente terminología empleada entre el clínico y la CIE-9-MC hace que la codificación de los diagnósticos y procedimientos a menudo sea difícil, inexacta e insuficiente.

El objetivo es mejora la calidad de la codificación de los informes de alta del servicio de cardiología de nuestro Hospital.

Métodos: Inicialmente, tras la revisión de los informes de alta de Cardiología del año 2007 identificamos principalmente tres áreas problemáticas en la codificación: 1) El diagnóstico inespecífico de la enfermedad isquémica coronaria en el Síndrome Coronario Agudo (SCA), SCA con elevación de ST (SCAEST) y SCA sin elevación del ST (SCACEST), donde no se especifica en cada uno de ellos si hace referencia a un Infarto de Miocardio o a una Angina Inestable. 2) El diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca sin especificar de que tipo se trata. 3) El diagnóstico de las valvulopatías en cuanto al origen: reumático o degenerativo.

En segundo lugar, realizamos una sesión clínica con Cardiología para mostrarles ejemplos de los informes clínicos más problemáticos. Los Cardiólogos, expresaron su interés por la codificación de enfermedades cardiovasculares y mostraron su conformidad en el bajo grado de especificidad de sus diagnósticos, comprometiéndose a utilizar una terminología acorde a la empleada en la CIE-9-MC.

En tercer lugar, realizamos un análisis de los diagnósticos

centrándonos en los tres puntos de interés citados, comparando aleatoriamente 150 informes del mes de abril de 2007 (antes de la sesión clínica con Cardiología) y otros 150 del mismo mes del 2008 posterior a la sesión.

Resultados: De los 150 informes de alta revisados del 2007 (antes de la sesión) comprobamos que 71 (47,1 %) hacían referencia a las tres áreas problemáticas mencionadas; y de los 150 revisados en el 2008 tras la sesión clínica 77 (51,3 %) (p=ns). El porcentaje de informes de alta con diagnósticos específicos fue del 53,5% en el 2007 y del 88,3% en el 2008; se observa por tanto una mejora de la especificidad del 34,8% (p< 0,001) en los diagnósticos de los informes de alta del 2008

Conclusiones: La sesión clínica del servicio de Codificación posibilitó el empleo de una terminología afín entre el cardiólogo y la empleada por la CIE-9-MC, lo que conlleva una mejora de la calidad en la Codificación.

Estas charlas deberían extenderse al resto de especialidades.

P179

EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE FORMACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN TRAS TRES AÑOS DE IMPLANTACIÓN

M. Martínez Muñoz, R. Lara Fernández, F. Collado Vázquez, F. J. Bretón Ibáñez, J. Hernández Hernández, M. Artigas Lage.

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

montmart@vhebron.net

Introducción: Dentro del marco estratégico de la Dirección en consolidar un Hospital único, el año 2005 se configuró la Unidad de Formación Docencia e Investigación para dar soporte único, a un hospital universitario de tercer nivel con alto nivel de complejidad y especialización asistencial.

Objetivos: Presentación de resultados tras tres años de unificación de la Unidad de Formación Docencia e investigación en sus cinco líneas de producto.

Métodos: Partiendo de la misión, visión y los objetivos que se querían conseguir se realizo un estudio retrospectivo analizando los diferentes indicadores que nos ofrecían los datos mas significativos de cada una de las líneas de los 5 programas que ofrecemos: Programa de Formación Continuada. Programa de Docencia. Programa de Gestión de visitas y estancias formativas. Programa de investigación actividad científica. Programa de soporte a proyectos de la Dirección Enfermería. Estudio evolutivo para poder analizar su proyección y observar así elementos de mejora que impactan en la calidad asistencial.

Resultados: Se presentaron los indicadores de resultados y su evolución, como resumen: -Programa de Formación: El nº de acciones formativas, el nº de solicitudes de inscripción a cursos y el numero de profesionales formados son los tres indicadores que se han duplicado en numero entre 2005_2007. Programa de Docencia: El numero de alumnos en formación de postgrado se ha duplicado y se mantiene el numero de alumnos pregrado y LLIRS. -Gestión de Visitas y estaggs se duplica el nº de tramitación de demandas -Actividad Científica: aumentamos el numero de soporte a la actividad científica, no aumentamos el numero de proyectos de investigación. Se presentaron la relación de proyectos en los que ha colaborado la Unidad de Formación entre 05/07.

Conclusiones: Tras observar el análisis de los resultados de estos tres años y su evolución, en primer lugar nos ha proporcionado una visión de solidez en las 5 líneas de programas. En segundo termino y viendo el gran aumento de indicadores específicos, creemos que la puesta en marcha de herramientas de gestión, como la gestión por competencias, las DPO, la carrera profesional así como la especialización de la profesión, la constante evolución de las tecnologías han impactado en el numero de demandas de programas de formación continua, de docencia y de actividad cie.

P180

EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN EN GESTIÓN POR PROCESOS A PERSONAL NO SANITARIO EN EL SECTOR II DE ZARAGOZA: EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES
S. Izquierdo Álvarez*, P. Giménez Lamban, M. L. Vela Marquina, A. Monreal Hajar, J. R. García Mata.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
sizquierdo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: Uno de los objetivos fundamentales del trabajo por procesos es garantizar la continuidad entre los diferentes niveles del sistema de salud. La gestión por procesos tiene como objetivo poner toda la organización al servicio del ciudadano, de forma que desde la entrada del usuario en el sistema hasta su salida, todas las organizaciones sean organizadas sin rupturas y con la menor variabilidad clínica posible. La formación continuada y cualificación del personal del salud no sanitario es una de las etapas claves de cara a una futura certificación.

OBJETIVOS: Organizar y desarrollar una serie de actividades formativas orientadas a la formación en "gestión por procesos" al personal no sanitario del sector II de Zaragoza involucrados en la gestión por procesos: personal de hostelería, lavandería, nóminas, cargos, etc., y a mandos intermedios y profesionales implicados con el fin de que dicho personal: 1) Conozca la metodología de la gestión por procesos y cómo diseñar los mismos; 2) Aprenda a gestionar sus propios procesos y/o subprocesos. Contribuyendo así a la consecución de uno de los requerimientos de la Certificación ISO 9001:2000 de todos estos procesos de apoyo del sector sanitario.

METODOLOGÍA: Se organizaron actividades formativas con duración de 15-16 horas/actividad, fraccionadas en: adquisición de conceptos teóricos (8h.) y en desarrollo práctico (8h.): práctica y exposición de los procesos propuestos. Se distribuyeron las 16 horas presenciales en 4 días (4h./día). Nº de alumnos: 15 a 20 personas. **PROGRAMA DE LOS CURSOS:** **CONTENIDO TEÓRICO:**-La gestión por procesos en las organizaciones y en el Sector Sanitario;-Definiciones claves y glosario de términos en la gestión por procesos;-Conceptos básicos de la gestión por procesos;-Tipos de procesos: operativos, estratégicos y de apoyo;- El mapa de procesos de un Sector Sanitario;-La relación entre los procesos;-La reingeniería en los procesos;-Factores críticos de éxito y procesos claves;-Indicadores de proceso;-Etapas en la gestión por procesos. -Elaboración de flujogramas de los procesos seleccionados y propuestas de reingeniería. **CONSULTORÍA:** -Consultoría acompañamiento en las propuestas de reingeniería que se hayan establecido por los grupos. **RESULTADOS:** La puntuación global de los cursos osciló en el intervalo (7,6 a 8,1). El grado de satisfacción con la actividad (7,8 a 8,3). Aspectos organizativos (5,7 a 7). Contenido de la actividad formativa (7,7 a 8,8).

P181

FORMACIÓN SOBRE EL USO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS DESDE EL COMITÉ DE TRANSFUSIÓN DE UN HOSPITAL TERCIARIO

V. Recaséns Flores (0), E. Bustamante Rodríguez (1), A. Rubio Martínez (0), R. Rubio Escuín (0), J. F. Lucía Cuesta (0), M. Vela Marquina (2), J. R. García Mata (2).

(0) Servicio de Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet, (1) Servicio de Urgencias, (2) Unidad de Calidad Asistencial.
vrecasens@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El Real Decreto 1088/2005 en su capítulo VII, artículo 40, establece que en cada centro con práctica transfusional debe constituirse un comité de transfusión para la correcta utilización de la sangre y sus componentes. Dentro de sus funciones figura la de desarrollar programas educacionales que fomenten el uso óptimo de los componentes sanguíneos y el ahorro de su consumo.

OBJETIVOS: Proporcionar información necesaria para ayudar a la toma de decisiones de indicaciones transfusionales, así como la adecuada cumplimentación de las solicitudes y consentimientos de transfusión. Homogeneizar la cantidad, duración y ritmo transfusional. Informar de las situaciones de no indicación de transfusión de componentes sanguíneos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Comité de Transfusión hospitalaria constituido por médicos especialistas de diferentes áreas médicas y quirúrgicas, y personal de enfermería. Reuniones cuatrimestrales con

establecimiento de objetivos y designación de responsables para cada actividad con revisión posterior. Material de referencia: Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos elaborada por la SETS.

RESULTADOS: Elaboración de un documento práctico de suministro de información sobre recomendaciones transfusionales distribuido a personal médico y de enfermería. Desarrollo de sesiones informativas en los diferentes servicios hospitalarios acerca de las exigencias en materia de transfusión según Real Decreto.

CONCLUSIONES: La metodología de trabajo del Comité de Transfusión ha sido muy satisfactoria para la realización del trabajo. La documentación escrita ayuda a la uniformidad en la toma de decisiones. Las sesiones informativas han sido muy bien acogidas en todos los servicios, acercando situaciones de complejidad transfusional entre diferentes servicios solicitantes de componentes sanguíneos y el servicio de transfusión.

P182

LA CLAVE ESTÁ EN ESCUCHAR

E. Lamote Degignon Alifonso, A. Vallespi Cantabrana.

Servicio Aragonés de Salud.
elamote@aragon.es

Objetivo: Existe la impresión generalizada entre los profesionales sanitarios de que la obesidad es un problema que creciente, no sólo por el aumento de su incidencia sino porque no hay disminución de la prevalencia, lo que sugiere que la forma de tratar el problema no está siendo la adecuada. Una revisión sistemática basada en la evidencia (Colaboración Cochrane, 2004) demostraba que la introducción de técnicas cognitivas conductuales potenciaba los resultados del tratamiento tradicional en los pacientes obesos. Por ello se decidió formar a un grupo de profesionales de enfermería de atención primaria con el fin de dotarles de los conocimientos necesarios para que pudieran utilizar estas habilidades en la consulta. Analizamos las diferencias entre la primera edición del curso y las sucesivas.

Material y métodos:

a) Diseño de la formación Se contactó con profesionales del servicio de salud mental y se les pidió que explicaran a un grupo de enfermeras de atención primaria los mecanismos psicológicos de las conductas no saludables y les enseñaran pautas de relajación (formación teórico-práctica).

b) Evaluación del curso. Mediante cuestionario estándar estructurado en el que se valoran los objetivos, contenidos, organización y profesorado, con una pregunta resumen de evaluación global y un apartado de texto libre para observaciones.

c) Rediseño de la estructura y contenidos del curso.

Revisión de los comentarios de los alumnos.

Análisis de contenidos con los docentes.

Adaptación del lenguaje.

Cambio de enfoque.

Realización de un nuevo curso.

Resultados: Los resultados de la evaluación global del primer curso no fueron muy satisfactorios, pues sólo un 16% de los alumnos le otorgaron una puntuación igual o superior a 4 sobre 5, y un 52% igual o superior a 3 sobre 5.

El análisis de los comentarios de los alumnos permitió detectar los principales fallos del curso y subsanarlos.

Tras las correcciones realizadas la evaluación global del siguiente curso mejoró considerablemente: todos los alumnos le dieron una puntuación igual o superior a 4 sobre 5 y un 80% de ellos le otorgó la máxima puntuación.

Conclusiones: Para mejorar la calidad de la formación hay que disponer de instrumentos que permitan identificar con exactitud sus puntos débiles, y en nuestro caso la pregunta abierta y el análisis de las observaciones de los alumnos han sido puntos clave.

P183

OBJETIVOS DE CALIDAD EN ENFERMERÍA: AYUDANDO A CONOCER

J. M. Lucas Gómez, N. Illana Rodríguez, P. Ferrer Bas, C. Martínez Romero, J. Hellín Monasterio, M. López Ibáñez.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.
mn.illana@carm.es

La Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la

Arrixaca, es responsable del cumplimiento de los objetivos de calidad en los cuidados de enfermería contemplados dentro del Contrato de Gestión del año 2008, firmado por El Gerente y por la Consejería de Sanidad.

Esa responsabilidad y obligación se transmite a todos los enfermeros/as de las diferentes unidades de nuestro hospital que han de contribuir al cumplimiento de dichos objetivos. Por tal motivo, la Unidad de Formación, Investigación y Calidad elaboró un poster con la explicación de los diferentes objetivos de calidad del contrato de gestión del año 2008 que fue distribuido por todas las Unidades de hospitalización.

OBJETIVOS: fomentar el conocimiento entre los enfermeros de las distintas Unidades de hospitalización sobre los distintos objetivos de calidad pactados por la Dirección de Enfermería y la Consejería de Sanidad.

MÉTODO: realización de un poster informativo sobre objetivos de calidad y distribución por las distintas Unidades de Hospitalización. Dicho poster contiene la información sobre los siguientes criterios de calidad:

1º VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO.

2º CUIDADO DEL PACIENTE PORTADOR DE Sonda VESICAL.

3º CUIDADO DEL PACIENTE PORTADOR DE CATÉTER VENOSO. PERIFÉRICO y central.

4º PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

5º PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

6º VALORACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR.

Resultados: En el mes de Junio del año 2007 se diseñaron y distribuyeron, ubicándose en lugares visibles, los poster sobre objetivos de calidad en cada una de las Unidades de Hospitalización.

Conclusiones: La puesta en marcha de un programa de Gestión de Calidad debe constituir una actividad prioritaria entre los profesionales de Enfermería. Es misión de la Dirección de Enfermería de nuestro hospital presentar la gestión de la calidad como una de las acciones más motivadoras para los profesionales sanitarios ya que va a fomentar la detección de errores y su adecuada corrección y la búsqueda de la excelencia.

P184

OPINIÓN DE PROFESORES Y ALUMNOS SOBRE LOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA PROGRAMADOS POR LA UNIDAD DE DOCENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

E. López, A. Carrillo, I. Bermejo, J. M. Sánchez, J. Leal, M. Calvo.
Hospital Morales Meseguer.
968246333@telefonica.net

Objetivo: Analizar los resultados de las encuestas de opinión, alumnos y profesorado, de los cursos organizados por la Unidad de Docencia de un Hospital Universitario.

Métodos: Análisis de las encuestas de opinión que cursa el profesorado que imparte los cursos realizados durante el año 2007 (10 ítems valorando: adecuación, contenidos, motivación de alumnos, composición, tiempo asignado, comprensión de materias, infraestructuras, organización, relación con el coordinador y aplicabilidad de materias) y los alumnos (10 ítems: objetivos, expectativas, diseño, organización, nivel ambiente, material, metodología, animación y clima, y aplicabilidad) ambas mediante escala Likert de 5 opciones. La puntuación global se calculaba con la suma de la puntuación de los diferentes ítems sobre el total máximo que podían alcanzar (100%). Las variables se expresan como media + desviación estándar y porcentajes. Las comparaciones entre variables se han realizado mediante la prueba X² de Pearson, coeficiente de correlación de Pearson y ANOVA de un factor.

Resultados: La puntuación media de los cursos por parte del profesorado fue de 84.3±10.9 (rango 62-100), siendo el ítem mejor valorado el que preguntaba sobre motivación e interés del alumnado (93.9%) y el peor el relativo al tiempo asignado para desarrollo de contenidos (70.3%). La puntuación de los profesores que eran coordinadores de cursos no diferenció del resto de profesores (86.3±7.4 versus 83.6±11.9; p=0.243), pero sí entre profesores o profesoras (86.6±9.6 versus 81.2±11.9; p=0.034). La puntuación de los alumnos sobre el curso muestra un promedio de 85.8±11.8 (70-94) y de 91.8±10.2 (60-100) sobre el profesorado. La puntuación difirió en el curso (p=0.001) pero no la del profesorado (p=0.331) en razón al tipo de adscripción al centro (mayor puntuación de curso y del

profesorado por parte del personal interino: 90.2±9.0 y 92.5±9.2; y peor los reingresos provisionales: 81.5±11.2 y 88.2±9.1). El género no se relaciona con la puntuación del curso (p=0.072) ni del profesorado (p=0.227). La puntuación de los cursos mostraba una correlación positiva con los años trabajados en el hospital (p=0.011) pero no con la puntuación de los cursos (p=0.227) mientras que la edad de los alumnos se relacionaba con la puntuación de otorgada al profesor (p=0.002) pero no al curso (p=0.064).

Conclusiones: Las encuestas de opinión que intentan medir la satisfacción tanto de los profesores como de los alumnos muestran una elevada puntuación. La puntuación de los cursos y del profesorado están relacionados con algunas de las características del personal que se inscribe a ellos.

P185

PROPUESTA DE INDICADORES PERIÓDICOS PARA MONITORIZAR EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN UN CENTRO DE SALUD

L. Luzón Oliver, R. Rubio Caverio, M. P. Astier Peña, L. A. Gimeno Feliu, M. Eguluz López, M. D. Ariño Martín.

Centro de salud de San Pablo.

mpastier@salud.aragon.es

JUSTIFICACIÓN: El Estudio Nacional Detección de Efectos Adversos en Atención Primaria (APEAS) identifica puntos débiles en seguridad del paciente (SP) en los centros de salud (CS). El más importante por su magnitud y potencial gravedad es el uso de los medicamentos: El uso seguro de los medicamentos contempla 3 líneas de trabajo: el paciente, el médico prescriptor y la propio fármaco (F). Acotando estas líneas en función del potencial beneficio de actuación en un CS destaca la intervención en población anciana y polimedicada o con un fármaco de especial riesgo. La factibilidad está relacionada con la sensibilización de los profesionales.

OBJETIVOS:

1. Identificar población >75 años con más de 10 Fs o un F de riesgo del CS.
2. Sensibilizar profesionales sobre uso seguro del medicamento.
3. Generar episodio en historia clínica electrónica (HCE) que identifique a población.
4. Describir pacientes con episodio cartilla de largo tratamiento
5. Generar indicador de monitorización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Población centro salud (CS): 23286 personas, 23% mayores de 75 años. Prescripciones activas por paciente de la base de datos de HCE. Selección pacientes con >10Fs o un F de potencial riesgo.

Sesión de sensibilización a profesionales y reparto de información de pacientes. Generar episodio de Potencial Efecto Adverso de Medicación (PEAM) (Cod CIAP2 reconvertido A89: Efecto Adverso) en los pacientes identificados por cada profesional en los pacientes de su cupo. Pacientes con episodio de CLT identificado (Cod CIAP2 reconvertido A13: medicamento preocupación por toma). Se cruzará base de pacientes A89 y A13 para analizar áreas de mejora. Grupo nominal con profesionales del centro para identificar problemas de asignación de código, definición de indicador y periodicidad de explotación automática de indicador y recogida de otras propuestas. **RESULTADOS:** X Pacientes cumplen los criterios de inclusión, episodios A89 generados por cupo. Pacientes con dos episodios registrados (A18 y A89).

Indicador: Código A89 actualizado.

Criterio: existencia de registro de comentario en el código ciap A89.

Periodicidad: cada 3 meses.

Difusión: presentación de datos en reunión de equipo.

CONCLUSIÓN: Identificar y monitorizar un indicador de forma automática y revisarlo en equipo es una herramienta útil para mejorar el uso seguro del medicamento desde el punto de vista del profesional en un centro de salud.

P186

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA HIPERGLUCEMIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

F. Losfoblos Callau, P. Trincado Aznar, P. De Castro Hernández, P. De Diego García, J. Playán Usón, M. Monreal Villanueva.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

palomapaco@gmail.com

Objetivos: Presentar el Proyecto de Mejora de Calidad (PMC) en la atención de la hiperglucemia del paciente hospitalizado que hemos emprendido en el Hospital Miguel Servet desde el Servicio de Endocrinología. La razón de iniciar dicho PMC es la constatación de la gran variabilidad en el manejo de este problema entre los diferentes profesionales, la falta de adecuación a las nuevas directrices establecidas en las Guías Clínicas y la aparición de nuevos tratamientos que conducen tanto a ensanchar posibilidades como a complicar la correcta comprensión y aplicación de sus virtualidades.

Material y métodos: 6 médicos (4 FEAs y 2 MIR) adscritos al Servicio de Endocrinología son los responsables de llevar a cabo el PMC que consta de 4 fases (3 finalizadas): 1) Revisión sistemática de la literatura médica referida al PMC, de las Guías Clínicas y de los Protocolos Hospitalarios elaborados en nuestro país. 2) Elaboración del Protocolo de Tratamiento de la Hiperglucemia en el Hospital (PTHH). 3) Presentación del PTHH mediante sesiones clínicas en aquellos Servicios Médicos o Quirúrgicos considerados estratégicos para la implantación del mismo: Medicina Interna (3 sesiones), Urgencias (2 sesiones), Neumología, Cardiología, Nefrología, UCI, Cirugía Vascular, Cirugía General y Anestesia (1 sesión). 4) Formación del personal de enfermería a través de clases teórico-prácticas que se impartirán en todas las Unidades de Enfermería. Para desarrollar el PMC hemos elaborado: 2 presentaciones del PTHH en formato power point (una para enfermería y otra para médicos); carteles informativos distribuidos por las diferentes Unidades de Enfermería; un librito y un díptico de bolsillo que contienen la versión completa y resumida del PTHH; una Guía Rápida de Consulta, buzón de sugerencias y registro de incidencias colgadas en la Intranet del Hospital.

Resultados: para evaluar el grado de desarrollo del PMC, el nivel de aplicación y aceptación del PTHH y la repercusión global del PMC en la asistencia estamos evaluando los siguientes indicadores: porcentaje de Unidades Formadas; encuesta de calidad y comprensión de la información recibida (100 test); encuesta de satisfacción entre enfermeras y pacientes (50 test); grado de aplicación del PTHH mediante muestreos aleatorios de 120 casos; autoevaluación de habilidades en resolución de problemas (50 test); registro de incidencias en la aplicación del PTHH; estancias medias de pacientes a los que se aplica el PTHH (60 casos) y número de interconsultas por hiperglucemia.

Conclusiones: Esperamos que el PMC ayude a homogeneizar y optimizar el manejo de la hiperglucemia en el medio hospitalario. La acogida del PMC está siendo buena.

P187

¿CÓMO MEDIR LA EFICIENCIA EN ATENCIÓN AL PACIENTE? EL DEA, UNA NUEVA METODOLOGÍA L

Ortiz Henarejos (0), J. J. Mira Solves (1), J. Aparicio Baeza (0), C. Nebot Marzal (2), F. Borrás Rocher (0), I. M. Navarro Soler (1).

(0) Universidad Miguel Hernández de Elche (Departamento de Estadística, Matemáticas e Informática), (1) Universidad Miguel Hernández de Elche (Departamento de Psicología de la Salud), (2) Agencia Valenciana de la Salud. Dirección General de Calidad y Atención al Paciente.
 lidia.ortiz@umh.es

Objetivo: Emplear una metodología hasta ahora utilizada en el ámbito de la economía para análisis de productividad, y aprovecharla para medir la eficiencia de hospitales en materia de atención al paciente.

Método: Estudio para explorar las posibilidades de la metodología DEA (Análisis Envolvente de Datos) en la obtención de nuevos indicadores de calidad en 23 hospitales. Cálculos basados en las encuestas de opinión de la Agencia Valenciana de Salud a 4.747 pacientes quirúrgicos durante 2006. Se realizan estimaciones de eficiencia hospitalaria según la satisfacción del paciente con la información (información del cirujano, consentimiento informado, etc.). Se tienen en cuenta características de los centros y homogeneiza el resultado según el tamaño del hospital. Esta metodología proporciona una medida de eficiencia para cada hospital, los "eficientes" poseen puntuaciones de 100 y los "no eficientes" por debajo de 100. Adicionalmente, se presentan, de los hospitales "no-eficientes" con qué "eficiente" se deben comparar para obtener mejoras en la satisfacción de sus pacientes y la indicación de la cantidad de mejora esperable para alcanzar la eficiencia máxima posible.

Resultados: 7 de 23 (30%) hospitales se dibujan como "eficientes" en las medidas de satisfacción del paciente quirúrgico con la información

y 16 de 23 (70%) se consideran "no-eficientes". Estos centros deben compararse con 4 de los 7 hospitales "eficientes" y si actuaran como ellos, podrían mejorar más de 20 puntos porcentuales en la información en el ingreso. Si consideramos la variable: información que proporciona el cirujano, únicamente un hospital podría mejorar la satisfacción por encima de 20 puntos y el 68,75% de los hospitales lograría solo un ligero aumento entre 0,71 y 7 puntos porcentuales. La mejora en la información al alta solo podría llegar a mejorarse entre 0 y 17,1 puntos porcentuales. En cuanto al consentimiento informado y a la información sobre los efectos del tratamiento sólo un hospital podría mejorar significativamente (más de 30 puntos porcentuales), el resto de hospitales, solo lograrían aumentos inferiores a 17 puntos porcentuales. En la información a los familiares, un hospital podría mejorar hasta 32,85 puntos porcentuales y el resto entre 0,96 y 17,29 puntos porcentuales.

Conclusión: Esta nueva metodología para explotar los resultados de las encuestas de opinión de pacientes pone sobre la pista de dónde y hasta cuánto es posible mejorar (eficiencia) la calidad de la atención a los pacientes. Es útil en la medida que orienta al hospital sobre dónde dirigir sus esfuerzos.

P188

ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. HERRAMIENTA DE MEJORA

A. Carrillo Garrido, A. Martos Foladori, J. M. Jover Casas, E. Nuevo Lara, L. C. López Mudarra, F. Huertas Martos.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.
 agustin.carrillo.garrido.sspa@juntadeandalucia.es

OBJETIVOS: Realizar un estudio descriptivo de las reclamaciones presentadas en la Unidad de Urgencias del Complejo Hospitalario de Jaén.

Analizar los motivos de dichas reclamaciones como herramienta para la detección de fallos del sistema y su posterior corrección.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: Estudio clínico prospectivo observacional, evaluativo y de gestión.

Población: El CHJ cubre las necesidades de asistencia especializada de la provincia de Jaén con una población a su cargo de 663.172 habitantes.

El Complejo Hospitalario de Jaén está compuesto por varios centros existiendo tres puertas de Urgencias distintas en el HMJ, HNT y HMI. Se han analizado las reclamaciones presentadas a la Unidad de Urgencias durante el año 2007. Las reclamaciones se recogieron en el modelo que el Servicio de Información al Ciudadano pone a disposición de los usuarios.

Todas las reclamaciones han sido revisadas analizando el informe clínico de la atención. Los motivos de la reclamación han sido codificados. Los datos se recogen en una base de datos creada específicamente por la Unidad de Urgencias en colaboración con la Unidad de Gestión de riesgos y reclamaciones.

RESULTADOS: Durante el año 2007 en la Unidad de Urgencias se asistieron a 105.759 pacientes. Se presentaron 194 reclamaciones a la Unidad de Urgencias. Ello supone un índice recl/urg de 1,830/00. Los motivos de las reclamaciones han sido: Demora: 124 (63,9%), Desacuerdo atención: 12 (6,1%), Trato inadecuado: 8 (4,1%), Problemas estructurales: 6 (3,0%), Falta de información: 5 (2,5%) y Otros: 39 (20%).

El estudio del nivel de gravedad de los pacientes con reclamaciones por demora ofrece los siguientes resultados: Nivel I (emergencias): 0; Nivel 2 (urgencias verdaderas): 1; Nivel 3 (urgencias demorables): 9 (7,2%); Nivel 4 (No urgentes): 114 (91,9%).

Así pues, la demora en la atención supone la causa más importante de queja de nuestros usuarios. La mayoría de ellos no presentan patologías urgentes.

A raíz de estos resultados se considera la creación de una consulta de alta resolución dirigida a la atención de los pacientes menos urgentes. Se ha solucionado el problema estructural referente a la insuficiencia arquitectónica del Área de Observación de camas con la apertura de unas nuevas dependencias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El análisis de las reclamaciones presentadas a la Unidad de Urgencias es una herramienta básica en la detección de problemas.

El análisis de dichas reclamaciones nos permite el implementar las soluciones a fin de aumentar la calidad de nuestra asistencia.

P189

APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA "QUALITY FUNCTION DEPLOYMENT" (QFD) PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL A LAS EXPECTATIVAS DEL USUARIO

E. Lagos Pantoja*, L. Calahorra Fernández, M. Armenteros Lechuga, L. Porras Leal, M. Díaz López, A. Figueras Juárez.
SESCAM, HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.
elagos@sescam.jccm.es

OBJETIVOS:

-Aplicar la herramienta QFD para establecer una correlación entre los requerimientos del usuario y las características de nuestro hospital.
-Priorizar las más relevantes para orientar la gestión de la calidad de nuestro centro.

-Establecer acciones de mejora para aumentar la satisfacción de los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Herramienta QFD: Despliegue funcional de la calidad, entendida como enfoque de nuestros servicios a satisfacer a nuestros usuarios.
-Para realizar este proyecto se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar.

-Para la identificación de los QUE'S (requerimientos del paciente) se ha utilizado la encuesta de satisfacción del SESCAM 2007.

-Se han identificado 16 COMO'S (características de nuestro hospital) agrupados en Estructura, Asistencia, Profesionales y Recursos.

-Las relaciones se han obtenido mediante la puntuación individual de los miembros del grupo llegando posteriormente al consenso.

-El índice de prioridad se basa en las puntuaciones medias donde cada ítem del cuestionario es identificado como prioritario siempre que su correlación con la satisfacción global sea alta y la satisfacción con el ítem valorado sea baja.

-Para la evaluación comparativa hemos utilizado los datos de la encuesta de dos hospitales de nuestro medio.

-El grado de dificultad se ha obtenido por consenso entre el grupo.

RESULTADOS: Las principales áreas de mejora identificadas por nuestros usuarios hacen referencia a la actividad asistencial en consultas externas y hospitalización, destacando la información que recibe el paciente tanto por parte de los médicos como de las enfermeras, así como la amabilidad y trato personalizado de las enfermeras en hospitalización. Otra área de mejora a destacar son los profesionales en cuanto a motivación, disponibilidad y capacitación, resaltando áreas como la confianza y seguridad que transmiten los médicos en consultas externas y la amabilidad del personal en general. La disponibilidad de profesionales es un tema que compete a la gestión de Recursos Humanos y ha sido abordado recientemente no siendo susceptible de mejora en la actualidad. El grupo propone acciones de mejora en las áreas identificadas.

CONCLUSIONES: La aplicación de la herramienta QFD nos ha permitido establecer una relación entre los requerimientos de nuestros usuarios y las características de nuestro hospital pudiendo así priorizar las acciones de mejora encaminadas a mejorar sus expectativas y con ello orientar la gestión de la calidad de nuestro centro.

P190

CALIDAD ASISTENCIAL VERSUS MODELOS DE GESTIÓN DE CUIDADOS EN UNIDADES DE ENFERMERÍA

J. M. Rumbo Prieto (0), L. Arantón Areosa* (0), N. Loureiro Pérez (0), M. Quintán Méndez (0), A. M. Ramírez Pizano (1), F. García Collado (1).

(0) Área Sanitaria de Ferrol, (1) Hospital Virgen del Rocío.

luis.aranton.areosa@sergas.es

INTRODUCCIÓN: El panorama sanitario actual, donde el paciente/usuario tiene un rol activo en su proceso de salud, la perspectiva del gestor sanitario es garantizar cuidados de calidad a las personas y a sus familias. El dilema surge en que son muchos los modelos de gestión de cuidados que coexisten incluso dentro de un mismo servicio de salud resultando difícil definirse por un modelo a seguir.

OBJETIVO: Analizar el impacto (ventajas e inconvenientes) de los modelos de organización de cuidados, implantados en unidades de enfermería, en relación a la calidad asistencial.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de revisión. Búsqueda

bibliográfica en bases de datos electrónicas (CUIDEN, SCielo, Bireme, PubMed) sobre modelos de gestión de enfermería y organización de cuidados. Análisis de contenidos por técnica de grupo nominal.

RESULTADOS: Destacan por su implantación y difusión 5 modelos de gestión de cuidados en unidades de enfermería de atención especializada y atención primaria, que en orden creciente aportan distintos enfoques y en relación a la calidad asistencial prestada:

1) Gestión por funciones o tareas.

2) Gestión por pacientes.

3) Gestión por grupos diagnósticos (GRD).

4) Gestión por procesos asistenciales.

5) Gestión por enfermera de referencia o enlace.

CONCLUSIONES: La elección de uno u otro modelo de gestión de los cuidados condicionará el grado de calidad asistencial que se desea alcanzar y el tipo de organización sanitaria. La tendencia sería buscar aquel modelo que proporcione mayor calidad en los cuidados, integre adecuadamente los conocimientos, actitudes y habilidades del personal de enfermería, y establezca vínculos directos con las necesidades del paciente, su familia y el equipo asistencial.

P191

CICLO DE MEJORA: GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

M. López Ibáñez, C. Fernández Redondo, J. Martínez Castillo, M. Albaladejo Ortiz, G. Brihuega Gascón, M. Díaz Lacalle.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

mercedes.lopez3@carm.es

OBJETIVOS: diseño y puesta en practica de un ciclo de mejora sobre la cumplimentación de la hoja de valoración de necesidades de paciente al ingreso al siguiendo las directrices del programa EMCA. Identificación y priorización del problema, elaboración de criterios de calidad, evaluación, diseño y ejecución de medidas correctoras y reevaluación para verificar que las medidas adoptadas han conseguido una mejora.

METODO:

PROBLEMA DETECTADO: inadecuada cumplimentación del registro en la hoja de valoración de necesidades básicas del paciente ingresado.

ANÁLISIS EFECTUADO: (diagrama de causa/efecto).

CRITERIOS:

CRITERIO 1: En toda hoja de valoración deberá constar la etiqueta identificativa del paciente, correspondiente a ese ingreso.

CRITERIO 2: Cumplimentación de la hoja dentro de las primeras 24 horas del ingreso.

CRITERIO 3: Identificación del enfermero que realiza el registro.

CRITERIO 4: Todos los parámetros de las necesidades básicas del paciente deberán detallar hábitos del paciente y deficiencias derivadas del ingreso.

CRITERIO 5: En todas las hojas se reflejarán: diagnóstico médico, alergias, hábitos tóxicos y si vive sólo o acompañado.

DIMENSIÓN ESTUDIADA: Científico-técnica.

TIPOS DE DATOS: (estructura, proceso y resultado).

CRITERIO 1,2,3 y 4: Proceso.

UNIDADES DE ESTUDIO: Unidades de Hospitalización de Cardiología de Hospital Virgen de la Arrixaca.

RECEPTORES DEL SERVICIO PARA LOS CRITERIOS 1, 2, 3 y 4: pacientes ingresados en unidades de Hospitalización de Cardiología.

PROVEEDORES: ENFERMERAS/OS DE LAS UNIDADES CITADAS.

PROCESO EVALUADO: Las primeras 24 horas del ingreso del paciente.

FUENTES DE DATOS

- Para identificación de casos o unidades de estudio: Planillas de admisión y/o Libro de registros de ingresos en las Unidades.

- Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios: Entrevista al paciente, gráfica de constantes vitales y hoja de valoración.

IDENTIFICACIÓN Y MUESTREO DE LOS CASOS

Marco muestral: 1 mes.

Nº de casos a evaluar 60 casos. Se harán 2 cortes trasversales al principio y al final del estudio.

Método de muestreo: Aleatorio.

TIPOS DE EVALUACIÓN:

- En relación a la iniciativa para evaluar: Interna.
- En relación a la acción temporal con la acción evaluada: Concurrente.
- En relación a las personas responsables de extraer los datos: Autoevaluación.

RESULTADOS: SE OBTUVO UNA MEJORA RELATIVA DE UN 100% EN LOS CRITERIOS 1, 2 Y 3 Y UN 92.4% EN EL CRITERIO 4. LA MEJORA ABSOLUTA FUE DE UN 1,75 % PARA EL CRITERIO 1, DE UN 6,6 % PARA EL 2, DE UN 23% PARA EL 3 Y DE UN 31,8 PARA EL 4.

P192

CINCO AÑOS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD

J. M. Oto Terrer, F. Revilla Ramos, Á. Gómez Palmero, S. Sahuquillo Bartolomé, M. Miranda García, G. Del Caño Jiménez. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.
 ototerjo@jcy.es

PALABRAS CLAVE: Investigación. Gestión de la Calidad.

OBJETIVO: Analizar, desde distintos puntos de vista, los proyectos de investigación subvencionados por la Consejería de Sanidad desde el año 2003, para establecer un marco de referencia de las actividades investigadoras en la Comunidad Autónoma y un perfil de los investigadores.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio de los proyectos presentados a las "Ayudas a la Investigación en Gestión Sanitaria" convocadas por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, desde el año 2003 hasta el 2007.

Se hace un análisis de los proyectos presentados y de los que han sido objeto de subvención, su distribución por provincias, por Áreas de Salud, por nivel de atención (primaria y especializada), por organismos y por materias tratadas.

Se construye un mapa de la Comunidad en el que se posicionan y gradúan los resultados por colores y tonos.

Se define un perfil del investigador del proyecto de acuerdo a las características de profesión, sexo y la edad del investigador principal. Se realiza una valoración de las dos jornadas celebradas de difusión de proyectos subvencionados entre los años 2003 y 2007, a través del análisis del cuestionario cumplimentado por los investigadores y profesionales asistentes a las mismas.

RESULTADOS: Del estudio se obtienen las áreas en las que está siendo realizada una mayor labor en nuestra Comunidad en materia de investigación en gestión de la calidad, así como el tipo de profesional que lo desarrolla.

Se han identificado los temas preferentemente elegidos por los investigadores en materia de gestión de la calidad y se han determinado aquéllos en los que aún hay poca constancia de iniciativas de investigación.

Se han obtenido resultados del grado de implantación en la Comunidad del programa de subvenciones y del impacto del mismo. El mapa elaborado ha permitido posicionar visualmente la situación de la investigación en materia de gestión de la calidad en la Comunidad Autónoma.

Se cuenta con resultados de satisfacción de los investigadores con la gestión de las jornadas de difusión de los proyectos subvencionados.

CONCLUSIONES: El estudio ha resultado ser útil para identificar líneas prioritarias de investigación en gestión de la calidad y áreas en las que en las que es necesario realizar una tarea de promoción e impulso de este tipo de proyectos.

Se han podido detectar puntos fuertes y débiles en la gestión de las convocatorias.

P193

CIRCUITO DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO DESDE UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA

I. González Álvarez*, L. Pérez Rodríguez, M. Carnero Ruiz, M. D. C. Castro Copete, N. Picazo Escribano, M. Ribera Coves. HOSPITAL U. SAN JUAN.
 gonzalez_isa@gva.es

Objetivos: Determinar el grado de resolutivez del circuito

implantado. Desarrollo de un plan de mejora en la asistencia al paciente oncológico del Departamento 17.

Material y Método: Estudio retrospectivo con un seguimiento en el tiempo de todo el proceso asistencial. Diseño de un circuito específico para los pacientes diagnosticados en Radiología de una probable neoplasia sospechada o no por el médico que solicita la prueba desde Primaria o Especializada. Realizado el diagnóstico y ampliada la exploración si fuera necesario, se deriva al paciente a la especialidad correspondiente con carácter urgente gestionándose la cita desde Radiología. Se registran los datos, se integra la información en tres etapas: 1ª se registran los datos procedentes del RIS (Sistema de información de Radiología) y manualmente; 2ª se registra y analiza la información recogida en la revisión posterior de la HC y 3ª: Integración de la información en una base de datos para el análisis estadístico. Pacientes estudiados 599, seis fueron excluidos; período 2004-2007 (Junio). Variables analizadas: especialidad solicitante, datos demográficos del paciente, tipo de neoplasia, tiempo desde la solicitud a la realización, emisión del informe radiológico y fecha de la primera visita con el especialista.

Resultados: Pacientes remitidos: Primaria (157), Urología (63), Ginecología (36), hasta un total de 12 especialidades. Tiempo medio desde la solicitud a la realización de la exploración 17.4 días. Realización del informe 3.05 días; Tiempos medios de la primera visita varían según el servicio receptor entre 5.56 día y 10.97 días; porcentaje de pacientes vistos el día 9 fue del 75% y el día 20 del 95%.

Conclusiones: una mejor atención al paciente oncológico requiere asegurar la accesibilidad y la continuidad de la asistencia.

El establecimiento de un circuito preferente para pacientes oncológicos ha reducido los tiempos de atención.

El circuito permite establecer un mecanismo de retroalimentación con los médicos que envían y reciben a los pacientes y es fuente de información para la toma de decisiones de la Dirección.

El estudio ha permitido mejorar la recogida de datos y la estructuración de la información.

La implantación del circuito no ha supuesto incremento de personal o costes añadidos.

Iniciativas de este tipo mejoran nuestra práctica asistencial cotidiana. Trabajo financiado por la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente.

Consejería de Sanidad. Comunidad Valenciana.

P194

CREACIÓN DE UNA HOJA DE SCREENING DE PROBLEMÁTICA SOCIAL PARA CONOCER LOS INDICADORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

M. P. Lander, A. Lizarazu, B. López De Munain, F. Manzanos, A. Ochoa De Alda, T. Rilova.

Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.
 rafael.sanchezbernal@osakidetza.net

Objetivos: 1º: Innovar a través de la creación de una Hoja de Screening para la detección precoz de la problemática social en los primeros momentos del proceso asistencial en los pacientes con enfermedad mental. 2º: Realizar una valoración social, evitando que los problemas sociales dificulten, provoquen, precipiten y/o agraven la enfermedad, así como que retrasen ó condicionen la buena evolución del paciente. 3º: Favorecer la continuidad asistencial, la comunicación intraequipo y la coordinación sociosanitaria, garantizando los logros del tratamiento aplicado, y estableciendo algoritmos secuenciados de la atención. 4º: Obtener datos sobre la incidencia del problema social con relación a las personas tratadas en la red de salud mental.

Material y Métodos: Dentro del proceso de derivación de pacientes por parte del personal facultativo o de enfermería para la intervención del Trabajador Social (TS), se detectó la necesidad de crear unos "Indicadores de riesgo o vulnerabilidad social" que son variables socio-sanitarias que predicen una elevada probabilidad de necesidad de intervención o atención social. Se extraen de la práctica de la atención y hacen referencia a diferentes dimensiones de la situación del paciente susceptibles de intervención para su mejora: Área Económica, Área Laboral-Ocupacional, Área de Vivienda, Área Relacional-Familiar (redes de apoyo), Área Cultural, Área Judicial, Área Personal (Edad, salud, habilidades sociales, etc). Si la "Hoja de Screening de Problemática Social" presenta tres o más ítems, se

remite la misma al TS, tramitándose una cita para el paciente con el TS. Tras 1 año de implantación del instrumento se ha realizado una evaluación de su implantación en los diferentes servicios y unidades que cuentan con la figura de trabajador social para ver su uso real y las dificultades que para su implantación pudieran haberse presentado.

Resultados: Se ha visto necesaria su utilización por la rotación de pacientes y su problemática en algunas Unidades de Hospitalización. Servicio de Alcoholismo y Ludopatías: Se viene aplicando desde mayo del 2007. Se ha informatizado y está resultando un documento de fácil aplicación y muy útil. Servicio de Toxicomanías: Se comienza a implementar 01/04/07. Se valora su efectividad en la canalización de pacientes nuevos para la detección de la problemática social asociada y en este sentido cumple perfectamente los objetivos para los que fue diseñada.

Conclusiones: Se ha demostrado su efectividad al haber disminuido las cargas de trabajo, ser aplicable en el trabajo, tener utilidad demostrada, y aportar beneficios para el paciente y la Organización.

P195

DEMORA EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE ANATOMÍA PAROLÓGICA COMO SISTEMA DE VALORACIONE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO

M. Gurri Landi, F. Smilg Vidal, M. C. Fernández Barreras, M. Remezal Solano.

Fundación Hospital, Cieja.
mremezals@insermed.com

Objetivo: Realizar un estudio de la demora en la emisión de informes, considerada como el tiempo empleado desde la recepción de una muestra hasta la emisión del correspondiente informe anatomopatológico, como método para valorar la calidad asistencial del servicio ofrecido por el Departamento de Anatomía Patológica.

Método: Se ha realizado un análisis estadístico del número de muestras recibidas en el Departamento de Anatomía Patológica a lo largo de un año, global y por departamentos, valorándose:

- tiempo medio de demora en la emisión del informe
- tiempo de demora en la emisión del informe por departamentos
- porcentaje de muestras que se diagnostican en periodos de tiempo establecidos (1-2 días, 3-4 días, 5-7 días, 7-15 días, mas de 15 días)

Resultados: El tiempo medio de demora en la emisión del informe fue de 3,29 días.

Por servicios, el número de estudios realizado y el tiempo medio de demora fue: Alergología 109 estudios, 2,25 días; Análisis Clínicos 1 estudio, 2 días; Anatomía Patológica 7 estudios, 2,29 días; Cardiología 1 estudio, 0 días; Cirugía 559 estudios, 3,98 días; Dermatología 442 estudios, 4,31 días; Digestivo 755 estudios, 3,75 días; Familia 1 estudios, 10 días; Ginecología 103 estudios, 2,9 días; Hematología 11 estudios, 3,55 días; Maxilofacial 36 estudios, 3,33 días; Medicina Interna 53 estudios, 2,19 días; Neumología 260 estudios, 2,42 días; Oftalmología 15 estudios, 4,87 días; Otorrino 150 estudios, 4,14 días; Radiología 8 estudios, 1,63 días; Traumatología 51 estudios, 5,08 días; Urgencias 4 estudios, 1 día Urología 169 estudios, 3,15 días.

El porcentaje de muestras diagnosticado en un periodo de tiempo determinado fue 37,78 por ciento de los estudios en 1-2 días, 33,02% en 3-4 días, 20,70% en 5-7 días, 8,25% en 7-15 días y 0,25% en mas de 15 días.

Conclusiones La valoración del tiempo de demora en la emisión de informes, considerada como el tiempo empleado desde la recepción de una muestra hasta la emisión del correspondiente informe anatomopatológico, es un buen método para valorar la calidad asistencial de un Departamento de Anatomía Patológica.

En este sentido, la calidad asistencial de nuestro departamento puede considerarse como muy buena o muy satisfactoria, dado que sólo el 8,5% de las muestras remitidas para su estudio tardan más de 8 días en ser diagnosticadas y un 91,5 por ciento de las mismas se diagnostican (con su correspondiente informe) en 7 o menos días.

P196

DESARROLLO DE SISTEMAS INNOVADORES DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DE PROCESOS

B. Fernández González, A. Álvarez Suárez, A. Fernández León, E. Fernández Rico, G. González Suárez, M. Alonso Álvarez.

HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.
bernabe.fernandez@sespa.princast.es

OBJETIVOS: General: desarrollar un sistema de gestión integrado para calidad, ambiente y seguridad, en Hemodiálisis del Hospital Valle Nalón (HVN), basado en una aplicación informática innovadora que permite la gestión integral por procesos.

Específicos: mejorar la prestación del servicio de HMD, facilitar el desempeño clínico de la Unidad mediante un trabajo eficiente y comprometido con las expectativas del personal sanitario, los pacientes y familia, disponer de un sistema de información ágil y detallado para el seguimiento de los procesos, incluido el despliegue de un cuadro de mando.

MATERIAL Y MÉTODOS: El proyecto se diseña y desarrolla desde la colaboración entre la Universidad de Oviedo (Unidad Técnica de Calidad) y el HVN, mediante el trabajo de equipos multidisciplinares (ingenieros, médicos, enfermeros, informáticos, auxiliares) que facilitaron el seguimiento y la consecución de objetivos (más 80 reuniones).

ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INSTRUMENTOS: Instrumento: Aplicación Informática "Herramienta Innovadora de Sistemas de Gestión" Actividades desarrolladas: mapa de procesos, diseño de gestión por procesos, procedimientos documentados e instrucciones técnicas, diseño y desarrollo de la aplicación en colaboración con la Universidad de Oviedo, programación de unidades fundamentales (módulos) en la aplicación: módulo de gestión por procesos, módulo de Mapa Estratégico - Cuadro de Mando de Indicadores, módulo de gestor documental, módulo de Nefrosoft (conectividad entre programas), módulo de pacientes.

RESULTADOS: Para la gestión: conectividad con la aplicación Nefrosoft con captura de resultados al cuadro de mando. Gestión detallada de las entradas / salidas de los procesos, con seguimiento on-line de los resultados mediante el cuadro de mando. Procedimientos / Instrucciones vinculadas a las actividades que desarrolla la Unidad, en relación con sus procesos fundamentales. Gestión de personas, equipos e infraestructuras, seguridad y satisfacción de pacientes. Seguimiento de objetivos a través del cuadro de mando del servicio y su interacción en con el cuadro de mando integral del Hospital.

Para los pacientes: mejora de la seguridad clínica, mejora de la eficiencia del servicio prestado, atención más personalizada, disminución de los tiempos de respuesta.

Para el Profesional: facilidad de gestión, facilidad para el seguimiento de los pacientes y la toma de decisiones, el trabajo en equipo, motivación e implicación, participación en un proyecto innovador.

CONCLUSIONES: El Proyecto desarrollado a lo largo de los años 2006 y 2007, considerándose actualmente culminado, obteniéndose resultados que han mejorado la calidad del servicio prestado a los pacientes, la comunicación, el desempeño comprometido de los profesionales y la gestión integral del proceso de Hemodiálisis.

P197

DIRECTORIO DE COMPETENCIAS DIRECTIVAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA

J. Bravo Rodríguez-Barrero, A. Cabañas Martínez, B. Vazquez Quiroga, J. Flores Herrera, F. J. Guerra Gómez, A. Colomer Rosas.

SUMMA 112.
jbravo.summa@salud.madrid.org

OBJETIVO: Tras la autoevaluación en 2007 según modelo EFQM del SUMMA 112, el Comité de Calidad, del que forma parte la Dirección, priorizó un grupo de mejora de Perfiles de Puesto de Trabajo y Profesionales basado en competencias de conocimiento y directivas. El objetivo del presente trabajo es presentar el Directorio de Competencias Directivas elaborado en la primera fase del citado proyecto de Perfiles.

MÉTODO: Constitución del Grupo de Mejora. Formación de lo miembros a través de un curso de Gestión por Competencias de 20 horas. Revisión de literatura y selección por el grupo de una

Metodología de trabajo: Reformulación estratégica de misión, visión y valores. Selección de 5 puestos de trabajo clave para la nivelación de competencias. Selección de 15-20 competencias directivas para la organización a través de 2 reuniones en las que se reformularon y agruparon competencias que abarcaban aspectos similares o que pudieran incluirse unas en otras según fuesen definidas. Redefinición y selección por consenso en 2 reuniones consecutivas de las 15 competencias valoradas de mayor interés para el desempeño en los puestos de trabajo en el conjunto de la organización.

RESULTADOS:

1.- Todos los miembros del grupo de mejora han realizado formación en Gestión por competencias.

2.- Los puestos de trabajo clave seleccionados fueron:

- médico de urgencias y emergencias,
- enfermeros de unidades de urgencias y emergencias,
- técnicos en emergencias-conductores,
- responsables de unidad funcional,
- coordinadores de equipos,

3.- Las Competencias Directivas seleccionadas fueron:

1. Visión del entorno
2. Conocimiento de la organización
3. Red de relaciones efectivas
4. Orientación al cliente (paciente/familiar/allegado)
5. Gestión de Recursos
6. Organización y Planificación
7. Liderazgo
8. Comunicación
9. Trabajo en Equipo
10. Orientación a los profesionales
11. Dirección de personas y grupos
12. Análisis y toma de decisiones
13. Ética profesional
14. Iniciativa /proactividad
15. Adaptación al cambio

4.- En el momento actual hemos finalizado el proceso de nivelación de las 15 competencias.

CONCLUSIONES: La gestión de recursos humanos por competencias es un modelo que permite alinear el capital intelectual de una organización con su misión facilitando el desarrollo profesional de las personas. En nuestro ámbito de administración pública la gestión por competencias es una herramienta que facilita establecer planes personales de formación y de promoción, para acceder o valorar el desempeño en el puesto de trabajo y dota de transparencia y rigor los procedimientos de selección.

P198

DISEÑO DE UN ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN MEDIANTE EL EMPLEO DE LA MATRIZ DE SAATY

O. Pinar López, A. Añino Alba, I. Fernández Esteban, A. Mataix Sanjuán, J. Ferrándiz Santos, J. J. Muñoz González.

Gerencia AP Área 11.

opinar.gapm11@salud.madrid.org

Objetivo: Diseñar un índice sintético (ISQ) que permita monitorizar la calidad de la prescripción farmacéutica evaluando un solo valor numérico.

Material y métodos: Ámbito: 39 EAP de Atención Primaria de un Área de Salud con 887.134 habitantes.

Fuente de datos: Farm@drid.

Se creó un grupo de trabajo específico integrado por médicos de familia (11) y farmacéuticos (4). Se decidió incluir en el ISQ exclusivamente 5 indicadores de calidad de prescripción, por ser considerados prioritarios en el Área, de acuerdo a lo especificado en el Contrato de Gestión anual: %Genéricos, %Omeprazol, %ARA-2, %Estatinas y DHD osteoporosis en mujeres 40-65 años. Se seleccionaron por consenso 4 criterios que fueron utilizados en la ponderación de los indicadores: prevalencia de la patología, margen de mejora, autonomía por el médico de familia y aceptación por el paciente. Se ponderaron los criterios. Se ponderaron los indicadores en función de estos 4 criterios. En la ponderación, en ambos casos se empleó la matriz de Saaty. Las puntuaciones se asignaron utilizando un sistema de puntuación continua.

Resultados: Los pesos asignados a los criterios considerados fueron los siguientes: prevalencia (35%), autonomía (35%), aceptación

(18,4%) y margen de mejora (11,5%). Tras ponderar cada indicador, teniendo en cuenta los pesos de cada criterio, se obtuvieron los siguientes porcentajes: %Genéricos (42,3%), %Omeprazol (26,2%), %Estatinas (13,5%), DHD osteoporosis (9,8%) y %ARA-2 (8,3%).

Los alcanzados para cada uno de los 5 indicadores se transformaron en una puntuación final (máximo: 100), obteniéndose un ISQ por EAP y por CIAs que se remiten periódicamente a los facultativos.

Se construyó un ranking clasificando los EAPs según su valor de ISQ, considerando los 4 rangos intercuartílicos. El promedio del ISQ de los EAPs del Área durante el primer trimestre de 2008 fue de 45,56. Se observó una gran variabilidad del ISQ para los diferentes EAPs, oscilando entre 21,45 y 76,34.

Conclusiones:

- La matriz de Saaty ha mostrado su utilidad en la ponderación de los criterios e indicadores empleados en el diseño de un ISQ.
- La elaboración de un ISQ permite disponer de un único indicador para monitorizar la calidad de la prescripción farmacéutica y facilita la priorización de objetivos relacionados con el Uso Racional del Medicamento.

P199

EFFECTIVIDAD DE LA GESTIÓN CLÍNICA DE LOS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

C. Andrés Carretero (0), G. Duarte Climents (1), M. B. Sánchez Gómez (1), R. Casals Riera (0), J. M. Jurado Serrano (0), J. Castelló Gusi (0).

(0) Consorci Sanitari de Terrassa, (1) DC Cuidados Sociosanitarios. begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: El Consorci Sanitari de Terrassa ha puesto en marcha un proceso que tiene como objetivo la implantación del método clínico enfermero en su área de influencia para los pacientes de Atención Primaria.

Objetivos: Evaluar el impacto de los cuidados dispensados por enfermeras de atención primaria mediante el uso de un método clínico -incorporando lenguajes estandarizados y soporte informático- en las siguientes dimensiones: necesidades de cuidados, calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción de los usuarios de los servicios; la satisfacción de los profesionales sanitarios y el logro de los objetivos ligados a la cartera de servicios.

Material y métodos: Ensayo comunitario de intervención, con grupo de intervención y grupo de control. La población diana está compuesta por pacientes con problemas crónicos -diabéticos, hipertensos, dislipémicos, y respiratorios- anciano frágil, atención domiciliaria y niño sano del área de influencia del Consorci Sanitari de Terrassa.

Resultados: La implantación del método clínico se ha iniciado de forma progresiva en paralelo a los ciclos formativos de los profesionales. Se realizó la medición basal de las variables a estudio para los grupos de intervención y control, los resultados preliminares estarán disponibles después de finalizar los ciclos formativos del primer semestre del año 2008.

Conclusión: La utilidad de este estudio deriva de obtener un análisis de efectividad de nuevos modelos de gestión clínica en Enfermería. Los resultados deben avalar un cambio en el perfil de la enfermera. El estilo de trabajo de la Enfermería estudiado en este proyecto se extiende por toda la atención primaria, por ello la utilidad del estudio es máxima para la discusión sobre su futuro.

P200

EFICACIA DE LA INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE DOBLE CAJETÍN PARA ALMACENAMIENTO DE MATERIAL FUNGIBLE EN EL HOSPITAL

J. González Revaldería, F. J. Cortés Urbán, V. Mesa Ortega, M. Carrión Bolaños, R. Herranz Quintana.

Hospital General Universitario, Getafe.

jgonzalezr.hugf@salud.madrid.org

Objetivo: Racionalizar el sistema de almacén del hospital, disminuyendo el volumen de inmovilizado al mínimo imprescindible, facilitar las labores logísticas del manejo de material fungible y liberar espacio de almacén (general y periféricos).

Metodología: La instauración de nuevas tecnologías y tratamientos hace que se necesiten espacios de almacenamiento y los nuevos materiales se colocan "buscando hueco" entre los anteriores según un sistema de "aluvión" y, raramente, con redefinición de los espacios.

Con el fin de evitar esta situación, tras 15 años de funcionamiento del hospital, se decide instaurar un sistema de almacén de doble cajetín, de forma que, cuando el primero se agota (aproximadamente una vez a la semana), se genera una orden de reposición automática mediante el escaneado de códigos de barras del producto. Se realizan pactos de consumo basados en datos históricos. Asimismo, se dispone de un sistema de carrusel en el almacén general de forma que la dispensación de material se realiza de forma automática. Resultados: En octubre de 2007 se comienza la instauración del sistema de doble cajetín, abarcando todas las Plantas de Hospitalización, UCIs, Quirófanos, Urgencia, Radiología y Hemodiálisis. En la actualidad sólo queda el área de Consultas Externas por incorporar sobre las previstas. Mediante encuesta personal en siete áreas instauradas se observa que el nuevo sistema ha sido bien recibido y que el espacio de almacenamiento ha sido distribuido de forma más racional, liberando una media de un 30% de dicho espacio, que ha sido empleado para recolocar diverso material sin ubicación fija previa, el cual no ha llegado a saturar el espacio liberado. Tan sólo en los primeros momentos se detectó desabastecimiento de algún producto (menos de 1% del total) que fue resuelto en menos de 24 horas. El establecimiento de pactos de consumo y el sistema de reposición automática hace que la probabilidad de que caduque el material almacenado sea mínima. Conclusiones: El sistema de almacenamiento externo de material fungible ha permitido racionalizar el material almacenado, liberar espacio, eliminar el material almacenado en exceso y ha sido percibido muy favorablemente por el personal. El importe del material desmovilizado ha estado en torno a los 300 000€ por lo que el proceso se ha autofinanciado en una elevada extensión.

P201

EL CUADRO DE MANDO DE UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA (LA FUENFRIA-SERMAS): DISEÑO, ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN

R* López Sanz, M. Garrido Martín, P. Muñoz Sahagún, L. Pascual Bastida, MC. Antón Boix.
rlopez.hlff@salud.madrid.org

OBJETIVO: Presentar la herramienta de Gestión, que traduce la visión y la estrategia definida en su desarrollo (en su Plan), en conjuntos coherentes de medidas alienadas con la organización, en la búsqueda del objetivo común pactado con la Autoridad Sanitaria. MÉTODO: En el diseño de la herramienta se han tenido en cuenta cuatro perspectivas: financiera, cliente, procesos internos y aprendizaje - crecimiento. Se estableció un grupo de trabajo ad hoc multidisciplinar (FAE, Admisión, Enfermería, Logística, Calidad y Dirección). El documento resultante incluye indicadores que sustentan la gestión del contrato programa (de Gestión) del hospital. Además, todos aquellos indicadores consensuados en el seno del grupo de trabajo. Se ha producido la transposición en el cuadro de mando, de la relación de indicadores definidos en el sistema de gestión de calidad (ISO). El trabajo se ha trasladado a un CMI que esta supervisado por un controller que presenta a la Dirección resúmenes mensuales y trimestrales. De las desviaciones obtenidas a través del análisis de la información se produce una retroalimentación estratégica, se analizan los puntos críticos y se actualiza el proceso. RESULTADO: El 1 de Enero de 2008, el Hospital implantó el cuadro de mando. CONCLUSIONES: Se ha implantado la herramienta en la gestión de la organización. Se han establecido nuevos indicadores de rendimiento en determinados procesos asistenciales, fundamentalmente en las áreas de medicina interna y de rehabilitación. Se debe señalar la detección de oportunidades de mejora que incluyen realizar y rediseñar procesos nuevos o antiguos a nivel asistencial y logístico. El diseño multidisciplinar y transversal ha permitido avanzar en el despliegue de una nueva política participativa (establecida en el redefinido plan estratégico del año 2006) en la gestión de los recursos humanos. Ha permitido detectar bolsas de ineficiencia en la gestión económica financiera del hospital lo que ha posibilitado realizar inversiones adicionales. El cuadro de mando de Fuenfria conlleva implícita una propuesta de desarrollo de comparativa (Benchmarking) con los otros hospitales similares de la Comunidad de Madrid, habida cuenta que desde el inicio del 2008, oferta una cartera de servicios común con el resto de hospitales de media y larga estancia, a los otros hospitales de la Red y a AT

Primaria, únicos proveedores de pacientes de Fuenfria.

P202

GUÍA CLÍNICA Y TERAPEUTICA EN URGENCIAS

F. Cordoba Ruiz, A. M. Regidor Braojos, B. Sánchez Cuadal.
Hospital Dos de Maig, Barcelona.
paki.cordoba@telefonica.net

OBJETIVOS: Creación de un manual de bolsillo con 2 Guías de trabajo (Terapéutica y Clínica) para mejorar la formación de residentes, la calidad asistencial y disponer de información rápida en Urgencias.

MÉTODO: Creación de dos bases de datos:

- una base de datos con los tratamientos más frecuentes en UCAS de nuestro Hospital, con las dosis y presentaciones correspondientes
- una base de datos con las patologías más frecuentes en UCAS de nuestro Hospital, con sus tratamientos correspondientes.

RESULTADOS: Guía escrita y ordenada alfabéticamente, presentada como manual de bolsillo con 2 partes capituladas.

Presentación en PDF (en CD ó USB-drive), adaptable a PC o PDA-pocket. El programa presenta la posibilidad de búsqueda rápida por palabras.

P203

HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA EL ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO CLÍNICO ENFERMERO. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

J. M. Jurado Serrano (0), M. B. Sánchez Gómez (1), G. Duarte Climents (1), C. Andrés Carretero (0), C. Ramón Canton (0), R. Casals Riera (0).

(0) Consorci Sanitari de Terrassa, (1) DC Cuidados Sociosanitarios.
begonasanchez@dccuidados.es

Introducción: El Consorci Sanitari de Terrassa ha puesto en marcha un proceso que tiene como objetivo la implantación del método clínico enfermero en su área de influencia para los pacientes de Atención Primaria. Este proceso se extiende a pacientes adultos y niños atendidos en consultas de enfermería en los CS y en el domicilio mediante el uso del método clínico enfermero estandarizado con los lenguajes NANDA-NOC-NIC. Pasados 7 meses desde el inicio de la implantación del método clínico enfermero en el Consorci Sanitari de Terrassa se plantea la necesidad de analizar las dificultades encontradas con los grupos de enfermeras formadas 1 y 2, para ello se decide la utilización de metodología de calidad.

Objetivos: Conocer las dificultades en la implantación del método clínico.

Detectar oportunidades de mejora.

Establecer estrategias correctoras que faciliten la implantación del método clínico.

Material y métodos: La herramienta elegida es el diagrama de Ishikawa de causa y efecto. La reunión tiene lugar el 27/05/2008 en el salón de actos del hospital de Terrassa con la asistencia de 26 enfermeras. La pregunta de análisis se define como: "¿Cuáles son las dificultades encontradas en la implantación del método clínico enfermero en el CST?" Se les pide a las enfermeras que describan al menos tres dificultades para los elementos: estructura, organización, entorno, profesionales y pacientes. Especificando el elemento "profesionales" exclusivamente para los profesionales de Enfermería que están desarrollando el método clínico.

Resultados: Se detectaron un total de 41 causas de dificultades en la implantación del método clínico enfermero. Entre ellas destacan:

- causas estructurales: problemas de actualización y lentitud del programa informático "OMIap V6.4/00A-00";
- causas de los profesionales: dificultades en el manejo de los lenguajes NANDA, NIC, NOC y dificultades para realizar el diagnóstico diferencial.

Conclusión: Creemos necesario este tipo de estudio en este momento de la implantación cuando se ha alcanzado el 50% de las enfermeras formadas. El paso siguiente es la priorización de las causas con Técnica de Grupo Nominal (TGN) para determinar las oportunidades de mejora y las estrategias a determinar.

P204

ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. EVOLUCIÓN ANUAL COMO CRITERIO DE EFICIENCIA

B. Flores Pastor, V. Soria Aledo, A. Campillo Soto, J. Miquel Perello, L. Carrasco González, J. L. Aguayo Albasini.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.
be240762@terra.es

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.

PACIENTES Y MÉTODO: A lo largo del período: enero de 1995-diciembre de 2007 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 mayor de 250.000 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: Se intervinieron de forma programada 13.325 pacientes, de los que 7.595 (57%) lo fueron de forma ambulatoria. La edad media de los pacientes fue de 48 años (r: 17-88) y la distribución por sexos, 3.593 hombres y 4.002 mujeres. Los procesos incluidos en el estudio fueron: GRD 162 (hernia inguinocrural), 2.003 pacientes; 267 (sinus pilonidal), 1.365 pacientes; 158 (patología proctológica), 2.013 pacientes; 119 (varices), 911 pacientes; 262 (biopsia y nódulo mamario), 947 pacientes y 160 (otras hernias), 866 pacientes. Observamos una evolución ascendente de los índices de sustitución anuales hasta cifras del 65-97% en 2007.

CONCLUSIÓN: 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 equipararse con los estándares establecidos actualmente.

P205

LA GESTIÓN DE LA CADENA DE SUMINISTRO EN GRANDES ÁREAS HOSPITALARIAS COMO ELEMENTO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD

VC. Aguilar Escobar, C. Galisteo Fernández, JA. García Rodríguez*.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.
juan.garcia.rodriquez.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN: Debido al incremento de los servicios asistenciales y de la necesidad de establecer un nivel de calidad en el servicio logístico dentro del Área Hospitalaria Virgen Macarena(AHVM), se ha desarrollado una estrategia corporativa de actuación en la mejora e integración de la logística de abastecimiento a los diferentes servicios que la componen, planteando dos líneas estratégicas: 1.Externalizar la actividad de distribución de las mercancías, desde Almacén General hasta los almacenes de planta y 2. Prestar un servicio logístico de calidad, suministrando el material justo a tiempo(JIT) y referenciado en la máxima satisfacción del cliente interno.

OBJETIVOS: Integrar los procesos de abastecimiento, distribución y órdenes de cliente aplicando conceptos de la filosofía JIT para alinear y agilizar los procesos dentro de la cadena de suministro del AHVM impactando en la calidad del servicio logístico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron los procesos de almacenaje, distribución y reabastecimiento tanto del Almacén Central como de los almacenes de planta, identificando aquellas actividades que no generan valor para rediseñar e integrar estos procesos. Una posterior clasificación ABC de inventarios permitió analizar su comportamiento

y determinar los niveles de stocks máximos para adoptar un Método del doble compartimiento. La realización de inventarios periódicos hizo que se ajustara el tamaño del lote a la demanda real y que se redujeran los stocks de planta y en consecuencia los del Almacén General.

RESULTADOS: La implementación de un Sistema Integral de Abastecimiento facilita la labor asistencial del personal de enfermería a la que se le libera de tareas que no son propias de su puesto, se evita que se produzcan roturas de stock, se mantengan niveles óptimos de inventario minimizándose las pérdidas por caducidad y aumente la satisfacción del cliente interno. Todo esto facilita la Gestión de Abastecimiento mejorando la Calidad en el Servicio.

CONCLUSIONES: En la actualidad es necesario que los Hospitales modifiquen sus antiguas estructuras, liberando espacios de tareas logísticas, para destinarlos a otros fines más sanitarios o asistenciales por lo que se hace imprescindible el rediseño logístico y la mejora de la calidad del circuito logístico de las grandes áreas hospitalarias. La integración del Sistema de Distribución y Abastecimiento permite tener una mejor gestión de inventarios asegurando su suministro JIT con lo que aumenta la calidad que se requiere para satisfacer al cliente interno.

P206

LAS COMARCAS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER

L. Casaña Fernández (0), A. Cisneros Izquierdo (1), A. Misiego Peral (2), L. Henar Esteras (3), G. Santana López (4), A. Lax Cachó (2).

(0) INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGÓN, (1) DIRECCIÓN GERENCIA DEL SALUD, (2) SALUD, (3) INSTITUTO ARAGONÉS DE LA MUJER, (4) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

licasana@aragon.es

Antecedentes: Desde 1993 a raíz de la promulgación de la Ley de Comarcalización de Aragón, se han constituido 32 comarcas. Las principales referencias para el abordaje de la violencia de género (VG) en Aragón son la Ley 4/2007 de 22 de marzo, de Prevención y protección integral a las Mujeres Víctimas de Violencia y el Plan Integral para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Objetivos: Poner en marcha protocolos de actuación comarcal para una atención integral pionera en el medio rural de Aragón que de atención a las mujeres que padecen VG en su entorno. Investigar la problemática para conocer la realidad en cada zona con el objetivo de prevenir este tipo de conductas.

Material y métodos: Desarrollo de un Plan de formación conjuntamente por el SALUD y el Instituto Aragonés de la Mujer para coordinar actuaciones y recursos específicos, que ofrezcan una actuación integral y coordinada en la atención sanitaria, social y judicial que se ofrece a la mujer que padece VG. El programa comarcal pondrá a disposición de las mujeres los recursos existentes en cada comarca de forma protocolizada (Servicios Sociales, los Servicios de Mujer, los Servicios de Salud y los Servicios de Protección).

El protocolo común de Actuación Sanitaria ante la VG recomienda en el sistema sanitario las siguientes actuaciones en materia de formación:

- 1.Inclusión en la formación continua del personal sanitario, aspectos sobre la prevención, detección precoz y atención integral.
- 2.Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- 3.Realización de sesiones con otros profesionales y con otras instituciones.

Resultados: La formación inicial se ha realizado en las comarca de Barbastro, Tarazona, Ejea, Calatayud, Alcañiz, Teruel y Monzón. En todas ellas excepto en Barbastro y Tarazona, se ha creado un grupo de trabajo para elaborar un protocolo de actuación Comarcal.

La formación específica, según perfiles profesionales, y la presentación del protocolo de actuación únicamente se ha realizado en Ejea.

Conclusiones: Desde los Servicios Sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para detectar y apoyar a las mujeres que sufren VG. En la mayoría de las ocasiones se requiere de intervenciones interdisciplinares con profesionales pertenecientes a medios no sanitarios, por lo que es necesario la coordinación entre todas las

instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones.

P207

MEJORA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL

C. Viñuales Armengol, P. Amador Rodríguez, B. Abad Bañuelos, J. M. García Márquez.

Hospital General San Jorge, Huesca.

cvinuales@salud.aragon.es

OBJETIVO: El objetivo principal es racionalizar los recursos dedicados en la dispensación de medicamentos a pacientes externos sin comprometer el nivel de servicio en la asistencia al paciente. Los recursos considerados en la dispensación son:

1. Medicamentos dispensados, cuyo consumo económico supone la tercera parte del total del hospital.
 2. Tiempo dedicado a todas las fases implicadas en el proceso de dispensación y control de dichos medicamentos.
- Como objetivos cualitativos adicionales se consideran:
- Garantizar la correcta conservación de los medicamentos.
 - Informar sobre el tratamiento farmacológico al paciente.
 - Detectar posibles incidencias o problemas relacionados con el medicamento.
 - Evitar los errores asociados al uso de los medicamentos.
 - Establecer el seguimiento farmacoterapéutico al paciente.
 - Conseguir la adherencia del paciente al tratamiento prescrito.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las actividades planificadas a realizar para la consecución de los objetivos son:

1. Obtener el grado de satisfacción de pacientes externos.
 2. Obtener y elaborar datos cuantitativos sobre la situación de los programas y pacientes relacionados con la dispensación.
 3. Estructurar la información a facilitar a los pacientes sobre los medicamentos y su administración.
 4. Mejorar la transmisión de la información a través del contacto directo. Sistematizar las entrevistas y valorar el apoyo de herramientas informáticas.
 5. Priorizar los fármacos sobre los que intervenir a partir de datos objetivos.
 6. Establecer plazos de dispensación de medicamentos atendiendo a los criterios relacionados con la especificidad y tipología del medicamento y la coordinación con el especialista.
 7. Establecer la programación de citas con los pacientes.
- Los indicadores establecidos para evaluar el grado de consecución son:

1. Valor cuantitativo de índice de satisfacción de pacientes.
 2. Tasa de dispensación y valoración económica de la misma.
- Dado los diversos programas clínicos a los que se asigna la dispensación, se pretende comenzar las acciones por los más relevantes y trasladarlas posteriormente al resto de programas.
- RESULTADOS:** Los resultados obtenidos hacen mención a:
1. Incremento del nivel de satisfacción de los pacientes y/o familiares relacionados con la dispensación de medicamentos.
 2. Ahorro económico en los consumos.
 3. Racionalización en el tiempo dedicado a esta actividad sin penalizar los resultados.
 4. Mejora en las relaciones interdepartamentales.

CONCLUSIONES: Se han aplicado técnicas organizativas, analíticas y de gestión de procesos a la optimización de recursos a las actividades de dispensación a pacientes externos consiguiendo mejoras en la eficiencia de los recursos dedicados e incrementando, a su vez, el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos.

P208

MÓDULO DE CÁLCULO AUTOMÁTICO DE INDICADORES DE CALIDAD EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP) BAXTER RENALSOFT®

A. Canalejo Álvarez, J. Santas Muñiz.

BAXTER SL.

ana_a_canalejo@baxter.com

OBJETIVO: La Sociedad Española de Nefrología ha promovido la creación de grupos de trabajo que definan indicadores para evaluar la calidad del tratamiento de diálisis y sus correspondientes estándares de comparación.

Respecto al tratamiento de DP, un grupo de expertos ha definido el conjunto de indicadores y estándares de calidad que deben medirse y cuya evolución a lo largo del tiempo debe ser monitorizada por las unidades de DP y servir así como referencia para detectar oportunidades de mejora en la calidad del tratamiento de DP proporcionado a los pacientes. En total se incluyen 54 indicadores de calidad distribuidos en indicadores globales, de comorbilidad, de hospitalización, de salidas de programa, relativos al trasplante renal, infecciones, adecuación de diálisis y función peritoneal e indicadores bioquímicos.

Dada la dificultad de calcular estos indicadores, algunos de ellos con diferente periodicidad, y teniendo en cuenta que cada uno de ellos debe compararse con un estándar de referencia, se hace necesario disponer de herramientas de cálculo automatizado que faciliten la adherencia de las unidades de DP a este proyecto de calidad asistencial con el consiguiente beneficio para los pacientes en este tipo de tratamiento sustitutivo renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Baxter ha desarrollado una herramienta para la automatización del cálculo de estos indicadores a partir del sistema informático de gestión clínica integral para DP Baxter RenalSoft®.

RESULTADOS: Dicho módulo calcula automáticamente y de forma inmediata todos los indicadores a partir de la información clínica registrada en la aplicación por el personal sanitario responsable de la unidad de DP o captada automáticamente desde los sistemas de demográficos y laboratorio del hospital y, en caso de que se implemente un registro nacional de estos indicadores, permite exportar automáticamente los datos calculados al sistema informático que los responsables definan para su seguimiento y análisis.

CONCLUSIONES: El personal responsable de DP evita duplicar el registro de los datos de pacientes en los que están basados los cálculos de estos indicadores, no precisa dedicar un tiempo precioso a su cálculo, dispone de unos cálculos exactos y fiables de forma inmediata y puede realizar su análisis de forma sencilla, facilitándose la detección de oportunidades de mejora y la toma de decisiones correspondiente para implementarlas.

Este proyecto no presenta conflicto de intereses.

P209

MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO: ¿SEGUIMOS MEJORANDO?

N. Illana Rodríguez, J. Cortes Angulo, M. López Ibáñez, P. Ferrer Bas, R. Torrano García, C. Martínez Romero.

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

mn.illana@carm.es

En el año 2007 y tras haber llevado a cabo un ciclo de mejora sobre la preparación del paciente que va a ser sometido a intervención quirúrgica programada, la dirección de enfermería del hospital universitario virgen de la arrixaca decidió llevar a cabo una monitorización de los indicadores valorados en el ciclo de mejora.

Objetivos: conocer si se ha mantenido la mejora conseguida e identificar causas de calidad deficiente.

Método: monitorización continua (mediciones mensuales) con muestras aleatorias. para llevar a cabo este proceso se escogió como método el muestreo para la aceptación de lotes (lqas) y los gráficos de control estadístico de la calidad. para aplicar el lqas se utilizaron como índices de calidad el "nivel de calidad aceptable" aql (o estándar que queríamos alcanzar) y el "nivel de calidad limitante" o lql (o mínimo aceptable).

En primer lugar definimos el marco muestral en el que queríamos medir el cumplimiento de los dos indicadores (en la hoja de registro de protocolo quirúrgico deberá constar respecto al paciente: etiqueta identificativa y la retirada del vello peri-incisión se realizará con maquinilla eléctrica).

Establecimos el estándar aql (po)= 95%.

Establecimos el umbral lql (pa)= 75%.

Decidimos los riesgos que estábamos dispuestos a asumir (falsos positivos y negativos): falsos positivos (error =5%) y un 20% de falsos negativos (error = 20%).

Establecimos el número decisonal mediante las tablas lqas: número decisonal(c): 11.

Los resultados fueron los siguientes:

El número de cumplimientos para el indicador 1 (d)=12.

El número de cumplimientos para el indicador 2 (d)=14.

Conclusión: Como para el indicador 1 d > c la calidad del lote que habíamos escogido para este indicador era válida. El Estándar (AQL) se cumplía, por lo tanto no existía un problema de calidad. Para el indicador 2 d > c la calidad del lote que habíamos escogido para este indicador era válida. El Estándar (AQL) se cumplía, por lo tanto no existía un problema de calidad.

P210**NIVELACIÓN DE COMPETENCIAS DIRECTIVAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA**

F. J. Guerra Gómez, A. Cabañas Martínez, A. Galan Grajera, A. Ramírez Barba, C. Domínguez Cuevas, J. Bravo Rodríguez-Barrero.

SUMMA 112.

fjavier.guerra@telefonica.net

OBJETIVO: Nivelar las 15 Competencias Directivas del Directorio de Competencias de un Servicio de Urgencias.

MÉTODO: Grupo Mejora de Perfiles. Formación en Gestión por Competencias. Metodología de nivelación de la consultora que llevó el proceso de formación: Cada competencia era definida en 4 niveles (Básico, Intermedio, Avanzado y Excelente), describiendo comportamientos genéricos para cada uno de ellos. Trabajo de grupo en 3 reuniones: 1ª: Selección de metodología para nivelar; aportación de las competencias niveladas por el grupo durante el proceso formativo; asignación de tareas de nivelación de una o dos competencias. Las propuestas individuales se transmitieron al conjunto por correo electrónico buscando eficiencia.

2ª y 3ª: Se valoraron los niveles de cada una de las 15 competencias, estableciendo por consenso la redacción definitiva.

RESULTADOS:

1.- Nivelación de 15 Competencias Directivas: nivel Básico al Excelente.

2.- Se expone de una competencia dos de los niveles: básico y excelente:

ORIENTACIÓN AL PACIENTE: Enfocar la actividad de la Organización a la prestación de una atención de calidad al paciente y/o allegados.

N1: Básico: Es consciente de que la atención al paciente, familiares y/o allegados es el fin último que da sentido al trabajo de todos los profesionales de la organización, y lo tiene en cuenta en el desempeño de su trabajo cotidiano. Muestra en todo momento una actitud de disponibilidad y atención al paciente, familiares y/o allegados que se manifiesta en amabilidad de trato, espíritu de servicio y disposición de ayuda por sí mismo o por canalización al área correspondiente.

N4.Excelente: Define objetivos en función de las necesidades de los pacientes y establece directrices generales de actuación. Analiza los cambios socio-sanitarios generales y del área y promueve las adaptaciones necesarias en la actividad. Considera la actividad asistencial y promueve innovaciones desde una perspectiva de procesos centrados en paciente. Es un referente en la orientación al paciente.

CONCLUSIONES: La aplicación de una metodología definida y contrastada en otras organizaciones por un grupo de mejora en la nivelación de las Competencias Directivas de su organización aumenta los conocimientos prácticos y las habilidades del propio grupo de mejora y lo posiciona óptimamente para su aplicación en la definición de los perfiles de puestos de trabajo y de profesionales, a la vez que dota de una herramienta estratégica a la propia organización para promover el desarrollo de su capital humano.

La nivelación de competencias describiendo comportamientos facilita su comprensión y utilización.

P211**OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE COMUNICACIÓN ENTRE CENTRO DE COORDINADOR Y RECURSOS ASISTENCIALES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS**

J. Martínez Gómez, M. J. Medrano Martínez, M. J. Fernández Campos, V. Sánchez-Brunete Ingelmo, P. Martínez Tenorio, N. Rodríguez Rodil.

SUMMA 112.

jmartinez.summa@salud.madrid.org

Objetivo: Estudiar la repercusión asistencial que ha experimentado la puesta en marcha del intercambio de información entre un Servicio Coordinador y las unidades asistenciales de emergencia.

Métodos: Se implementa un sistema de intercambio de estatus vía mensajería de datos por radio Trunking. De forma que desde aplicativo de gestión de recursos, se envía automáticamente una cadena de mensajes al recurso con la información propia del incidente. Una vez que el recurso asistencial ha recibido el aviso, envía un nuevo mensaje Trunking al Centro Coordinador informando que se han movilizado. Cuando el vehículo llega al lugar donde debe prestar asistencia, se envía un nuevo mensaje de información.

Se utiliza para el estudio el indicador de tiempo de respuesta medido durante abril de 2007, como referencia y abril de 2008 para evaluar la repercusión del sistema. (Tiempo de respuesta: tiempo desde que paciente se solicita asistencia hasta que comienza la asistencia).

Para evaluar el sistema se halla el porcentaje de uso de los estados de movilización y de llegada al lugar por parte de los recursos. Para finalizar se calcula el tiempo medio de respuesta en el caso en que tanto la movilización como la llegada hayan sido enviados por mensaje de datos, y el tiempo de respuesta de referencia.

Resultados: Los estatus enviados por mensajería son: un 87% para el estado de movilización y un 89% de los estados de llegada a lugar en el caso de UVI Móvil y 93% para el estado de movilización y un 94% de los estados de llegada a lugar en el caso de VIR.

El tiempo de respuesta en UVI en el periodo de estudio ha sido de 11m 13s y de 15m 3s en el periodo de referencia.

El tiempo de respuesta en VIR en el periodo de estudio ha sido de 15m 47s y de 17m 57s en el periodo de referencia.

Conclusiones: Podemos afirmar que la mensajería de datos por radio Trunking esta fuertemente instaurado en la asistencia emergente.

Se muestra que el intercambio de estados mediante mensajería de datos es más ágil que el intercambio por voz, disminuyendo el tiempo de respuesta.

Como ventaja de valor añadido se puede afirmar que existen menos errores de interpretación en la transmisión vía datos, factor que puede estar relacionado con dicha disminución.

P212**PLAN BÁSICO DE CALIDAD EN UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEFROLOGÍA**

V. Pérez-Bañasco, J. M. Jover Casas.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.

vicente.perez.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN: El Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA) promueve la creación de Unidades Gestión Clínicas (UGC) como herramientas para impulsar la mejora de la calidad en la atención sanitaria.

A.- OBJETIVO: Vigilar esta calidad exige mediciones que enlacen las herramientas existentes en el SSPA (planes, procesos, contrato programa, etc). Estas correlaciones deben engranarse partiendo de metas prefijadas, que deberán ser cuantificadas periódicamente y analizadas según resultados; ello puede disponerse en un Plan Básico que enlace todas las herramientas.

B.- MATERIAL Y MÉTODO: Los indicadores utilizados deben contener objetivos de calidad comunes o específicos del SSPA. La UGC de Nefrología diseña un Plan Básico de Calidad, eligiendo cinco grupos de indicadores y sus correspondientes objetivos (se exponen algunos de 50 que lo componen).

1.- Indicadores de rendimiento asistencial:

- Total pacientes vistos. Consultas producidas. Hospital de Día. Acceso vascular.

Pacientes en Diálisis Peritoneal, etc.

2.- Indicadores sobre eficiencia:

- Pacientes horario tarde. Tiempo cita. Estancia media. Informe alta.

etc.

3.- Indicadores clínicos y normas de calidad de los PAIs:

- Cumplimentar Registro. Consentimiento informado. Inclusión lista de Tx, etc.

4.- Seguridad del paciente:

- Existencia Protocolo Seguridad. Detección Enfermedades Viricas. Calidad hemodiálisis.

Tasa Peritonitis. Exitus, etc.

5.- Indicadores de satisfacción de los usuarios.

- Encuestas satisfacción. Consentimiento informado. Reclamaciones. Protocolos. Resolver complicaciones, etc.

C.-RESULTADOS:

c.1 Objetivos no alcanzados:

-Recetas de Omeprazol: Objetivo> 82%. Resultado:77.6%.

-Desviación Consumo Interno: < 5%. Resultados: 8.6%.

-Tiempo de AV para HD: < 8 semanas. Resultado: 9.7.

-Éxitus: < 4.3% Resultado: 6.6%.

c.2. Causas:

-Recetas: Uso libre MIR nefrología en urgencia.

-Consumo: Introducción calcimiméticos en Nefrología.

-Tiempo AV: Faltan quirófanos.

- Exitus: Edad media muy alta.

c.3. Actuaciones:

- Recetas: Información a MIR a Situación 1º trimestre 2008: 79%.

- Consumo: Nueva negociación a 34%.

- Tiempo AV: Reuniones Dirección-CV a: 7.8 sem.

- Exitus: Factor edad no modificable.

E.- CONCLUSIONES:

1.- Impulsar la mejora de la calidad exige conocer objetivos y resultados.

2.- Las UGC pueden contener los indicadores necesarios para ello.

3.- Disponer de un Plan de Seguimiento en la UGC permite medir y corregir.

4.- Las UGC pueden contribuir a mejorar la Calidad Asistencial.

P213

PLAN DE CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA Y DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN DIÁLISIS PERITONEAL

J. Arrieta * (0), A. Bajo (1), C. Remón (2), R. Selgas (1).

(0) Hospital de Basurto, Bilbao, (1) Hospital Universitario La Paz, Madrid, (2) Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real. javier.arrieta@osakidetza.net

Aunque la Diálisis Peritoneal (DP) y la Hemodiálisis se aplican como terapias sustitutivas para unos pacientes similares y con los mismos objetivos, apenas existen evidencias que validen los Indicadores de Calidad cuando se usan en DP. El Grupo de Trabajo de Calidad en DP de la Sociedad Española de Nefrología se propone seleccionar, utilizar y validar unos Indicadores de Calidad específicos para la DP. Seguimos inicialmente los modelos de CMS norteamericanos, que valoran la Calidad desde el punto de vista del "ente pagador", mediante parámetros "intermedios" ya que el Parámetro final que sería la "prolongación de la vida ajustada por calidad" es demasiado dependiente de comorbilidad y edad y no valora bien la calidad de la terapia dialítica en sí.

Por otra parte, y con una visión más europea del Tratamiento Renal Sustitutivo, incluimos parámetros que evalúan la atención a la Comorbilidad, ya que es el nefrólogo el que atiende la comorbilidad de los pacientes renales, y la prescripción farmacológica y dietética interdiálisis. Y es la comorbilidad el factor que más influye en la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes en DP.

Objetivos: Obtener las máximas expectativas de supervivencia y calidad de vida en los pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva mediante DP.

Estándares de Proceso: Sirven para reducir la variabilidad, evitar prácticas inútiles, prevención de errores, mejora continua y medir, analizar y determinar la interrelación entre los procesos que componen la práctica clínica de la DP. Se refieren a unas Guías de Práctica Clínica previamente publicadas.

Indicadores:

- Epidemiológicos generales.
- De proceso.
- De resultados intermedios.
- De resultados finales. (supervivencia y calidad de vida, en general poco útiles como herramienta de mejora continua).

- Indicadores Centinela (asociados a un sistema informático).

Los Indicadores se agrupan por motivos prácticos en grupos como "diálisis adecuada", "anemia", "infecciones", etc. que incluyen indicadores de proceso y de resultado.

Selección de Indicadores: es imprescindible una depuración para seleccionar unos pocos que cumplan las características siguientes:

- Facilidad de medición (por proceso informático sin implicar trabajo de recogida de datos).
- Correlación con la Supervivencia o Calidad de Vida.
- Reproducible en diferentes Unidades y por diferentes personas.
- Posibilidad de mejorarlo ajustando la práctica clínica.
- Evidencia científica que lo soporte.
- Inmediatez en el proceso de mejora (retroalimentación sin necesidad de análisis lentos).

P214

PLAN DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL, GESTIÓN MATRICIAL

J. Ribas Sabate, Y. García Caro, M. García Franco, J. Miguel Hernández, G. Escartin Martín, J. Ramos Montes.

Hospital Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.

jribas@sjd-ssm.com

INTRODUCCIÓN: El Plan de Calidad de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental, es una aproximación multidisciplinar basado en la continuidad para la provisión de atenciones de salud que, de forma pro activa identifica poblaciones de riesgo y da soporte a la relación profesional/paciente.

Para poder asumir los objetivos, el sistema incide en la prevención y la gestión de patologías agudas y condiciones crónicas, donde los protagonistas son los pacientes y la organización de su cuidado.

La educación para la salud, la autogestión de cuidados, los sistemas expertos para la detección de riesgos, interacciones o efectos secundarios, los sistemas de información integrales i integrados y la rehabilitación son los núcleos centrales del modelo.

MÉTODO: Con tal de impulsar el Plan de Calidad de la institución, en octubre de 2007 se crea la Unidad de Gestión de la Calidad (UGQ), constituida como órgano matricial que forma parte de la Dirección de Planificación y Coordinación Asistencial.

Los miembros de esta Unidad tienen perfil asistencial y de gestión en calidad al mismo tiempo. Los miembros de la UGQ (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, enfermero) forman parte del equipo de gestión de cada área como referente del Plan de Calidad, sus funciones son: comunicar a las diferentes áreas la descripción de procesos estratégicos, operativos y de soporte que ayuden a formular i consolidar los objetivos claves de la organización, implicarse en la identificación de los puntos fuertes y débiles, ejecutar y/o coordinar las líneas transversales, acciones del Plan de Calidad y, participar en la evaluación de los resultados de los planes y las propuestas de mejora realizadas.

RESULTADOS: De esta nueva organización aparece una estructura en la que los referentes de las diferentes áreas de servicio (hospitalización, comunitaria, discapacitados intelectuales, socio sanitaria, penitenciaria y área de Barcelona) intervienen de manera matricial y transversal en las diferentes líneas de calidad: procesos, planes funcionales, protocolos, procedimientos y guías de práctica clínica, satisfacción de usuarios, encuestas, incidencias y reclamaciones y, planes de mejora.

P215

APLICACIÓN DEL CICLO MEJORA CONTINUA O CICLO P.D.C.A. EN EL PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE

M.T. Pérez Medrano, M.C. Sánchez Valdepeñas, P. García Amo, C. Grande Baos, A. Robledo González.

Hospital Universitario santa Cristina: Madrid.

tperez.hscr@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: La Acogida al Paciente, se ha desarrollado como un proyecto de mejora tras la Autoevaluación EFQM 2007, en el Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid, ha permitido evaluar el cumplimiento del Plan de Acogida al Paciente, de la Comunidad de Madrid, desarrollando un protocolo de buenas prácticas en Hospitalización, diseñando una herramienta, para analizar la Voz del Paciente y la Voz del profesional (encuestas de percepción), a

implantar en Octubre del 2008, para detectar puntos débiles, proponer Acciones de Mejora, completando el Ciclo PDCA.
MATERIAL Y MÉTODOS: Aplicación del ciclo de mejora de la Calidad, Método formal de consenso entre profesionales, Evaluación de actividades esenciales y de soporte del Plan de Acogida de la Comunidad de Madrid. Periodo de evaluación e implantación: 2007-2008.

RESULTADOS:

*CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES ESENCIALES: conseguido al 88,89%.

Recibir al paciente punto encuentro.

Poner en marcha circuito paciente inmigrante resolver problema idioma.

Acompañar al paciente a sala espera y ayuda s/p.

Facilitar gestiones administrativas, TIS.

Comprobar habitación disponible dotada adecuadamente Acompañamiento a la habitación.

Proporcionar Guía Acogida.

Entrega Bolsa Acogida.

Facilitar tarjeta con: número cama, habitación y planta.

Presentación profesional hará cargo del paciente.

Información sobre servicio SAP y su acceso.

Disponibilidad ante cualquier duda.

*CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES SOPORTE conseguido al 84,62%.

Implantación personal. Acogida.

Señalización.

Sala de espera para ingreso.

Identificación de Profesionales.

Exigencia mínimo documentos identificativos: TIS.

Corrección desviaciones horarias paciente que ingresa.

Trato cordial, diligente y humanizado.

*Guía de Acogida al Paciente Actualizada: 100%.

*Mejora ubicación y señalización pacientes con discapacidad física: 100%.

*Nº Pacientes aplicado acogida. Diciembre 2007= 85%.

CONCLUSIONES: La evaluación del Plan de acogida del Paciente en el Hospital Universitario Santa Cristina, de Madrid, como Proyecto de Mejora tras la autoevaluación EFQM, ha permitido implementar con un enfoque del ciclo de Mejora continua de la Calidad, priorizar como acciones de mejora: la actualización de la Guía de Acogida para el paciente, diseño de encuestas para recoger la Voz del paciente (cliente externo) y la Voz del profesional (cliente interno), mejorar la señalización para el acceso a personas con discapacidad física, unificar en toda la hospitalización un protocolo de buenas prácticas en la acogida y favoreciendo la coordinación interprofesional, en el proceso de Acogida.

P216

VALORACIÓN DE LA EFICACIA DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

L. Martínez Muñoz*.

Infanta Leonor. Servicio Madrileño de Salud.

mlourdes.martinez@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: La aplicación de los postulados de la calidad total en el ámbito sanitario, ha introducido cambios en la forma de trabajar respecto a los recursos humanos, incorporando su punto de vista a través de encuestas de satisfacción, entre otras herramientas.

La Dirección de Enfermería del Hospital Infanta Leonor, de reciente creación, realiza un plan de acogida en las sucesivas incorporaciones de personal.

Hipótesis principal: "Los planes de acogida para los nuevos profesionales mejoran la integración de éstos en el nuevo destino y optimizan la comprensión del modelo organizativo que queremos implantar".

OBJETIVOS: Demostrar la eficacia de implantación de un plan de acogida para los nuevos profesionales.

Verificar que el plan de acogida para los nuevos profesionales se adecua a sus necesidades.

Verificar elementos relacionados con el grado de satisfacción de los nuevos profesionales.

METODOLOGÍA: En todos los procesos de incorporación de personal de Enfermería entre el día 8 de febrero y 4 de abril se recibe conforme a un Plan de Acogida programado, que incluye la entrega de un manual informativo en formato electrónico sobre la estructura y otros

aspectos del hospital.

Después de la acogida, se entrega Cuestionario de Satisfacción que se responde de manera anónima. Se informa a los profesionales de los objetivos de la misma y se solicita su participación.

Recogida de datos: entrega de encuestas durante dos semanas.

Análisis descriptivo: estadísticos de tendencia central y de dispersión.

Análisis bivariado: T de Student y Chi cuadrado.

El análisis se realizará mediante el programa informático SPSS.

RESULTADOS: Encuestas entregadas: 374. Encuestas respondidas: 179 (43,3%).

El personal entre 31 y 35 años/41 y 45 años es el que más responden.

La respuesta es mayoritariamente femenina (90% del total).

Auxiliares de Enfermería y Enfermeras son los colectivos que más responden (41% respectivamente del total de respuestas).

El 70% de los profesionales se sienten satisfechos con la acogida realizada.

CONCLUSIONES:

- Casi la mitad del personal responde a la encuesta.
- Los colectivos mayoritarios responden más, pero los minoritarios en mayor porcentaje con respecto a su número.
- En Quirófano y Hospitalización (unidades con actividad asistencial) la respuesta es menor.
- La entrega del manual supone una novedad para el 40% de los profesionales.
- Los profesionales creen que SÍ se debe entregar siempre el manual en la incorporación.
- Consideran adecuada la cantidad y calidad de la información recibida.

P217

¿QUÉ HACEMOS CON NUESTROS RESIDUOS?

M. R. Sánchez Navarro, S. Blanco Martín, A. Gómez Román, M. Cantal Sánchez, D. Guillot Giménez, D. Pascual Reguera.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

mr.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

Objetivo: Con el fin de dar cumplimiento al decreto, 27/1999 de 9 febrero, que regula el "control y gestión de los residuos" hemos elaborado un esquema, en formato póster bajo el título: ¿Qué hacer con nuestros residuos?, en el que se reflejan los distintos tipos de residuos que se generan en el laboratorio, los contenedores correspondientes para cada tipo de residuo y el circuito para su gestión.

Material y Métodos: Se realiza un póster informativo, con ilustraciones y el contenido siguiente.

Clasificación de los residuos sanitarios:

Grupo I. Residuos generales asimilables a urbanos: definición, representación gráfica de envases requeridos, etiquetado y contenedores.

Grupo II. Residuos sanitarios no específicos: definición, representación gráfica de envases requeridos, etiquetado y contenedores.

Grupo III. Residuos sanitarios específicos de riesgo: representación gráfica de envases requeridos, etiquetado y contenedores.

Grupo IV. Residuos químicos y citotóxicos: presentación gráfica de envases requeridos, etiquetado y contenedores.

El esquema, sencillo, práctico y ameno, se ha colocado en la pared, en la zona de los contenedores.

Resultado y conclusiones: Se ha dado a conocer la normativa medioambiental para la gestión de residuos biosanitarios.

Se ha facilitado, a todo el personal del laboratorio, el cumplimiento del procedimiento de eliminación de residuos, apreciándose, desde su exposición, una utilización más eficiente y correcta de los contenedores.

Hemos conseguido minimizar el riesgo de accidente, en los trabajadores sanitarios que manipulan estos residuos biológicos propios de la actividad profesional.

P218

¿QUÉ IMPLICA PARA LA ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS LA CERTIFICACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO 9001:2000?

R. Álvarez Oviedo, A. Pereda González, C. Blanco Suárez, R. Coto Moreno, M. Laviana Fernández*, C. Martínez Ortega.

Hospital Valle del Nalón.

ralvaovi@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Las Estrategias de Calidad contemplan utilizar la herramienta de certificación mediante las Normas ISO para la mejora de los procesos y procedimientos de trabajo.

En nuestro hospital, durante los años 2004-2007, se certificaron diferentes Servicios Centrales, siendo el Servicio de Hemodiálisis el primer Servicio Clínico certificado en el año 2008.

OBJETIVOS:

- Normalizar los procedimientos de trabajo.
- Establecer objetivos comunes en los cuidados de los pacientes.
- Conocer los resultados del proceso mediante indicadores.
- Mejorar la accesibilidad del personal a la información.
- Detectar oportunidades de mejora en los cuidados.
- Ofrecer el mejor servicio según las expectativas del cliente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño e Implantación del Sistema de Gestión.

Se elabora: Misión, visión, mapa de procesos, procedimientos, instrucciones técnicas. Se definen objetivos y cuadro de mando de indicadores asociados a metas anuales y estándares definidos.

Evaluación del Sistema de Gestión.

Estudio observacional retrospectivo.

Análisis de indicadores seleccionando 37 (responsabilidad de enfermería) de 76 monitorizados.

Se definieron indicadores clave (14), comparando la evolución de éstos durante 2003-2007.

Se elaboró una hoja de registro, recogiendo las variables: edad, sexo y resultado de indicadores.

RESULTADOS: Diseño e Implantación del Sistema. Elaboración de Instrucciones Técnicas e implicación de enfermería en el desarrollo y Gestión de los Procesos que establece los puntos críticos de la atención al paciente en Hemodiálisis pasando de 10 Indicadores (2003) a 76 que controlan el proceso (2008).

- En el año 2003 existían 10 indicadores, de éstos, solamente 2 podrían considerarse de enfermería: índice de ocupación y Trombosis de la FAV.

- En el año 2008, existen 37 indicadores responsabilidad de enfermería, de los 76 del Sistema.

Evaluación del Sistema: Durante Febrero-Marzo de 2008 se evalúan los 37 indicadores responsabilidad de enfermería, definiendo 14 clave para el proceso.

CONCLUSIONES: El análisis de los indicadores permite detectar los problemas para actuar sobre ellos y poder corregirlos, mejorando la calidad del servicio prestado y la transmisión de la información entre el personal.

La implantación del Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma ISO 9001:2000 permite a enfermería conocer mejor el proceso, controlarlo y orientar las actividades a la mejor atención del paciente; proporciona satisfacción a los profesionales constatando los resultados obtenidos, su mejora o los retos a conseguir.

P219

4 AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE UNA LÍNEA ESTRATÉGICA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UN GRUPO ASISTENCIAL

M. Bueno Domínguez*, E. Prats Alonso, L. Colomé Figuera, L. Nualart Berbel.

mjbueno@grupsagessa.com

OBJETIVOS: Implementar una mejora continua en el ámbito asistencial desarrollando la línea estratégica de Seguridad Clínica. (SC)

MATERIAL Y MÉTODOS: Constitución de una Comisión Asesora de SC de Grupo y de centro.

Definición de objetivos anuales (2005-2008) transversales y de centro. Auditoría anual de la consecución de objetivos ligado a incentivo económico.

Formación en metodología AMFE y RCA.

Creación de espacio Web de SC.

Publicación de alertas de SC.

Realización de una Jornada anual sobre SC.

Adherencia a "La Alianza para la Seguridad de los pacientes en Cataluña" y desarrollo de sus líneas: Lavado de manos y caídas.

RESULTADOS:

- Comisión Asesora de SC de Grupo: representantes de centros agudos y sociosanitario, uno de Atención Primaria (AP) y del ámbito

residencial, Gerente de Planificación Estratégica, dirección de Bioética y de Calidad.

- Comisión de SC de centro salvo en AP y residencias implementan estándares JCI.

- Objetivos anuales y monitorización de implementación:

- 2005: box de críticos /carro de paros, control /custodia de mórnicos, temperatura de neveras de fármacos/alimentos y 7 objetivos propios.
- 2006: prescripción/administración de fármacos, identificación de pacientes, medida del dolor, calibración aparatos y 5 objetivos propios.
- 2007: Esterilización, lavado de manos/uso de solución hidroalcohólica, política envases multidosis, analgesia posquirúrgica, prescripción/administración y 5 objetivos propios.
- 2008: Identificación de paciente correcto / prueba o técnica correcta, protocolo Universal para cirugía del paciente (procedimiento/ lugar adecuado), otro objetivo propio y evaluación de los objetivos anteriores.

- Formación y aplicación de metodología AMFE (prescripción / administración de fármacos) y RCA (riesgo de ahogo, caída, error de administración).

- Creación de espacio Web como soporte para difusión de SC y facilitar declaración voluntaria y anónima de incidentes. Notificaciones (2005 – mayo 2008): 131 de diferentes categorías y revisadas por cada comisión.

- Elaboración/ publicación de alertas en SC difundidas en espacio Web y por correo electrónico.(Administración de medicamentos/transfusión de hemoderivados).

- Realización de 3 Jornadas de SC de Grupo.

CONCLUSIONES: La implicación de profesionales y Dirección facilita la implementación de esta Línea.

El trabajo interdisciplinario disminuye la variabilidad asistencial y previene eventos adversos.

Se requiere reconocer la vulnerabilidad del paciente y nuestros límites profesionales.

Hemos de vencer resistencias de profesionales a comunicar. Nuestra visión debe ser sistémica y no culpabilizadora.

Hemos de desarrollar la comunicación de errores a pacientes, pero tanto profesionales como sociedad ha de concienciarse y hemos de mitigar las barreras.

P220

ANÁLISIS DAFO PARA UNA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA EN EL ÁREA DE INFORMÁTICA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

J. Martínez Gómez, N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, M. V. Hernández Jaras, A. Colomer Rosas, J. A. Pajuelo Ayuso.

SUMMA 112.

jmartinez.summa@salud.madrid.org

Objetivo: Establecer la estrategia del Sº de Informática a través de un proceso de reflexión utilizando metodología participativa para afrontar la planificación de los próximos cuatro años. Realizar una reflexión para analizar la situación actual y averiguar como debe ser la estrategia que se debe seguir: ofensiva, defensiva, de reorientación o de supervivencia.

Métodos:

1. Técnica Grupo Nominal: Los integrantes del servicio de informática aportan cualidades internas, puntos fuertes y puntos débiles; y situaciones externas, que se deben afrontar (amenazas), cinco que se puedan explotar para la mejora (oportunidades).
2. Se agrupan las propuestas similares y se priorizan utilizando la matriz de Hanlon.
3. Se construye una matriz de correlación donde se puntúa el grado de interrelación que pueda existir entre los factores internos y externos. De esta forma la puntuación dada será nula (0), baja (2), media(6) o alta (10), según dicha interrelación. Se evalúa en conjunto cada relación.
4. Se explicita una propuesta estratégica.

Resultados: Puntuaciones del matriz de correlación:

Oportunidades frente a fortalezas: 148.

Oportunidades frente a debilidades: 196.

Amenazas frente a fortalezas: 118.

Amenazas frente a debilidades: 188.

La relación más fuerte se aprecia entre oportunidades y debilidades, esto es indicativo de que debemos reorientar la estrategia.

Conclusiones:

- Después del análisis se aborda una estrategia de reorientación, para aprovechar las oportunidades y atenuar las debilidades.
- Por este motivo se adopta la reorientación tomando como base los criterios de madurez que aporta el marco COBIT (Objetivos de Control para la información y Tecnologías relacionadas) y los procesos de soporte de servicios de Tecnologías de la Información que ofrece el modelo estándar ITIL.
- El propio proceso de reflexión estratégica mejora la capacitación de los profesionales para afrontar nuevos retos al dotarles de una visión de conjunto y una metodología de análisis.

P221

ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS

M. Sánchez Fernández*, M. J. Esteban Zarraoa, E. Balzategi Garay, C. Muñoz Miguel, J. L. Angulo Orue, M. Usandizaga Uranga.

Hospital Alto Dea. Mondragon, Gipuzkoa.
miguel.sanchezfernandez@osakidetza.net

Objetivos: La implantación en nuestro Servicio de un sistema de gestión por procesos, mediante la aplicación de la Norma ISO 9001 del 2000, conlleva el registro y análisis de indicadores que permitan monitorizar la calidad de la atención recibida, siendo el tiempo de respuesta desde la llegada del paciente hasta su atención médica un indicador de calidad. Así, nos planteamos valorar los tiempos de respuesta para la atención médica, viendo si se cumplen los estándares establecidos previamente.

Material y Métodos: Análisis de los episodios de los pacientes >13 años atendidos entre el 1/1/2007 y el 31/12/2007, utilizándose un programa de gestión de pacientes en Urgencias (PCH), estableciéndose unos estándares de calidad de respuesta en relación con los niveles de gravedad asignados por el sistema de triaje, siendo para Nivel I: atención inmediata, Nivel II: atención en un máximo de 15 minutos, Nivel III: menos de 30 minutos, 45 minutos para el nivel IV y 60 minutos para el nivel V, realizándose un análisis mensual de estos tiempos.

Resultados: Se analizaron 24376 episodios. El tiempo medio de espera desde su llegada a Urgencias hasta ser atendido fue de 31 minutos, con una variabilidad mensual que va desde los 26 minutos en Septiembre a 40 minutos en Diciembre, correlacionándose estos datos con las cargas de trabajo de los meses correspondientes. Para los pacientes del Nivel I de gravedad la atención fue inmediata, para los del Nivel II 13 minutos (objetivo ≤ 15 minutos), oscilando entre los 9 minutos de Septiembre y los 15 minutos en Junio y Julio. Para el Nivel III fue de 21 minutos (objetivo ≤ 30 minutos), con una media en Agosto y Septiembre de 17 minutos y con un máximo de 40 en Diciembre (el de mayor carga de trabajo). Para el nivel IV la demora media fue de 36 minutos (objetivo ≤ 45 minutos), con un mínimo de 28 en Agosto y un máximo de 47 en Diciembre y para el Nivel V fue de 33 minutos, con un mínimo de 25 minutos en Septiembre y un máximo de 55 en Agosto.

Conclusiones:

1. Los tiempos de respuesta se ajustan a los indicadores de calidad establecidos.
2. Sería interesante realizar un control de estos tiempos en las diferentes franjas horarias para garantizar el cumplimiento de estos objetivos.
3. La optimización de los tiempos de respuesta es un indicador de calidad objetivo y fiable.

P222

BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROCESOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

M. C. Matthies Baraibar, E. Ibáñez Gorostiaga, A. Etxebarria Alfonso.

Hospital de Bermeo.

MARIACARMEN.MATTHIESBARAIBAR@osakidetza.net

Objetivos: La gestión de procesos, como herramienta, permite revisar y establecer las responsabilidades y los recursos necesarios para lograr los objetivos planificados en los procesos de una organización. En su aplicación a un Unidad asistencial permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de la Unidad, de acuerdo con los recursos disponibles, normalizando la actuación y la comunicación dentro del equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.) persiguiendo la mejora en la continuidad y calidad del servicio.

La consecución de estos beneficios se pueden evidenciar a través de diferentes herramientas; entre ellas resulta especialmente relevante, la que puede realizar el equipo que trabaja en la propia Unidad, a través de un examen global y sistemático de sus formas de hacer y resultados, comparados con el modelo de excelencia EFQM.

Metodología: En este trabajo se presentarán en formato póster la experiencia de evaluación realizada por el personal que trabaja en una unidad de hospitalización del Hospital Psiquiátrico de Bermeo, tras su reconversión desde Unidad de Larga Estancia a Unidad de Rehabilitación. Esta reconversión supuso su incorporación al sistema de gestión por procesos, ya implantado en las otras dos Unidades de Rehabilitación de este Hospital desde el año 2004.

La autoevaluación que se presenta se realizó a través de dos grupos, integrados por jefe de sección, psiquiatra, supervisora, personal de enfermería, trabajador social y personal de terapia en los años 2005 y 2007; como elementos que aportan mayor validez interna a esta experiencia, cabe destacar que en la formación de ambos grupos actuaron como facilitadores el gerente del Hospital y la técnico de calidad, que dieron una formación común a los grupos de cuatro horas de duración y se mantuvo también en ambos casos un mismo instrumento para la autoevaluación "Guía de autoevaluación EFQM para unidades de gestión" Osakidetza (2004)-, adaptada al Hospital de Bermeo (2005). La duración total del trabajo del grupo fue de 14 horas (formación, revisión individual, consenso).

Resultados: Las autoevaluaciones se realizaron en los años 2005 y 2007 y muestran resultados positivos en cuanto a la evolución en los diferentes criterios del modelo EFQM, en particular en aquellos en los que tiene más impacto la gestión por procesos, liderazgo, política y estrategia y procesos.

P223

BIOSEGURIDAD Y ESTERILIDAD AMBIENTALES EN EL ÁREA DE PREPARACIONES ESTÉRILES DEL SERVICIO DE FARMACIA

F. Valiente Borrego (0), I. Sánchez Martínez (0), M. Albarracín Marín-Blázquez (0), J. Campayo Rojas (1).

(0) Fundación Hospital, Cieza, (1) Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

francisco.valiente@carm.es

OBJETIVOS:

- Comprobar la adaptación a las recomendaciones del R.D. 175/2001 para los locales y/o zonas destinados a la elaboración de preparados estériles.
- Evaluar el nivel de Bioseguridad Ambiental del Área de elaboración de Preparaciones Estériles del Servicio de Farmacia de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODO: La zona destinada a preparaciones estériles del Servicio de Farmacia cuenta con dos campanas de seguridad biológica situadas en dos cabinas que las aíslan del resto del área: Campana de Seguridad Biológica tipo IIB (preparación de citostáticos) y campana de Seguridad Biológica tipo A-100 (elaboración de colirios y otros estériles). Tras la adecuación de la zona al R.D. 175/2001 (nivel 4) se implantaron protocolos específicos de trabajo en el área y se diseñó un programa de evaluación para verificar:

- los requisitos específicos de locales y zonas de preparación de fórmulas magistrales y preparados oficinales para un nivel 4 (preparados estériles),
- la esterilidad Ambiental de las campanas y Bioseguridad Ambiental de las cabinas, para lo cual se realizó:

Muestreo Ambiental de tipo estático y volumétrico por impacto en medio semi-sólido, empleando para la identificación posterior placas de Agar-sangre y de Sabouraud-destrosa-cloranfenicol para la identificación de bacterias y hongos respectivamente.

Muestreo de temperatura y humedad relativa del aire de las

campanas y correspondientes cabinas. Para evaluar todos estos aspectos se contó con la colaboración de la empresa externa BIOSAFE, S. L. Higiene & Prevención.

RESULTADOS: Se verificó el nivel de cumplimiento de las condiciones y requisitos establecidos según R.D. 175/2001, detectándose como deficiencias la ausencia de:

- Filtros de aire adecuados con sistema de extracción antirretorno en la zona de preparación.
- Pintura plástica en juntas del alicatado de superficies y paredes.
- Material inerte a colorantes y sustancias agresivas en las superficies de trabajo.

El nivel de bioseguridad para hongos filamentosos (tipo I en todas las salas) y la Bioseguridad Ambiental determinada en las cabinas (nº 2 EXCELENTE, nº 1 BUENA) se encontraron dentro de los límites recomendados para salas limpias.

La temperatura obtenida en campanas y cabinas fue superior al límite máximo recomendado para salas limpias (24º C), mientras que la humedad relativa del aire es inferior a los límites recomendados.

CONCLUSIONES:

- Mejorar temperatura, humedad relativa y deficiencias encontradas.
- Gracias a la evaluación realizada se han identificado áreas de mejora.
- Se necesita establecer programa de control continuo para garantizar óptimas condiciones de trabajo.

P224

CICLO DE MEJORA APLICADO A LA ORGANIZACIÓN INTERNA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

I. Cornejo García, R. Herranz García, M. San Antonio Marinas, C. Miguel Aguilar, M. V. Meléndez Muñoz, M. Á. Martínez Suárez.

Gerencia Área 8 Atención Primaria.

icornejo.gapm08@salud.madrid.org

Objetivos:

1. Evaluar la situación actual de la organización interna del Departamento de Recursos Humanos del Área 8 de Atención Primaria.
2. Definir los procesos del Departamento de Recursos Humanos que requieran la intervención de la Dirección Asistencial.
3. Mejorar la organización interna y los procesos con implicación del nivel asistencial.
4. Establecer el plan de mejora con acciones concretas y consensuadas.

Material y métodos: Se constituyó un grupo de trabajo, que quedó formado por la Dirección de Gestión, las Jefaturas de Servicio, Sección y Grupo de Recursos Humanos y la Dirección Asistencial (Medicina y Enfermería) y Subdirecciones Asistenciales (Medicina y Enfermería) del Área.

En la primera reunión quedó establecida la dinámica de trabajo, facilitando previamente la documentación para cada sesión.

Se procedió a la revisión y/o adaptación de procesos ya existentes relativos a la gestión de personal eventual y se elaboró un listado de problemas.

Mediante técnica de lluvia de ideas se identificaron las causas que contribuían a cada problema definido, utilizando como herramienta para su clasificación un diagrama de causa-efecto.

Resultados: Se celebraron un total de 4 reuniones.

Quedó revisado y establecido el proceso "Gestión de ausencias / suplencias". La entrada del proceso es la solicitud del permiso por parte del profesional. Las salidas son: la no autorización de la ausencia, la suplencia, la ausencia sin suplente con repercusión asistencial y la ausencia sin suplente con repercusión asistencial.

Se identificaron un total de 21 causas agrupadas en dependientes de la organización externa, dependientes de la organización interna, dependientes de los recursos disponibles, dependientes de las personas y dependientes de los clientes (profesionales del Área).

Elaboración de propuestas de mejora: Utilizando la técnica del grupo nominal y partiendo de las causas identificadas, se proponen soluciones por parte de los integrantes del grupo. Se proponen acciones concretas que, una vez consensuadas, se priorizan usando una priorización individual por criterios (efectividad, la eficiencia y la factibilidad de la intervención).

Se establecieron 13 soluciones que se concretaron en acciones de mejora.

Conclusiones: El desarrollo del trabajo en el grupo ha permitido el análisis conjunto de los problemas y el establecimiento por consenso de acciones de mejora.

La dinámica seguida ha permitido en pocas reuniones obtener resultados, optimizando el esfuerzo al partir de procesos ya trabajados.

La participación en ciclos de mejora permite familiarizarse con dinámicas de trabajo aplicables a todos los ámbitos de la actividad.

P225

CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA VÍA CLÍNICA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

M. Velasco Carrasco*, JM. Jardí Manuz, N. Hachem, F. Guspi Saiz, J. Moreno Matías, M. Estevez Fernández.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tarragona.

mcvelasco.htvc.ics@gencat.net

INTRODUCCIÓN: La vía clínica es un instrumento de estandarización en la asistencia prestada en determinados procesos. Su finalidad es establecer uniformidad de criterios, facilitar las decisiones a los profesionales y informar al paciente de su proceso asistencial. A este respecto se implantó en nuestro Hospital la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica.

OBJETIVOS: Evaluar el cumplimiento de la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica en función de indicadores de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y descriptivo, utilizando metodología de calidad (Check List). Sujetos: pacientes operados de colecistectomía laparoscópica electiva que cumplen los criterios de inclusión establecidos en la vía clínica. Periodo: 1 año (febrero 2007- febrero 2008). Variables analizadas: cobertura de la vía clínica, estancia hospitalaria, variaciones, efectos adversos, cumplimentación de la documentación y satisfacción global del paciente.

Todas las variables fueron convertidas a dicotómicas y los datos obtenidos han sido analizados en el paquete estadístico SPSS 14.0. Se realizó la distribución de frecuencias de cada variable y el análisis estadístico bivalente.

RESULTADOS: Se han revisado 66 historias clínicas con el término "colecistectomía laparoscópica programada", de las cuales 2 no cumplían los criterios de inclusión de la vía clínica. Así la muestra es de 64, el 63,6% son mujeres, edad media de 58,4 años. La cobertura de la vía clínica es del 100%. 5 pacientes (7-5%) salieron de la vía clínica. El resto de variables se analizaron en los 59 casos restantes. Estancia hospitalaria media: 4,02 días. Hubieron 13 variaciones de la vía clínica en 11 pacientes (19-6%), 4 de ellas al añadir un segundo procedimiento quirúrgico. Se han registrado 26 defectos de cumplimentación de la documentación en 22 pacientes (39-4%).

CONCLUSIONES: Después de un año de funcionamiento de la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica observamos un alto grado de cumplimiento de los indicadores de calidad, poniendo no obstante de manifiesto un elevado porcentaje de defectos en la cumplimentación de la documentación, lo que nos obliga a realizar un plan de mejora y monitorización continua de la vía clínica.

P226

DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL: LA INICIATIVA DE CASTILLA-LA MANCHA

M. Nieto Moreno (0), C. De La Rosa Aguilar (1), D. Navarro Bayón (0), V. M. Devolx Neyra (1), M. F. Morillo Garay (2), F. Alcázar Casanova (1).

(0) Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM), (1) Dirección General de Atención Sanitaria. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), (2) Consejería de Sanidad. Castilla-La Mancha. mnieto@fislem.com

OBJETIVOS: Rediseñar los principales procesos de salud mental en Castilla-La Mancha con el fin de: 1) Garantizar la continuidad asistencial; 2) Mejorar la efectividad con la introducción de las mejores evidencias científicas; 3) Disminuir la variabilidad asistencial; 4) Centrar las actuaciones en las expectativas y necesidades del ciudadano; 5) Implicar a todos los profesionales y niveles de la organización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Bases teóricas: Modelo Europeo de

Gestión de la Calidad Total (EFQM) y Metodología IDEF.

Elaboración:

Fase 0: Movilización de la organización;

Fase 1: Definir, documentar, entender y mejorar los procesos a través de las acciones: Definición global del proceso; Destinatarios del proceso; Componentes del proceso; Representación gráfica del proceso; Establecer indicadores, criterios y estándares.

Fase 2: Puesta en marcha del proceso. Pilotaje en el área.

Fase 3: Adaptar el proceso en las demás áreas. Publicación.

Participantes: Grupos de expertos representativos de diferentes dispositivos asistenciales y áreas de salud de Castilla-La Mancha, asesores de Servicios Centrales de SESCO y de las Fundaciones FISLEM y FISCAM, Consejería de Sanidad y metodólogos.

RESULTADOS:

- Se ha completado la Fase 0, sensibilizando y formando a los líderes y profesionales clave en salud mental. Se ha dado a conocer al resto de la organización, siendo avalado el proyecto por los responsables de la institución e incluido en los contratos de gestión anual de las gerencias implicadas.

- Se ha completado la Fase 1, con la elaboración por parte del grupo de profesionales de cada área de salud del documento que recoge el rediseño del proceso que ha sido asignado a cada una de las áreas, incluyendo la mejora, indicadores y estándares. Los 7 procesos rediseñados son: Alcoholismo; Intervención en Primeros Episodios Psicóticos; Patología conductual y violenta en el adolescente; Trastorno Bipolar; Trastorno Mental Grave; Trastornos Afectivos y Conducta Suicida en la edad avanzada; Trastornos de la Conducta Alimentaria.

- Se han realizado estudios de necesidades y expectativas de los clientes de cada proceso.

- Tras revisión externa, se prevé la inminente puesta en marcha de los mismos en cada una de las áreas (Fase 2).

CONCLUSIONES: Conforme a los planes estratégicos que guían la actuación socio-sanitaria en Castilla-La Mancha, la gestión por procesos se configura como herramienta fundamental para la mejora continua, centrando la organización en el paciente, revisando los procedimientos e incluyendo mejoras. Realizar el rediseño de procesos por parte de los profesionales que los aplican y gestionan, esperamos facilite su implantación.

P227

DISEÑO DEL PROCESO DE ASISTENCIA EN CONSULTAS. EXPERIENCIA PILOTO CON LAS CONSULTAS EXTERNAS DE DERMATOLOGÍA Y UROLOGÍA

M. M. Ortiz Otero*, J. Borbujo, A. Páez, FJ. Rivas Flores, P. Serrano.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

mortiz.hftr@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: El Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), como resultado de los planes de mejora desarrollados a partir de las Autoevaluaciones EFQM, se plantea el despliegue de la metodología de Gestión por Procesos (GxP). Diseñar algunos los procesos asistenciales con el objeto de mejorar la resolutiveidad y continuidad asistencial, explotando las oportunidades que ofrecen las metodologías de GxP.

OBJETIVOS: Atención integral del paciente por un problema de salud, derivado desde la AP con el fin de:

- Diagnosticar realizando las pruebas diagnósticas necesarias.
- Planificar y realizar las actuaciones terapéuticas que aporten valor a la restauración o alivio del problema de salud.
- Realizar el seguimiento exclusivamente a las enfermedades que exijan un especial conocimiento o técnicas especiales.

METODOLOGÍA: Se iniciaron las actividades que a continuación se detallan:

- Formación básica en GxP al grupo de trabajo.
- Exposición del mapa de procesos y el proceso de consultas del Hospital de Fuenlabrada.
- Misión e Identificación de problemas.
- Adaptar el proceso de consultas a los requerimientos y problemas de Dermatología (DER) y Urología (URO).
- Desarrollar un Plan de Implantación.
- Identificar problemas operativos en la implantación del proceso.

RESULTADOS: En las siete reuniones del grupo de trabajo, se fueron

alcanzando cada una de las tareas propuestas en el diseño de la GxP de las consultas piloto.

- Quedó definida la misión del proceso.
- Se determinaron las fortalezas y debilidades mediante un análisis DAFO.
- Se definieron las entradas y salidas del proceso y los contenidos del mismo, para los pilotos de consultas de DER y URO.
- Se identificaron las directrices del proceso, se analizaron las expectativas de profesionales y pacientes.
- Se determinaron los indicadores del proceso, y se elaboró el mapa proceso de las consultas piloto.
- Se elaboró un plan de mejora para ambas consultas.
- Implantación del proceso en ambos servicios médicos.

CONCLUSIONES: Este proyecto ha sido muy útil para conocer nuestras fortalezas y debilidades en el proceso de Consultas de Dermatología y Urología, servicios piloto en la implantación de gestión por procesos. 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 AP como del propio centro).

P228

DISEÑO DEL SUBPROCESO MANTENER LA BASE DE DATOS DE PROVEEDORES EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2 DE MADRID: UN MODELO DE MEJORA EN LA GESTIÓN ESTRUCTURANDO ACTIVIDADES

F. Escudero Batalla*, C. Montero Villaseca, A. Encinas Monge, M. Rico Villalba, E. Bartolomé Benito, M. Molina Olivas.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 2 COMUNIDAD DE MADRID.

fescudero.gapm02@salud.madrid.org

Objetivo: Establecer la sistemática a emprender para mantener actualizada la base de datos de proveedores de bienes suministrados y servicios prestados en Atención Primaria del Área 2, dentro de la cadena de aprovisionamientos del Área.

Material y método: Se crea un grupo de trabajo integrado por la Dirección de Gestión, el Departamento de Calidad y los miembros del Departamento de Suministros de la Gerencia del Área.

Se utiliza el lenguaje IDEF0 y se expresa mediante la elaboración de diagramas gráficos.

Partiendo del mapa 0 de Área, se diseña el diagrama A0 del proceso de gestión del suministro de material.

Dentro de este último, el subproceso A1 es el de mantener la base de datos de proveedores. Se define su ficha incluyendo la misión, el alcance, recursos, comienzo, fin e indicadores del proceso.

Se documenta con un diagrama de flujo que recoge los documentos relacionados y los registros generados.

Resultados: Misión del proceso: disponer de una base de datos (BD) actualizada de proveedores cuyo alcance se determina en todos aquellos que suministren o presten bienes y servicios a los Equipos, Unidades de Apoyo y Departamentos de Gerencia de Atención Primaria.

Documentos asociados: normativas legales aplicables, informes de control financiero o de la Junta Consultiva de Contratación, actas de comisión de adquisiciones y norma UNE-EN-ISO 9001:2000.

Registros: base de datos de proveedores, los expedientes de proveedores y las escrituras de cambio de nombre o CIF de los mismos.

El diagrama de flujo y la descripción de etapas comprenden: dar de alta al proveedor, actualizar la BD, evaluar a los proveedores, pasar a pasivo/histórico en casos necesarios, mantener la BD con el programa informático de gestión de suministros M3 y consultar la BD. Se identifican los responsables de cada actividad.

Para el seguimiento se definen los siguientes indicadores:

-% proveedores de material con CIF en la BD. Su estándar >99%.

-% proveedores de material en BD activo sin anotación en últimos 5 años. estándar <5%.

Conclusiones: El Subproceso diseñado permite estructurar las actividades para hacerlas más eficaces, define relaciones de la cadena de aprovisionamientos, y facilita el proceso de gestión de recursos físicos y materiales del Área.

P229

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA PARA LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN LOS CARROS DE PARADA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

M. Hernández Jaras, A. Colomer Rosas, J. C. Cerdeira Varela, T. Guerra Pérez, A. Aguilar Prados, N. Rodríguez Rodil.

SUMMA 112.

vhernandez.summa@salud.madrid.org

OBJETIVO: Elaborar una guía para gestionar caducidades, revisar y reponer medicamentos y productos sanitarios (M-PS) del carro de parada de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (SU) del SUMMA-112.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- 1.-Formar equipo multidisciplinar (médico, enfermero, farmacéutico).
- 2.-Determinar actividades: control caducidades y cantidades de M-PS, revisión, reposición, notificación incidencias, registro actividades.
- 3.-Desarrollar instrucciones específicas y hojas de registro de actividades.
- 4.-Unificar instrucciones en una guía, incluyendo mapa del carro (qué M-PS tiene y dónde colocarlos).
- 5.-Presentar guía al personal sanitario.

RESULTADOS: Se han unificado, definido, descrito y plasmado en una guía las actividades para que los carros estén en perfecto estado de uso. La guía se ha presentado al personal sanitario.

REGISTRO DE ACTIVIDADES: en 3 hojas. Hoja-1 de revisión diaria, recoge información de 1mes, incluye: fecha-nombre del profesional-turno-nº precinto intacto-firma-observaciones. Hoja-2 de control de caducidades, para un año, recoge M-PS con caducidad entre año corriente-3 primeros meses del siguiente, incluye: principio activo/PS-nombre comercial-mes-año-nombre del profesional. Estas dos hojas estarán siempre junto al carro. Hoja-3 de comunicación de incidentes, explica qué, para qué y a quién comunicar, recoge descripción incidente y recomendaciones sugeridas para evitarlo.

REVISIÓN: diaria, por personal de enfermería al entrar de guardia. Comprobar precinto de cierre, si intacto controlar caducidades, si roto revisar estado, reponer si precisa, controlar caducidades y comunicar incidencia. Comprobar aparatos electromédicos y oxígeno (no cubiertos por precinto). Cumplimentar Hoja-1.

CONTROL DE CADUCIDADES: revisión anual por Farmacia, que entrega la Hoja-2 del año corriente. Todo M-PS introducido tras esta revisión, con caducidad susceptible de registro, se anotará en Hoja-2. Al revisar el carro comprobar si el mes siguiente al actual caduca algo, si caduca ver si sigue dentro, si precisa retirarlo y reponer. Cumplimentar línea correspondiente de Hoja-2, quedando registrado que ese M-PS no está en el carro.

REPOSICIÓN: si caduca o se utiliza algún M-PS. Tras reponer precintar y cumplimentar Hoja-1.

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES: si el carro al inicio de guardia está desprecintado o precintado pero: no repuesto, o con M-PS no incluidos, deteriorados o caducados. Si ocurre incidente cumplimentar Hoja-3 y enviar a Unidad Funcional de Gestión de Riesgos.

CONCLUSIONES: Los medicamentos son la principal causa de efectos adversos por asistencia sanitaria, más en situaciones de emergencia. La protocolización de actuaciones orientadas al uso correcto de medicamentos, como es la elaboración, difusión e implantación de esta guía constituye una estrategia preventiva de gestión de riesgos que aumenta la seguridad del paciente.

P230

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN CONTINUADA Y GESTIÓN DE PROCESOS HEMATOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DÍA

P. Giraldo (0), V. Recasens (0), C. López-Puente (0), T. Galego (0), L. Quilez (0), Z. Soriano (1).

(0) Hospital Universitario Miguel Servet, (1) Novotec.

pgiraldo@salud.aragon.es

Introducción: La actividad asistencial del Hospital de Día (HD) de Hematología supone continuidad de atención prestada en régimen ambulatorio a pacientes con hemopatías que precisan administración programada de protocolos terapéuticos IV/SC. Se requiere coordinación desde puntos de derivación (consultas, hospitalización) y proceso asistencial que precisa participación y colaboración del personal para funcionamiento de circuitos: sanitario administrativo,

auxiliar. En 2007 el HD de Hematología del HUMS consideró como objetivo de mejora avanzar por la vía de sensibilización hacia las necesidades del paciente y comenzó un programa para diseño e implantación del sistema de calidad que permita iniciar un proceso de mejora continua en la atención sanitaria que presta.

Material y Métodos: Para conseguir cumplir con los objetivos del Proyecto de Mejora, se establecieron las siguientes etapas: 1.- Conocimiento de organización/diagnóstico de situación. 2.- Sesión de Formación dirigida al personal de HD, para abordar: conceptos fundamentales sobre calidad, sistemas, documentación, certificación. Requisitos introducidos por la norma UNE-EN ISO 9001:2000. Enfoque a procesos y mejora continua. Mejoras que introducen los Sistemas de Calidad. 3.-Elaboración de documentación del Sistema de Gestión de Calidad con Procedimientos Normalizados de Trabajo(PNT) para: reducir variabilidad, satisfacer necesidades de usuarios, establecer plan de mejora permanente y modificar la cultura de toda la organización consiguiendo niveles más elevados de calidad con los recursos disponibles. 4.-Elaboración del software para este proyecto que recoge toda la documentación y sirve de apoyo a la implantación del plan piloto.

Como indicadores de monitorización del proceso: grado de cumplimiento de estándares del servicio establecido cuantificados con: consentimiento informado del tratamiento, informe clínico del proceso y tratamiento, documentación de administración, información al paciente sobre efectos adversos y cuidados especiales. Encuesta de satisfacción al paciente y usuarios para detectar oportunidades de incrementar progresivamente los niveles de calidad.

Resultados y Conclusiones: Se ha realizado la primera etapa de implantación de PNT e información a los participantes, coincidiendo con la política general del HUMS de que los trabajadores hagan de la calidad una manera natural de pensar y actuar, implicándose activamente en la mejora. Así, cuando un paciente es atendido en HD, el circuito: acogida, valoración clínico-analítica, establecimiento del esquema de tratamiento, solicitud y administración de fármacos, cuidados de enfermería y siguiente citación, se realiza de manera sistemática para eliminar errores y satisfacer expectativas, garantizando calidad, seguridad asistencial y trazabilidad. Los datos de implantación del proceso y resultados de la encuesta de satisfacción se proporcionaran en la presentación.

P231

ELABORANDO INFORMACIÓN CLÍNICAMENTE RELEVANTE

M. J. Revillo Pinilla, P. Palacián Ruiz, M. L. Monforte Cirac, P. Egido Lizán*.

Equipo Mejora Información Clínica Relevante. Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

mjrevillo@salud.aragon.es

El Servicio de Microbiología tiene como misión proporcionar resultados de utilidad clínica sobre las pruebas que realiza, con el fin de dar apoyo a los médicos en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades infecciosas. El conocimiento y evaluación de las fases del proceso microbiológico es fundamental para cumplir con la misión del Servicio.

Objetivos:

1. Obtener información de parámetros de interés clínico y microbiológico de alguna de las tres fases del proceso microbiológico, en cada una de las áreas funcionales.
2. Mejorar la eficiencia en los procedimientos microbiológicos.
3. Establecer medidas de actuación tras el análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Material y métodos:

1. El Servicio de Microbiología define la mejora del proceso microbiológico mediante el conocimiento de algunos componentes pre-analíticos, analíticos y post-analíticos.
2. El Área de Calidad y la Jefatura de Servicio convocaron a cada facultativo responsable de unidad funcional, pidiéndole fijar unos objetivos sencillos y mensurables de la práctica diaria, que permitieran mejorar la eficiencia en su área.
3. Las conclusiones de estos estudios condicionaran posteriormente el enfoque del proceso.

Resultados:

1. Elección de objetivos e indicadores en cada área funcional que permiten:
- a) Conocer el rendimiento de los instrumentos que se utilizan en el

diagnóstico microbiológico: 1 indicador en Hemocultivos y 1 en Biología Molecular.

b) Evaluar la efectividad de técnicas de cribado frente a técnicas tradicionales de visión directa o cultivo: 2 indicadores en el área de orinas.

c) Conocer la eficiencia de procedimientos que se realizan en el laboratorio a través de 15 indicadores: Coprocultivos (3), Respiratorio (2), Orinas (1), Hemocultivo (1), Exudados (2), Epidemiología (3), Micobacterias (2), Inmunodiagnóstico (1).

2) Diseño de formularios específicos para cada objetivo e indicador, y recogida de datos.

Conclusiones:

1. La filosofía de la Mejora Continua y la reflexión sobre nuestro trabajo diario ha permitido detectar áreas de posible mejora.

2. El análisis e interpretación de los datos obtenidos permitirá tomar medidas de actuación si fuese necesario.

P232

ENFERMERÍA EN AL ELABORACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA PARA HEMODIÁLISIS

J. M. Manzano Anguas, F. Cirera Segura, J. Quintas Rodríguez, E. Domínguez Sayago, F. J. Lopez Vega, A. Botello Manso, C. Nieto Romero.

HOSPITAL GENERAL VIRGEN DEL ROCIO.

jmangua@gmail.com

OBJETIVOS: Las Vías clínicas son una herramienta para disminuir la variabilidad en el manejo de los procesos asistenciales por parte de los profesionales y mejorar la calidad percibida por los pacientes y sus familiares. El objetivo es la elaboración e implantación de la vía clínica de hemodiálisis en la Unidad de Gestión Clínica Uro-nefrológica.

MÉTODOS: La puesta en marcha en 2007 de la Unidad de Gestión Clínica creó las condiciones para abordar la elaboración de la vía clínica a partir del proceso asistencial integrado "Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal" donde se establecen las características e indicadores de calidad del proceso. La complejidad y la frecuente comorbilidad dificultan el establecimiento de la vía clínica. La búsqueda en PubMed ofreció una sola vía clínica y referida al acceso vascular. Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar con nefrólogos y personal de enfermería que durante varios meses analiza el proceso y define la vía clínica basada en las evidencias disponibles y en el consenso.

RESULTADOS: La población objetivo son los pacientes afectados por Enfermedad Renal Crónica en Estadio V que inician Hemodiálisis de forma programada. Se estima que el volumen de pacientes incluidos en un año oscilará entre 50 y 60, aproximadamente la mitad de los pacientes que inicien hemodiálisis. Se distinguen tres fases. Fase de Acogida durante la primera semana, Fase de Estabilización que incluye la segunda y tercera semana y Fase de Alta en la cuarta semana de diálisis en la que el paciente se dirigirá a un Centro de Diálisis periférico. Se definen las Acciones y los Responsables en cada una de las fases. Se diseña la Historia de Acogida de Enfermería. Se elabora una Hoja de Verificación de Enfermería para comprobar la ejecución de las tareas previstas así como una Hoja de registro de Variaciones para identificar las causas que impidan la consecución de los objetivos. Se ha elaborado la Hoja Informativa para el paciente y se han definido los indicadores para la evaluación de resultados.

CONCLUSIONES: A pesar de las dificultades inherentes al proceso de hemodiálisis se ha conseguido elaborar la vía clínica con el esfuerzo de todos los profesionales implicados en el grupo de trabajo multidisciplinar que ha generado una alta motivación y ha sido una experiencia muy positiva. La vía clínica está en proceso de implantación y su impacto será evaluado en 2009.

P233

ESTADO DE SALUD DE UNA VÍA CLÍNICA EN SU SÉPTIMO ANIVERSARIO

V. Brugos Llamazares, C. Fariñas Álvarez*, M. Otero Santiago, G. Freire Ruiz, J. M. Monge Mirallas, A. Asensio Lahoz.

Hospital Sierrallana.

brullaver@hotmail.com

Objetivos: Analizar la evolución de los indicadores de calidad de la

Vía Clínica de R.T.U vesical y evaluar la calidad del circuito de información de la vía desde la planta de hospitalización al Servicio de Medicina Preventiva.

Material y métodos: La vía clínica de RTU vesical se implanta en enero de 2001 realizándose evaluaciones anuales de la misma. Se realiza un análisis comparativo de la evolución anual de los indicadores de cobertura (número de pacientes incluidos en vía), efectividad (grado de cumplimiento de la duración de la estancia), seguridad (aparición de los efectos adversos) y satisfacción (recomendación del hospital a un familiar) durante el periodo 2001-2007. Se realiza una auditoría de las historias clínicas de RTU vesical de los pacientes intervenidos durante 2007 que sólo aparecen registrados o bien en la base de datos del sistema de información del hospital (contiene el registro de intervenciones de RTU realizadas durante el año) o bien en la base de datos de la vía clínica (elaborada a partir de las hojas de seguimiento de la vía que son enviadas desde las plantas de hospitalización al alta).

Resultados: evolución anual de indicadores: la cobertura fue aumentando hasta el 85,4% en 2005, para disminuir consecutivamente en los dos últimos años, siendo del 64,3% en 2007. La efectividad, es alta, entorno al 70-80 %. En cuanto a la seguridad, han aumentado el número de incidencias en los últimos años, siendo del 64,9% en 2007. La satisfacción, es alta, no bajando del 90% en ninguno de los años. Se analizaron las causas del descenso de la cobertura mediante la auditoría: se revisaron 40 historias clínicas de pacientes no incluidos en las dos bases de datos analizadas encontrándose lo siguiente: 33 pacientes (90%) intervenidos de RTU vesical, incluidos en vía de los que no llegó información la Unidad de Calidad (cobertura real 93%); 5 pacientes (6,7%) no intervenidos de RTU vesical, a los que se ha incluido en vía clínica; 2 (1,7%) pacientes mal codificados en la base de datos del hospital. Se codificaron como intervenidos de RTU vesical cuando en realidad se les realizó otra intervención.

Conclusiones: Los indicadores de la vía clínica han ido mejorando durante los 5 primeros años. Sin embargo la cobertura y la efectividad descendieron en 2006 y 2007. La auditoría realizada ha detectado fallos en el proceso de la vía clínica permitiendo priorizar áreas de mejora sobre las que actuar.

P234

ESTÁNDARES DE CALIDAD EN RELACIÓN A LA GESTIÓN DEL ENTORNO Y LA SEGURIDAD EN UN PROCESO DE ACREDITACIÓN EXTERNA

L. Palacios Llamazares, M. Gens Barberà, E. Vidal Esteve, N. Hernández Vidal, T. Anglés Segura, J. M. Solanas Murillo.

Salou.

mgens@camfic.org

Objetivo: Describir los planes de mejora en relación a la gestión del entorno y la seguridad en un proceso de acreditación externa de calidad asistencial según la Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JACHO) para garantizar una asistencia de calidad.

Descripción estándares de la gestión del entorno en la asistencia.

En el modelo JACHO los estándares de la función del entorno, están relacionados con la seguridad de edificios, equipo y sistemas, vigilancia de la salud, materiales peligrosos; emergencias externas e internas; seguridad contra incendios; equipamiento médico e instalaciones. Para conseguir el cumplimiento de los estándares se elaboraron planes de acción formados por un equipo multidisciplinar. **Estándares:** 1- Directrices para la Construcción y Equipamientos de Centros: cumplimiento de la normativa de seguridad y diseño de edificios del Servei Català de la Salut. 2-Plan de gestión para la seguridad: plan de gestión del entorno físico preventivo del edificio, accesos, instalaciones, mobiliario, equipos y sistemas. 3- Plan sobre la protección: Valoración del riesgo de cada puesto de trabajo, procedimientos de prevención de riesgos. 4- Plan de control de materiales peligrosos y residuos: plan formado por la selección, etiquetado, manipulación, uso y eliminación de dichos materiales. 5- Plan de gestión en casos de emergencia: plan de actuación de emergencias internas(simulacros) y externas.; 6- Plan de seguridad contra incendios: Seguridad y protección contra incendios, simulacros y formación; 7- Plan del equipo médico: plan del equipamiento médico (identificación, inventario y registro de todo el instrumental médico que nos garantiza correctas condiciones de funcionamiento). Elaboración de una ficha de registro de cada aparato; 9- Plan de suministros

generales y logística: protocolo de actuación en caso de problemas de suministro, electricidad, telefonía o informática. 10- Política que prohíbe fumar: "Centro sin Humo", Todos los planes de mejora, una vez elaborados son implantados previa difusión y formación de todos los profesionales del centro. Indicadores: nº averías no urgentes reparadas > 7 días/ nº de averías totales 92-6%; nº de anomalías en revisión preventiva que se reparan en tiempo previsto / nº total de anomalías detectadas 100%, Comprobación del cumplimiento del mantenimiento preventivo 96%.

Conclusiones: La seguridad que los profesionales sentimos al saber que existen unos controles y un mantenimiento preventivo tanto del edificio como del equipamiento, hace que el día a día asistencial sea más confortable, ya que nos evita molestias innecesarias por mal funcionamiento de los servicios y nos aporta seguridad al tomar decisiones.

P235

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA 2 DE MADRID

E. Bartolomé Benito, S. Ruiz Alonso, Á. Quijada Monzó, G. Gómez Montero, M. Molina Olivas, M. Á. Rodríguez Martínez.

Gerencia Atención Primaria Área2 Madrid.

ebartolome.gapm02@salud.madrid.org

Objetivo: Conseguir una correcta implantación de la Nueva Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria del SERMAS en el Área 2 de Madrid.

Material y método: Se realiza un diagrama de árbol, identificando objetivos, las actividades primarias y secundarias a realizar. Se crea el grupo de trabajo y determinan los responsables de cada una. Se diseñan indicadores de seguimiento. Se establece el cronograma del proceso.

Resultados: Las actividades primarias identificadas son: Diseño, Diagnóstico de situación, sensibilización, formación, implantación y evaluación. El grupo de trabajo lo integran Subdirectores asistenciales, técnicos de OMI-AP y Técnico de Salud-Responsable de Cartera.

Diagnóstico de Situación: incluye diseño y realización de una encuesta a los profesionales en formato electrónico que se realiza los días 29 y 30 de enero de 2008. Responde el 57% de la plantilla del Área. El 72% de los encuestados consideran que la Cartera de Servicios tiene bastante- mucha importancia en su práctica habitual. El 69% de ellos ha trabajado por protocolos, 24% por planes personales, 35,7% por registro en cartera y 7,5% sin sistemática. El 52,3% tiene escaso conocimiento de la nueva cartera.

Sensibilización: se organizan reuniones con Responsables de Cartera OMI y Calidad de los EEAP presentando en un Consejo de Gestión las líneas generales de la Cartera estandarizada. Se transmite posteriormente a los profesionales.

Formación: se realizan dos jornadas de formación de formadores, siendo estos los Responsables de Cartera-OMI. Se transmite a los profesionales en cada EAP en sesiones semanales.

Implantación: se instalan los protocolos asistenciales diseñados por la Subdirección General de Atención Primaria del SERMAS, se depuran los protocolos existentes en los EEAP, se diseñan cuatro protocolos de complemento y se diseñan e instalan Planes Personales. Enfermería completa la implantación con la aplicación de metodología enfermera y realizar un seguimiento de la implantación con reuniones periódicas.

Evaluación: El Área firma el Contrato de Gestión con el SERMAS que traslada a los EEAP. Además se establecen unos criterios con estándares e indicadores para cada subproceso. Está previsto volver a encuestar a los profesionales.

Conclusiones: El diseño del Proceso para la correcta implantación de la Nueva Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria en el Área 2 de Madrid permite estructurar las actividades y coordinarlas para hacerlas más eficaces y alcanzar el objetivo.

P236

ESTRATEGIA DE IMPLICACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UN AREA DE SALUD

P. Coca Domínguez *, F. Santolaya, C. Mendez, E. Gómez, G. M. Carrasco, C. Alonso.

Area 1 AP. SERMAS.

ggarzon.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: En el Área 1 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud existe un proyecto de gestión por procesos desde hace 4 años. El desarrollo en los 3 primeros años ha supuesto la realización del mapa y el árbol del Área, la constitución de un equipo guía, un equipo de apoyo y formación, la figura de los coordinadores transversales y la gestión de 49 procesos. Con este punto de partida, la meta definida para 2008 es generalizar la gestión del proceso "prestar asistencia" y del proceso "gestionar cita" en cada uno de los 33 EAPs del Área. En el marco de este proyecto se ha desarrollado una estrategia de implicación de los responsables de calidad de cada EAP en la gestión por procesos en su Equipo. El objetivo del presente trabajo es describir esta estrategia así como las dificultades encontradas y los logros conseguidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: La estrategia de implicación de los responsables de calidad en la gestión por procesos tiene 4 fases.

Comunicación. En dos reuniones se expuso el proyecto de gestión por procesos del Área, se solicitó la implicación en él y se pidió la opinión al respecto.

Formación. Se realizó un taller de 15 horas de formación en gestión por procesos con una estructura de formación de formadores.

Apoyo en los EAPs. El objetivo inicial es que cada responsable de calidad en su EAP realice formación básica en gestión por procesos a los propietarios de procesos en gestión y que además sea apoyo metodológico para ellos.

Evaluación. Están previstas reuniones para evaluar la formación a los propietarios (realización, dificultades e impacto), el apoyo a los propietarios (realización, dificultades e impacto), la utilidad y suficiencia de la formación recibida y la factibilidad del papel de apoyo metodológico

RESULTADOS PRELIMINARES: Actualmente se está desarrollando la fase de apoyo en los EAPs. Han tenido lugar sesiones de formación en varios EAPs pero sin evaluar aún. Así mismo, en varios EAPs el responsable de calidad está implicado con los propietarios en la gestión del proceso pero tampoco está evaluado aún. Se están detectando dificultades de falta de tiempo, de escepticismo con el método, de formación insuficiente pero tampoco evaluadas sistemáticamente.

CONCLUSIONES: Pendiente de resultados definitivos.

P237

EVALUACIÓN DE LA VÍA DE DERIVACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

C. A. Montilla Morales (0), P. Miramontes (1), N. Cubino (1), R. Borrás (1), C. Ceballos (1), J. Del Pino Montes (1).

(0) Hospital Clínico Universitario Salamanca.RETICEF, (1) Hospital Clínico Universitario Salamanca.

montillamoraless.carlos@gmail.com

Objetivo: Evaluar la vía de derivación de pacientes del Servicio de Urgencias al de Reumatología tras la implantación de un grupo de acciones de mejora.

Pacientes y Métodos: En 2006 se consensuaron entre los Servicios de Urgencias y el de Reumatología una vía de derivación clínica. En ella además del tipo de pacientes que debían derivarse se estableció la premura en la derivación. Al año evaluamos los resultados, realizando una encuesta entre los miembros del Servicio de Urgencias planteando acciones de mejora. Al siguiente año volvimos a reevaluar los resultados obtenidos.

Resultados: Durante el primer año el 78% de los pacientes se ajustaron a la vía de derivación. Sin embargo, más del 50% de los pacientes se derivaron de forma preferente no ajustándose al criterio previamente consensuado. En las encuestas realizadas al Servicio de Urgencias se observó que el 90% de los médicos de Urgencias conocían la vía de derivación, planteando como acciones de mejora las reuniones cuatrimestrales y la posibilidad de la utilización de vía telefónica para la mejora de comunicación entre profesionales de ambos Servicios. Al año siguiente, el 62,5% de los pacientes se amoldaban a las indicaciones de la vía. Solamente, el 22% de los pacientes estaba mal derivado en relación a la urgencia de derivación. Conclusiones: Las vías de derivación deben ser regularmente evaluadas. La evaluación debe seguirse de la instauración de planes

de mejora. A pesar que la derivación, después de los planes de mejora, resultó ajustarse de manera levemente peor en cuanto a la patología reumática, el aumento de los canales de comunicación entre los profesionales (Médicos de Urgencias y Reumatólogos) produjo una reducción en el tiempo de derivación de los pacientes graves a la consulta de Reumatología.

P238

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE INGRESO POR SERVICIO DESDE URGENCIAS

I. Navarro Aguilera, M. C. Barba Miñano, M. T. Izquierdo Ros, J. C. García Caravaca, O. Ortiz González, J. Alcaraz Martínez.

Hospital Morales Meseguer.

julian.alcaraz2@carm.es

Objetivo: El objetivo de este estudio es mejorar la adecuación del ingreso desde el Servicio de Urgencias en Neurología y Cardiología. **Metodología:** Con el fin de mejorar la distribución de las patologías en los diferentes servicios del Hospital se estableció un grupo de trabajo en el año 2005 y 2006, en el cual se establecía según la causa de ingreso y las características del paciente (edad, comorbilidad, situación basal) cuál debía ser el destino inicial al ingreso. Una vez llegado a un acuerdo entre todos los participantes de la atención del paciente con patología neurológica y cardiovascular se procedió a evaluar la situación inicial revisando las historias de todos los pacientes ingresados en Neurología y Cardiología durante Enero de 2007, recogiendo datos de su diagnóstico, evaluando si el ingreso en este Servicio era adecuado y, en su caso, las causas de la inadecuación. Posteriormente se difundieron los resultados, recordando los criterios de ingreso y disponiendo de hojas informativas en Urgencias. Posteriormente se han revisado de nuevo los pacientes ingresados en septiembre con la misma metodología. Se han contrastado las diferencias con el test de la Chi cuadrado. **Resultados:** Se han evaluado 157 casos, correspondiendo 45 a Neurología y 112 a Cardiología en Enero y 142 casos en septiembre (43 de neurología y 99 de cardiología).

En el primer estudio, neurología contaba con un 80% de casos ($\pm 11\%$) de ingresos considerados correctos, siendo en septiembre de 27,9% ($\pm 13,4\%$). Respecto al servicio de Cardiología, en el primer estudio la adecuación a protocolo de ingreso era del 81,3% ($\pm 7,2\%$) y en septiembre del 96% ($\pm 3,8\%$).

En el caso de cardiología la diferencia observada es estadísticamente significativa ($p < 0,01$), no así en neurología ($p = 0,38$).

Respecto a las causas de inadecuación, la más frecuente en ambos servicios fue que el ingreso debería haberse realizado en Medicina Interna, según lo acordado en el grupo de trabajo.

Conclusiones: -Se ha mejorado la adecuación de los ingresos en Cardiología, no así en neurología.

P239

EVOLUCIÓN DE LOS CONTROLES REALIZADOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA PARA EL DESARROLLO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS

S. Bernabe* (0), A. Idoipe (1), M. J. Agustín (1), C. Vicente (1), P. Palomo (1), R. Abad (1).

(0) *Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, (1) Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

sbernabe.iacs@aragon.es

OBJETIVOS: Analizar la evolución de las actividades de control llevadas a cabo por el servicio de farmacia sobre los ensayos clínicos realizados en un hospital de referencia durante los últimos cuatro años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de los controles efectuados con los monitores sobre la gestión de muestras para investigación (recepción de muestras, conservación, dispensación, devolución de pacientes y al promotor) y con los investigadores sobre el tratamiento de los pacientes incluidos en los ensayos durante los años 2004 a 2007. Variables analizadas anualmente: a) ensayos clínicos activos, b) controles con monitores que incluyen visitas de monitorización (pre-inicio, inicio, de desarrollo y fin del ensayo) y controles vía teléfono, fax, correspondencia, c) controles con investigadores mediante reuniones periódicas, puntuales y por teléfono. La información se procesó en una base de datos Excel. Se aplicó el test de Chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

RESULTADOS: El promedio anual de ensayos clínicos durante el periodo estudiado fue de 82, con un incremento del 26%, pasando de 77 en 2004 a 97 en 2007.

El número total de controles con el equipo investigador, que están sistematizados con sesiones bianuales para los ensayos de oncohematología, osciló de 112 en 2004 a 220 en 2007, suponiendo un aumento del 96%.

Se alcanzó un máximo de 304 en el año 2006 correspondiente a un ensayo en el que nuestro centro reclutó el mayor número de pacientes (86).

El número de controles con el monitor se incrementó en un 75%, oscilando de 807 en 2004 a 1409 en 2007.

Se aprecia distinta evolución para los diferentes sistemas de control. Los controles realizados por correo han disminuido un 6% debido a la utilización de nuevas tecnologías en el desarrollo de los ensayos clínicos. Las visitas de monitorización han aumentado un 17% y los controles telefónicos un 21%. Se ha observado un incremento considerable de la vía fax, que se ha triplicado durante el periodo del estudio, pasando de 168 en 2004 a 659 en 2007, con un aumento del 292%, atribuido en su mayor parte a los procedimientos establecidos para recepcionar los medicamentos objeto de investigación.

CONCLUSIÓN: La actividad generada por los ensayos clínicos en el servicio se ha incrementado a lo largo del periodo estudiado, aumentando en un porcentaje todavía mayor los controles efectuados para esta actividad. Esta diferencia fue significativa lo que evidencia una mejora en la calidad del desarrollo de los ensayos.

P240

FLUJOGRAMA: PAUTAS DE UN PLEGADO DE CALIDAD MANUAL EN LA BATA VERDE DE QUIRÓFANO. SUBPROCESO: PLEGADO DE ROPA LIMPIA HOSPITALARIA

M. J. Galiana Rodríguez* (0), L. Peralta Viguera (1), M. D. C. Benito Aragón (1), S. Izquierdo Álvarez (1).

(0) null, (1) Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

sizquierdo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: El enfoque basado en procesos enfatiza cómo los resultados que se desean obtener se pueden alcanzar de manera más eficiente si se consideran las actividades agrupadas entre sí, considerando, a su vez, que dichas actividades deben permitir una transformación de unas entradas en salidas y que en dicha transformación se debe aportar valor, al tiempo que se ejerce un control sobre el conjunto de actividades. El proceso de lavado de la ropa hospitalaria, proceso de soporte o apoyo está sometido a mejora continua y optimización del mismo. Cuando en un proceso se aplica el ciclo de mejora continua (PDCA), se adoptan una serie de acciones que permiten ejecutar el proceso de forma que la capacidad del mismo (y por tanto su eficacia) aumente.

OBJETIVO: Desarrollar un flujoograma en el que se detallen todas las etapas a seguir para el correcto plegado de calidad de la bata de quirófano (subproceso), con el fin de facilitar una adecuada manipulación posterior de la misma (mantener condiciones higiénicas y estériles en el desplegado) por el personal de quirófano.

METODOLOGÍA: Se desarrolló el flujoograma mediante el empleo de los símbolos adecuados para la descripción de cada una de las etapas que componen el subproceso: "Plegado manual de calidad de la bata de quirófano", siguiendo las pautas de calidad del personal de lavandería que llevaba realizando dicho subproceso durante años y complementándolo con fotos e imágenes en detalle de cada uno de los pasos.

RESULTADOS: Se obtuvo un flujoograma que describía con detalle cada una de las etapas del subproceso (dentro del proceso soporte) "plegado de calidad de la bata del quirófano". Dicho flujoograma se implementó dentro del Servicio de Lavandería del H.U.M.S., como medida preventiva para evitar errores en el plegado.

CONCLUSIÓN: La implementación del flujoograma descrito además de permitir tener documentado adecuadamente este subproceso de plegado manual de la bata de quirófano garantiza el adecuado desplegado de la bata en quirófano, evitando posibles contaminaciones.

P241

GESTIÓN DE LA CIRUGÍA MENOR DERMATOLÓGICA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

S. E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, E. Alarcón Aramburo, J. L. Gascón Brumos, F. Aganzo López, J. M. Grima Barbero.
HOSPITAL ERNEST LLUCH.
semarron@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1) Garantizar una asistencia de calidad; 2) Promover una mejora de los procesos asistenciales; 3) Mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes; 4) Optimización y racionalización de recursos mediante una asistencia más eficaz y eficiente; 5) Mejorar la continuidad de la asistencia de nuestros pacientes. 6) Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados; 7) Mejorar la satisfacción de los pacientes. 8) Mejorar la satisfacción de los profesionales. 9) Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Análisis de los antecedentes. 2) Constitución de un equipo de mejora; 3) Evaluación de las necesidades; 4) Análisis del proceso; 5) Elaboración de un Protocolo. 6) Reevaluación anual del proceso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO: 1) Inicio de la actividad en 1997. 2) Constitución del Equipo de Mejora en el año 2004; 2) Edición del Protocolo en el año 2007; 3) Puesta en funcionamiento del Protocolo en el año 2004; 4) Identificación de citas específicas en la agenda de Dermatología para la actividad (CAR) en el año 2005; 6) Las patologías más prevalentes en el protocolo son queratosis seborreicas y Nevus sin signos de alarma, siendo la proporción de mujeres a hombres de 2/1. 7) La técnica quirúrgica más utilizada es la BR+EDS. 8) Incluido en la Cartera de Servicios año 2008.

CONCLUSIONES: 1) Es una iniciativa pionera en Aragón; 2) Mejora la calidad de la asistencia; 3) Mejora la percepción de calidad de la asistencia por parte del paciente; 4) Favorece la dinámica de los procesos asistenciales.

P242

GESTIÓN DE STOCKS EN EL LABORATORIO: INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL LABORATORIO

L. Rello Varas, Y. González Irazábal, S. García Castañón, E. García González, B. García Rodríguez, A. B. Lasiera Monclús.
H.U. MIGUEL SERVET.
lrello@salud.aragon.es

OBJETIVOS: El proceso de acreditación de un laboratorio exige disponer de una herramienta eficaz de gestión del Stock de reactivos y fungibles. En muchos laboratorios hospitalarios esta tarea se realiza casi de manera ajena al Servicio de Laboratorio con programas de almacén que son controlados por la persona encargada de hacer los pedidos, pero sin acceso efectivo para el resto del personal del laboratorio. Así, en nuestro caso, el papel de las distintas secciones se limitaba a hacer recuento de cajas de reactivos y anotar en papel el pedido correspondiente que era tramitado por la supervisora. No se tenía ningún control informático sobre existencias, caducidades, consumos, etc. Para solventar este problema, hemos empezado a utilizar un módulo de gestión de Stocks, que se ha incorporado en las últimas versiones del programa de gestión del laboratorio Modulab Gold.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen las principales características del módulo de gestión de stocks, así como las funcionalidades ya operativas.

RESULTADOS: La configuración de almacenes, proveedores y productos es muy sencilla. Diferentes responsables se encargan del mantenimiento informático de los productos de sus secciones.

Se pueden generar estadísticas de consumo y coste por producto. La entrada de productos es rápida para aquellos reactivos con códigos de barras. El único dato que se debe introducir manualmente es la caducidad.

El etiquetado de los productos a la entrada, si bien algo laboriosa y el que más reticencias causa entre el personal encargado de hacerlo, facilita dos tareas, señala la ubicación física donde debe guardarse ese producto, y además facilita enormemente la salida de productos con una lectura de su código de barras.

La definición en el sistema de existencias mínimas, máximas y punto

de relleno para cada producto permite al sistema generar automáticamente los pedidos de cada almacén.

Se tiene un control gráfico de existencias muy intuitivo, pudiendo filtrar para detectar aquellos productos que han caducado o lo harán en un periodo determinado.

CONCLUSIONES: El módulo de gestión de Stocks de Modulab Gold proporciona las herramientas necesarias para realizar de forma automatizada la gestión de stocks y de costes asociado. Si bien todavía se echa en falta alguna herramienta, su sencillez, facilidad de uso y acceso a la información desde el mismo SIL del laboratorio, están causando una impresión muy favorable, tanto dentro del Laboratorio como en una reciente auditoría de calidad.

P243

GESTIÓN DEL PROCESO TUBERCULOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Torres Clemente, E. Puyol Rami, C. Lueza Lampurlanes, S. Garcés Bielsa, M. Allué Ciudad.
Hospital de Barbastro, Barbastro.
etorres@salud.aragon.es

Introducción: La Tuberculosis (TB) es una enfermedad en expansión en el mundo en los últimos años. La coincidencia de factores como la inmigración, pobreza, ocio, VIH, movilidad de la población, cambios del germen... han hecho aumentar la incidencia en zonas donde estaba casi erradicada.

En nuestra zona de salud la incidencia de la enfermedad es de las más altas de Aragón.

En nuestro Centro llevamos más de dos años trabajando en la mejora de estudio de contactos de TB.

Objetivos: Elaborar junto con Salud Pública, la gestión del proceso de confeccionar, identificar y localizar a las personas expuestas, valorar el estado de infección, del cual se derivarán las acciones posteriores. Mejorar la elaboración del censo de contactos, acortar los tiempos en la captación, estudio y tratamiento o derivación.

Elaboración con especialización, neumólogo y radiólogo de referencia, protocolo de actuación cuando las pruebas sean positivas.

Control y seguimiento de indicación y administración de quimioprofilaxis y tratamiento de TB.

Metodología: Elaborar el proceso-recorrido del contacto, establecer profesional responsable de las actuaciones y los tiempos para realizarlos.

Resultados: Acortar el tiempo de diagnóstico, y facilitar el recorrido del paciente.

Conclusiones: Para controlar la expansión de la TB es necesario establecer protocolos de actuación, con los diferentes niveles asistenciales y dentro del Centro de Salud, flujos rápidos para pruebas diagnósticas. De la buena coordinación depende la celeridad en la instauración del tratamiento, lo que llevaría a un mejor control de la TB en nuestra Zona.

P244

GESTIÓN POR PROCESOS EN EL PROGRAMA ESPECÍFICO DE ABORDAJE TERAPÉUTICO INTERMEDIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA

L. Lekuona Sanz* (0), M. J. Sagastiberri Arruabarrena (0), L. León Olano (0), I. Marañón Guillán (0), M. D. Aparicio Tellería (0), E. Izarzugaza Iturrizar (1).

(0) SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA / OSAKIDETZA, (1) SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA / OSAKIDETZA.

LIERNI.LEKUONASANZ@OSAKIDETZA.NET

OBJETIVOS: Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa es una organización de Servicios de OSAKIDETZA que tiene la misión de prestar asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio. Ya desde su primer Plan Estratégico se planteaba la gestión por procesos como forma de gestionar toda la organización. Por ello, en 2004, y tras un proyecto lanzado por la Organización Central de Osakidetza, se comenzó con el diseño del Proceso de Abordaje Terapéutico Intermedio de TCA. Este proceso tiene la misión de prestar asistencia supra-especializada en régimen ambulatorio a personas diagnosticadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Tiene un enfoque terapéutico y de reducción de los riesgos asociados,

bajo los principios de accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad basada en procedimientos de eficacia probada.

Los objetivos planteados con este proceso son los siguientes:

-Sistematizar las actividades del proceso, detectando ineficiencias y disminuyendo variabilidad.

-Potenciar el contacto con el servicio de endocrinología del H. Donostia.

-Establecer indicadores para medir periódicamente y evaluar la calidad del trabajo realizado.

MÉTODO: Reuniones periódicas para el diseño del proceso, y una vez finalizado este, reuniones mensuales de seguimiento. Se presentarán la siguiente información y datos:

-Diagrama de flujo del proceso.

-Indicadores de proceso.

RESULTADOS / CONCLUSIONES:

1. Incorporación de un Contrato Terapéutico para impulsar la participación del paciente como agente activo en la promoción y cuidado de su salud.

2. Incorporación de una encuesta de satisfacción para la medición de la percepción de los familiares sobre talleres específicos del proceso.

3.Resultados objetivos del programa a través de:

- 3.1. Introducción de instrumentos de evaluación (test eat40) para la medición del estado de salud de los pacientes al inicio y final del proceso.
- 3.2. Los indicadores del proceso.

P245

GESTIÓN POR PROCESOS EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA

E. Izarzugaza Iturrizar, M. A. Larrinaga Velez.

SALUD MENTAL E. BIZKAIA.

ESTIBALIZ.IZARZUGAZAITURRIZAR@OSAKIDETZA.NET

PRESENTACIÓN: Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB), organización de servicios de Osakidetza en el ámbito de la asistencia psiquiátrica ambulatoria, declara como misión ofrecer servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica extrahospitalaria a la población, actuando sobre una zona geográfica determinada y compartiendo asistencia con otros dispositivos de atención primaria, de otros centros psiquiátricos, y del resto de especialidades médicas incluidos en la misma zona.

Los Centros de Salud Mental de Bizkaia prestan este tratamiento psiquiátrico ambulatorio y atención a la salud mental, mediante diferentes programas para la detección, valoración, orientación del tratamiento específico y rehabilitación, a las personas que lo precisen y a sus familiares. Colaboran también en la promoción de la salud mental en la población general del Territorio de Bizkaia.

Para conseguirlo asume la orientación al paciente, centro de la actividad asistencial, la continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos de la red, la equidad del acceso a la misma y la eficiencia de las prestaciones asistenciales ofertadas a la población.

A través de la intervención social se busca la valoración de los factores asociados al contexto que inciden en la salud mental. De este modo se planifica y gestiona una red de apoyos que conjuga tanto los recursos propios del paciente y su familia, como el resto de recursos de la comunidad, entendidos estos en sentido amplio: educativos, laborales y ocupacionales, judiciales, de ocio y tiempo libre, etc.

OBJETIVOS

1. Disminuir la variabilidad existente en los diferentes centros de salud mental de la red de SMEB, en cuanto a la Intervención Social se refiere.
2. Sistematizar las actividades a realizar aportando más estabilidad al proceso.
3. Establecer indicadores para medir periódicamente la calidad del trabajo y detectar ineficiencias.

MÉTODO:

1. Gestión por procesos.

RESULTADOS:

- Ficha de proceso definida.
- Definición y consenso de la documentación asociada.
- Implantación del proceso.

CONCLUSIONES:

- Espacio de encuentro entre los diferentes profesionales (Diplomados en Trabajo Social) geográficamente dispersos.
- Información objetiva a través de indicadores de seguimiento.

- Condiciones mejoradas para trabajar con otros niveles asistenciales (intervención social intra y extrahospitalaria).

P246

GESTIÓN POR PROCESOS EN LAS ESTRUCTURAS INTERMEDIAS DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA

E. Izarzugaza Iturrizar, L. Lekuona Sanz.

SALUD MENTAL E. BIZKAIA.

ESTIBALIZ.IZARZUGAZAITURRIZAR@OSAKIDETZA.NET

PRESENTACIÓN: Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB), organización de servicios de Osakidetza en el ámbito de la asistencia psiquiátrica ambulatoria, declara como misión ofrecer servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica extrahospitalaria a la población, actuando sobre una zona geográfica determinada y compartiendo asistencia con otros dispositivos de atención primaria, de otros centros psiquiátricos, y del resto de especialidades médicas incluidos en la misma zona.

Los Centros de Salud Mental de Bizkaia prestan este tratamiento psiquiátrico ambulatorio y atención a la salud mental, mediante diferentes programas para la detección, valoración, orientación del tratamiento específico y rehabilitación, a las personas que lo precisen y a sus familiares. Colaboran también en la promoción de la salud mental en la población general del Territorio de Bizkaia.

Para conseguirlo asume la orientación al paciente, centro de la actividad asistencial, la continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos de la red, la equidad del acceso a la misma y la eficiencia de las prestaciones asistenciales ofertadas a la población.

OBJETIVOS:

1. Disminuir la variabilidad existente entre las 7 Estructuras Intermedias existentes en la red de SMEB y en su relación con los Centros de Salud Mental de referencia.
2. Sistematizar las actividades a realizar aportando más estabilidad al proceso.
3. Establecer indicadores para medir periódicamente la calidad del trabajo y detectar ineficiencias.

MÉTODO: Gestión por procesos de las Estructuras Intermedias de SMEB: Hospitales de día, taller ocupacional y centro educativo-terapéutico.

Estructura Intermedia: Centros de tratamiento intensivo. "Dispositivos que normalmente están disponibles para atender a pacientes durante al menos el equivalente a 4 medios días por semana", según The European Service Mappings Schedule (ESMS-GEMPII).

RESULTADOS:

- Ficha de proceso definida.
- Definición y consenso de la documentación asociada.
- Implantación del proceso.

CONCLUSIONES:

- Espacio de encuentro entre las diferentes Estructuras Intermedias geográficamente dispersas.
- Puesta en común de problemas y dificultades compartidas.
- Información objetiva a través de indicadores de seguimiento.

P247

GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ARAGÓN

M. C. Celaya Lecea*, M. Aza Pascual-Salcedo, M. A. García Colinas, A. Clemente Arenere, C. Labarta Mancho, M. A. Roca Vela, y grupo.

Centro: Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II. Servicio Aragónés de Salud.

mccelaya@salud.aragon.es

Objetivo: Conocer y desarrollar la gestión por procesos como herramienta para evaluar y mejorar la calidad en los Servicios de Farmacia de Atención Primaria.

Elaborar el Mapa de Procesos de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria.

Material y método:

1. Se crea un grupo de trabajo constituido por los once farmacéuticos de atención primaria (FAP), un técnico de salud y un auxiliar administrativo.

2. Se imparte formación en dos sesiones al grupo sobre metodología de gestión por procesos y diseño de procesos por parte de una FAP y la técnico de salud.

En estas sesiones se explicó la metodología con casos prácticos para poder aplicar la gestión por procesos:

- Identificar todas las partes interesadas y sus necesidades.
- Identificar y definir los servicios.
- Desarrollar el Mapa de procesos.
- Describir los procesos (fichas, indicadores).
- Analizar los datos y mejora del proceso (ciclo PDCA).

También se explican y definen la Misión, Visión y Valores.

3. Se elabora un plan de calidad que contemple todas las fases del proyecto, responsable, plazo, documentación requerida, documentación afectada del sistema de calidad y cumplimiento.

Resultados: Dentro del plan de calidad diseñado, hasta el momento se han completado las siguientes fases:

Fase I. Documentación y Formación.

Fase II. Elaboración del Mapa de Procesos de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria de Aragón.

1. Procesos Estratégicos:

- Relaciones Externas.
- Desarrollo Estratégico.
- Sistema de Gestión de la Calidad.

2. Procesos Operativos (a, b y c son claves):

- Información y Formación sobre Medicamentos.
- Evaluación y Utilización de Medicamentos.
- Seguridad del medicamento.
- Gestión de los Medicamentos de los Botiquines.
- Investigación.
- Asesoría técnica a las estructuras de gestión.

3. Procesos de Apoyo o Soporte:

- Gestión del Conocimiento.
- Gestión de las personas.

Fase III. Descripción y desarrollo de los Procesos.

Se ha empezado por los procesos clave.

1. Información y Formación sobre Medicamentos:

- Subproceso de "Consultas Farmacoterapéuticas".

Conclusiones: La gestión por procesos ayuda a optimizar los recursos y actividades que gestiona el farmacéutico de atención primaria.

Disminuye la variabilidad en las actuaciones y consigue que todos los servicios de farmacia desarrollen su trabajo de forma homogénea. Permite detectar deficiencias, establecer áreas de mejora y planificar medidas correctivas.

Grupo: Elfau María; Buisan Mª José; Lallana Mª Jesús; Carcas Cristina; Pina Belen; Fraj Nieves; Serrano Diana.

P248

GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Campos*, I. García, J. López, G. Zarazaga, Y. Aliaga, J. García Mata.

Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet de Zaragoza. ccamposc@salud.aragon.es

Objetivo:

- Describir la implantación del Plan de Mejora de la Calidad en una Unidad de Urgencias de Pediatría tras la puesta en marcha del Grupo de Mejora de la Calidad en la Unidad integrado dentro del Plan Estratégico del Hospital.

- Definir las principales líneas de mejora que se han desarrollado y la situación actual.

Material y métodos: Revisión del Plan de Calidad de la Unidad desde el 2005 al 2007.

Evaluación de cumplimiento de reglamento interno del grupo.

Análisis de las líneas de mejora desarrolladas.

Resultados: El grupo de trabajo tiene representación multidisciplinar, con participación de personal sanitario (médicos, residentes y enfermería), auxiliar administrativo y un Pediatra de Atención Primaria.

Se realizan las reuniones del equipo con la periodicidad establecida y se dispone de las actas correspondientes.

Las principales líneas de mejora han sido: 1º. Garantizar la actividad asistencial, mejorando en términos de eficiencia y eficacia a través de la protocolización. 2º. Mejorar la información a los usuarios en formato escrito a través de "hojas Informativas" para padres. 3º. Establecer circuitos asistenciales entre las diferentes unidades de Pediatría (hospitalización). 4º. Facilitar la comunicación entre los profesionales de la Unidad (buzón de sugerencias).

Se realiza memoria anual con los resultados de la evaluación anual de cada la actividad.

Conclusiones:

- La implantación del plan de Calidad ha supuesto un cambio en nuestra organización.
- El esfuerzo de todos los profesionales implicados ha hecho posible la continuidad del grupo, consiguiendo un compromiso de trabajo en Calidad.
- La coordinación con Atención Primaria es un punto fuerte de nuestro plan de calidad que facilita la comunicación directa con la pediatría extrahospitalaria y la continuidad de los cuidados del paciente.

P249

IMPACTO DE LAS ACCIONES TRANSVERSALES EN LA PLANTILLA DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Capdevila Aguilera, L. T. Sánchez Salido, A. Ridao March, B. Ortiga, M. Anguix Bricio, P. Redón Herrero.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ccapdevila@csb.scs.es

Objetivo: Adecuación de las plantillas según la demanda y su categoría profesional en Consultas Externas (CCEE).

Introducción: En un entorno donde escasean las profesiones sanitarias es fundamental la optimización de recursos. El giro que ha dado la sociedad con el paso de Enfermedad Aguda a Aguda-Crónica da especial relevancia a las funciones que desempeñan los profesionales.

Metodología: La recogida de datos se ha realizado a través de tres procedimientos: una encuesta (90% plantilla), una serie de trabajos en grupo de descripción del servicio, funciones y tareas, y entrevistas en profundidad con personal significativo de la CCEE.

Resultados: Describimos el impacto esperado de las acciones transversales que aportaran mejoras de calidad asistencial y suponen la recuperación de algún profesional, mediante la redistribución de flujo de pacientes hospital-primaria, la actividad de tardes de la consulta y la centralización de la recepción de pacientes.

En este momento la DUI están destinando de un 26 a un 27% de su tiempo a funciones que podrían realizar auxiliares de enfermería.

Podemos determinar que si incorporamos como personal de los módulos asistenciales a la auxiliar que realiza la captura de pacientes, podremos liberar a la enfermera de trabajos que no le corresponden por categoría profesional, y por cada 4 DUI que deleguen funciones a una auxiliar, recuperaremos 1 DUI que podrá dar respuesta a nuevos proyectos o demandas. Así, tenemos que tras la reordenación de la actividad también recuperamos recursos para la consulta: 5 administrativas, 1 azafata, 12 DUI (tiempo enfermero), 1 técnico de radiología y 2 auxiliares, que podemos destinar a mejorar la atención al usuario. Las nuevas actuaciones, a consecuencia de la redistribución mencionada, son: potenciación de quirófano ambulatorio de tarde, de Hospital de día (8 -20 h); consulta de urgencias (12-20 h), incrementar la dotación de personal en las áreas que precisan incremento de actividad según lista de espera; implantación/ revisión de programas liderados por enfermería: nefrología, neumología, Riesgo Vascular; enfermera pre-Anestesia; programa prótesis cadera, trasplante hepático, enfermera para unidades funcionales; además de otras acciones de gestión administrativa como la consolidación de avisos telefónicos de visitas con el objetivo de disminuir el índice de no presentados y dotación de secretaría única de las Unidades Funcionales Oncológicas.

Conclusiones: Conseguir la optimización de recursos humanos según cualificación profesional del personal fijo de la consulta: enfermería, que representa el recurso asistencial único de carácter permanente con el que puede contar la CCEE y personal administrativo.

P250

IMPACTO DE UN GRUPO DE MEJORA DEL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

M. G. Lozano Barriuso*, A. Martos Foladori, M. Fernández Pérez, P. Sánchez Rovira, J.M. Jover Casas, E.A. Nuevo Lara.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

aurora.martos.sspa@juntadeandalucia.es

OBJETIVOS:

- Disminuir el tiempo de espera de los pacientes para iniciar el tratamiento en el hospital de día de oncohematología.
- Mejorar la operatividad y eficacia del H.D de Oncohematología.
- Aumentar el grado de información y conocimiento de los pacientes, familiares y cuidadores sobre el funcionamiento del área de consultas y el hospital de día en relación con la administración de tratamientos.
- Mejorar la satisfacción de los enfermos.
- Crear un equipo de mejora continua del hospital de día en el que estén representados todos los servicios hospitalarios que tengan que ver con la administración de tratamientos en oncología (farmacia, oncología y hematología).

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Análisis de los tiempos de espera para iniciar el tratamiento en el hospital de día.
- Análisis de las reclamaciones por trato y demora en la UGC de oncología.
- Análisis de las causas del tiempo de espera en el equipo de mejora continua y propuesta de mejoras estructurales y organizativas que disminuyan el tiempo de espera, mejoren la accesibilidad y el grado de información en el área de consultas y H.D.

RESULTADOS:

- Disminución de los tiempos de espera en el área de consulta de los enfermos que acuden para tratamiento i.v.
- Disminución de las reclamaciones formales e informales por trato.
- Aumento de la satisfacción de los enfermos que tiene que acudir al hospital de día.
- Elaboración de un folleto informativo sobre los pasos que sigue la prescripción, la preparación en farmacia y la administración de la quimioterapia en el hospital de día.
- Creación de un instrumento de actuación coordinada interservicios (grupo de mejora), que permite introducir mejoras organizativas que repercutan positivamente en la accesibilidad de los pacientes y calidad del servicio prestado.
- Aumento de la satisfacción de los profesionales implicados (auxiliares de enfermería, enfermeras, farmacéuticos, médicos) en el funcionamiento del H.D.

CONCLUSIONES: La creación de equipos de mejora continua favorece la adopción de mejoras organizativas que, sin coste económico, repercuten en un aumento de la calidad asistencial, que además es percibida por los pacientes.

P251

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE LOS INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. C. Rodríguez García, G. Mora Navarro, J. J. Muñoz González, M. T. Alonso Salazar, G. García Álvarez, M. J. Gil De Pareja.
 GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 11 DE MADRID.

lcrdriguez.gapm11@salud.madrid.org

Objetivo: Conocer el impacto de una intervención formativa dirigida al abordaje de la hiperfrecuentación sobre los indicadores de utilización de la consulta, frecuentación y presión asistencial, de los médicos de familia de un área de salud de Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Intervenciones: Análisis de los indicadores de utilización de la consulta de un grupo de médicos de familia antes y después de una intervención formativa de contenido teórico-práctico sobre el abordaje de la hiperfrecuentación centrada en aspectos organizativos de la consulta y en la comunicación médico-paciente. Se seleccionaron 15 médicos de familia con niveles de frecuentación (visitas/paciente) y de presión asistencial (consultas/día) elevadas según criterios implícitos del Área y que hubieran permanecido en el mismo cupo en el periodo de estudio. Se compararon los indicadores de utilización postintervención a los 3 y 6 meses bajo comparación interanual. Se describieron las variables mediante media y desviación estándar (DE) y se compararon las medias con test no paramétricos.

Resultados: La edad media de los 15 médicos participantes (9 mujeres) fue 44.8 años (DE 6.1). La frecuentación a los 3 meses de la intervención formativa fue 2.58 (DE 0.33) y la del mismo periodo del año anterior 2.54 (DE 0.45), $p=0.08$. La frecuentación a los seis

meses fue 3.86 (DE 0.63), y la del año anterior 3,81 (DE 0.93), $p=0.93$. La presión asistencial a los tres meses fue 49.63 (DE 6.47) y la previa 49.99 (DE 7.04), $p=0.86$. A los 6 meses, la presión asistencial fue 48.67 (DE.5.91) y en el mismo periodo del año anterior fue 49.91 (DE 7.62) $p=0.51$.

Conclusiones: Se observa un incremento de la frecuentación y una disminución de la presión asistencial no estadísticamente significativas, a los 3 y a los 6 meses de la intervención formativa.

Los indicadores de utilización de las consultas parecen tener una dependencia multifactorial.

Las intervenciones de mejora deben tener estrategias diversificadas, siendo la capacitación y la formación un aspecto clave y necesario pero no suficiente.

Los estudios de hiperfrecuentación requieren un análisis que discrimine mejor el impacto de las intervenciones.

P252

IMPLANTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA FOTOTERAPIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

E. M. Villasevil Llanos, J. F. Gallegos Braun, M. L. Alonso Pacheco, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz.

elisa.villasevil@salud.madrid.org

Objetivos: Organizar la atención a los pacientes que precisan fototerapia en el Hospital Universitario La Paz y establecer un ciclo de mejora continua en forma de vía clínica.

Material y métodos: En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica referente a la organización de la fototerapia. Se organizaron sesiones de trabajo para elaborar los diferentes documentos de la vía clínica entre la Unidad de Calidad y la facultativo de dermatología responsable de la consulta de fototerapia.

Resultados: Como resultado principal, se organizó la atención a los pacientes en forma flujograma. Al flujograma se asociaron todos los documentos de la vía clínica:

- Documentos que regulan el proceso, es decir, las indicaciones de tratamiento, los protocolos de actuación en los distintos tipos de fototerapia y la normativa de calibración de los equipos.

- La hoja de registro de los pacientes, mediante la que se pretende, con un documento único, facilitar la adecuada realización de las actividades y dejar constancia de lo realizado. En él, se recogen todos los datos del paciente necesarios para su tratamiento y en su reverso se realiza el registro de las sesiones de fototerapia, con las dosis administradas y acumuladas así como las consultas de seguimiento, registrándose cualquier incidencia o efecto adverso que pudiera aparecer. También se elaboró un registro de calibración del aparato y de la radiometría indirecta de las lámparas.

- Documentos de información como el tríptico de información para los pacientes, el consentimiento informado y el modelo de informe de alta.

- Documento de evaluación. Para verificar el impacto de este proceso, se desarrolló un documento de indicadores y estándares. Se recogen indicadores de proceso, tales como la demora en el inicio de tratamiento o la pérdida de sesiones; de efectividad clínica, como el aclaramiento de las lesiones, la mejoría en la calidad de vida (cuestionario DLQI) o la aparición de efectos adversos y de satisfacción, a través de los resultados de las encuestas elaboradas. Todos los documentos están en formato electrónico y son fácilmente accesibles mediante hipervínculos asociados al flujograma.

La vía clínica fue presentada en sesión del Servicio de Dermatología y aprobada por la dirección del hospital para su puesta en marcha.

Conclusiones: mediante la implantación de esta vía clínica se ha organizado la atención de los pacientes que precisan fototerapia. Con la evaluación y la re-implantación se establecerá un ciclo de mejora continua de la calidad en la atención.

P253

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD DE GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD GESTIÓN ECONÓMICA PERTENECIENTE A UNA GERENCIA DE A. P. DE MADRID

M. Almazán Del Pozo (0), Z. Herreros (0), G. Domingo Gil (0), M. A. Galindo Fariña (1), S. Velasco Tarrero (0).

(0) AREA 1 A.P. MADRID, (1) null.

malmazan.gapm01@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Evaluar el impacto en resultados que ha tenido un sistema de gestión por procesos dentro de una unidad de gestión económica, tras dos años de implantación.

MÉTODOS: En el primer semestre 2006 la dirección del Área 1 impulsó esta línea de trabajo orientada a la calidad total, bajo los principios de desarrollo, aprendizaje, innovación, implicación y mejora continua.

Se definieron, en la unidad de gestión económica dependiente de la dirección de gestión, los principales procesos en los que participaba dentro del Mapa de Procesos tanto del Área como de los Equipos. Se elaboró cronograma para poner en gestión los procesos de la unidad se implicaba.

Procesos trabajados: "Gestionar facturación a terceros y otros" y "Gestionar Anticipo de Caja Fija", ambos subprocesos de "Gestionar Economía y Finanzas".

Se nombraron propietarios de procesos, indicadores para medir efectividad y acciones de mejora.

RESULTADOS: En el proceso "Gestionar facturación a terceros", se trabajó fundamentalmente en dos áreas de mejora; la implantación de vía de apremio de cara a incrementar la capacidad recaudatoria, y la formación del personal de los centros con el objeto de aumentar la facturación.

Resultados de la evaluación del proceso: incremento en facturación entre los ejercicios 2005/2007 54,02 %. Porcentaje de variación en cobros 2005/2007: + 41,14 %. Así mismo, a cierre 2007, se encuentra implantada la vía ejecutiva.

En el proceso "Gestionar anticipo de Caja Fija", tras identificar varias áreas de mejora, se decidió priorizar el desarrollo de un instructivo que clarifique cual es el tipo de gasto susceptible de gestionar a través del anticipo de caja fija, definir quienes los responsables de dicho fondo y marcar su manejo de acuerdo a las normas de la intervención financiera permanente.

CONCLUSIONES: La apuesta de dirección en esta línea de trabajo, y para el proceso "Gestionar facturación a terceros", ha sido determinante para conseguir mejores resultados de los esperados. Se ha producido un incremento importante en número de facturas emitidas y en cuantía recaudada. Al no haberse producido variaciones en la plantilla dedicada a este trabajo, es claro que la productividad de los recursos asignados a este proceso aumentó.

La puesta en gestión del proceso "Gestionar anticipo Caja Fija", se ha completado con la descripción de la ficha de proceso, elaboración del cuadrante de fortalezas y debilidades, así como elección de las áreas de mejora a abordar.

P254

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMÁTICA DE MEDICACIÓN EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO

J. F. Gastón Añños, N. Allúe Fantova*, C. Puyuelo Bleuca, J. M. Escriba Huguet.

HOSPITAL DE BARBASTRO.

fgaston@salud.aragon.es

Objetivo: implantar un sistema de dispensación automática de medicamentos (SADME) en el área de quirófano, como sustitución del estoc tradicional.

Material y métodos: estación PYXIS®, se estableció un estoc en función del consumo, ajustado a realizar 3 reposiciones a la semana, cajetines para preparar los kits necesarios para cada intervención, sesiones a todo el personal, dotación de claves de acceso, se verificó el censo correcto de los pacientes en el área de quirófano y se elaboró un tríptico informativo con un resumen de las nociones básicas. Se asignaron claves de acceso y nociones de funcionamiento del PYXIS® a las supervisoras de guardia, ya que son las encargadas de solucionar las incidencias fuera del horario del Servicio de Farmacia. Se modificó el sistema de trabajo, hasta entonces enfermería preparaba los kits de medicación necesaria para cada intervención antes de entrar en quirófano, los fármacos que usaban para un paciente quedaban imputados al consumo global de quirófano y la medicación no utilizada la devolvían al estoc. Con el nuevo sistema hay preparados 5 cajetines con 2-3 kits (los previsiblemente necesarios para cada uno de los 5 quirófanos una mañana o una tarde). El turno de enfermería al llegar coge los kits ya preparados y comienza la jornada. Una vez finalizada cada intervención, o al final de cada turno, reponen los kits con la medicación gastada para cada paciente, quedando éstos preparados para el siguiente turno. Así se

imputa realmente a cada paciente lo que se le ha administrado. Además al reponer sólo lo utilizado, se evitan muchas devoluciones innecesarias.

Resultados: podemos obtener consumos por paciente en el área de quirófano. Hasta ahora sólo teníamos acceso al consumo global. Se consigue un mejor control del estoc y de las caducidades. Máximo control de los medicamentos estupefacientes y psicótrópos, al poderlos ubicar en sistemas que sólo permiten acceso a la dosis individual solicitada. Tenemos prácticamente a tiempo real el inventario contable del estoc de quirófano y registro de todos los movimientos. Repone el Servicio de Farmacia, con lo que se ahorra tiempo del personal de quirófano.

Conclusiones: los sistemas SADME implican un mayor control de la medicación en un área determinada, la posibilidad de obtener una imputación más exacta de ésta, y la posibilidad de aplicar indicadores que nos permitan mejorar la asistencia. No hay que despreciar el aumento de trabajo que conlleva para el Servicio de Farmacia.

P255

IMPLANTACIÓN Y CONTROL DE UN BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD CLÍNICA EXTERNA

M. Acín Gericó, J. Martínez Sesmero, J. Mateos Rubio*, M. García Palomo, A. Rubio Salvador, P. Moya Gómez.

Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

jmanuelms@sescam.jccm.es

Objetivos: Describir el proceso de implantación de un botiquín de medicamentos en una Unidad Clínica Externa (UCE) de Medicina Interna dependiente del Servicio de Farmacia de Hospital, y la elaboración de una normativa de correcta conservación, mantenimiento y control del mismo.

Métodos: Estudio descriptivo del proceso de implantación de un botiquín de medicamentos en una UCE que consta de 64 camas de hospitalización. Con el personal de enfermería se pacta un listado de medicamentos necesarios para cubrir las necesidades mínimas y los horarios de reposición, transporte y distribución. Se establecen unas normas generales de correcta conservación y mantenimiento del botiquín sobre su ubicación, colocación de los medicamentos, gestión de los caducados y se planifica una revisión mensual del mismo mediante la cumplimentación, por parte del farmacéutico responsable, de un informe de revisión con los estándares de calidad siguientes: orden general y de las especialidades farmacéuticas, según forma farmacéutica, modo de conservación y caducidad; correcto control de medicamentos estupefacientes y psicótrópos; existencia de antibióticos restringidos y medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica; presencia de carro de parada cardíaca, medicamentos caducados, listado de medicamentos fotosensibles y correcta protección y adecuación de la cantidad de medicación a lo pactado.

Resultados: El proceso de puesta en funcionamiento del botiquín se llevó a cabo a lo largo de enero de 2008, para cubrir las necesidades del 100% de las camas de las que consta la UCE. Entre los puntos fuertes cabe destacar la calidad tanto de la conservación y manejo de los medicamentos, que evita errores de medicación y el ajuste a las unidades de medicación pactada, evitando su acumulo innecesario. Entre las oportunidades de mejora destaca la dificultad de un correcto control por la lejanía física de la UCE y la adaptación por parte del personal implicado a unas normas y dinámica de trabajo novedosa. **Conclusiones:** La implantación y puesta en funcionamiento del botiquín se ha llevado a cabo adecuadamente pero es necesaria una revisión y control continuo para evitar desviaciones de la normativa y mejora de la calidad de los procesos.

P256

IMPLEMENTACIÓN DE UN LISTADO DE CHEQUEOS EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

D. García Palacios*, J. C. Zapata Jiménez, N. Sarrión Paños, J. J. Castedo Sal, E. Sánchez-Rey Castro, J. Torres Donaire.

Hospital General de Ciudad Real.

davidgp5@hotmail.com

Objetivo: Mejorar la comunicación entre los diferentes participantes del proceso (Técnico, Radiofísico y Oncólogo Radioterapeuta) y hacer un seguimiento constante de la etapa en la que se encuentra la

dosimetría.

Material y método: El material:

- Hoja con lista de chequeos.
- Intranet de Oncología Radioterápica: Red varis.

Método: Creamos una lista de chequeos a partir del procedimiento de dosimetría clínica que se aplica en el Servicio de Radiofísica.

Esta lista contiene los principales pasos del procedimiento, cada uno de ellos claramente asignados al personal responsable de su realización. Cada vez que se completa un paso según el procedimiento se firma por quien lo ha realizado.

La entrada y salida de las dosimetrías se realiza a través de la Red de Oncología Radioterápica Varis.

Resultados y conclusiones: Estos pasos actualmente no se pueden registrar en la Red Varis, por lo que es necesario realizar la hoja de chequeos.

Es un método eficaz ya que permite saber a cualquier miembro del equipo en que estado se encuentra la planificación de una manera rápida siguiendo las etapas del procedimiento. De esta manera nos aseguramos un método común para la planificación independientemente de quien la realice.

Se reducen el número de errores que se transmiten a la siguiente etapa del tratamiento de oncología radioterapia con lo que se optimiza el tiempo de espera del paciente antes de comenzar el tratamiento y se mejora la seguridad y calidad del proceso de planificación dosimétrica.

P257

INDICADORES DE CALIDAD DE LA GESTIÓN DE BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA

M. Lafuente González*, P. Quero González.

Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real).

mlafuentegon@gmail.com

OBJETIVOS: Una de las actividades del farmacéutico de hospital es la gestión de Botiquines de medicamentos en Unidades de Hospitalización (BUH). Para evaluar que este sistema funciona correctamente es necesario establecer estándares e Indicadores de Calidad (IC).

El objetivo es establecer IC de BUH y determinar un valor óptimo, adecuándolos a las características del Servicio de Farmacia (SF) y del Hospital, que permitan comprobar periódicamente el desarrollo del proceso, detectar desviaciones y establecer sistemas de corrección encaminados a la mejora de los procesos implicados en el circuito.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de estudios y publicaciones relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), BUH e IC, con objeto de establecer IC, que permitan determinar puntos críticos y mejora continua del proceso. Para cada IC se especificó la fuente de información, frecuencia de medida y valor óptimo.

Una vez definidos los IC, se analiza la concordancia con los estándares deseados, se implantan y se reevalúa el proceso.

RESULTADOS: Se han establecido IC de medida semanal, mensual y semestral, coherentes con la política y objetivos del SF y del Hospital, que nos proporcionan información relevante del BUH.

- Indicador de error en la dispensación de BUH por SF = % medicamentos dispensados erróneamente / total medicamentos dispensados. Frecuencia semanal. Valor óptimo < 1%.

- Indicador de petición de medicación fuera de pacto del BUH = % medicación solicitada fuera de pacto/total medicación en el pacto. Frecuencia mensual. Valor óptimo < 5%.

- Indicador de comunicación de incidencias en la dispensación de BUH por el SF = Nº incidencias comunicadas a las Unidades de Hospitalización (UH) en la dispensación del BUH/Nº incidencias que se deberían haber comunicado. Frecuencia mensual. Valor óptimo= 100%.

- Indicador de revisión periódica de BUH = Nº revisiones de BUH realizadas por el SF en la UH/Nº total de revisiones establecidas en la UH. Revisión semestral. Valor óptimo= 100%.

- Indicador de control de BUH = % medicamentos que incumplen condiciones mínimas (trazabilidad, caducidad,...) / total medicamentos revisados. Revisión semestral. Valor óptimo= 0%.

CONCLUSIONES: El análisis de la evolución de los IC y su continua revisión, ayuda a identificar puntos críticos que evidencien

oportunidades de mejora optimizando los recursos disponibles.

Mantener un SGC y mejorar continuamente su eficacia, con una orientación enfocada a la satisfacción de los profesionales sanitarios y de los pacientes, constituye un objetivo permanente para nuestro SF.

P258

INDICADORES DE CALIDAD EN BOTIQUINES DE UNIDAD DE ENFERMERÍA: COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS.

A. M. Mulet Alberola, L. Martínez Valdivieso, A. Flor García, S. Canales Ugarte, D. Barreda Hernández, A. Escudero Brocal.

Hospital Virgen de la Luz.

amual@hotmail.com

OBJETIVO: Comparar el resultado de los indicadores de calidad (IC) de botiquines de unidades de hospitalización (UH) con tres sistemas de distribución de medicamentos (SDM) diferente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional en un hospital general de 400 camas en el periodo anual 2007. Se seleccionan tres unidades de hospitalización (UH) clínicas con SDM diferente: 1. sistema de distribución de stock en planta (SDSP) correspondiente a los Servicios de Psiquiatría y Neumología, 2. sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria (SDMDU) que incluye los Servicios de Neurología, Reumatología y Urología, 3. sistema de dispensación semiautomático de medicamentos (SDSM) correspondiente a los Servicios de Oncología, Digestivo y Cardiología.

En el programa de garantía de calidad de los botiquines de las UH se encuentran establecidos IC a evaluar a partir de muestreos trimestrales e inventarios anuales del 100% de las existencias:

- Semicuantitativos:

Indicador A, medicamentos bien identificados en principio activo, dosis, forma farmacéutica, lote y caducidad (estándar 100%).

Indicador B, medicamentos caducados (estándar 0%).

Indicador C, conservación correcta especialmente de aquellos fotosensibles y termolábiles (estándar 100%).

Indicador D, medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica (MNIG) aprobada por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital (estándar 0%).

Indicador E, custodia adecuada de estupefacientes y psicótrpos (estándar 100%).

- Cualitativos: condiciones generales de orden-limpieza y stock global.

RESULTADOS: Los IC semicuantitativos fueron, respecto a SDSP/SDMDU/SDSM:

- A (identificación): 98/ 100/ 98%.

- B (caducados): 2/ 0,2/ 2,3%.

- C (conservación): todos los SDM cumplen el estándar.

- D (MNIG): 8/ 0,1/ 0%.

- E (custodia): 95/ 100/ 100%.

Indicadores cualitativos: las condiciones de orden y limpieza resultan mejorables en la UH con SDSP y adecuadas en los otros dos SDM valorados. El stock global de medicamentos es elevado para el SDSP y SDMDU y adecuado para el SDSM.

CONCLUSIONES: La dosis unitaria consigue mejores valores en todos los IC. Se observa mayor aproximación a los estándares de calidad en aquellos SDM que implican una actuación activa del Servicio de Farmacia (SDMDU > SDSM > SDSP).

No puede ser concluyente la comparación de IC como un simple valor numérico sin tener en cuenta el factor humano, referido tanto a la implicación del personal sanitario del Servicio de Farmacia como del Servicio Clínico de hospitalización.

Evaluar IC de forma sistemática en las diferentes áreas de hospitalización constituye un punto de mejora en la gestión clínica y económica de la farmacoterapia.

P259

LA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA AL PROYECTO DE APOYO A LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD 2006/2007

T* Valle Madrazo, F. Lois Cámara, R. Olóriz Rivas, T. Dierssen Sotos, M. Robles García, P. Rodríguez Cundín.

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.

tvalle@dg.scsalud.es

OBJETIVOS: Reducir la variabilidad asistencial derivada de los problemas organizativos en el Servicio Cántabro de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Identificada la ausencia de sistematización de los procesos como punto débil común de todas las gerencias, desde el Servicio Cántabro de Salud se decide organizar un proyecto de gestión por procesos incluyendo un plan de formación teórico-práctico conjunto que permita dar soporte al desarrollo de equipos de diseño y gestión de procesos fomentando la certificación según normas ISO 9000. Esta formación se completó con la participación en sesiones de trabajo con los equipos directivos.

RESULTADOS: Fase I: durante 2006 se ha formado en competencias de gestores de procesos a un equipo de 42 enfermeras de diferentes ámbitos asistenciales (Análisis Clínicos, Farmacia, Anatomía Patológica / urgencias y 061/ Atención Primaria y Consultas Externas y Hospitalización médica y quirúrgica) El programa formativo ha incluido formación en norma ISO 9001:2000 y formación específica de auditores internos de sistemas de gestión de calidad. Se ha favorecido la capacitación de 44 profesionales para la realización de auditorías, preparación de informes y unificación de criterios de evaluación. Con el apoyo de sesiones de verificación se han desarrollado las fichas de procesos (apoyo al diagnóstico y asistenciales), que detallan el funcionamiento de los dispositivos analizados e identifican estándares de funcionamiento.

Fase II: durante 2007 se han analizado las interacciones entre procesos y validado los indicadores de evaluación establecidos en los grupos de trabajo.

Fase III: se ha ampliado la envergadura del proyecto incorporando otros procesos de soporte (suministros, mantenimiento y contratación) incluyendo a 33 enfermeras.

CONCLUSIONES: Las Organizaciones sanitarias necesitan conocer a fondo sus procesos para poder minimizar la variabilidad en las actuaciones. Sin un análisis pormenorizado de los procesos, es muy difícil establecer una estrategia de mejora continua.

P260

LA GESTIÓN AMBIENTAL: UN PROCESO ESTRATÉGICO EN EL HOSPITAL

G. M.* Darías Rodríguez (0), M. M. Triana Hernández (1).

(0) null, (1) USP Hospital La Colina.

gema.darias@usphospitales.com

INTRODUCCIÓN: Tras la certificación de la ISO 14001 e inscripción en el Registro EMAS se observó que existía un sistema de gestión ambiental poco arraigado y con poca implicación de la gente, por lo que se decidió modificar el sistema de implantación actual, mediante la creación de Comisiones multidisciplinarias para revisiones de la documentación y mayor implicación de todas las partes (trabajadores y clientes).

OBJETIVOS:

1. Valorar situación de partida de los aspectos ambientales, residuos biosanitarios y documentación.
2. Establecer los aspectos ambientales propios del hospital asociados a sus impactos en el medio ambiente.
3. Medir la correcta gestión de los residuos sanitarios.
4. Sensibilizar al trabajador y al cliente en la gestión del sistema ambiental.

MATERIAL, MÉTODO: Legislación, bibliografía y páginas web.

Se identificó la legislación aplicable al Hospital y se comenzó a revisar la documentación con la que se contaba. Junto con el Comité de Dirección, se realizó la evaluación de los aspectos ambientales asociándose a los impactos que podían producir. Se establecieron indicadores, su seguimiento y sistemática de control de los mismos y un mapa de procesos integrando la gestión de la calidad y la gestión ambiental. Una vez definido se presentó a los mandos intermedios, logrando que fueran el vehículo de información hacia los empleados a través de Comisiones multidisciplinarias, charlas, talleres y jornadas para involucrar a toda la organización en el mismo fin.

RESULTADO:

1. Se actualizó la documentación basándose en la legislación que nos aplica, la cual nos ayudó a tener una visión del Hospital.
2. Con la ayuda de la evaluación de los aspectos se consiguió establecer una relación con los posibles impactos que estos influyen.
3. Mediante el control y seguimiento de indicadores, se mantuvo la correcta segregación de los residuos biosanitarios a pesar del aumento de la actividad hospitalaria y rotación de la plantilla.
4. Cambio de actitud y cultura de los clientes y empleados hacia la importancia de la gestión ambiental en su trabajo diario.

CONCLUSIÓN: Satisfacción de los trabajadores y clientes.

Aumento en el coste de la gestión ambiental debido a la correcta gestión de los residuos.

Se crea un ciclo de mejora continua en el que los impactos ambientales se minimizan a través de la evaluación de los aspectos ambientales.

P261

LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN Y MEJORA EN DOS CENTROS RESIDENCIALES DE ACCIÓN EDUCATIVA (CRAE)

E. Altaba Dolz*, A. G. Jiménez Gallardo, J. Romera Hernández, M. Bueno Domínguez, J. Serra Pascual, M. D. À. Rius Rafecas.

GRUP SAGESSA.

mjbueno@grupsagessa.com

Objetivos: Implantar la Gestión por Procesos (GPP) como herramienta para la mejora continua. Definir un cuadro de mando adecuado para monitorizar la asistencia en este tipo de centros y cumplimentar por otro lado los requisitos normativos.

Mejorar el proceso partiendo del análisis DAFO realizado en ambos centros y potenciar el benchmarking.

Material y métodos: Formación de los profesionales implicados en GPP.

Revisión bibliográfica de documentos de este ámbito.

Elaboración del proceso: descripción gestión, evaluación y mejora.

Análisis DAFO y planteamiento de objetivos independientes de centro y compartidos.

Definición e implementación de las acciones de mejora.

Definición de indicadores, diseño del cuadro de mando y introducción de datos desde enero 2007.

Resultados: Cabe señalarse como principales acciones de mejora implementadas:

1. El cuadro de mando consta de los siguientes indicadores recogidos de forma mensual: estancias reales, estancias máximas, índice de ocupación, altas, menores, bajas, menores escolarizados, no conformidades detectadas y solucionadas, educadores reales, media de educador por turno, media de plazas teóricas y reales por educador, ratio de educador por plaza real y teórica, tasa de absentismo escolar, proyectos diseñados, tasa de fugas, tasa de participación en actividades fuera del centro, reclamaciones, denuncias, proyectos educativos individuales e informes de seguimiento en plazo correcto.

2. Elaboración del plan de calidad del centro.

3. Evaluación de los menores mediante la técnica del grupo focal en cada centro.

Conclusiones: Con el análisis anual del DAFO podemos realizar una planificación estratégica definiendo acciones de mejora u objetivos a implantar para la mejora continua en el ámbito de acción educativa.

El cuadro de mando facilita la gestión de la información tanto para la gestión propia del centro como para los requisitos de la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia.

El plan de calidad nos ha permitido reflexionar sobre la práctica con la implicación de los profesionales, consiguiendo, de esta forma, un cambio de cultura en los profesionales e incorporando la calidad como sistema de gestión.

La realización del grupo focal nos ha definido las áreas a trabajar para mejorar la satisfacción de los menores tutelados en los centros.

Para finalizar nos ha permitido realizar benchmarking entre dos centros de la misma línea asistencial.

P262

LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA GERENCIA DE ÁREA: IMPLANTACIÓN

L. F. García Fernández, A. Cañizares Ruiz, J. Sanz Cortés, Á. Santos Gómez.

Gerencia de Área de Puertollano.

lfgarcia@sescam.jccm.es

Palabras clave: procesos, integración, EFQM.

INTRODUCCIÓN: Hasta el año 2004, previo a la decisión de crear la Gerencia de Área de Puertollano, la mejora de los procesos tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria se hacía en base a las aportaciones directas de los profesionales y de las diferentes comisiones asesoras o grupos interdisciplinarios formados para

mejoras puntuales.

Tras la primera evaluación EFQM en el año 2004, la Comisión de Dirección decide, en consonancia con la definición de la misión y visión del área la gestión por procesos como elemento clave para el cambio en el sistema de gestión del Área.

MATERIAL Y MÉTODO: Mediante El sistema de Gestión por Procesos se pretende que cualquier persona sea capaz de comprender los pasos necesarios para llevar a cabo una acción, así como conocer las personas que intervienen para conseguir la alineación entre las actuaciones y la Política y Estrategia.

El subproceso denominado Gestión por Procesos, incluido en el Macroproceso de Mejora continua, sistematiza la implantación y el desarrollo de todos los procesos del área garantizando su uniformidad, calidad y desarrollo.

Como primer paso se procedió a realizar un listado de los procesos desarrollados por nuestra organización agrupándolos en tres tipos: Procesos Estratégicos.

Procesos Clave Procesos de Apoyo o soporte.

De esta forma se elaboró el Inventario de Procesos de la Gerencia de Área de Puertollano.

Los Procesos de la Organización, así como sus interrelaciones se representaron en el Mapa de procesos de área, elaborado también por primera vez en el 2006 y modificado en la revisión de 2007.

RESULTADOS: Se ha elaborado un inventario de procesos y se han asignado propietarios a los mismos.

El inventario incluye 5 macroprocesos estratégicos, 4 macroprocesos clave y 8 macroprocesos de soporte.

Los macroprocesos se dividen en diferentes subprocesos.

Se ha elaborado un mapa de procesos en el que se muestran las interacciones entre los mismos. Para la resolución de las interfaces entre los niveles asistenciales se diseñan las rutas asistenciales.

CONCLUSIONES: La implantación de la gestión por procesos requiere de una planificación precisa. Debe partirse de la definición de los macroprocesos de la organización y a partir de ellos definir los subprocesos e integrarlos en un mapa de procesos. Posteriormente mediante el sistema IDEFO se sistematizan los procesos hasta llegar a los procedimientos operativos.

Por medio de esa lógica se consigue una definición óptima de los procesos de la organización.

P263

LA MEJORA DEL PROCESO DE LA UCSI A PARTIR DE SUS INDICADORES

A. Salvador Verges, D. Pujol, I. Nicolas, X. Riba, J. Ruano, L. Moret, R. Carbonell Estape.

Hospital Plató.

angels.salvador@hospitalplato.com

El objetivo de nuestra comunicación es el de hacer una valoración de los principales resultados de los indicadores del proceso de "Actividad quirúrgica en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso" y explicar como a partir de estos resultados se derivan acciones de mejora del proceso. El Hospital Plató está implantando desde el año 2006 la Gestión Basada en Procesos. Este proyecto se inició con la descripción del proceso de Atención Quirúrgica, uno de los subprocesos de la cual es el de la UCSI, y continuó con el de Atención Ambulatoria. Ahora se está implantando el de Hospitalización y después se seguirá con las Urgencias.

Cuando se tuvo todo el proceso de la UCSI completamente descrito a partir de sus fichas y diagramas se procedió a definir los indicadores que habían de ayudar a los propietarios del proceso a monitorizarlo e iniciar la etapa de mejora continua. Dado que algunos de los indicadores eran difíciles de extraer pues no se registraban algunos datos, una de las primeras acciones de mejora que se hizo fue informatizar toda la Unidad, instalando pantallas táctiles en los quirófanos.

Ahora, un año después del fin de la definición del proceso y de sus indicadores, se tienen ya datos de más de un año de actividad (2007 y 2008) con lo cual presentaremos, entre otros, los resultados de los siguientes indicadores:

- Tiempo de espera en la sala antes de la intervención.
- Tiempo de preparación prequirúrgica en los boxes.
- Tiempo de intervención.
- Tiempo de estado postquirúrgica en los boxes.
- Dolor EVA al día siguiente de la intervención.

- Complicaciones anestésicas y quirúrgicas.
- Ocupación de quirófanos.
- Intervenciones anuladas.

P264

MARCO COBIT 4.0. MAPA DE PROCESOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES EN ENTORNO SANITARIO

N. M. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, J. Martínez Gómez, J. A. Pajuelo Ayuso, P. Llopis López, R. Solano López.

SUMMA112.

nrodriguez.summa@salud.madrid.org

Palabras clave. Servicio de informática y Comunicaciones. Marco Cobit. Mapa de procesos.

Objetivos: Innovación y aprendizaje: Rediseño de un mapa de procesos de un Sº de informática, como punto de partida, de estrategia de reorientación, aplicada frente a cambios externos.

Metodología: El diseño del mapa de procesos adopta el estándar COBIT 4.0 (Objetivos de Control para la información y Tecnologías relacionadas): Modelo orientado a procesos, y consolidado entre empresas/servicios TIC (Tecnologías de la Información y Comunicaciones), además nos da una medida estándar de la madurez del servicio. Como novedad adaptamos el modelo a empresas/servicios TIC dentro del entorno sanitario.

Definimos las actividades de nuestro servicio ti en modelo genérico de procesos en 4 entornos:

- Planificación y organización (4 procesos): Este entorno cubre la estrategia y la táctica a desplegar para la consecución de la organización.
- Adquisición e implementación (10 procesos): Garantiza el desarrollo y/o la adquisición, de las soluciones TI así como de su continuidad.
- Entrega y soporte (13 procesos): Prestación de los servicios requeridos. Y la continuidad.
- Monitorización y evaluación (7 procesos): Gestiona el rendimiento, monitorización del control interno y provisión de gestión.

Partiendo de estos entornos, enunciamos procesos y actividades para que nuestros recursos TI (Aplicaciones, información, infraestructuras y personas) alcancen los correctos niveles de efectividad, eficiencia, confidencialidad, integridad, disponibilidad, conformidad y fiabilidad, que un entorno sanitario requiere.

Resultados: De los 34 procesos enunciados por COBIT, 32 se pueden adaptar a nuestra organización, dos de ellos no tienen cabida pues no se gestionan directamente los recursos humanos ni materiales desde el Sº. de Informática.

Algunos de ellos son:

- Definir la Arquitectura de Información.
- Asegurar el Servicio Continuo.
- Identificar Soluciones Automatizadas.
- Monitorizar y Evaluar el Rendimiento TI.

Conclusiones: La renovación tecnológica del SUMMA112, ha supuesto para el Sº de Informática un punto de ruptura. La innovación y el aumento de soluciones tecnológicas y de comunicaciones, orientadas a una mayor calidad asistencial, suponen una profunda reorganización de los procesos para dar soporte a la tasa de incremento las incidencias y nuevos requerimientos. Esta reestructuración, establece un nuevo mapa de procesos, basado en un marco estándar en servicios TIC que es COBIT 4.0., dotando de mayor eficiencia global al sistema

P265

MC3-QUALIGRAM, UN PASO ADELANTE EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

A. Galobart Roca, J. C. Estorach, J. Esquirol *, B. Guasch Ibáñez.

Hospital Municipal, Badalona.

agalobart@bsa.cat

Objetivos: Describir la metodología de Methodware Consulting (MC3) que facilita la Gestión por Procesos a través de la aplicación Qualigram y la experiencia en este sentido de BSA (Badalona Serveis Assistencials), la cual gestiona 7 Áreas Básicas de Salud, un Hospital de Agudos, un Centro Sociosanitario y un Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

Material y métodos: La metodología permite constituir el referencial PHD (Procesos - Human / Organización - Documentos), el cual se basa en la representación gráfica. Dicho referencial se estructura en 3 niveles para permitir navegar desde la visión más genérica (nivel 1) a la de mayor detalle (nivel 3).

En los Procesos (P) cada nivel responde a distintas preguntas: el nivel 1, PROCESOS, debe mostrarnos ¿por qué? y ¿hacia qué?, la visión estratégica; el nivel 2, PROCEDIMIENTOS, debe responder a ¿quién hace qué?; y el nivel 3, INSTRUCCIONES, debe indicarnos el ¿cómo?. En cada gráfico se enlazarán donde corresponda los documentos necesarios para desarrollar la actividad descrita, ya sean formularios, manuales a consultar, fotografías,?

En la parte de Organización (Human) también se dispone de 3 niveles: el nivel 1, ORGANIGRAMA CELULAR, nos visualiza ¿Quién con quién?; el nivel 2, ESQUEMA DE RELACIONES, nos muestra ¿quién para quién?; y el nivel 3, FICHA DE FUNCIÓN GRÁFICA, nos describe los perfiles/competencias contestando a ¿quién puede qué? La creación del gráfico se realiza con Qualigram® Designer, basada en Microsoft® Visio, lo cual simplifica su aprendizaje y lo hace sencillo para el uso por parte de usuarios no-informáticos.

Finalmente, la comunicación y mejora de los procesos se realizan en un portal intranet, Qualigram® e-Server/Improver, donde se podrá navegar por todo el referencial definido y se podrán realizarse múltiples consultas de las relaciones establecidas entre los distintos elementos del mismo, ya que el referencial se crea sobre una Base de Datos.

Resultados: La metodología utilizada por la herramienta ha permitido a BSA la implementación de su Mapa de Procesos, desde su nivel más alto hasta las instrucciones de trabajo, en un entorno de intranet accesible a todos los profesionales.

Conclusiones: MC3-Qualigram® permite una fácil visualización, documentación y gestión de los procesos transversales de una empresa sanitaria.

P266

MÉTODO DE VALORACIÓN COMPARATIVA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLANTILLA DE UN DEPARTAMENTO

C. Fernández Barreras, F. Smilg Vidal, M. Gurri Landi, M. Remezal Solano.

Fundación Hospital de Cieja.
mremezals@insermed.com

Objetivo: Realizar un estudio de la adecuación de la plantilla del Departamento de Anatomía Patológica de nuestro hospital analizando, de forma comparativa con departamentos similares de otros hospitales del mismo nivel asistencial, las cargas de trabajo de cada trabajador.

Material y métodos: Se ha desarrollado un método de comparación de la carga de trabajo de cada miembro de la plantilla de nuestro departamento con otros departamentos similares basado en: 1. tipo de trabajador (facultativo, técnico o administrativo), 2. horas de trabajo anual por trabajador y 3) tarea realizada.

Así, se ha realizado un análisis de unidades de tiempo empleadas en otros departamentos de anatomía patológica para cada una de las tareas realizadas y se ha establecido una relación unidades de tiempo por trabajador y tarea en función de las plantillas de cada departamento.

Estos resultados han sido extrapolados a nuestra plantilla, obteniéndose así el porcentaje de trabajo realizado por nuestros trabajadores en comparación con otros hospitales y las necesidades de plantilla reales de nuestro departamento.

Resultados: El análisis de las unidades de tiempo por trabajador y tarea en tres hospitales de nuestro medio reveló cuál es el tiempo medio empleado para cada tarea en minutos por unidad de actividad. Aplicando estos resultados a nuestro departamento en función de la carga real de trabajo, resulta que para realizar nuestro trabajo actual harían falta, en comparación con cada uno de los hospitales analizados, un mínimo de 2,4 a media de técnicos/administrativos y un mínimo de 1,99 facultativos.

Esto es, considerando que la plantilla actual se compone de un especialista y dos técnicos, la sobrecarga mínima de trabajo actual sería de un 120% entre técnicos/administrativos y de un 199% entre facultativos.

Conclusiones: Se ha desarrollado un método objetivo que permite analizar la adecuación de la plantilla a la carga de trabajo y valorar el

porcentaje de actividad de cada uno de nuestros trabajadores en comparación con otros hospitales de nuestro medio, basado en unidades de tiempo empleadas para cada tarea asignada a cada trabajador.

Así, por ejemplo, los resultados obtenidos permiten afirmar que, mediante este método, las necesidades de plantilla actuales de nuestro Departamento de Anatomía Patológica están en torno a 1-2 facultativos y 1 técnico/administrativo.

P267

MODELO BASADO EN COMPETENCIAS PARA EL DESARROLLO DEL LIDERAZGO EN EL HOSPITAL DE CRUCES

M. Latorre* (0), J. A. San Sebastián (1), I. Bilbao (1), A. M. Llamas (1), V. Sánchez (1), J. J. Ballester (1).

(0) UNIDAD DE CALIDAD. DIRECCIÓN MÉDICA. HOSPITAL DE CRUCES, (1) UNIDAD DE CALIDAD. DIRECCIÓN MÉDICA.

MIKEL.LATORREGUISASOLA@osakidetza.net

OBJETIVOS: Describir los resultados de la aplicación de una herramienta de autodiagnóstico de competencias directivas que permita proporcionar ayuda al desarrollo de los directivos y de los responsables de Servicios y Unidades del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Variables de análisis: se utilizó un cuestionario adaptado en el que se describen 150 comportamientos observables, agrupados en 25 competencias, que son sintetizadas en cuatro dimensiones (estratégicas, interpersonales, personales externas y personales internas); 2. Categorías de respuesta: cada comportamiento ofrece cinco posibilidades de respuesta, seleccionándose la que se adecua mejor a la frecuencia del comportamiento en la rutina diaria; 3. Trabajo de campo: se solicitó a cada miembro del equipo directivo, responsable de servicio y de unidad la cumplimentación del cuestionario; 4. Análisis de Resultados: los resultados se expresan como el "promedio de la puntuación obtenida" en cada una de las competencias y se indica la media del grupo que participa en el proyecto; 5. Priorización: se realiza una interpretación de los resultados obtenidos utilizando dos criterios de análisis: uno de mínimos y otro de máximos.

RESULTADOS: 1. Respondieron 54 personas, entre directivos, jefes de servicio y responsables de unidad. 2. Perfil directivo: equilibrado en las dimensiones de negocio y personal interna. Las fortalezas se concentran en las dimensiones de negocio e interpersonal; mientras que las áreas de mejora se localizan en las dimensiones de negocio y personal externa. 3. Perfil jefe de servicio: equilibrado en las dimensiones interpersonal, personal externa y personal interna; las áreas de mejora se concentran en las competencias de negocio. 3. Perfil supervisora: las fortalezas se concentran en las dimensiones interpersonal y personal interna, mientras que las áreas de mejora se localizan en las dimensiones de negocio y personal externa.

CONCLUSIONES: 1. Nivel de requisitos mínimos: el 24% de los participantes alcanzan este nivel (33% del consejo de dirección, 18% de los jefes de servicio, y 23% de las supervisoras). 2. Nivel de excelencia: el 13% de los participantes alcanza este nivel (25% del consejo de dirección, 9% de los jefes de servicio, y 7% de las supervisoras). 3. Perfil deseable de competencias: a) nivel medio de 3,5 en las dimensiones de negocio, interpersonal y personal externa; b) nivel medio de 4,0 en la dimensión personal interna.

P268

NORMALIZACIÓN DEL CARRO DE PARADA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS

M. Hernández Jaras*, A. Margaleff Blas, F. Pérez Gonzalo, A. Ortiz Ramírez, N. Sebastián Poza, J. Martínez Gómez.

SUMMA 112.

vhernandez.summa@salud.madrid.org

OBJETIVO: El SUMMA-112 tiene Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios. Entre sus objetivos establece medidas de prevención, eliminación y reducción de riesgos sanitarios. Una medida propuesta fue normalizar los carros de parada de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (SU). El objetivo es presentar el nuevo carro de parada y su proceso de diseño.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.-Selección de medicamentos y productos sanitarios (M-PS) que contiene. Se adaptó el modelo SEMICYUC, considerando que serviría para cualquier situación de emergencia.

2.-Selección del soporte físico. Se realizó concurso publico, presentándose 8 licitadores. Un equipo multidisciplinar evaluó modelos presentados. Valoraron características básicas: ligero, resistente, ergonómico, fácil manejo, transporte y limpieza, espacios para aparatos electromédicos y accesorios, apertura de emergencia y cierre para evitar manipulación innecesaria. Especificas: adaptación a variedad y cantidad de M-PS y posibilidad de compartimentarlo según necesidades. Modelo seleccionado: Metro-Lifeline®.

3.- Diseño del carro: nivel superior con bandeja de tapa transparente para medicamentos, plataforma elevada de monitor ECG-desfibrilador con brazo móvil y barra para fluidoterapia. Lateral izquierdo cajón con 3 apartados para PS. Frontal, 3 cajones para PS y espacio abierto debajo. Todo lo anterior tapado y cerrado con tabla espinal. En lateral derecho, asa para transporte, espacios para botella de oxígeno y aspirador.

4.- Elaboración de instrucciones de manejo.

5.- Presentación en varias sesiones al personal sanitario.

RESULTADOS: Todos los SU disponen del mismo carro para situaciones de emergencia, presentado al personal sanitario.

Estructura básica:

Parte superior, monitor-desfibrilador Welch Allyn PIC-40 y bandeja con 21 medicamentos ordenados por grupo terapéutico, en compartimentos individuales rotulados con su denominación, a ambos lados guantes y antisépticos y caja con precintos de cierre. Cajones frontales con PS organizados por grupos, 1º: punción y administración, 2º: electrocardiografía y laringoscopios, 3º: sondas aspiración, cánulas orofaríngeas, tubos endotraqueales y fiadores, y mascarillas oxígeno terapia. Espacio inferior, fluidoterapia y balones para resucitación, adulto-infantil. Cajón lateral, compartimento superior: gases y compresas, medio: contenedor de agujas e inferior: guantes estériles.

En cada carro manual con descripción e instrucciones de reposición y gestión de caducidades de M-PS.

CONCLUSIONES: Normalizar los carros de parada de los SU es una herramienta de gestión de riesgos sanitarios que aumenta la seguridad del paciente, al conseguir que los profesionales tengan mayor conocimiento de los M-PS que contiene y su localización exacta, conllevando mayor rapidez y menor posibilidad de error en su manejo, su facilidad de transporte añade rapidez para disponer de él donde sea necesario.

P269

OPTIMIZACIÓN DEL PRESUPUESTO SANITARIO POR APLICACIÓN DE FARMACOTERAPIA ANTIINFECCIOSA INTRAVENOSA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS

J. González López, M. Tourís Lores, F. J. Martínez Bahamonde, C. Crespo Diz, M. Carreras Viñas, M. T. Chuclá Cuevas.

Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela.
 jgonlop3@yahoo.es

Objetivo: Evaluar el ahorro económico generado en el presupuesto sanitario por la aplicación de farmacoterapia antiinfecciosa intravenosa a pacientes asistidos en centros socio-sanitarios (CSS) con prestación farmacéutica concertada con el Sistema Nacional de Salud a través de servicios de farmacia del hospital de referencia (HR).

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de minimización de costes de 2 años de duración, relativo al tratamiento intravenoso antiinfeccioso en 234 pacientes geriátricos institucionalizados en 2 CSS.

Se consideró un ingreso potencial aquel episodio en el que el paciente requiriese tratamiento antibiótico intravenoso. Este criterio se escogió en base al Protocolo de Evaluación de la Adecuación (PAE) de la atención hospitalaria.

Para la estimación del número de episodios susceptibles de hospitalización, se calculó el número de tratamientos antibióticos intravenosos realizados, con una duración media/tratamiento de 7 días.

Se consideraron costes directos los costes de las estancias por aplicación de los tratamientos en los CSS y las estimadas por la aplicación de los mismos en el HR. Se utilizaron las tarifas de 45,56 euros/estancia y 450,54 euros/estancia respectivamente.

El ahorro económico generado se calculó mediante la diferencia de los costes entre las dos alternativas.

Resultados: El número de episodios susceptibles de ingreso

detectados durante el período a estudio fue de 238 (90 el primer año y 148 el segundo). El coste anual generado por los tratamientos aplicados en los CSS fue de 15.460,20 euros el primer año y 25.423,44 euros el segundo.

El coste anual estimado para estos episodios en el hospital fue de 283.840,20 euros el primer año y 468.614,44 euros el segundo.

Aplicando las tarifas por estancia correspondientes a los episodios encontrados, se obtuvo un coste anual medio para CSS y HR de 20.441,82 euros y 376.227,32 euros, respectivamente.

El coste medio por estancia generado en los CSS fue el 10,11 % del coste de una estancia hospitalaria en una unidad médica, evitando un gasto del 89,89 % por episodio tratado.

Conclusiones: La práctica farmacéutica que conlleva la utilización de farmacoterapia antiinfecciosa vía intravenosa en CSS, resulta una estrategia eficiente en la gestión de recursos sanitarios. A medida que se va consolidando el programa de atención farmacéutica, aumentan los episodios hospitalarios evitados.

Aunque el balance económico es favorable hacia la gestión asistencial de estos episodios en el entorno socio-sanitario, no debe obviarse que existen pacientes que por sus requerimientos individuales únicamente podrían ser tratados en centros de atención especializada.

Conflicto de intereses: Ninguno.

P270

OPTIMIZAR EL RECURSO CAMA HOSPITALARIA A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DE PROCESOS

L. V. García Cachafeiro, C. E. Zaragoza, F. Rodríguez Cabello, A. Artigas Ramo, R. Montero Miguel, C. Sáez Sierra.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

lgarcia.hftr@salud.madrid.org

Introducción: La espera de cama para ingresar es una de las causas principales que alargan el tiempo que el paciente permanece en urgencias contribuyendo a la saturación que los Servicios de Urgencias Hospitalarias presentan de forma generalizada. Para evitar demora a los pacientes urgentes pendientes de ingreso, es necesario actuar sobre el subproceso alta del paciente en Unidades de hospitalización Médica (UHM), de forma que mejore tiempos para disponer de camas cuando la ocupación media en UHM es superior al 95%.

Objetivo: Diseñar e implementar un subproceso para el alta del paciente en UHM que optimice el uso del recurso cama hospitalaria. **Método:** Formación y presentación de un grupo multidisciplinar que con la metodología de la gestión por procesos, identifica el proceso dentro del mapa de procesos clave del Hospital de Fuenlabrada. Seguidamente se elaboró una ficha de procesos, documentada con los protocolos, procedimientos e instrucciones pertinentes. Los indicadores para controlar el subproceso se han propuesto a partir de una medición inicial, fijando estándares en relación a ésta.

Resultado: Se diseñó un proceso para el alta del paciente en UHM, presentando como característica principal el fijar la entrada y la salida del proceso de forma que pueda realizarse la medición de indicadores a partir de la Historia Clínica Informatizada (Selene), con el fin de facilitar la evaluación y control.

Se fijó como característica fundamental de calidad del proceso el evitar demora para disponer de la cama del paciente de alta en UHM, de forma que el indicador de resultado elegido fue: "Demora para disponer de camas", definiendo demora >3h y estableciendo como estándar <30% de las camas, tras realizar una medición inicial en una muestra de 50 pacientes (marzo 2008) el 70% de las camas tardaban en quedar disponibles >5h.

Conclusión: Se evidencia la necesidad de realizar un análisis causal con la metodología de la calidad que ponga de manifiesto los puntos críticos del subproceso para conseguir mediante la introducción de acciones de mejora su control.

La metodología de la calidad consigue que a través del consenso y coordinación de los profesionales que intervienen en un proceso mejore la organización y con esto la optimización de los recursos.

P271

PLAN DE FORMACIÓN COMO TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOFÍSICA HOSPITALARIA

J. J. Castedo Sal*, J. Arjona Gutiérrez, N. Sarrión Paños, D. García Palacios, E. Sánchez-Rey Castro, A. Gil Agudo.

Hospital General de Ciudad Real.
j.j.cs@terra.es

Objetivo: Actualmente no existe formación académica de técnico especialista en radiofísica. Sin embargo los Servicios de Radiofísica y P.R. (SRFPR) necesitan técnicos con formación específica en control de calidad del equipamiento, dosimetría clínica y protección radiológica.

El objetivo es exponer el esquema de formación en radiofísica y protección radiológica y seguimiento de ésta en nuestro Servicio.

Material y Métodos: Se expone el plan de formación de técnico en radiofísica compuesto por 6 áreas formativas (control de calidad en radiodiagnóstico, control de calidad en radioterapia, control de calidad en Medicina Nuclear, dosimetría clínica en radioterapia, protección radiológica en instalaciones radiactivas y protección radiológica en instalaciones de radiodiagnóstico) estructurado cada uno en tres fases: observador, ayudante y realización supervisado por el instructor. En conjunto la formación práctica conlleva aproximadamente 900 horas prácticas apoyándose adicionalmente en seminarios teóricos.

Se describe el sistema de protocolización de actuaciones en todas las funciones del técnico de Radiofísica dando lugar a procedimientos e instrucciones de trabajos definidos como herramienta de homogeneización de actividades y de aprendizaje.

Resultados y Conclusión: Presentamos un formato para la adaptación profesional en un área en que existe un vacío formativo en los planes de estudios sanitarios actuales, consiguiendo en un tiempo adecuado el desempeño de todas las funciones propias de un técnico especialista en un SRFPR.

Como ventajas principales destacamos el establecimiento de estándares mínimos de formación para cada área, la fiabilidad de las actuaciones basada tanto en la formación reglada como los procedimientos establecidos así como la supervisión por parte del radiofísico responsable.

Palabras claves: radiofísica, formación.

P272

PLAN ESTRATÉGICO DE FORMACIÓN DEL PERSONAL Y SU DESPLIEGUE A TRAVÉS DEL PROCESO DE FORMACIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ZAMUDIO

M. López Ortiz*, F. T. Chicharro Lezcano, M. Zarate Soloeta, E. Alconada Botrán.

HOSPITAL DE ZAMUDIO.

monica.lopezortiz@osakidetza.net

Objetivos:

1.- Establecer una Política de Formación al objeto de orientar los objetivos en materia de formación de todas las categorías profesionales del hospital.

2.- Establecer un Plan de Formación alineado con los objetivos del Plan Estratégico del Hospital y para su mismo periodo de vigencia, 2007-2010.

3.- Incluir prioridades basadas en la opinión del personal del centro sobre sus necesidades de formación.

4.- Desplegar y gestionar el Plan de Formación a través de un proceso que evalúe de forma continua su eficacia.

Material y métodos: Se identificaron las áreas formativas sobre las que estructurar el Plan de Formación en función de la actividad del Hospital y los objetivos estratégicos

Se elaboraron 12 cuestionarios de identificación de necesidades formativas, diferentes para cada categoría y teniendo en cuenta las necesidades específicas de algunos servicios y las responsabilidades en gestión. Se priorizaron las áreas cuyos resultados fueran: capacidad de aplicar <3, nivel deseado >3,5 y > del nivel de conocimiento actual e interés por aplicar >4.

Finalmente, se utilizaron parrillas de priorización para determinar la importancia de los temas a incluir en el Plan de Formación, en función de los objetivos estratégicos del hospital y de las necesidades reales del personal.

Resultados:

1.- Plan de Formación estructurado en 6 áreas, 13 sub-áreas y 52 temas. Cada tema tiene determinados sus objetivos operativos, objetivos estratégicos asociados, origen de la necesidad formativa, colectivos diana, metodología de formación y plazos.

2.- Participación del 69,09% de la plantilla en la detección de

necesidades de formación.

3.- Proceso y sistema de objetivos e indicadores implantados, para la evaluación de la formación.

Conclusiones:

1.- El Plan de Formación constituye un elemento clave para la planificación, desarrollo y evaluación de la formación de todas las categorías profesionales del hospital.

2.- Permite establecer las prioridades que facilitan la realización de la programación anual de la formación.

3.- La implantación del proceso de formación permite aplicar la sistemática de mejora continua a la gestión de la formación.

P273

PLANIFICACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2000 EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE CITOSTÁTICOS

A. M. Duro Martínez, J. Aguado Martín.

Fundación Hospital, Alcorcón.

amduro@fhacorcon.es

Objetivo: planificar la implantación de la norma ISO 9001:2000 en el subproceso de elaboración de citostáticos de un servicio de farmacia hospitalaria.

Material y métodos: Análisis descriptivo del subproceso de elaboración de citostáticos planteado como una metodología de trabajo según la norma ISO 9001:2000. Se definió en las siguientes etapas:

- Identificación y definición del proceso: alcance, entrada y salida.

- Descripción del subproceso (actividades, mapa del proceso, descripción de puestos de trabajo y responsabilidades) y determinación de criterios.

- Desarrollo de documentación de actividades: procedimientos e instrucciones de trabajo y hojas de registro.

- Implantación del sistema de mejora continua.

Resultados: Se define el alcance del subproceso como toda prescripción de citostáticos; la entrada, la llegada de dicha prescripción a la farmacia; y la salida, como el producto preparado. El propietario es el farmacéutico responsable del área.

Como actividades se definieron: recepción de orden médica, validación y transcripción de datos al programa informático, creación de hoja de preparación y etiquetas, elaboración, etiquetado y acondicionamiento del producto y entrega para su distribución.

Se determinaron los siguientes criterios con un grado de cumplimiento del 100%:

- El farmacéutico validará la prescripción con relación a los protocolos existentes en el hospital.

-La preparación de medicamentos citostáticos se efectuará por personal cualificado, debidamente entrenado.

-Se dispondrá de una cabina de flujo laminar vertical tipo II B. -Existirá una hoja de elaboración con la información sobre reconstitución, dilución y vía de administración para cada citostático.

-Existirá un sistema de control que garantice la composición y dosis de la mezcla elaborada antes de la dispensación.

Para establecer el sistema de mejora continua, se plantea:

1. Seguimiento y medición del proceso estableciendo objetivos sobre indicadores dirigidos a:

- Eficiencia en la preparación: nº unidades desechadas por cambios físicos respecto nº unidades elaboradas.

- Eficiencia en la coordinación: nº de unidades desechadas o modificada la dosis tras su preparación respecto a nº unidades preparadas.

- Satisfacción de los profesionales: nº reclamaciones por las unidades preparadas respecto a nº unidades elaboradas.

2. No conformidades, acciones preventivas y correctivas.

3. Auditorías internas.

4. Control de la documentación y registro.

Conclusiones: la forma de trabajo no se ve modificada esencialmente con la implantación de un sistema de gestión de calidad, sino que establece un sistema normalizado cuyos procesos están perfectamente descritos y documentados, facilitando la trazabilidad del proceso.

P274

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA COMO GARANTÍA DE CALIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

J. Mateos Rubio, M. T. Acín Gericó, M. Fernández Arévalo, J. J. Cía Lecumberri, A. R. Rubio Salvador, P. Moya Gómez.

Hospital Virgen de la Salud.
macinger@alumni.unav.es

Objetivos: Describir los procesos de implementación de un sistema de prescripción-dispensación y administración de medicamentos vertebado sobre la prescripción electrónica asistida (PEA) en una unidad de medicina interna (UMI).

Material y métodos: Estudio descriptivo del proceso de implantación y seguimiento de un sistema integral de prescripción-validación farmacéutica-dispensación y apoyo a la administración de los medicamentos en una nueva UMI de 64 camas ubicada en distinto hospital que el Servicio de Farmacia.

Para el diseño del proyecto se definieron 4 fases:

1ª Planificación de la unidad.

2ª Adecuación del programa informático de apoyo a la PEA.

3ª Redacción de procedimientos de trabajo y desarrollo del plan de formación del personal.

4ª Atención farmacéutica presencial y seguimiento del programa.

Resultados: El proceso de organización de la UMI comenzó en septiembre de 2007 y la inauguración de la unidad fue en noviembre de 2007.

En la fase de organización del proyecto se coordinaron reuniones con los servicios implicados: equipos directivos, admisión, informática, médicos y enfermeras. Se consensuó el plan de necesidades de utillaje y personal: se asignaron 7 médicos, 1 supervisora, 20 enfermeras y 1 farmacéutico.

En la 2ª fase se implementó la aplicación ATHOS-PRISMA como sistema de PEA que permitió compartir la información en tiempo, lugar y forma desde todas las estaciones de trabajo.

El módulo de prescripción se mejora en el Servicio de Farmacia con la incorporación de alertas interactivas (alergias, duplicidades, posologías predefinidas, dosis máxima por medicamento, recomendaciones a la prescripción y administración del medicamento, etc.), así como la incorporación en pantalla de la Guía Farmacoterapéutica del hospital y el programa interactivo de intercambio terapéutico de apoyo a la prescripción.

Durante la 3ª fase se redactaron los manuales de procedimientos de trabajo y se formó a los médicos y enfermeras en el uso del PEA.

La fase de implantación y seguimiento del programa se apoyó con la incorporación de un farmacéutico en el equipo.

Conclusiones: La aplicación de las tecnologías de la información al proceso de la PEA ha permitido una clara reducción de los errores de prescripción-transcripción-interpretación y administración de los medicamentos incrementando la calidad, seguridad y eficiencia de todo el proceso farmacoterapéutico.

La rápida implementación, aceptación y explotación de la PEA por el personal la unidad deberá favorecer la ampliación del programa al resto del hospital.

P275

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS

M. Sánchez Fernández*, M. J. Esteban Zarraoa, E. Balzategi Garay, M. Usandizaga Uranga, A. Masie Mebuy, A. Eguskiza Ortega.

Hospital Alto Deba. Mondragon, Gipuzkoa.
miguel.sanchezfernandez@osakidetza.net

Objetivos: Una de las características que definen a los Servicios de Urgencias es la variabilidad en las cargas de trabajo, siendo imposible de prever la presión asistencial real, siendo esta a demanda del paciente o del personal sanitario que decide realizar una derivación al Servicio de Urgencias. Pretendemos analizar el origen de los pacientes que acuden a nuestro Servicio de Urgencias, estableciendo un sistema que permitiera monitorizar el origen de los pacientes, todo esto enmarcado dentro de la implantación de un sistema de gestión por procesos, como sistema de mejora continua que permite detectar las posibles ineficacias a fin de establecer acciones correctoras.

Material y Métodos: Se estableció un sistema de registro informático

basado en los datos obtenidos a partir del AS 400, programa informático de gestión administrativa de pacientes, realizándose un estudio y registro mensual del origen de las cargas de trabajo, incluyéndose los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias entre el 1/1/2007 y el 31/12/2007.

Resultados: Se han incluido 32150 pacientes (incluidos pediátricos) de los cuales, 26432 (82,21%), acudieron al Servicio por iniciativa propia, con una variabilidad mensual que oscila entre el 79,9% en Agosto al 83,6% en Enero. Desde Atención Primaria, se enviaron 2656 pacientes (8,25 % del total), siendo los meses de Noviembre y Diciembre los meses en los que mayor número de derivaciones se realizaron con un total de 9,52%.

177 pacientes (0,55%) acudieron para revisión, citados por la propia Urgencia o por algún especialista del propio centro. 78 pacientes (0,34%) acudieron remitidos desde consultas externas del propio centro o de otro hospital. 2504 pacientes (7,78%) fueron enviados a Urgencias tras ser valorados por un médico, bien desde el domicilio del paciente, tras la realización de una consulta telefónica o tras la asistencia recibida en el PAC (Punto de Atención Continuada).

En 124 casos (0,38%) no se pudo establecer el origen de procedencia.

Conclusiones: 1.El principal flujo de pacientes que acuden a nuestro lo hacen por iniciativa propia, siendo importante la educación sanitaria de la población para regular este flujo de pacientes. 2.La carga de trabajo que para nuestro Servicio supone las derivaciones que se realizan desde Atención Primaria, suponen una pequeña parte del total, aunque es el flujo sobre el que más fácilmente se puede trabajar a fin de optimizar la decisión de derivación.

P276

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE UN ÁREA SANITARIA

A. Miquel Gómez, M. Cantero Caballero, J. Martín Fernández, B. Gutiérrez Teira, M. C. De Hoyos Alonso, P. Domenech Senra.

Gerencia Área 8 Atención Primaria.
amiquel.gapm08@salud.madrid.org

Objetivos:

1. Establecer el procedimiento para la evaluación de proyectos de investigación de un área sanitaria.

2. Promover la investigación en el área, apoyando al investigador y a la mejora del proyecto.

Material y métodos: En reuniones de la Comisión de Investigación del Área se elabora un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT), de aplicación a los proyectos de investigación que vayan a ser realizados en el Área 8 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

Se determina el alcance, las referencias y las consideraciones previas y se definen el desarrollo, los recursos y las responsabilidades.

Se establece la evaluación del propio PNT y se elabora una lista guía para la evaluación de cada proyecto.

Resultados: Queda elaborado el procedimiento y establecido el circuito que se seguirá para la evaluación de los proyectos de investigación del Área.

Se determina el método de selección de los evaluadores.

Al mismo tiempo se establecen los requisitos para la solicitud de evaluación de un proyecto de investigación, considerando si son remitidos por profesionales del Área, otras instituciones u organismos o si son ensayos clínicos.

Conclusiones:

- El establecimiento de un procedimiento concreto para la evaluación de proyectos de investigación unifica las actuaciones y facilita la labor previa de los investigadores a la hora de poner en marcha su proyecto.

- El procedimiento permite documentar esta evaluación y garantizar las condiciones de igualdad para todos los investigadores.

- El resultado de la evaluación del proyecto puede aportar mejoras al mismo.

- La evaluación del propio procedimiento permite hacer el seguimiento de esta actividad de la Comisión de Investigación y corregir posibles desviaciones en cuanto a demora en la contestación de solicitudes.

P277

PROCESO ASISTENCIAL DEL ENFERMO POLITRAUMATIZADO, INICIO DE MEJORA DE CALIDAD MEDIANTE GESTIÓN DE PROCESOS

M. A. Javierre Loris, J. M. Artigas Marín, R. Cerdán Pascual, C. Cassinello Ogea, A. Utande Vázquez, B. Vicente De Vera Bellostas.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
marianjavierre@comz.org

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.

SITUACIÓN DE PARTIDA: 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.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: En primer lugar se ha desarrollado en nuestro hospital formación específica en gestión de procesos con orientación personalizada al grupo que empieza su andadura formado por miembros de las diferentes áreas que más frecuentemente se ven implicadas en el proceso de asistencia del politraumatizado: Atención prehospitalaria, Urgencias, Radiología, Cirugía, Anestesia y Traumatología.

Nos encontramos ahora en la descripción del proceso inicial de asistencia identificando los procesos clave, la formulación de preguntas relevantes y cuantificando recursos previo al desarrollo del proceso.

De los distintos elementos que intervienen en el proceso, estamos desarrollando en este momento:

1. Definición global del proceso con su definición funcional, sus límites: (entrada, marginal, final) y el responsable del proceso en nuestro caso el área de urgencias por ser el área de asistencia integral facilitadora de organización del resto de subprocesos y profesionales implicados.
2. Destinatarios y objetivos con los destinatarios y expectativas del proceso y el flujo de salida.

Iniciamos ahora los subprocesos definidos para cada área identificando cinco subprocesos diferenciados:

Subproceso 1: Manejo en área de urgencias.

Subproceso 2: Pruebas diagnósticas.

Subproceso 3: Actividad-reanimación anestésica previa a cirugía

Subproceso.

4: Actividad quirúrgica.

Subproceso 5: Manejo en área de cuidados críticos-intensivos.

Con la representación gráfica y los diagramas de flujo del proceso. Como última fase del diseño antes de su implantación nos quedaría seleccionar los indicadores del proceso para la evaluación posterior de los cambios generados.

Al tratarse de un resumen con límite de palabras, nos ha resultado imposible describir completamente nuestra propuesta metodológica y la documentación generada hasta el momento del proceso.

P278

PROCESO PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

M. De La Cal López, H. Rebollo Rodrigo, F. M. Antolin Juarez, V. Brugos Llamazares, J. Rosselló Urgell, J. R. Mozota Ortiz.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
mcal@humv.es

OBJETIVOS: Analizar la evolución de los resultados de calidad del proceso asistencial de la vacunación de pacientes candidatos a trasplante de hígado y pulmón, pacientes esplenectomizados, en el Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla", por parte del Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente.

Se evalúa la efectividad y cobertura del proceso y la satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: En septiembre de 2007 se pone en marcha una nueva estrategia de gestión del proceso de vacunación en pacientes inmunocomprometidos, que venía realizándose en el servicio desde hace unos años.

Mediante un programa por el cual se definen los pacientes a los que aplica, la misión, el límite inicial y final, las actividades, se abre una agenda de tareas en el programa SUN1 del hospital, de manera que todos los pacientes nuevos quedan registrados en su base de datos. Se elaboraron indicadores para medir la efectividad y la satisfacción del paciente mediante una encuesta.

Durante el período comprendido entre el 15 de septiembre de 2007 y 31 marzo de 2008 se realiza un estudio descriptivo midiendo los indicadores de efectividad, cobertura del programa en pacientes trasplantados de pulmón e hígado y esplenectomizados y la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

RESULTADOS: La efectividad y cobertura de los trasplantes hepático y pulmonar ha sido superior al 100%, ya que algunos pacientes fueron vacunados antes de entrar en protocolo para trasplante y luego no se incluyeron en el mismo. La efectividad de la vacunación en pacientes esplenectomizados ha sido del 50%.

El 87% conocían el nombre del médico, el nombre de la enfermera 65,6%; respecto al ítem de cómo se valora la información recibida el 74% respondió que muy buena y 26% como buena; en el ítem como se valora la atención recibida en el servicio el 86,5% la consideró muy buena y el 13,5% la consideró buena; en el ítem de si saben a quien dirigirse en caso de dudas el 94,8% respondió que si.

CONCLUSIONES: La implantación de esta estrategia de gestión, permite conocer la situación que estaba viviendo el servicio, respecto a la cobertura, efectividad y satisfacción de los pacientes vacunados. Permite, además, conocer las áreas susceptibles de mejora en la atención que los pacientes reciben.

P279

PROYECTO DE AUTOMATIZACIÓN DEL REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFÍAS DEL PROGRAMA DEPRECAM EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA OMI-AP EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

M. Bayón Cabeza, M. V. Ramírez Alesón, J. Jiménez Carramiñana, M. P. Regules Azuara, S. Garrido Elustondo, A. M. Carnicero Sanz.

Gerencia Area 7 Atención Primaria.
mbayon.gapm07@salud.madrid.org

Objetivos: General: Asegurar el registro de los resultados de las mamografías del Programa DEPRECAM en la Historia Clínica OMI-AP (HC). Específicos: Sistematizar el proceso de volcado de la información y mejorar la Cobertura del Servicio de Cartera Diagnóstico precoz del Cáncer de Mama.

Material y métodos: El Período de actuación coincide con el inicio de gestión de la base de datos DEPRECAM (BD) en el Área: 15/03/06. El proceso automático se inicia en septiembre 2007. Las variables utilizadas son el grado de mamografía (Birads) y la cobertura. El proceso se desarrolla en dos fases, un volcado inicial del total de la información registrada y otra de volcados mensuales a través de la Plataforma de acceso a OMI. La información insertada se visualiza en HC como DGP "grado de mamografía" a través del "Protocolo Cáncer de Mama" y del "Episodio de Actividades Preventivas". Para evitar duplicidad de registros, se obvia la inserción del DGP en las HC en las que figura un registro en los 60 días anteriores. Previo al volcado se realiza la evaluación del Servicio de Cartera. Durante los 6 meses posteriores a la puesta en marcha se sigue el proceso con el fin de evaluar su eficacia.

Resultados: Volcado inicial: El 99,2% de las mamografías realizadas tenían resultado en la BD, de ellos el 64,5% se insertaron correctamente en las HC. El 31,3% ya estaban registradas y el 4,2% restante no se insertó por errores relacionados con el CIAS del médico (20%), el CIP de la usuaria (32%), el grado Birads (10%) o usuaria desconocida (34,5%). Tras esta intervención la cobertura se incrementó 5,3 puntos. Volcados periódicos. El 82% de los resultados registrados en el seguimiento se insertaron correctamente, el 10% estaban registrados. El 8% no se insertó por usuaria desconocida (60%), proceso incorrecto (22%), CIAS (8%), CIP (7%) y Birads erróneos (4%).

Conclusiones: El registro de los resultados de las mamografías del DEPRECAM en la HC se ha asegurado en más del 90%. Hasta su puesta en marcha sólo se registraban un 30%. La consolidación del proceso de volcado sistematizado y su eficacia se han comprobado a lo largo los 6 meses de seguimiento. La cobertura del Servicio de Cartera se ha incrementado considerablemente, superando en 7,1 puntos el valor alcanzado en la evaluación del año anterior. Queda

trabajo para mejorar los resultados especialmente en relación con la captación de mujeres, que no han recibido el Servicio.

P280

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE LAS CITAS FORZADAS EN UN CENTRO DE SALUD

S. López Cotón, B. Brusint Olivares, B. Jerez Basurco, R. Cabral Rodríguez, M. D. Martín Álvarez, C. García Cubero.

C.S. LOS ALPES.

slopezcoton@yahoo.es

OBJETIVO: Implantar un proyecto de mejora de la gestión de las citas forzadas mediante el estudio de sus causas, desarrollando un plan de actuación y aplicando medidas correctoras.

METODO: Se formó un equipo de trabajo compuesto por 20 profesionales del Centro entre los médicos, enfermería y administrativos. Constituido el grupo se estableció un calendario de reuniones sucesivas en las que inicialmente se definió el problema, mediante lluvia de ideas se identificaron las posibles causas y se clasificó por grupos diseñando un diagrama de causa-efecto (ISHIKAWA). Posteriormente se analizaron las causas surgidas en el diagrama y dentro de ellas se priorizaron las más importantes, se seleccionaron medidas correctoras y se realizó un plan de acción que se comunicó al resto del equipo para finalmente implantarlo.

RESULTADOS: Las causas detectadas son reagrupadas en cuatro: usuarios, profesionales (con dos subgrupos, la unidad administrativa (UNAD) y los médicos), organización y estructura. La falta de educación sanitaria de los usuarios, la complacencia por parte de la UNAD, la mala organización de las citas concertadas por los médicos, la ausencia de criterios uniformes en la organización de estos pacientes, la infrutilización del proceso de derivación médico-enfermería, así como los defectos en la estructura de la agenda y el gran volumen de citas telefónicas, fueron las causas consideradas prioritarias. Del análisis de dichas causas se establecieron las siguientes medidas correctoras: distribución a los usuarios de tríptico informativo sobre el tema, implantación del circuito paciente "sin cita" enviado por la Dirección del Área y adaptado a nuestro EAP, realización de sesión informativa para los miembros del Equipo sobre el proceso de atención a estos pacientes, potenciar la utilización del proceso de derivación médico-enfermería, gestionar de forma más adecuada las llamadas recibidas en el Centro y la reestructuración de la agenda en una agenda de calidad apropiada a las necesidades de nuestro Centro.

CONCLUSIONES: Gracias a un análisis detallado por parte de gran parte de los miembros de un Centro de Salud, se han establecido las causas principales de un problema, y se ha implantado un proyecto de mejora común para todos que ayude a una mejora de la gestión de las consultas.

P281

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE ADMISIÓN

P. Fernández Rodríguez, I. Villa Ruiz, C. Lapeña Ortega, C. Girabent Careta, J. Herrero Manso.

USP Hospital San Camilo.

paloma.fernandez@usphospitales.com

OBJETIVO:

- Mejorar la gestión de las camas a partir de la protocolarización del servicio junto con la implicación y colaboración activa del personal sanitario (facultativos y enfermería).
- Disminución de tiempos de espera para ingresar.
- Disminución de quejas y reclamaciones.
- Optimización de la actividad de quirófano.

MATERIALES Y METODOLOGÍA: A partir del análisis del procedimiento de Admisión (funcionamiento del servicio, resultados de encuestas, incidencias, quejas y reclamaciones) se plantea un proyecto liderado por la Dirección basado en cambios en la gestión de la admisión:

1. Incorporación del formulario "Solicitud de Cama y/o Quirófano". Gracias a este documento donde se recopila información de los pacientes que van a ingresar en un día en concreto. Permite crear un canal de información entre los facultativos y admisión, teniendo este último la información de los ingresos en días sucesivos.
2. Citación para el ingreso de los pacientes por parte del personal de admisión. Anteriormente la citación se realizaba por parte de los

facultativos para los que no existía restricción o limitación horaria en la citación lo que generaba cúmulos puntuales de paciente en la admisión. El personal de admisión dosificará la entrada de los pacientes.

3. Inclusión del módulo informático de "Prerreserva". Gracias a la información previamente cedida por el médico, se pueden realizar reservas de camas para los futuros ingresos. De este modo, rápida y eficazmente se podrá obtener la información de los ingresos para un día determinado.

4. Agilizar las altas mediante un nuevo protocolo de "Previsión de altas". El facultativo deberá de dejar constancia del día y la hora de alta del paciente, que junto con la información de los ingresos nos permiten optimizar al máximo la gestión actual de las camas.

5. Comunicación y formación del personal. Se realizan jornadas formativas, comunicados internos e instrucciones para el personal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- Incremento en la calidad percibida del servicio de admisión.
- Mejora en la comunicación entre facultativos y personal de admisión.
- Disminución significativa de las incidencias: altos tiempos de espera innecesaria, desconocimiento por parte del servicio de admisión.
- Optimización de la actividad en quirófanos y servicio de hospitalización.

La mejora del servicio ha supuesto un avance en la gestión y una mejora de la relación con pacientes y de la calidad percibida por los mismos.

P282

SATISFACCIÓN DE LOS INVESTIGADORES CON EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ARAGÓN (CEICA)

M. González Hinjos, J. Perfecto, J. Puzo, Grupo De Trabajo Ceica, C. Aibar Remón.

Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.

mgonzalezh.ceic@aragon.es

OBJETIVOS: El objetivo es evaluar la satisfacción de los investigadores principales de proyectos de investigación (PI), excluyendo los ensayos clínicos, con el funcionamiento del CEICA durante los tres últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de las encuestas de satisfacción realizadas a investigadores de PI durante los años 2005, 2006 y 2007, en el marco del Sistema de Gestión de Calidad implantado en el CEICA según la Norma ISO 9001:2000.

Se diseñó una encuesta de 9 preguntas, categorizadas según escala de Likert, sobre distintos aspectos del funcionamiento del CEICA. Se valora el grado de satisfacción asignando a cada ítem una puntuación de 1 al 5 (1 mínima y 5 máxima).

En los tres años la encuesta se remitió por correo electrónico a los investigadores principales que habían remitido PI al CEICA durante el último año realizándose un segundo envío de recuerdo.

Se analiza el porcentaje de respuesta y el nivel de satisfacción global, calculado a partir de la media de los porcentajes de las puntuaciones de cada una de las preguntas, comparando la media de satisfacción global obtenida para cada año. El análisis estadístico se realiza con SPSS versión 15.0 y test ANOVA para comparación de medias.

RESULTADOS: El porcentaje de respuesta obtenido fue 29%, 36% y 41% para los años 2005, 2006 y 2007, respectivamente.

En los tres años sucesivos el porcentaje de investigadores que se declararon muy satisfechos con el funcionamiento general del CEICA fue del 62%, 70% y 64% ($p > 0,05$); los que declararon tener un grado de satisfacción media fueron el 19%, 19% y 15% ($p > 0,05$) mientras que el 19%, 11% y 21% ($p > 0,05$) declararon un bajo nivel de satisfacción.

Los mayores niveles de satisfacción han correspondido a ítems relacionados con la amabilidad del CEICA y el menor grado de satisfacción se ha referido para la agilidad en la evaluación de PI.

CONCLUSIONES: El aumento en el porcentaje de respuesta es positivo puesto que conocer la opinión de otros agentes implicados en la investigación es fundamental para conseguir una mejora de los procesos.

Si bien las diferencias no son estadísticamente significativas se observa que existe un margen de mejora, especialmente entre los que se declaran menos satisfechos. Las medidas adoptadas tras el análisis de estos resultados se han encaminado a simplificar los procedimientos de trabajo relativos a PI y a realizar actividades

formativas dirigidas al personal investigador.

P283

SATISFACCIÓN DE LOS PROMOTORES DE ENSAYOS CLÍNICOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ARAGÓN (CEICA)

Á. Idoipe Tomás, A. Prados, S. Torrente, Grupo De Trabajo Ceica, C. Loris Pablo.

Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.

ceica@aragon.es

OBJETIVOS: El objetivo es evaluar el grado de satisfacción de los promotores de ensayos clínicos con el funcionamiento del CEICA durante los tres últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de las encuestas de satisfacción realizadas a promotores de ensayos clínicos durante los años 2005, 2006 y 2007, en el marco del Sistema de Gestión de Calidad implantado en el CEICA según la Norma ISO 9001:2000.

Se diseñó una encuesta de 9 preguntas, categorizadas según escala de Likert, sobre distintos aspectos del funcionamiento del CEICA. Se valora el grado de satisfacción asignando a cada ítem una puntuación de 1 al 5 (1 mínima y 5 máxima).

En los tres años la encuesta se remitió por correo electrónico a promotores de ensayos clínicos que habían tenido contacto con el Comité durante el último año realizándose un segundo envío de recuerdo.

Se analiza el porcentaje de respuesta y el nivel de satisfacción global, calculado a partir de la media de los porcentajes de las puntuaciones de cada una de las preguntas, comparando la media de satisfacción global obtenida para cada año. El análisis estadístico se realiza con SPSS versión 15.0 y test ANOVA para comparación de medias.

RESULTADOS: El porcentaje de respuesta obtenido fue 23%, 28% y 32% para los años 2005, 2006 y 2007, respectivamente.

En los tres años sucesivos el porcentaje de promotores que se declararon muy satisfechos con el funcionamiento general del CEICA fue del 70%, 88% y 81% (diferencias estadísticamente significativas entre 2005 y 2006, $p < 0.05$); los que declararon tener un grado de satisfacción media fueron el 23%, 9% y 15% (diferencias estadísticamente significativas entre 2005 y 2006, $p < 0.05$), mientras que el 7%, 3% y 4% declararon un bajo nivel de satisfacción ($p > 0.05$). Los mayores niveles de satisfacción han correspondido a aspectos relacionados con la amabilidad y fácil contacto con el CEICA y el ítem con menor grado de satisfacción fue la agilidad con que se resuelven las cuestiones planteadas.

CONCLUSIONES: El aumento en el porcentaje de respuesta es positivo puesto que conocer la opinión de otros agentes implicados en la investigación es fundamental para conseguir una mejora de los procesos.

Tanto el nivel de satisfacción global de los promotores como su evolución en el tiempo se consideran aceptables. En 2006 se simplificaron y clarificaron los procedimientos de trabajo del CEICA lo que probablemente contribuyó al aumento significativo de la satisfacción global de los promotores.

P284

SEGURIDAD EN EL LABORATORIO ¿CONOCEMOS NUESTROS RIESGOS?

M. R. Sánchez Navarro, A. Gómez Román, S. Blanco Martín, M. Cantal Sánchez, D. Guillot Giménez, D. Pascual Reguera.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

mr.sanchez.ssipa@juntadeandalucia.es

Objetivo: Con el fin de dar cumplimiento al decreto, RD 39/1997, que regula la Prevención de Riesgos Laborales, hemos elaborado un esquema, en formato póster, con el subtítulo "resumen breve de un decreto extenso" con el objetivo de dar a conocer de una forma sencilla y didáctica los riesgos inherentes al trabajo en el laboratorio, y la necesidad de adoptar medidas preventivas para evitarlos.

Material y métodos: Se realiza un póster informativo con ilustraciones y el contenido siguiente.

EVALUACIÓN DE RIESGOS LABORALES: proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse obteniendo la información necesaria para adoptar las medidas preventivas adecuadas.

1. Análisis del Riesgo:

-Identificación del riesgo: ¿Existe fuente de daño? ¿Quién puede ser dañado? ¿Cómo puede ocurrir el daño? Lista de riesgos.

-Estimación del riesgo, probabilidad y consecuencias.

2. Valoración del riesgo: se emite juicio sobre la tolerabilidad del riesgo: trivial, tolerable, moderado, Importante, Intolerable. Si no es tolerable hay que Controlar el riesgo.

3. Gestión de riesgos: proceso conjunto de Evaluación y Control de riesgo.

4. Controlar el riesgo:

-Preparar plan de control de riesgo.

-Revisión periódica del plan de seguridad.

5. Registro: la evaluación del riesgo ha de quedar documentada.

CLASIFICACIÓN DE AGENTES BIOLÓGICOS (RD 664/97). Describimos la clasificación de los 4 grupos de agentes biológicos en función del riesgo de infección y los pictogramas aprobados por la OMS.

NORMAS DE SEGURIDAD. Para prevenir posibles accidentes hay que interponer una serie de "barreras".

-Barreras primarias: localizadas en torno al origen del riesgo.

-Barreras secundarias: localizadas en torno al trabajador.

-Barreras terciarias: localizadas alrededor del laboratorio.

PICTOGRAMAS.

Resultados y conclusiones: El esquema, sencillo y práctico, se ha colocado en la pared para dar a conocer a todo el personal del laboratorio, el conocimiento básico de la normativa sobre prevención de riesgos.

Se ha facilitado información elemental, sobre la identificación, estimación y control de riesgos, así como de las medidas individuales y colectivas a tener en cuenta para la prevención de accidentes

P285

SEGURIDAD RADIOLÓGICA DEL PACIENTE EN TERAPIA METABÓLICA

D. M. Coello López De La Osa, I. Jiménez Carmona, E. Sánchez-Rey Castro, A. M. García Vicente, R. P. Sánchez González, N. Sarrión Paños.

SESCAM / Hospital General de Ciudad Real.

agila@sescam.jccm.es

OBJETIVO: El Hospital General de Ciudad Real inició su andadura en noviembre de 2005 iniciándose con tratamientos metabólicos con yodo 131, isótopo emisor de radiaciones ionizantes, en marzo de 2006.

Los departamentos involucrados en terapia metabólica son el Servicio de Medicina Nuclear, el personal de planta de hospitalización de Oncohematología y el Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica. Para la implantación de esta modalidad de tratamiento nos hemos encontrado con la dificultad añadida de la turnicidad a que está sometido el personal de la planta de Oncohematología, principalmente enfermeras y auxiliares. Por ello ha sido necesaria la protocolización de actividades entre los diferentes departamentos y el seguimiento de éstas, así como la formación en esta disciplina en la que no existía experiencia previa

El objetivo es describir la sistemática a seguir en el tratamiento al paciente en Terapia Metabólica con Yodo 131, desde su llegada, ingreso en la habitación, alta radiológica y tratamiento de material contaminado hasta su evacuación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Al tratarse de un tratamiento con radiaciones ionizantes, con objeto de la protección de profesionales y familiares, se dispone de dos habitaciones blindadas con dispositivos automáticos de almacenamiento de residuos líquidos y sistemas de almacenamiento de residuos sólidos.

Estas habitaciones disponen de circuitos cerrados de TV así como monitores de radiación ambiental para evitar posibles incidentes/accidentes radiológicos.

La instrumentación de medida de la radiación se compone de detector de contaminación superficial, detector de radiación ambiental y dosímetro de lectura directa.

Se expone el procedimiento establecido desde que se le administra al paciente la cápsula de I-131 hasta el alta de éste con objeto de que las actuaciones estén perfectamente coordinadas al intervenir personal de diferentes departamentos del Hospital.

RESULTADOS: Se exponen los registros generados durante cada una de las etapas y que garantizan el seguimiento de las normas de seguridad del paciente.

Se presenta el resultado de los indicadores establecidos para estos procedimientos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Dado la multidisciplinariedad de los tratamientos metabólicos, es muy conveniente el establecimiento de circuitos de comunicación y procedimientos específicos de actuación con el objeto de minimizar el riesgo de irradiación tanto a familiares como a profesionales.

Se hace imprescindible por tanto la participación activa de todos los estamentos involucrados.

P286

SUBPROCESO ORGANIZATIVO PARA EL INGRESO DE PACIENTES URGENTES

L. V. García Cachafeiro, F. Rodríguez Cabello, C. E. Zaragoza, J. Cánora Lebrato, C. Jiménez Nuevo, G. Velasco Zamorano.
 Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

lgarcia.hflr@salud.madrid.org

Introducción: Las causas evidenciadas por diversos estudios, por las que los pacientes permanecen más tiempo en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) es el requerir ingreso hospitalario y la espera para la realización de pruebas complementarias.

Objetivo: Diseñar un subproceso para ingresar pacientes urgentes en Unidades de Hospitalización Médica (UHM) que evite demora.

Método: Formación y presentación de un grupo multidisciplinar que con la metodología de la gestión por procesos, identifica el proceso dentro del mapa de procesos clave del Hospital de Fuenlabrada. Seguidamente se elaboró una ficha de procesos, documentada con los protocolos, procedimientos e instrucciones pertinentes. Los indicadores para controlar el subproceso se han propuesto a partir de la bibliografía, fijando estándares en relación a la medición inicial del proceso. Finalmente, se concluyó con un análisis causal del problema de demora que tienen los pacientes para ingresar (espina de pescado/ encuesta de opinión/Pareto) definiendo áreas de mejora.

Resultado: Se diseñó el subproceso, presentando como característica el fijar la entrada y la salida de forma que puedan medirse los indicadores a partir de la Historia Clínica Informatizada (Selene), con el fin de facilitar la evaluación y control.

La característica fundamental de calidad del proceso es evitar demora al paciente en Urgencias para ser ingresado, de forma que el indicador de resultado elegido según la bibliografía fue: "tiempo de demora para el ingreso", fijando como demora >6h y estableciendo como estándar <30% de los pacientes. Tras realizar una medición inicial en una muestra de 50 pacientes (marzo 2008) el 70% de los pacientes esperaban >6h.

El análisis causal de la demora, evidencia que el punto crítico del proceso está en la disponibilidad de cama en UHM, proponiendo como acción de mejora el diseño de un proceso para el alta del paciente en UHM.

Conclusión: Para controlar el subproceso de ingreso y evitar demora a los pacientes urgentes pendientes de cama, es necesario actuar sobre el subproceso alta del paciente en UHM, mejorando así tiempos para disponer de camas cuando la ocupación media en UHM es superior al 95%.

La metodología de la calidad consigue que a través del consenso y coordinación de los profesionales que intervienen en un proceso mejore la organización como una posible solución a la actual sobresaturación se los SUH.

P287

EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN RADIOLOGÍA (CMIR). INSTRUMENTO DE GESTIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA

I. González Álvarez*, M. García Pérez, J. A. Gómez, J. López Moreno, J. López Romero, M. F. Lorente Fernández.

HOSPITAL U. SAN JUAN.

gonzalez_isa@gva.es

Objetivos: Obtención automática y on-line de los resultados de los indicadores clave del Servicio de Radiología y desarrollo de una estrategia de mejora continua de los procesos del Servicio.

Material y Método: el ámbito abarca todos los procesos y subprocesos del servicio. El CMIR se integra de forma automática en el aplicativo Orion-RIS. Es una aplicación Web con clientes ligeros y arquitectura J2EE corporativa. La construcción del CMIR se llevó a cabo en diferentes fases, basándonos en la Misión y Visión del Servicio, se

definieron los objetivos estratégicos del Servicio de Radiología, en una segunda fase se realizó una selección de indicadores y en la tercera se llevó a cabo un plan de implantación que incluye la formación del personal en la recogida de datos. Se ha realizado un diseño personalizado y en la página de inicio aparece la información más relevante. Para la construcción del CMIR se ha pasado de la recolección manual a la automática en el sistema informático a través del RIS (Sistema de información radiológico).

Resultados: El CMIR proporciona a diario información sobre los tiempos de espera en las diferentes secciones, los indicadores centinela, la productividad del Servicio y, las sugerencias, reclamaciones y felicitaciones. El resultado del resto de indicadores se recoge de forma automática y periódicamente para su análisis posterior.

Conclusiones: El CMIR ha constituido un sistema de gestión que nos ha permitido traducir la misión, la visión y la estrategia en objetivos e indicadores. Se necesita un plan de formación para todos los profesionales del Servicio en la recogida automática de datos. La recogida de los datos en el sistema facilita el análisis posterior y supone un ahorro de tiempo. Los profesionales y la Dirección del Centro disponen de información de los resultados de los indicadores en su puesto de trabajo. La obtención de información instantánea permite tomar decisiones inmediatas y avanzar en la mejora continua.

P288

VALORACIÓN DE LA AUTOCITA EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA CONSULTA

M. D. C. Sobrados Ferradal, L. C. Rodríguez García, M. Beamud Lagos, G. Mora Navarro, M. J. Gil De Pareja, M. S. Ochandorena Juanena.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 11 MADRID.

csobradosf.gapm11@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Conocer el nivel de autocita en las agendas de los profesionales de los Centros de Salud (CS) de Atención Primaria (AP) y su relación con la presión asistencial (PA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal, realizado en un Área de Salud.

Del total de 600 agendas de médicos de familia (MF) y pediatras y 445 de enfermeras, gestionadas por el Departamento de Sistemas de Información se obtuvo mediante sentencias SQL las dos variables principales: el porcentaje de autocita media (AM) (sobre el total de consultas concertadas) y la PA media (PAM) (consultas/día) de los 34 CS, durante cuatro meses. Se describieron las variables mediante media y desviación estándar (DE) y se compararon mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r) y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

RESULTADOS: El porcentaje de AM de los MF de los CS del Área es 13.99 (DE 4.95), enfermeras 49.91 (DE 11.91) y pediatras 10.25 (DE 4.18). La PA de los MF es de 43.6 (DE 5.47), de las enfermeras 21.04 (DE 2.43) y de los pediatras 32.84 (DE 8.67) respectivamente. La correlación entre autocita y PA de los CS es en MF 0.08 (-0.26-0.41), en enfermería 0.036 (-0.31-0.37) y en pediatría -0.19 (-0.50-0.15).

CONCLUSIONES: Existe un bajo nivel de autocita por parte de los profesionales sanitarios de los CS de AP, con una alta dispersión entre CS.

No se evidencia correlación entre el nivel de autocita y la presión asistencial de los CS en ninguna de las 3 categorías profesionales, a pesar de considerarse una herramienta de gestión de la demanda según algunos expertos.

Sería conveniente diseñar estudios con otras variables relacionadas con la utilización de las consultas en AP.

P289

VÍA CLÍNICA DEL PARTO

M. Gómez Santillana, D. García Fernández, M. D. M. Romero Duro.
 Hospital Virgen de la Luz.

marg@sescam.org

INTRODUCCIÓN: El plan de calidad del SESCOAM del año 2007 establece como objetivo prioritario la realización de una vía del parto eutócico, con el fin de disminuir la variabilidad existente y aumentar la satisfacción de las madres.

OBJETIVO: Desarrollar, implantar y evaluar la vía clínica del parto eutócico (VCP) en el Hospital Virgen de la Luz.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para el desarrollo de la VCP se realizó en Junio de 2006 un taller formativo dirigido al personal del Servicio de Obstetricia. Posteriormente se diseñaron los documentos de la VCP mediante revisión bibliográfica y el consenso de todos los profesionales implicados en el proceso. La aprobación de la vía se llevó a cabo en Comisión de Dirección. Para su difusión se hizo una presentación en sesión hospitalaria (Diciembre 2006).

Los documentos de que consta la VCP son los siguientes: Para los profesionales: matriz científico técnica, hoja de verificación y tratamiento, hoja de variaciones e indicadores de evaluación. Para las pacientes: encuesta de satisfacción, pictograma informativo y folleto de recomendaciones al alta.

La implantación de la VCP se llevó a cabo en Marzo de 2007. En Junio se realizó un estudio piloto de la vía.

RESULTADOS: Los indicadores de evaluación utilizados son de cobertura, de cumplimiento de la estancia, de la efectividad de la atención clínica, de los efectos adversos, de las variaciones de la vía, de la cumplimentación de los documentos y, por último, de la calidad percibida por las mujeres atendidas.

CONCLUSIONES: Mediante la vía clínica del parto eutócico hemos establecido un plan global de atención a las mujeres atendidas en nuestro hospital y esto ha supuesto promover la seguridad, la satisfacción y la eficiencia dentro de un programa de mejora del SESCAM.

P290

EL SEMÁFORO AMBIENTAL: CUADRO DE MANDO DE CALIDAD AMBIENTAL

O. Nadal Castan (1), M. J. Planas* (2), M. Jabalera Contreras (2), G. Puche Rubio (3).

(1) Dirección de Ingeniería (2) Dirección de Planificación y Calidad (3) Dirección de Enfermería Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona.
onadal@hsjdbcn.org

OBJETIVO: Facilitar a la Dirección del centro la información necesaria y suficiente para que pueda valorar y tomar decisiones respecto a la evolución de la calidad ambiental.

MATERIAL Y MÉTODOS: La metodología seguida consta de las siguientes fases:

1. Aplicación de indicadores de calidad ambiental específicos de las áreas que generan un mayor impacto ambiental. Estos indicadores han sido cuantificados y consensuados con los diferentes responsables afectados. Para la recogida de los datos se han diseñado registros específicos.

2. Elaboración de un cuadro de mando de calidad ambiental: Semáforo ambiental. Este cuadro dirigido a la Dirección se ha diseñado de tal manera que su interpretación sea fácil y rápida, dotándolo sólo de los datos relevantes para garantizar la toma de decisiones. Este cuadro dispone también de los datos económicos asociados.

3. Revisión periódica por la Dirección. Trimestralmente, coincidiendo con alguna de las reuniones programadas de Dirección, se presenta el cuadro de mando de calidad ambiental para que se pueda evaluar su contenido y tomar las acciones pertinentes.

4. Establecimiento de objetivos cuantificables e incentivados de mejora de la calidad ambiental. Las áreas de mayor impacto ambiental disponen de objetivos incentivados al respecto.

RESULTADOS: La mayoría de las áreas detectadas como críticas en el cuadro de mando de calidad ambiental, han evolucionado mejorando resultados.

CONCLUSIONES: El diseño de un cuadro de mando de calidad ambiental, claro, concreto y de fácil interpretación ha permitido a la Dirección abordar este aspecto con el mismo compromiso de mejora que el resto de componentes de la Calidad Total.

La información que se incluye en este cuadro de mando es la mínima imprescindible para que las personas que han de gestionar decisiones no se encuentren ante un exceso de datos que dificulte la detección de oportunidades de mejora.

Entre las acciones promovidas por la Dirección, encontramos el establecimiento de objetivos incentivados dirigidos a mejorar la calidad ambiental de las áreas que tienen un impacto ambiental más crítico.

P291

EVOLUCIÓN E IMPACTO DEL VOLUNTARIADO EN EL HOSPITAL INFANTIL DESDE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA CIBER AULA

R. Abad Babier (0), O. Huerta Romero (1), A. Usón Abenia (2), M. L. Vela Marquina (3).

(0) Hospital Infantil Miguel Servet, (1) Asociación Española contra el Cancer, (2) Fundación "La Caixa" Aragón y La Rioja, (3) Hospital Miguel Servet.

rabad@salud.aragon.es

Objetivo: Evaluar el impacto de la puesta en marcha de un espacio para trabajo de los voluntarios y la coordinación entre las ONG presentes en el Hospital Infantil Miguel Servet.

Metodología: En el Hospital existe, hace más de 15 años, un programa de Voluntariado que coordina las actividades de las ONGs con el objetivo de dar mayor bienestar a pacientes y familiares.

En el año 2005, a través de un acuerdo entre la Consejería de Sanidad y Consumo y la La Caixa, se pone en marcha un espacio para utilización conjunta de profesoras (en época escolar y horario de mañana) y voluntarios (el resto del tiempo).

Este espacio está dotado con ordenadores, juegos, lecturas, vídeos, música, etc.

Hasta entonces los voluntarios abarcaban las tardes del curso escolar. A partir de la puesta en marcha de la ciberaula, se marcaron los siguientes objetivos:

- Presencia de voluntarios las mañanas de periodo vacacional (verano, navidad y semana santa), incluidos sábados y domingos y todas las tardes del año.

- Reparto de días entre las cinco asociaciones de voluntariado (Cruz Roja, Ymca, AECC, Fundación Canfranc y Voluntarios de La Caixa).

- Colaboración entre las Asociaciones en cuanto a material, objetivos, formación y trabajo compartido.

- Implantación de registro diario para anotar la actividad desarrollada: ONG, identificación de voluntarios y niños e incidencias.

Resultados del estudio:

1. Se han realizado al menos 3 reuniones de coordinación con todas las asociaciones, maestras y voluntarios.

2. Desde mayo del 2006 a mayo del 2008 ha habido un incremento de niños que han pasado por la ciber aula de 66% (de 84 niños a 126).

3. Funcionamiento de la CiberAula en verano: en Julio de 2007 han acudido 156 niños y 109 voluntarios.

Conclusiones:

1. La existencia de un espacio con recursos incrementa la actividad del voluntariado.

2. El registro de actividad e incidencias es útil para conocer qué estamos haciendo, como instrumento de comunicación entre diferentes asociaciones y para subsanar las incidencias que surgen.

3. Las reuniones de coordinación con presencia y participación de todos los integrantes del programa (coordinación del Hospital, maestras y voluntarios) son imprescindibles para el mayor aprovechamiento de los recursos materiales (ciber-aula, materiales, juegos), de conocimiento (compartir información y capacidades) y humanos (más días y horas de funcionamiento de la ciber-aula).

P292

PLAN DE MEJORAS SOCIALES COMO HERRAMIENTA DE FIDELIZACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES

A. Jover Moreno (0), J. Pujol Colomer (1).

(0) HOSPITAL PLATÓ, (1) HOSPITAL PLATO.

anna.jover@hospitalplato.com

La escasez de profesionales es tratada con incrementos salariales. dicha medida puede mejorar las expectativas en el corto tiempo.

En nuestra opinión y desde el punto de vista de la gestión, en ocasiones, no se trabaja en la búsqueda de soluciones desde dentro de la propia organización. nuestra hipótesis de trabajo es que la mejora de la motivación e implicación de los profesionales puede ayudar en el medio y largo plazo a la estabilidad profesional.

En julio 2005 se considero implantar el plan de mejoras sociales. Basado en mejoras para el trabajador y familiares en las condiciones laborales.

Las acciones se pueden clasificar:

1) Conciliación vida laboral / familiar.

2) Incentivación al cumplimiento de objetivos.

3) Formación.

4) Ámbito general.

RESULTADOS: En esta primera fase es difícil valorar los resultados de forma tangible, creemos que: A) La valoración de las encuestas de Clima laboral permiten objetivar que la forma de gestionar la organización mejora la implicación de las personas.

El Plan de Mejoras Sociales es una de sus herramientas.

En su valoración (2004-2005-2007) y sobre un máximo de 5, se observa que en el año 2007.

1.- Visión de la Organización : 4,04.

2.- Visión de los pacientes: 4,02.

3.- Gestión de la Dirección: 3,51.

4.- Visión jefe inmediato: 3,94.

5.- Sobre el ambiente de trabajo: 3,96.

6.- Destacan: Comunicación ascendente (3,40 el 2004 a un 3,82 el 2007) comunicación horizontal (de 3,10 a un 3,73), Espacios y Material (de 3 a 3,33). Otros aspectos en clara mejora son : Políticas de Riesgos Laborales (de 3 a 3,60) y Formas de Promoción (de 2,9 a un 3,54).

7.- Finalmente es interesante destacar el apartado de Motivación : Con una Media de 4,22 el año 2007.

B) Reconocimientos y Premios:

1. Premio Avedis Donabedian 2005 Excelencia de calidad en Hospitales.

2. Premio Avedis Donabedian 2006 mejor información en RSC.

3. Certificación EFQM (+400) sello de plata Europeo.

4. Top20 2005.

Conclusiones: A pesar de que la valoración de las encuestas de Clima Laboral, auditorías y Reconocimientos no aseguren en un cien por cien la hipótesis de que la mejora en las formas de gestionar las personas de nuestras organizaciones consigue mayor implicación y compromiso mutuo entre ambos, creemos que a medio y largo plazo solamente unas políticas de recursos humanos enfocadas por y para las personas pueden mejorar y estabilizar las organizaciones.

P293

PROGRAMA DE USO EFICIENTE DE AGUA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

A. Belio Gil, N. Reyes Perea, J. Jiménez Saenz, F. Ramos D'angelo, J. M. Arnal Alonso.

HOSPITAL ROYO VILLANOVA.

abelio@aragon.es

Objetivo: La mayoría de la población piensa que las reservas de agua dulce son ilimitadas y usamos el agua como si nunca se fuera a terminar, no pensamos que solo un 1% del agua total del planeta es de agua dulce.

El Hospital Royo Villanova (Sector Zaragoza I) continuando con el compromiso social, esta participando en el Proyecto "Zaragoza ciudad ahorradora del agua".

Material y Métodos: Las actuaciones que se han llevado a cabo son las siguientes:

- Formulación de la Política de Uso Eficiente del Agua en el marco del Hospital.
- Enlace de la página Web del Hospital con la página www.zaragozaconelagua.org
- Colocado en lavabos de baños de público, boxes de UCI, lavabos de vestuarios de personal, en cisternas de habitaciones y en fluxores de aseos de personal tecnología eficiente de fontanería para reducir el consumo de agua.
- Colocación de aireadores-perlizadores (elementos dispersores que mezclan aire con agua apoyándose en la presión reduciendo el consumo de agua hasta en un 40%) en los grifos de uso para visitas del Hospital.
- Colocación de adhesivos en las zonas en las que se han instalado los dispositivos de ahorro de agua en el interior del Hospital.
- Control de consumo de agua y comparación con años anteriores, estudio de las causas de los posibles aumentos de consumos.
- Protocolarizar el mantenimiento preventivo y las actuaciones ante averías.
- Envío de perlizadores a todos los trabajadores junto con una carta explicativa de su uso y un formulario con las principales acciones de ahorro en el hogar.

Resultados y Conclusiones: Se diseñará una encuesta a los trabajadores del Hospital Royo Villanova para conocer los resultados del proyecto, sobre aspectos de sensibilización al uso eficiente de agua, datos objetivos de reducción del consumo de agua en los domicilios y otras sugerencias. Los resultados de dicha encuesta serán presentados en el Congreso Nacional de Calidad Asistencial.

P294

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA: INNOVANDO MÁS ALLÁ DE LA EXCELENCIA

E. González Lombide (0), A. Retes Saratxaga (0), J. J. Ayesa Álvarez (1), O. Olano Arancibia (1), G. Alias Balbas (1).

(0) DIRECCIÓN COMARCA, (1) AMBULATORIO GROS.

correo.gerenciaekialde@osakidetza.net

OBJETIVOS:

- Contribuir, en coherencia con la Visión y Valores de Osakidetza-Comarca Ekialde, a la Sostenibilidad Social, Económica y Medioambiental del entorno.

- Desarrollar su gestión siguiendo el modelo de excelencia EFQM, con la Innovación como elemento clave, a través del subproceso "Gestión de la RSC" dependiente del proceso de Dirección Estratégica.

- Trabajar en el despliegue de las 6 dimensiones identificadas (ver resultados).

METODOLOGÍA: Creación de un Equipo de Mejora para trabajar las diferentes fases del proyecto:

-Identificación de las Dimensiones sobre las que incidir de acuerdo con la GRI-Global Reporting Initiative.

-Elaborar, en cada una de ellas, un esquema de objetivos generales y específicos.

-Clasificarlos en tres niveles: implantados, en desarrollo y no implantados.

-Establecer, para cada Dimensión, indicadores de seguimiento de sus planes de acción en los procesos correspondientes.

-Reflexionar sobre los resultados obtenidos y obtener áreas de mejora en cada periodo.

ALGUNOS RESULTADOS 2005-2008:

1.Sociedad: Desarrollo sostenible de nuestro entorno.

-Satisfacción global de todos los GI: 86,17%.

-Incremento de empleo neto en el entorno: 5,3%.

2.Empresa: Gestión eficiente adecuando los recursos disponibles.

-Desviación Cuenta de Resultados: 0,19%.

-Cumplimiento del PE 2003-2007: 96% de sus objetivos estratégicos.

3.Ciudadanos: Contribución al estado de salud-bienestar de los ciudadanos.

-Satisfacción global de pacientes: 97%.

-Percepción del estado de salud: 94,5%.

4.Medioambiente: Gestión energética eco-eficiente y adecuada de los residuos generados.

-Disminución del consumo de agua: 16%.

-Disminución emisión CO2: 8%.

-% de residuos identificados gestionados selectivamente: 100%.

5.Proveedores y Subcontratación: Transparencia en la contratación y calidad en el empleo de la subcontratación.

-% de Contratación con proveedores del entorno (CAV):83,06%.

-Auditorías externas sin errores graves: 100%.

6.Trabajadores: La gestión se desarrolla en diferentes áreas.

-Igualdad.

-% Mujeres en órganos directivos: 71,2%.

-% Mujeres entre los líderes de la Comarca (139): 64,75%.

-Prevención de riesgos laborales.

-Disminución Índice de frecuencia de AT: 5%.

-Flexibilidad.

-% jornada anual no trabajada: 15%.

-Calidad en el Empleo.

-Trabajadores fijos o interinos con Plan Pensiones: 100%.

-Formación y desarrollo profesional.

-Horas de Formación por Persona: 24,13.

-% personas con Desarrollo profesional: 99,84%

-Conciliación de la vida familiar-social y laboral.

-% personas con reducción de jornada: 4,78%.

CONCLUSIONES: La idoneidad del proyecto está demostrada por estos resultados y avalada por los reconocimientos:

-Verificación de la MEMORIA RSC: AENOR-2006 (pendiente

auditoría-2008).

-Acreditación ISO 14001 y Certificación EKOSCAN desde 2006.
-Premio Europeo de Medioambiente. Sección Vasca 2007-2008.
-Premio Europeo de Calidad EFQM. Finalista 2007 (+600 puntos).

P295

¿QUE PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN DEL TABACO PREFIEREN NUESTROS PACIENTES?

E. Lorente Ten, P. Gómez Martínez, N. Hernández Vidal, L. Palacios Llamazares, M. Gens Barberà, T. Anglés Segura.

ABS Salou.

mgens@camfic.org

OBJETIVO: Evaluar los resultados del programa de cesación del hábito tabáquico a nivel individual y a nivel grupal.

JUSTIFICACIÓN: Nuestro Centro de Salud esta acreditado en calidad por la JACHO en 2004 y reacreditado en 2007. El plan de educación contempla el programa de cesación del hábito tabáquico, con ayuda a nivel individual y también grupal. Nos encontramos en un municipio urbano y con gran actividad turística, por lo que atendemos una población joven, dedicada principalmente al sector Servicios, sometida a trabajos estacionales y con horarios muy amplios y variables. Por ello, al poner en marcha el programa tuvimos dudas respecto a la efectividad de la oferta a nivel grupal, pero decidimos iniciar el programa en los dos niveles y evaluar los resultados obtenidos.

METODOLOGÍA: En las consultas de medicina y enfermería se realiza sistemáticamente la intervención mínima para dejar de fumar, se informa de la consulta de enfermería específica de tabaco, y se realiza la derivación si el paciente expresa deseo de dejar de fumar. Se inicia la consulta individual según el protocolo consensuado, o se inicia el grupo según horarios pactados con los pacientes implicados. Se realiza una evaluación de resultados anual.

RESULTADOS: durante el 2007 se derivaron a la consulta de tabaco 77 personas, de los cuales 14 se decidieron por la terapia grupal (19%) y 63 por la terapia individual (81%). Han dejado de fumar 12 pacientes (18%), 4 con terapia combinada (terapia individual+ parches de nicotina o vareniclina), 7 con terapia individual i solo 1 con terapia grupal.

CONCLUSIONES: A pesar de ofrecer total flexibilidad horaria para organizar los grupos, la mayoría de nuestros usuarios prefirieron la terapia a nivel individual. El éxito en la cesación también fue más elevado entre los pacientes que optaron por la terapia individual.

La evaluación de los programas educativos según el círculo de la mejora continua nos permite identificar los programas mas eficientes y plantear nuevas estrategias de futuro.

P296

ADAPTACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS DE LA AHRQ A LA BASE DE DATOS CMBD

J. Rosselló Urgell, M. De La Cal López, V. Brugos Llamazares, F. Rojo Roldán, H. Rebollo Rodrigo, F. Antolín Juárez.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

jrossello@humv.es

OBJETIVOS: Adaptar los programas facilitados por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la obtención de los indicadores de resultados de calidad de los pacientes hospitalizados en centros de agudos para su aplicación a nuestro conjunto mínimo de datos al alta hospitalaria (CMBD).

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir de los programas SAS facilitados por la AHRQ, se ha utilizado la versión 3.1 de las 4 aplicaciones correspondientes al módulo dos. Este módulo permite calcular los indicadores de resultados en salud para pacientes ingresados (Inpatient Quality Indicators). Así mismo, se ha utilizado el agrupador APR-DRG para el cálculo del riesgo de mortalidad y del nivel de gravedad de cada paciente, necesarios para el cálculo de la tasa esperada y de la tasa ajustada por riesgo. Los programas, una vez adaptados, se aplicaron a las bases de datos CMBD de nuestro centro, correspondientes a los años 2002 al 2007, ambos inclusive. Para validar los resultados observados, se procedió al cálculo independiente de varios indicadores sin criterio específico de selección.

RESULTADOS: A pesar de la gran similitud entre las bases de datos al alta hospitalaria norteamericana y la nuestra, el proceso de

adaptación fue complejo. De entre los dos enfoques para la adaptación valorados inicialmente, que fueron la modificación de los programas escritos en SAS, o la modificación de la estructura del CMBD, optamos por esta última, por ser menos costosa y porque disminuye en gran medida la probabilidad de error. Se pudieron obtener los valores de los 6 indicadores de volumen, los 15 de mortalidad y los 7 de procedimientos. Para los indicadores de mortalidad y de procedimientos, se pudieron obtener además las tasas esperadas y las ajustadas por riesgo, pero sólo a partir del año 2005. Cuando los denominadores eran pequeños, hubo diferencias marcadas entre las tasas crudas, las esperadas y las ajustadas por riesgo, no observándose este fenómeno para el resto de indicadores. La validación de las tasas observadas indicó que los programas funcionaban correctamente.

CONCLUSIONES: Es necesario realizar análisis adicionales para discernir si los resultados obtenidos son directamente aplicables a nuestro entorno, sobre todo en lo que se refiere a las tasas esperadas y las ajustadas por riesgo. A pesar de las dificultades encontradas, pensamos que merece la pena el esfuerzo de adaptación para conseguir indicadores específicos de resultados en salud bien diseñados y comparables, como los de la AHRQ.

P297

CIRUGÍA DE LAS INESTABILIDADES ANTERIORES DE RODILLA Y ESCALAS DE SALUD PERCIBIDA

V. León Muñoz.

Fundación Hospital, Cieza.

vleonmd@gmail.com

Objetivo: Es rabiosamente actual la discusión sobre la necesidad de ligamentoplastias bifasciculares de ligamento cruzado anterior (LCA) para el tratamiento de las inestabilidades. No existen aún evidencias científicas que justifiquen su uso. Por otro lado, existen alternativas terapéuticas que se han abandonado y que consideramos que son imprescindibles para complementar el tratamiento cuando existen causas periféricas añadidas a la lesión del LCA. El objetivo es plantear si las plastias antero-laterales tienen utilidad de cara a mejorar el resultado y, por tanto, parte de los criterios de Calidad Asistencial dependientes directamente de los clínicos en el tratamiento de las inestabilidades anteriores de rodilla.

Material y Método: La metodología utilizada para la valoración de resultados tras la cirugía estabilizadora de las lesiones del LCA de la rodilla no proporciona un perfil estricto del estado de salud del paciente. Las escalas de valoración internacionales aceptadas no reflejan con fidelidad la percepción de salud por parte del paciente. Descripción de la implantación protocolizada del Cuestionario de Salud SF-36 en el estudio preoperatorio y en el seguimiento de pacientes afectos de inestabilidad anterior de rodilla tratados mediante ligamentoplastia.

Resultados: No siempre la lesión aguda del LCA implica una afectación exclusiva de esta estructura. Por tanto, pensamos que en la indicación de la cirugía se deben tener en cuenta la cronicidad de la lesión, el estado de los estabilizadores secundarios y el grado de inestabilidad expresado en la positividad a las pruebas dinámicas. Este hecho se está obviando en la actual discusión entre plastias uni o bifasciculares. Pensamos que la implantación en el seguimiento de los pacientes del Cuestionario de Salud SF-36 amplía el marco en el que se puede objetivar cualitativamente el resultado de un tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Con la re-evaluación por parte de los Cirujanos Ortopedas de criterios globales respecto a la inestabilidad anterior de rodilla pensamos que se pueden obtener mejores resultados y, por tanto, favorecer los aspectos dependientes de los clínicos en lo que respecta a criterios de Calidad Asistencial.

Con la aplicación sistemática del Cuestionario de Salud SF-36 pretendemos ampliar los aspectos abarcados en la medición de los resultados y obtener información útil para mejorar los criterios de calidad asistencial dependientes del estamento clínico.

P298

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN LISTADO DE INDICADORES PARA EVALUAR EN FORMA GLOBAL LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA ARGENTINA

A. Pichón Riviere, E. García Elorrio, M. Belizan, S. García Martí, D. Ferrante.

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.
apichon@iecs.org.ar

Objetivo: Desarrollar un sistema de indicadores para evaluar en forma global la calidad de la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en la Argentina:

Métodos: Amplias variaciones en la calidad del cuidado de enfermedades cardiovasculares son comunes en la Argentina y los estándares mínimos no son alcanzados con frecuencia. Hasta la fecha no ha habido una evaluación sistemática local para medir este fenómeno ni un listado validado de indicadores para evaluar su calidad ha sido creado para tal fin.

Un listado potencial de indicadores de calidad fue identificado luego una revisión pormenorizada de la literatura y presentado posteriormente a un panel de 16 expertos en la enfermedad cardiovascular. Para determinar objetivamente sus opiniones, utilizamos una versión modificada del método de evaluación de la apropiabilidad -RAND/UCLA- con dos rondas de evaluación anónima y una de discusión cara a cara del grupo para confirmar sus decisiones. Los dominios evaluados fueron: nivel de la evidencia, impacto en práctica clínica, aceptabilidad por parte de los pacientes, validez del indicador y viabilidad local de la puesta en práctica.

Resultados: Luego de la revisión de la literatura 81 indicadores fueron seleccionados. El acuerdo fue alcanzado para 34 indicadores después de la primera ronda de evaluación y luego a 53 después de la segunda ronda que seguía a la discusión cara a cara. De estos 53 indicadores, 49 fueron finalmente seleccionados para no tener ningún desacuerdo y calificación promedio mayor a 7 sobre 10. El listado final de 49 indicadores (85% cardiovasculares, 15% cerebrovasculares) incluyó las siguientes categorías: control de lípidos (6), control de la hipertensión (11), control del tabaquismo (4), intervenciones para mejorar el control de la diabetes (6), otras intervenciones farmacológicas (15) y no farmacológicas (7).

Conclusiones: Un listado de 49 indicadores fue desarrollado y aprobado por un panel de los expertos en la enfermedad cardiovascular por ser válido y aplicable en el contexto local. Estos indicadores estarán disponibles para su uso en la evaluación de la calidad de la prevención secundaria en el cuidado cardiovascular en la Argentina.

P299

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN EL SECTOR II DE ARAGÓN

M. Á. Gotor Lázaro* (0), M. T. Ortega Maján (1), E. Chacón Vallés (0), M. Lanzuela Valero (1), F. Tejada Barrigón (1), J. Marta Moreno (0).

(0) Hospital Universitario Miguel Servet, (1) Gerencia del Servicio Aragonés de Salud (SALUD).
magotor@salud.aragon.es

Objetivos: Revisar los pacientes en tratamiento con Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD) pertenecientes al Sector II de Aragón, para conocer la prevalencia de su utilización y ver si cumplen las recomendaciones de tratamiento establecidas por la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio (SEPAR).

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes pertenecientes al Sector sanitario II de Aragón en tratamiento con OCD en todas sus modalidades (cilindro/bala, concentrador y líquido), a partir de los listados de pacientes proporcionados por la empresa suministradora de terapias respiratorias domiciliarias del Sector. Según la normativa SEPAR, se considera que se cumple el tratamiento con oxigenoterapia si se administra más de 15 horas al día.

El periodo de estudio fueron los pacientes que estaban en tratamiento con OCD del Sector II a fecha 15 de mayo de 2008.

Resultados: Se encontraron un total de 826 pacientes en tratamiento con OCD, lo que supone una prevalencia de 206,5 por cada 100.000

habitantes, según la población de referencia del Sector en 2008.

De los pacientes con OCD, el 83% utilizaban oxígeno mediante concentrador y el 17% oxígeno líquido.

La prescripción de oxígeno líquido la hicieron en todos los casos los neumólogos, excepto en tres que lo hicieron pediatras. La prescripción del oxígeno en concentrador la hicieron los siguientes facultativos: a 388 (57%) neumólogos, a 60 (9%) médicos de atención primaria, a 37 (5%) médicos internistas y no constaba en 201 (29%) casos.

Al analizar si los pacientes cumplían las horas de tratamiento necesarias, se encontró que sólo un 51% de los mismos superaba el ratio de 15 horas/día.

Conclusiones:

1- Hay un exceso de pacientes con OCD que no cumplen el tratamiento, por lo que no se dan las condiciones necesarias para esperar las mejoras clínicas de dicha terapia.

2- La indicación de OCD debe conllevar posteriores revisiones médicas de los pacientes para su adecuada utilización, lo que supondría mejoras en los parámetros respiratorios y ahorros importantes tanto desde el punto de vista económico como social.

P300

ESTUDIO DE ANEMIA DETECTADA EN PACIENTES ADULTOS NO HOSPITALIZADOS A TRAVÉS DE LA AMPLIACIÓN DEL HEMOGRAMA

M. E. Franco García*, C. Pardo Laseca, Á. Pérez Layo, C. Miñana Amada, R. Aguarod Sediles, J. L. López-Coronado Pérez.

Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.
mefrancog@salud.aragon.es

Objetivo: Valoración preliminar del proyecto de mejora 2008 "Estudio de anemia detectada en pacientes adultos no hospitalizados a través de la ampliación del hemograma".

Material y métodos: Desde 1 enero al 30 abril 2008 se recogieron datos de los hemogramas solicitados a nuestro Laboratorio desde Consultas Externas por motivo distinto de anemia. De ellos se excluyeron del estudio los pacientes con anemia previa, aquellos a los que se solicitaba control de hemáticos y los procedentes de Consulta Externa de Hematología.

Los datos se recogieron del programa informático de gestión de laboratorio (Omega 3000, Roche), y en ocasiones por revisión del volante de solicitud o historia clínica. Los hemogramas de los pacientes objeto del estudio son revisados diariamente por el hematólogo, que valora según cifra de hemoglobina, edad y sexo si cumplen o no criterios de anemia según la OMS; si cumplen criterios se amplía el estudio, incluyéndose reticulocitos y dosificación de hemáticos (metabolismo férrico, vitamina B12, ácido fólico) según las características de la anemia.

Los resultados del hemograma y del estudio ampliado son revisados por el hematólogo que, si objetiva déficit de hemáticos, añade un comentario en la analítica sobre las características de la anemia y sugiriendo remitir al paciente a su Médico de Familia, lo que permite adelantar el diagnóstico etiológico y el tratamiento de la anemia.

Los indicadores a valorar son: porcentaje de nuevas anemias detectadas en las que no se solicitaba estudio de hemáticos y porcentaje de estudios de anemias ampliados por decisión del hematólogo en los que se detecta anemia carencial.

Resultados: De los 1602 hemogramas solicitados en este periodo desde Consultas Externas, 1128 se incluyeron en el estudio.

Entre estos 1128 hemogramas, se detectaron 42 (3,72%) nuevas anemias y en ellas se amplió el estudio por decisión del hematólogo. En 34 (80,95%) de los 42 estudios de anemias, se detectó anemia carencial: 26 ferropénicas, 6 por déficits de vitamina B12 y/o fólico y 2 casos con déficit combinado de hierro y vitamina B12 y/o fólico.

La procedencia de los casos fue: Oftalmología (30,95%), Ginecología (21,43%), Cardiología (19,05%), Cirugía (14,29%), el resto de otras consultas.

Conclusiones: En un grupo de pacientes, en su mayoría estudios preoperatorios, con este único estudio analítico, se orientó el diagnóstico etiológico y se adelantó el tratamiento precoz de la anemia, contribuyendo a una mejora en su salud, con la posibilidad de un diagnóstico mas precoz de ciertas patologías.

P301

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LA MUERTE EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

M. Herrán Prieto, J. García Mata, A. Serrano González, A. Murciano Rosado, A. Clavo Sánchez*.

Hospital Juan Grande.

mherran@jerez.sjd.es

Introducción: La calidad de la muerte es uno de los objetivos primordiales en la atención a los pacientes hospitalizados.

Objetivos: Conocer cómo fallecen los pacientes en nuestro hospital. Metodología: Estudio retrospectivo observacional, en el que se incluyeron a todos los pacientes hospitalizados y que fallecen en el Hospital Juan Grande durante el período de estudio analizado (del 1 de Octubre al 31 de Diciembre del 2007). Las variables analizadas fueron: Definición de muerte previsible, Tratamiento paliativo y eficacia, Sedación terminal, Indicación de no RCP en historia, Información a familiares y al paciente del posible desenlace, Presencia de acompañantes en el momento de la muerte, "Confort en la muerte".

Resultados: Durante el periodo de estudio se produjeron 1573 ingresos con una tasa de mortalidad del 5.84% (92/1573). No hubo ningún exitus entre los pacientes quirúrgicos (1021 ingresos) mientras que la mortalidad en los pacientes médicos fue del 16,7% (92/552). El 53.85% fueron mujeres y la edad media de los pacientes fue 82.4 años. En el 79.1% de los casos la muerte era previsible, habiéndose recogido en la historia clínica que se había informado a la familia de esta circunstancia en el 98.4%, y se había hecho constancia en la historia que el paciente no era reanimable en el 58.3% de estos casos. Se realizó tratamiento paliativo en el 62.6% de los casos, que resultó eficaz en el 91.2 %. En un 19 % de los casos tras consentimiento de la familia se hizo sedación paliativa. En un 9 % de los casos el paciente no estaba acompañado en el momento del fallecimiento.

Conclusiones: 1.La información registrada en las historias es mejorable. 2.Podemos mejorar los cuidados paliativos en nuestros pacientes en situación Terminal. 3.Es necesario protocolizar y consensuar la práctica clínica en los pacientes paliativos.

P302

ESTUDIO DE LA DEMANDA URGENTE DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

L. Camacho Montero (0), E. Álvarez García (1), M. Buqué Cavalle (1).

(0) Zona Basica De Salud Reus V, (1).

lauracamachom@yahoo.es

OBJETIVOS: Conocer los motivos de consulta más frecuentes de las personas que solicitan el servicio de urgencias de la ZBS (Tipología de la población S3).

Determinar el perfil de población que acude al servicio de urgencias del centro de AP.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y descriptivo de la población que utilizó dicho servicio.

Personas que acudieron de forma urgente durante el 2007 en la franja horaria de 8 a 21 h. (ZBS sin atención continuada).

El instrumento utilizado fue un cuestionario validado anónimo compuesto por: Preguntas de respuesta abierta/cerrada.

Aplicando criterios de exclusión: muestra n= 348, siendo ésta significativa.

RESULTADOS: Se observa que el grupo de edad entre 15 y 30 años es la franja que más solicita este servicio, siendo las mujeres las que más lo utilizan.

El 66% de las personas atendidas acuden, por la percepción de gravedad que ellos tienen de su problema; el 13 % por demoras en la atención del médico o enfermera.

El motivo de consulta más frecuente en un 49 %, es por malestar general y proceso catarral/gripal.

El 22% acuden por traumatismos y dolor en articulaciones.

El 22% solicitan visita por alguna patología dermatológica.

El 83.9% de las personas atendidas están satisfechas con el servicio de urgencias del CAP.

A la pregunta: ¿Es la primera vez que acude a urgencias en el centro?

El 75.6% contestaron que NO era la primera vez; de este porcentaje el 13.5% utilizan siempre este servicio.

En referencia a la evolución de la patología, el 62.8% vienen a

urgencias después de varios días de manifestarse los síntomas. El 25% durante las primeras horas y en un 6.4% después de un proceso de meses.

CONCLUSIONES:

-Valorando los datos obtenidos, afirmamos que un porcentaje muy elevado de las visitas de urgencias podrían esperar a ser atendidas por su equipo de salud (médico y/o enfermera) ya que acuden después de varios días de evolución. Pensamos que esto tiene relación con el perfil de edad que utiliza este servicio, el cual quiere asistencia rápida y cómoda.

-Por otro lado el motivo de consulta generalizada en todas las edades, independientemente de la estación del año, serían los procesos catarrales o gripales, seguidos del dolor, traumatismos y problemas dermatológicos.

-Los usuarios entienden como satisfactoria la atención que reciben en este servicio.

P303

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

A. Serrano González, M. Herran Prieto, J. García Mata, A. Murciano Rosado, A. Clavo Sánchez*.

Hospital Juan Grande.

aserrano@jerez.sjd.es

Introducción: La mortalidad hospitalaria (MH) se considera clásicamente un indicador de calidad asistencial.

Objetivos: 1.Conocer las características de los pacientes que fallecen en nuestro hospital. 2.Conocer las causas más prevalentes de muerte.

3.Conocer los éxitos relacionados con problemas de la hospitalización (ERPH).

Metodología: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes hospitalizados y fallecidos en el Hospital Juan Grande desde el 1 de Octubre al 31 de Diciembre-07. Las variables analizadas fueron: Índice de Barthel, comorbilidad, motivo de ingreso, estancia media, causa inicial, intermedia y fundamental de la muerte. Resultados: Durante el periodo de estudio se produjeron 1573 ingresos con una tasa de mortalidad del 5.84% (92/1573). No hubo éxitos en los pacientes quirúrgicos (1021 ingresos). La mortalidad en los pacientes de medicina interna fue del 16,7% (92/552). El 53.85% fueron mujeres y la edad media de los pacientes fue 82.4 años. La estancia media fue 18.37 días, con un mayor número de fallecimientos en los primeros 10 días. El 57% de los pacientes tenía un Barthel 0 y un 12% lo tenían <20. Un tercio de los pacientes tenían al menos 4 enfermedades de base del tipo demencia, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca. Los principales motivos de ingreso fueron: insuficiencia cardíaca (16,48%), infecciones respiratorias (15,38%) y las neoplasias (14,29%). Las principales causa de muerte inmediata fueron: la insuficiencia cardíaca (23,08%) y las infecciones/sepsis (17,58%). Las principales causas de muerte inicial fueron: cardiopatía (23.0%), demencia (20.8%) y neoplasia (16.4%). El % de ERPH fue del 1.34% (21/1573), siendo las broncoaspiraciones y las infecciones nosocomiales las principales causas.

Conclusiones: 1.La mortalidad fue un 16.7%. El perfil socio-sanitario de nuestro centro, la avanzada edad de los pacientes, su elevada comorbilidad y la deteriorada capacidad funcional basal no permite comparaciones con los estudios realizados hasta la actualidad. 2.Las causas inmediatas de muerte mas prevalentes fueron insuficiencia cardíaca e infecciones. 3.Si bien las infecciones nosocomiales en nuestro centro están dentro de los límites descritos por el EPINE debemos seguir trabajando para disminuir la incidencia de las mismas. 4.La exhaustiva revisión de las historias clínicas nos ayuda a mejorar la calidad asistencial y a disminuir o evitar aquellos eventos adversos que desencadena o aumentan los ERPH.

P304

ESTUDIO DELPHI DE IDENTIFICACIÓN DE OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL SEGUNDO PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Quiles I Izquierdo (0), A. M. Fullana Montoro (0), M. Guilabert Mora (1), I. Navarro Soler (1).

(0) Dirección General de Salud Pública.Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana, (1) Universidad Miguel Hernández

(Departamento de Psicología de la Salud).
quiles_joa@gva.es

OBJETIVO: Recoger propuestas y prioridades de actuación de expertos que permitan elaborar objetivos y acciones en el II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunidad Valenciana. **METODOLOGÍA:** Estudio mediante la técnica de consenso "Delphi", donde han participado expertos nacionales. En una primera fase se aplicó técnica Metaplan con la participación 17 expertos de diferentes disciplinas de la salud de la Comunidad Valenciana. Posteriormente se citaron 40 representantes de asociaciones ciudadanas y de pacientes de osteoporosis que priorizaron acciones propuestas. En una segunda fase se aplicó la técnica Delphi a través de un sitio web y de una aplicación informática. Con los resultados obtenidos se procedió a la construcción del cuestionario inicial que proponía 69 ítems agrupados en 9 bloques de preguntas referidas a: conocimiento del I Plan de prevención y control de Osteoporosis, objetivos, prevención, esfuerzos necesarios para la sensibilización del profesional, diagnóstico, actuaciones necesarias, tratamiento, rehabilitación e investigación.

RESULTADOS: Se realizó una primera ola de consulta entre el 7 de abril y el 6 de mayo de 2008, que contó con una participación de 70 expertos sobre 100 invitados. Analizados sus resultados se realizó una segunda ola, con 40 ítems agrupados en 5 bloques. Se descartaron aquellos ítems con menor puntuación. A la segunda ola (entre el 8 de mayo y el 2 de junio de 2008) respondieron 65 expertos (93% sobre primera ola). Las acciones priorizadas fueron: mejorar la prevención de la osteoporosis (media= 9,07 cv=0,11), divulgar medidas para la prevención de caídas en grupos diana concretos (media=8,7 cv=0,11). Para una mayor sensibilización de los profesionales se priorizó facilitar el acceso a los densitómetros en todos los departamentos sanitarios (media=8,79 cv=0,13). En el tratamiento y rehabilitación se priorizó la oferta de formación específica a los profesionales sobre el uso racional de las medidas farmacológicas aplicadas a la osteoporosis (media=8,44; cv=0,12) y, por último, en investigación se subrayó el hecho de realizar el seguimiento de la incidencia de fracturas por osteoporosis (media=8,32; cv=0,14).

CONCLUSIONES: Las áreas generales de acción para los expertos, la necesidad de acceso a los densitómetros en los departamentos para enfermedades diagnóstico; se demanda establecer un consenso entre profesionales en protocolos de actuación fármacos y tratamiento a aplicar. Además esto implica dedicar un mayor esfuerzo para la formación y actualización de los profesionales, aplicar medidas de prevención de caídas en grupos diana concretos; e incentivar la investigación en las fracturas osteoporóticas.

P305

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ACCIDENTES BIOLÓGICOS PROCEDENTES DE LAS COMARCAS SANITARIAS DEPENDIENTES DEL HOSPITAL DE BASURTO DE BILBAO

M. G. Varela Soto, C. Mendoza Díez, I. Martínez Matienzo, A. I. Tejada Haffman, L. Sanz De Icaza, M. Eguileor Gurtubay.

HOSPITAL DE BASURTO.
mbgvarela@hotmail.com

OBJETIVOS: 1. Describir las características demográficas de los pacientes implicados en los accidentes biológicos. 2. Diseñar un mapa de localización de estos accidentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Se crea un grupo de trabajo de 5 técnicos especialistas (TEL) y un facultativo de laboratorio; 2. Se recogen las solicitudes de pinchazos accidentales que llegan al laboratorio de 24 horas del hospital en los años 2006 y 2007; 3. Se analizan las variables procedencia, sexo, edad y resultados de HbsAg y HIV en los accidentes, pacientes implicados(fuente y accidentado).

RESULTADOS: 1. Se han registrado 465 volantes (233 en 2006 y 232 en 2007); 2. El número de muestras en pacientes-fuente fue de 317 y de 148 en los pacientes-accidentados. 3. Características de los pacientes-fuente: Sexo (55% hombres), Edad (46% son mayores de 65 años). 4. Características de los pacientes-accidentados: Sexo (79% mujeres), Edad (58% están entre 20 y 39 años). 5. Localización de los accidentes: Hospital de Basurto (68%), Ambulatorios (26%) y Otro Hospital (6%). 6. El 1% de los pacientes fuente son positivos para el HbsAg y el 3,2% son positivos al HIV.

CONCLUSIONES: 1. En nuestro medio, el paciente fuente tipo es un

hombre, mayor de 65 años, hospitalizado y negativo para el HbsAg y HIV. 2. El accidentado tipo es una mujer, de edad comprendida entre 20 y 39 años. 3. El 97% de los pacientes fuente positivos para el HbsAg o HIV tienen su origen en pacientes hospitalizados. 4 se han realizado aproximadamente el doble de análisis de pacientes-fuente que en pacientes accidentados.

P306

EVALUACIÓN Y MEJORA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

T. López Picazo, R. Pérez Costa, M. García López, C. Martínez Espín, F. J. Sierra Prefasi, A. Carrillo Alcaraz.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.
rafapcosta@gmail.com

Objetivos: Evaluar el protocolo asistencial de Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) tras un año de funcionamiento y compararlo con datos previos a la implantación del mismo.

Material y métodos: Se evaluaron todos los pacientes mayores de 14 años diagnosticados de NAC en un Servicio de Urgencias hospitalario durante un periodo de 3 meses, antes (grupo A) y después (grupo B) de poner en marcha el protocolo asistencial, que fue comunicado a los médicos del Servicio mediante una sesión clínica. Las variables evaluadas fueron: edad y gravedad de los pacientes (medida por la escala de Fine), porcentaje de ingresos, adecuación de ingresos y altas, adecuación de las pautas de tratamiento y mortalidad. Para el análisis de los datos se realizó estadística descriptiva de los dos grupos y comparación de los mismos utilizando el programa estadístico SPSS.

Resultados: Grupo A: Se incluyeron 182 pacientes. La edad media fue de 62,77±22,37. El 51,6% eran hombres y el 48,45% mujeres. La puntuación media de la escala de Fine fue 79,29±42,72. Cumplían criterios de ingreso según el protocolo el 60,8%; el 32,4% se enviaron a domicilio, el 65,9% se ingresaron en planta y el 1,6% ingresó en la UCI. Los ingresos fueron adecuados en el 87,6% de los casos y las altas en el 96,6%. La mortalidad de este grupo fue del 1,7% y la adecuación del tratamiento con relación al protocolo fue del 77,3%. Grupo B: Se incluyeron 179 pacientes. La edad media fue de 58,28±22,54; el 58,1% eran hombres y el 41,9% mujeres. La puntuación media de la escala de Fine fue de 70,99±38,94. El 53,6% cumplían criterios de ingreso; el 45,3% se enviaron a domicilio, el 52% se ingresaron en planta y el 2,8% en la UCI. Los ingresos fueron adecuados en el 92% de los casos y las altas en el 94,9%. La mortalidad fue del 1,1% y la adecuación del tratamiento del 73,9%. Encontramos diferencias significativas entre la gravedad de los dos grupos, siendo más graves y de mayor edad los del grupo A (p<0,05). El porcentaje de ingresos disminuyó con la instauración del protocolo (p<0,05). No hubo diferencias significativas entre las otras variables estudiadas.

Conclusiones: 1.El porcentaje de ingresos disminuyó tras la instauración del protocolo. 2. La adecuación de los ingresos y las altas mejoró aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. 3. No encontramos diferencias significativas en la adecuación de los tratamientos ni en la mortalidad.

P307

EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN ARAGÓN

M. T. Ortega Maján (0), M. Á. Gotor Lázaro* (1), J. Urralburu Tainta (0), J. Marta Moreno (1), F. Tejada Barrigón (0).

(0) Gerencia Servicio Aragonés de Salud (SALUD), (1) Hospital Universitario Miguel Servet.

maytortega@yahoo.es

Objetivos: Conocer el número de pacientes en tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias (TRD) en Aragón y analizar en el Sector sanitario II el promedio de pacientes/mes y el número de días de tratamiento con estas terapias, para ver si se han producido variaciones en su utilización en los últimos años.

Material y métodos: Se calculó la variación del número de pacientes en Aragón de 2004 a 2007 y la diferencia de proporciones para evaluar si los cambios eran estadísticamente significativos, en las siguientes TRD: oxigenoterapia en sus distintas modalidades (botella, concentrador y líquido), aerosolterapia ultrasónica, BIPAP (modalidad

respiración espontánea y espontánea-controlada), CPAP, ventilación mecánica, monitor de apnea y respirador volumétrico. También se comparó en el Sector II para el mismo periodo, el promedio de pacientes/mes y los días de tratamiento con oxigenoterapia, aerosolterapia y otras TRD.

Los pacientes con TRD se obtuvieron de gestión económica del Servicio Aragonés de Salud, y el promedio de pacientes/mes y los días de tratamiento de la encuesta hospitalaria de Aragón.

Resultados: Para el conjunto de Aragón se produjo un descenso estadísticamente significativo de los pacientes con oxígeno en botella (51,9%) y aerosolterapia (4,2%), y un aumento estadísticamente significativo en: oxígeno en concentrador (98,4%), oxígeno líquido (125,8%), BIPAP tanto con respiración espontánea (201,4%) como espontánea-controlada (100%), y CPAP (126,7%). No se encontraron cambios significativos en el monitor de apnea y los respiradores volumétricos.

En el Sector II, el promedio de pacientes/mes con oxigenoterapia pasó de 654,8 en 2004 a 673,1 en 2007 y los días de tratamiento de 229.513 a 237.551. La aerosolterapia disminuyó de 163 a 147,3 pacientes/mes y los días de tratamiento de 53.404 a 49.591. En el resto de TRD hubo 805,0 y 1279,1 pacientes/mes con 308.205 y 486.176 días de tratamiento en 2004 y 2007 respectivamente.

Conclusiones Globalmente en Aragón se ha producido un aumento considerable de TRD, con especial relevancia para la CPAP, disminuyendo la oxigenoterapia en botella y los aerosoles. Estos resultados están en consonancia con lo encontrado en el Sector II.

El aumento progresivo de pacientes con estos tratamientos precisa un seguimiento controlado de los mismos para obtener buenos resultados clínicos y de gestión.

P308 EVOLUCIÓN INDICADORES CALIDAD FASE PREANALÍTICA HOSPITAL DE CIEZA

M. C. Zamorano* Andrés, J. Álvarez Melgares De Aguilar.

HOSPITAL DE CIEZA.

consuelo.zamorano@carm.es

Introducción: Los Sistemas de Gestión de la Calidad en los Laboratorios Clínicos implican la gestión del proceso en su totalidad incluyendo la fase preanalítica, analítica y postanalítica. La fase preanalítica abarca todos los procesos desde que el clínico hace la petición de pruebas, hasta el inicio del análisis de las mismas. En esta fase se producen la mayor parte de los errores en el Laboratorio por lo que los procesos de mejora continua se centran en la utilización de acciones preventivas y correctivas en esta fase. En nuestro Laboratorio desde el año 2005 se han establecido varios indicadores de calidad de fase preanalítica.

Objetivo: Dentro del proceso de mejora continua, analizar las incidencias preanalíticas que obligan al rechazo de muestras en el Laboratorio Análisis Clínicos Hospital de Cieza.

Material y métodos: Los indicadores estudiados son:

Muestras hemolizadas (MH), indicador tipo tasa, fuente de información muestras recibidas un día elegido al azar, frecuencia de evaluación cada mes, valor objetivo 0-10%.

Muestras no remitidas (MNR), tasa, muestras recibidas un día elegido al azar, cada mes, valor objetivo 0-10%.

Muestra inapropiada (MINA), tasa, cultivos de orina recibidos en el Laboratorio un día elegido al azar, cada mes, valor objetivo 0-10%.

Periodo de estudio años 2005, 2006 y 2007.

Resultados. MH: 6.8 % media año 2005, máximo 11% febrero; 5.2 % 2006 , máximo 9 % Julio; y 7.1% 2007, máximo 9% Febrero, Mayo y Julio.

MNR: 3.4% media año 2005, máximo 6.4% en Agosto; 3.6% 2006, máximo 6.5 Octubre; y 4.2 % 2007, máximo 7.2% Mayo.

MINA: 20.4% media año 2005, máximo 24% Febrero; 5.7% 2006, máximo 7.7% Marzo; 5.2% 2007, máximo 8.5% Enero y Mayo.

La media para los distintos indicadores en los tres años fue de 6.4 % para MH, 3.7% MNR y 10.4% MINA.

Conclusiones: La incidencia más importante fue la de MINA (Cultivos de orina) durante el año 2005, con una media de 20.4% y un máximo de 24% en Febrero, como medida correctora se enviaron a todos los Centros de Salud y Servicios del Hospital unas recomendaciones sobre la correcta recogida de muestras para cultivo de orina. Observamos que durante 2006 y 2007 la incidencia de este indicador a disminuido considerablemente a partir de tomar dicha medida.

En el resto de indicadores no se aprecian diferencias muy significativas durante el periodo de estudio.

Seguiremos midiendo estos indicadores para observar cualquier desviación y tomar las medidas correctivas oportunas.

P309 GUÍA CLÍNICA INFORMATIZADA Y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTES CON CIRUGÍA PROGRAMADA

C. Emparan García Salazar, R. Cabezali Sánchez, P. Soriano Gil-Albarellos.

Fundación Hospital Calahorra.

caremparan@yahoo.es

Objetivos: establecer el impacto que puede suponer en el cumplimiento de la profilaxis antibiótica en la procedimientos quirúrgicos programados al aplicar una guía clínica informatizada en el manejo peri-operatorio de los mismos.

Material y Métodos: estudio retrospectivo de 7654 procedimientos quirúrgicos dividido en dos grupos: (A) antes y (B) después de introducir una guía clínica informatizada que incluye el tipo de profilaxis quirúrgica a aplicar. Los datos introducidos fueron estratificados por niveles de análisis incluyendo: el cirujano, el procedimiento quirúrgico (limpio, limpio-contaminado, contaminado y sucio), el momento de la profilaxis, y el lugar de infección quirúrgica (superficial, profundo y relacionado con órganos) cuando fuese diagnosticada. Todos los datos fueron incluidos en el programa estadístico SPC-DOE-KISS, y sólo se consideraron como significativas las diferencias de $p > 0,05$.

Resultados: 3459 pacientes fueron intervenidos previamente a la introducción del check-list informático y 4195 tras la introducción de la guía clínica informatizada. La adecuación y pauta de profilaxis antibiótica se incrementó desde un 76% hasta un 95% ($p < 0,001$) en el cómputo global de procedimientos. En procedimientos considerados como contaminados y sucios este índice pasó del 91 al 99,7% ($p = 0,03$) Además el índice de infección quirúrgica descendió en todos los tipos de cirugía, pero especialmente en procedimientos contaminados y sucios en los que la tasa de infección de herida quirúrgica descendió desde un 10,2% hasta un 6,4% ($p = 0,02$).

Conclusiones: las guías clínicas informatizadas incluyendo check-lists para profilaxis antibiótica mejora los índices de infección de herida quirúrgica en procedimientos contaminados y sucios.

P310 HUMANIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA CESÁREA EN UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO

C. Coronas Fumanal, E. Vall, F. Ordas, C. Barrio, I. Nájera, L. Sánchez Uriá.

HOSPITAL DE BARBASTRO.

ccoronas@salud.aragon.es

Objetivos: Analizar la mejora conseguida en el proceso asistencial de tratamiento del dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea mediante la implantación de una nueva Vía Clínica (VC) específica para esta situación y diseñada al detectar gran variabilidad en el tratamiento recibido. Evaluar su nivel de cumplimiento y eficacia empleando los Indicadores de Calidad (IC). Conocer y evaluar el cumplimiento del 4º paso (contacto madre-RN) de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se revisaron todas las cesáreas realizadas de mayo-octubre/2007 y las de noviembre-abril/2008 tras la aplicación de la nueva VC.

Se compararon ambos grupos en cuanto a intensidad del dolor en reposo y movimiento al alta de la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), a las 24 y 48 horas de tratamiento. Los IC utilizados para evaluar el cumplimiento de la VC fueron: valoración del dolor postoperatorio como 5ª constante vital, cobertura de la VC, efectividad para controlar el dolor, aparición de efectos secundarios, índice de utilización de medicación antiemética, estudio de las variaciones, satisfacción global de la paciente y grado de cumplimiento del 4º paso de la IHAN.

Resultados: Se evaluaron 84 pacientes, 42 en cada grupo. Con la aplicación de la nueva VC se disminuye el dolor en reposo ($p < 0,05$) y en movimiento ($p < 0,05$) a las 24 horas de tratamiento, sin hallarse diferencias significativas a las 48 horas ni durante su estancia en

URPA. La medición de la intensidad del dolor como 5ª constante se realiza en el 95% de las pacientes (estándar 100%). Se mejora su cobertura con la nueva VC del 75% al 100% (estándar 100%) ($p < 0,001$) y se reduce el porcentaje de pacientes con un insuficiente alivio del dolor (Escala numérica > 4) en las primeras 24 horas de 27,77% a 2,57% (estándar $< 7\%$) ($p < 0,05$). Se mejora en el índice de utilización de antieméticos del 92 al 100% sin mostrar cambios en el porcentaje de efectos secundarios (5%). El 100% de las pacientes están muy satisfechas o satisfechas con la UDA. El primer contacto madre-RN en el área quirúrgica se alcanza en el 59% disminuyendo al 3% en URPA.

Conclusión: Conseguimos mejorar la atención de la paciente mediante la aplicación de una VC específica disminuyendo el dolor postoperatorio de forma segura y eficaz. Aspectos a mejorar son evitar la omisión del registro del dolor y monitorizar los motivos de no cumplimiento del 4º paso para lograr alcanzar el estándar.

P311

LABORATORIO DE URGENCIAS: TIEMPOS DE RESPUESTA
L. Rello Varas, Y. González Irazábal, S. García Castañón, E. García González, B. García Rodríguez, A. B. Lasiera Monclús.
 H.U. MIGUEL SERVET.
 lrello@salud.aragon.es

OBJETIVOS: En los últimos meses se produjo en el laboratorio de urgencias un aumento notable de la carga de trabajo al procesar como urgentes todas las peticiones del Hospital de Día. Esta mayor demanda nos planteó dudas sobre si podrían haber aumentado los tiempos de respuesta de las peticiones realmente urgentes, como las de los pacientes ingresados o las del Servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS Se compararon los datos del periodo nov-dic en 2006 y 2007. Puesto que muchos Servicios no reciben el informe en papel y consultan los resultados a través de la intralab, consideramos que nuestro tiempo de respuesta es la demora desde el registro de las pruebas hasta que se validan.

RESULTADOS Considerando todas las peticiones procesadas por el laboratorio de urgencias (se muestran las pruebas más representativas):

	2007	2006
Prueba/Perfil; Realizadas; demora h:m:s; Realizadas; demora h:m:s		
Agua de diálisis - iones:	52; 10:13; 58; 12:05	
Bilirrubina:	2154; 56:59; 302; 44:34	
Calcio:	2655; 45:01; 768; 38:45	
Cloruro:	18518; 26:07; 15482; 26:24	
Colinesterasa:	1590; 20:60; 1490; 23:18	
Creatinina:	16446; 27:35; 13347; 27:29	
Fosfatasa alcalina:	1702; 59:33; 19; 1:04:56	
Gasometría Venosa:	6228; 29:38; 5028; 36:06	
Glucosa:	18422; 31:44; 15443; 32:13	
GPT (ALT):	1877; 1:02:37; 96; 59:55	
LCR - Recuento y Fórmula:	83; 1:17:24; 168; 07:25	
Orina - Amilasa:	1248; 42:57; 990; 42:45	
Orina - drogas de abuso:	148; 41:14; 88; 43:50	
Orina - Test de Embarazo:	656; 33:08; 658; 30:26	
Orina - cualitativo y sedimento:	5245; 58:52; 4386; 46:54	
Troponina I:	4569; 41:42; 4111; 44:29	

Analizando la demora por tipo de paciente: H.Día; Hospitalizados; Urgencias

2007: demora h:m:s; demora h:m:s; demora h:m:s

Bilirrubina:	1:03:34; 58:24; 41:06
Calcio:	57:51; 37:20; 22:19
Cloruro:	53:57; 28:57; 19:22
Creatinina:	53:38; 31:3; 20:24
GPT (ALT):	1:05:37; 1:07:21; 54:18
Glucosa:	1:04:30; 34:46; 23:47
Potasio:	56:21; 30:06; 20:28
Proteínas:	1:04:21; 42:09; 24:39
Sodio:	54:26; 30:31; 20:35 2006
Bilirrubina:	29:01; 42:36; 54:06
Calcio:	35:36; 41:22; 33:06
Cloruro:	28:53; 31:16; 21:47
Creatinina:	27:53; 33:00; 22:42
Glucosa:	31:57; 37:41; 27:22
GPT (ALT):	29:01; 46:55; 1:08:44
Potasio:	29:09; 31:60; 23:36
Proteínas:	32:07; 34:29; 25:08

Sodio: 29:25; 32:24; 23:08

CONCLUSIONES: A pesar del notable aumento de la carga de trabajo los tiempos de respuesta no se han visto afectados. Esto se ha logrado priorizando el procesamiento de las peticiones realmente urgentes (en las que se ha observado una ligera mejora), mientras que las muestras de Hospital de Día se procesan cuando disminuye la carga de trabajo del resto de peticiones.

P312

MEJORA DE LA CAPTACIÓN DE MUJERES EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CA DE MAMA EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

O. Rodríguez Revilla, M. Moreno Alarcón, P. Martín Mateos, L. Menéndez Hernández, C. Rodríguez Martínez, C. Vicente Hernández.

Gerencia Área 8 Atención Primaria.

orodriguez.gapm08@salud.madrid.org

Objetivos: Estudiar la efectividad de una serie de intervenciones administrativas para aumentar la captación de mujeres en el programa DEPRECAM en Atención Primaria en el periodo 2003-07.

Material y métodos: Se establece un circuito que incluye difusión de información y captación de mujeres susceptibles del programa. Se evalúan puntos fuertes y débiles y sus áreas de mejora dentro de la Gerencia y de los EAPs, y se establecen las siguientes acciones:

- Inclusión de un recuerdo en todas las historias clínicas informatizadas de las mujeres de la población diana.
- Información en el EAP: fechas, ubicación de unidad móvil a través de carteles informativos y de profesionales.
- Listados personalizado a cada facultativo de la población citada en la campaña, incluyendo a posteriori las personas que no acuden.
- Difusión de teléfonos de información y citas a las usuarias de forma individual en las consultas de personal sanitario.

A la vez los Ayuntamientos correspondientes se implican en la difusión del programa.

Resultados: En el periodo 2003-2007 el porcentaje de participación en el Área aumento del 45,02% al 56,97%, diferencia 11,17% IC 95% (11,20-12,70%). El porcentaje de participación en la Comunidad de Madrid en 2003 fue del 29,47% y en 2007 del 44,85%. El Área 8 mantiene una índice de participación 12,12% superior a la media de la CM (IC 95% 11,60, - 12,70%) en el último año.

Conclusiones: La implicación de personal no sanitario en la mejora de la participación en un programa de mamografías se relaciona en el tiempo con un aumento del índice de participación.

P313

SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL DE CASTILLA-LA MANCHA

M. Nieto Moreno, O. Carrasco Ramírez, J. A. Contreras Nieves.

Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM).

mnieto@fislem.com

OBJETIVOS: Este trabajo explora el grado de satisfacción de la población atendida durante el año 2007 en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) de personas con enfermedad mental de Castilla-La Mancha que gestiona la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Participantes: 1460 personas, 844 usuarios con enfermedad mental grave atendidos en los 19 CRPSL y 616 familiares.

-Instrumentos: El grado de satisfacción fue evaluado con el Cuestionario de Satisfacción Global (CSG), versión usuarios (CSG-VU) y versión familiares (CSG-VF) El instrumento consta de 14 ítems que valoran el grado de satisfacción a través de una escala tipo Likert, cuyas puntuaciones oscilan de 1 a 6. Se obtienen puntuaciones en 4 factores: Satisfacción con los profesionales; Satisfacción con la atención; Satisfacción con las condiciones físico-ambientales de los centros; Satisfacción general con el centro.

-Identificación de Áreas de Mejora: se estableció según los puntos de corte en el CSG: Puntuación = 6: línea ideal; Puntuación = 5: línea de máximo aceptable; Puntuación < 4 : línea de mínimo aceptable. Se delimitaron las áreas: Área de calidad no apreciada (> 6 puntos); Área

óptima de funcionamiento (> 5 puntos); Área de mejora (> 4 puntos); Área de mejora prioritaria (< 4 puntos).

RESULTADOS: El grado de satisfacción de familiares y usuarios de CRPSL fue alto con los profesionales del centro, la atención recibida, las actividades realizadas y las instalaciones de los centros.

No hubo diferencias en el grado de satisfacción total ni en cada una de las dimensiones estudiadas de usuarios y familiares. Tampoco en el grado de satisfacción en las distintas áreas de Salud de Castilla-La Mancha. Todas las puntuaciones obtenidas se situaron en áreas óptimas de funcionamiento.

CONCLUSIONES: La medida de la satisfacción del usuario es una forma habitual de evaluar la asistencia socio-sanitaria, siendo un indicador de calidad del servicio prestado. Los resultados indican la existencia de un alto grado de confianza en la intervención asistencial que se desarrolla en los CRPSL y que sus actuaciones cumplen los requisitos mínimos de calidad establecidos.

Pese a que los resultados indican que durante el 2007 el grado de satisfacción de la población atendida en los CRPSL se encuentra en el nivel óptimo de funcionamiento, sería interesante analizar en un futuro y de forma pormenorizada potenciales variables predictoras del grado de satisfacción así explorar áreas más específicas de los servicios prestados.

P314

SUTURA ADHESIVA TISULAR: ¿TIENE RESULTADOS SATISFACTORIOS?

I. Peña Capsir, A. Alejos Tena, Y. Vasco Rodríguez, A. Ibricú Barro, O. Doblado López.

Area Basica de Salud CAMBRILS.

odoblado@grupsgessa.com

OBJETIVOS: Evaluar proceso de cicatrización utilizando sutura adhesiva tisular.

Evaluar el dolor en la aplicación de la sutura.

Evaluar grado de satisfacción del tutor en cuanto a la aplicación de la sutura.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo de la población menor de 10 años atendida en urgencias durante el 2007, que se le practicó sutura adhesiva tisular.

Variables estudiadas: Sexo, Edad, Localización de la herida, tamaño, mecanismo producción, control 48h, resultado y efectividad del proceso de cicatrización, valoración dolor utilizando la Escala Visual Analógica (EVA) y valoración estética mediante la Escala Visual Analógica Estética (EVAC).

Datos extraídos de historias clínicas informatizadas OMI-AP, encuesta telefónica y valoración por persona formada en dermatología ajena al estudio. Se explotaron mediante ACCESS 2003.

RESULTADOS: El número total de casos en donde la sutura tisular adhesiva estuvo indicada fueron 30, de estos 14 casos fueron excluidos del estudio por imposibilidad de localización. La muestra definitiva estudiada fue N=16.

La población mayoritaria a la que se le ha aplicado la sutura adhesiva es en un 81% de sexo masculino.

El grupo mayoritario con un 63% de los casos, ha sido entre 2 y 4 años de edad.

En la totalidad de los casos la localización de la herida ha sido en la cara.

En un 93,75% no se les realizó un control por sutura a las 48h.

En ningún caso se objetivó complicación alguna y el proceso de cicatrización fue correcto en el 93,75% de los casos.

La valoración del dolor según la EVA. obtuvo un valor "0" el 37,5%; "1" el 31,25%; "2" el 25% y "3" el 62,5%.

El 87,5% elegiría nuevamente de estar indicado este tipo de sutura frente a la de seda, del 12,5% restante la mitad no volvería a elegirla por haber sufrido problemas en el proceso de cicatrización y la otra mitad manifiesta no estar satisfecha con el resultado estético.

Del total de casos que pudieron ser localizados sólo 9 acudieron a la visita con el experto en dermatología para valoración estética, de éstos el 77,8% puntuaron 6 o más en la EVAC.

CONCLUSIONES: La mayoría de los casos no presentan complicaciones en el proceso de cicatrización.

Hay un alto grado de satisfacción del usuario en cuanto al tipo de sutura.

Teniendo en cuenta que se aplica en niños menores de 10 años hay que destacar que el impacto del dolor es mínimo y el proceso de

cicatrización es bueno.

P315

TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A. García Olert*, J. Cortés Carmona, A. I. Hernández Sánchez, F. J. Miralles Andújar, M. E. Caro Nieto, M. D. L. Á. Domínguez Bernal.

Hospital Comarcal de Melilla.

jesuscc@terra.es

Objetivos: Revisión descriptiva de las TCRR en una unidad de cuidados intensivos polivalente de un hospital de nivel medio, con el objeto de identificar problemas susceptibles de mejora e implementar así, estrategias que las corrijan.

Métodos: Se lleva a cabo un estudio prospectivo-descriptivo acerca del uso de las TCRR en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Comarcal de Melilla.

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes ingresados en la UCI durante el periodo comprendido entre el 04/03/07 y el 25/09/07 que precisaron de TCRR.

Por cada filtro y paciente se tomaron datos relativos a su rendimiento y otros parámetros clínicos. Asimismo se tomaron datos referidos a: indicación inicial de TCRR, técnica utilizada, datos epidemiológicos del paciente, criterios de gravedad al ingreso, motivo de retirada del filtro y complicaciones asociadas directamente con la técnica.

Análisis estadístico de los datos: programa SPSS v. 15.0® para Windows ®.

Resultados: La media de duración de los filtros, que fue de 17,92 horas, está por debajo de las cifras que manejan otras unidades similares a la nuestra.

El TPTA arterial (referido al paciente) se mantuvo sobre los 47 segundos como media, mientras que la media del TPTA venoso (línea de retorno) no superó los 45 segundos.

La enfermería se adelanta a la coagulación del filtro en el 39% de las ocasiones, recambiándolo cuando las cifras de presión transmembrana, presión del filtro y presión efluente así lo aconsejan, para evitar la eventualidad de llegar a una situación en la que no se hace posible el retorno sanguíneo.

Un 16% de los hemofiltros son retirados por razones de fin de terapia, retorno para aseo y salida del paciente de la unidad para prueba diagnóstica sin haber llegado al final de su vida útil.

Un 7,35% de los hemofiltros se "pierden" por fallo mecánico y además también se asocia a pérdida hemática.

La incidencia de complicaciones clínicas asociadas a las TCRR sucedió en un 70% de los pacientes.

No se produjeron complicaciones graves relacionadas con la TCRR.

Discusión: En base a los resultados obtenidos, nos parece obvia la necesidad de implementar medidas que optimicen el uso de las TCRR en nuestra unidad. Estamos convencidos de que la formación del personal médico y de enfermería en estrategias para aumentar la duración de los filtros, junto con un régimen acertado de anticoagulación, son uno de los pilares básicos para la consecución de nuestro objetivo.

P316

VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL DESCENSO INTRAOPERATORIO DE PARATIRINA EN LA PREDICCIÓN DE HIPOCALCEMIA TRAS TIROIDECTOMIA TOTAL

B. Flores Pastor, J. Miquel Perello, P. Del Pozo Gil De Pareja, A. Campillo Soto, V. Soria Aledo, J. L. Aguayo Albasini.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.

be240762@terra.es

Introducción y objetivos: La hipocalcemia, transitoria o permanente, es una de las principales complicaciones que pueden presentar los pacientes sometidos a tiroidectomía total. Las determinaciones seriadas de calcio o el tratamiento sustitutivo de todos los pacientes son los métodos más utilizados en la prevención de este cuadro. El objetivo de nuestro trabajo es validar la técnica de determinación de hormona paratiroidea intacta (PTH) como método para predecir los casos de hipocalcemia.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de 46 pacientes sometidos a tiroidectomía total. Se determinó el nivel sérico de PTH en el momento de la inducción anestésica así como a los 10 minutos de la

exéresis del tiroides y a las 24 horas. Asimismo, se midió el calcio iónico en sangre a las 24 y 48 horas de la cirugía. Se determinó el valor predictivo, tanto de los niveles postoperatorios de PTH como de su gradiente de caída respecto al valor preoperatorio, para la detección de hipocalcemia. Se consideró hipocalcemia un nivel sérico de calcio iónico $< 4 \text{ mg/dl}$ ($< 1 \text{ mmol/L}$).

Resultados: De los 46 pacientes, presentaron hipocalcemia 13 (28.3%). No hemos encontrado relación significativa entre los valores postoperatorios de PTH considerados de forma aislada y los casos de hipocalcemia. Sin embargo, cuando consideramos el gradiente entre el valor preoperatorio de PTH y las determinaciones postoperatorias, observamos que el porcentaje de caída de PTH sí que predice la hipocalcemia, siendo la mayor exactitud global del test cuando fijamos el punto de corte entre 85 y 90% de caída respecto al valor preoperatorio.

Conclusiones: El gradiente de caída de PTH en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a tiroidectomía total es un test válido para predecir los casos de hipocalcemia.

Palabras clave: Tiroidectomía; PTH intraoperatoria; Hipocalcemia.

P317

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DISLIPÉMICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Q. Salvans Sánchez, I. Peña Capsir, M. López Salazar, A. Ibiricu Barro, O. Doblado López, I. Alfonso Díaz.

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

qsalvans@grupsagessa.com

Objetivo: Evaluar nivel de adherencia al tratamiento de pacientes dislipémicos. Relacionar educación sanitaria, tipo de profesional que la imparte y adherencia al tratamiento oral con mejora analítica.

Método. Estudio observacional analítico retrospectivo.

Población: Dislipémicos de 15 a 64 años visitados en 2006 con analítica del diagnóstico y posterior.

Variables: sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, tipo patología metabólica, patología asociada, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos de la primera analítica y de la del año 2007, mejora de resultados analíticos, resultado del test Morinsky-Green, toma de otra medicación crónica, práctica de ejercicio, seguimiento de dieta dislipémica, habitualmente come en casa, con elaboración casera, consumo de tóxicos, realización de educación sanitaria de dieta, ejercicio y toma del tratamiento y profesional que realiza dicha educación.

Fuente de datos: Encuestas telefónicas e Historias clínicas. Tratamiento y Análisis estadístico: Access 2003 y SPSS 15.0.

Resultado: N=246. 53,3% hombres y 40,7% mujeres.

Edad media 52 años, el grupo de mayores de 40 años el más elevado 84%.

Patología metabólica: Hipercolesterolemia 43,5% (n=107), Hipertrigliceridemia 17,5% (n=43) y Mixta 39% (n=96).

Otra medicación crónica 62,2%.

Realizan dieta dislipémica adecuada el 72,4%, tanto hombres (69,8%) como mujeres (76%), realizando las comidas en su domicilio un 78,5% de elaboración casera el 82,5%.

Practican ejercicio saludable el 26,8%, moderado el 43,1% y sedentarios el 30,1%.

Recibieron educación sanitaria completa (dieta, ejercicio y medicación si toman) el 74,8%. Realizada en el 68,8% por enfermería y en el 31,4% por otros profesionales. El 73,3% obtienen mejoría analítica cuando la educación es dada por enfermería.

El 43,7% de los pacientes estudiados son cumplidores en el tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio. De los que únicamente tienen dieta y ejercicio como tratamiento el 64,2% son buenos cumplidores.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento es baja en pacientes que toman medicación, sólo menos de la mitad son buenos cumplidores tanto en toma de medicación como en dieta y ejercicio adecuado lo que nos obliga a reconsiderar estrategias para incrementarla, teniendo en cuenta además que la educación sobre la toma del tratamiento no se relaciona positivamente con su adherencia. Existe mayor adherencia en los pacientes que se tratan sólo con dieta y ejercicio.

Las mujeres tienen mejor adherencia a dieta y tratamiento farmacológico obteniendo mejores analíticas. Destacamos el mayor porcentaje en la mejora analítica cuando es

enfermería la que ofrece educación sanitaria.

P318

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DISLIPÉMICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Q. Salvans Sánchez, I. Peña Capsir, M. López Salazar, I. Alfonso Díaz, A. Ibiricu Barro, O. Doblado López.

Area Básica de Salud Cambrils.

odoblado@grupsagessa.com

Objetivo: Evaluar nivel de adherencia al tratamiento de pacientes dislipémicos. Relacionar educación sanitaria, tipo de profesional que la imparte y adherencia al tratamiento oral con mejora analítica.

Método: Estudio observacional analítico retrospectivo.

Población: Dislipémicos de 15 a 64 años visitados año 2006 con analítica en el año del diagnóstico y analítica posterior.

Variables: sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, tipo patología metabólica, patología asociada, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos de la primera analítica y de la del año 2007, mejora de resultados analíticos, resultado del test Morinsky-Green, toma de otra medicación crónica, práctica de ejercicio, seguimiento de dieta dislipémica, habitualmente come en casa, con elaboración casera, consumo de tóxicos, realización de educación sanitaria de dieta, ejercicio y toma del tratamiento y profesional que realiza dicha educación.

Fuente de datos: Encuestas telefónicas e Historias clínicas. Tratamiento y Análisis estadístico: Base de datos de Access 2003 y SPSS 15.0.

Resultado: Se estudiaron 246 pacientes dislipémicos, 53,3% hombres y 40,7% mujeres.

Edad media 52 años, el grupo de mayores de 40 años el más elevado 84%.

Patología metabólica: Hipercolesterolemia 43,5% (n=107), Hipertrigliceridemia 17,5% (n=43) y Mixta 39% (n=96).

Otra medicación crónica 62,2%.

Realizan dieta dislipémica adecuada el 72,4%, tanto hombres (69,8%) como mujeres (76%), realizando las comidas en su domicilio un 78,5% de elaboración casera el 82,5%.

Practican ejercicio saludable el 26,8%, moderado el 43,1% y sedentarios el 30,1%.

Recibieron educación sanitaria completa (dieta, ejercicio y medicación si toman) el 74,8%. Realizada en el 68,8% por enfermería y en el 31,4% por otros profesionales.

El 73,3% obtienen mejoría analítica cuando la educación es dada por enfermería.

El 43,7% de los pacientes estudiados son cumplidores en el tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio. De los que únicamente tienen dieta y ejercicio como tratamiento el 64,2% son buenos cumplidores.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento es baja en pacientes que toman medicación, sólo menos de la mitad son buenos cumplidores tanto en toma de medicación como en dieta y ejercicio adecuado lo que nos obliga a reconsiderar estrategias para incrementarla, teniendo en cuenta además que la educación sobre la toma del tratamiento no se relaciona positivamente con su adherencia.

Existe mayor adherencia en los pacientes que se tratan sólo con dieta y ejercicio.

Las mujeres tienen mejor adherencia a dieta y tratamiento farmacológico obteniendo mejores analíticas. Destacamos el mayor porcentaje en la mejora analítica cuando es enfermería la que ofrece educación sanitaria.

P319

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, ¿EVITA LA NECESIDAD DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL?

J. A. García Noain, J. Mozota Duarte, C. Gonzalvo Liarte, A. Cantin Golet, C. Valiente Martínez, B. Sierra Bergua.

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

agarcianoain@micorreo.cai.es

OBJETIVOS: Comprobar si el uso de un dispositivo de Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI) en un servicio de Urgencias de un Hospital de Tercer Nivel es capaz de evitar la necesidad de Intubación Orotraqueal (IOT) durante la estancia hospitalaria del paciente.

Examinar los parámetros que pueden influenciar en dicha necesidad. MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron el total de pacientes a los que se les colocó un dispositivo de VMNI en nuestro Servicio de Urgencias a lo largo del mes de febrero de 2008. Se recogieron los datos peristáticos, el diagnóstico que motivó la necesidad de ventilación mecánica, la gasometría arterial inicial y evolutiva, la necesidad posterior de IOT, el servicio de ingreso y el destino final del paciente (alta o exitus).

RESULTADOS: Se utilizó el dispositivo de VMNI en un total de 13 pacientes con una edad promedio de 71,76 años y una distribución por sexos del 61,5% varones y el 38,5% mujeres.

El motivo que determinó la necesidad de ventilación mecánica fue exacerbación de patología respiratoria crónica en el 73% de los casos frente a insuficiencia cardiaca aguda en el 27% con una cifra media de pH en la gasometría arterial de 7,21.

El servicio de ingreso fue la Unidad de Cuidados Intensivos en el 38,5% de los supuestos frente al 61,5% en una planta de Medicina Interna, con una estancia hospitalaria promedio de 21,4 días.

En el 30,8% de los pacientes se pudo retirar el dispositivo de VMNI en el propio servicio de Urgencias, siendo necesaria la IOT en el 7,6%, siempre con un pH en la gasometría inicial menor de 7,1.

A lo largo del ingreso un tercio de los pacientes precisaron de IOT, en ningún caso por insuficiencia cardiaca aguda y siempre con un pH inicial en la gasometría menor de 7,25.

Falleció el 15,3% de los enfermos, habiendo necesitado una IOT e ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CONCLUSIONES: El uso de un dispositivo de VMNI en un Servicio de Urgencias puede evitar, hasta 2/3 de los pacientes en nuestra serie, la necesidad de IOT durante el ingreso.

A casi 1/3 de los enfermos a los que se les coloca un dispositivo de VMNI se les puede retirar en el propio servicio de Urgencias mejorando estancias y costes hospitalarios.

Los factores determinantes de la necesidad de VMNI y su posible evolución son el diagnóstico clínico y el pH en la gasometría inicial.

P320

¿APLICAMOS LO QUE SABEMOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES?

E. Seral*, J. Villán, N. Bañón, E. Blanco, I. Báez, A. C. Santos.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

jvilgarm@gobiernodecanarias.org

OBJETIVOS: Establecer el grado de cumplimiento del lavado de manos en los diferentes procedimientos asistenciales.

Determinar los conocimientos y actitudes sobre las medidas de prevención de infecciones nosocomiales en la higiene de manos.

Realizar un diagnóstico de la situación previa a la campaña de lavado de manos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para el primer objetivo se ha realizado un estudio observacional sobre el cumplimiento del lavado de manos en unidades y servicios con tasas de infección nosocomial en los que, así lo aconsejaban. El protocolo elaborado para la vigilancia de las oportunidades (situaciones en las que está indicado realizar el lavado de manos) establece una clasificación según el grado de riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes (alto, moderado y bajo riesgo).

Además, se efectuó un análisis de los cuestionarios distribuidos entre los distintos profesionales que desarrollan su actividad asistencial en las unidades y servicios objeto del estudio. Consta de 10 ítems concernientes a las medidas de prevención (3 sobre hábitos profesionales y 7 sobre conocimientos) y 4 referentes al perfil del encuestado (sexo, unidad de trabajo etc.).

RESULTADOS: El tiempo de observación ha sido superior a 3200 minutos. Durante este periodo tuvieron lugar 1108 oportunidades de lavado, observándose 227 lavados de manos, lo que equivale a un índice de cumplimiento global del 20,5%. La variabilidad observada entre las unidades oscila entre el 1,7% y 53,4%. En cuanto al análisis de las encuestas, la tasa de respuesta global ha sido del 66,27%. El 95,1% emplea como procedimiento preventivo de las infecciones nosocomiales el lavado de manos, siendo la alternativa de lavado más frecuente el agua con jabón. La frecuencia de uso de las soluciones hidroalcohólicas no supera el 7%. El 62,6% de los profesionales relacionan adecuadamente las situaciones presentadas con las indicaciones de lavado.

CONCLUSIONES: Creemos que nos lavamos las manos más de lo

que lo hacemos, sin embargo los resultados obtenidos en el análisis de las encuestas difieren de manera evidente con los del análisis observacional, por lo que se podría afirmar que no reflejan nuestra realidad.

Se hace necesario desarrollar estrategias encaminadas a facilitar los medios materiales y humanos, para incrementar la frecuentación del lavado de manos y el uso de soluciones hidroalcohólicas.

P321

¿ESTAN LOS DIRECTIVOS PREPARADOS PARA LIDERAR EL CAMBIO A UNA CULTURA DE SEGURIDAD? OPINIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

A. Colomer Rosas*, M. V. Hernández Jaras, N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, M. J. Fernández Campos, P. Martínez Tenorio.

SUMMA112/CONSEJERIA SANIDAD.

acolomer.summa@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Conocer opinión de directivos de un Servicio de Urgencias sobre seguridad del paciente en su servicio y percepción sobre su actuación y la de los profesionales con relación a seguridad de pacientes.

MÉTODO: Material: encuesta tipo Likert (escala 1-5) de la AHRQ traducida y validada por el Ministerio de Sanidad Consumo. Método: Presentación objetivos del estudio y entrega encuesta a los 18 miembros de dirección de un Servicio de Urgencias extrahospitalaria. Autoadministrada, Devolución en el día o sucesivos. SPSS: estadística descriptiva.

RESULTADOS:

1. Encuestas remitidas: 18(100%).

2. Perfil encuestados: Sanitarios: 13(72.2%). Contacto directo con pacientes: 2(11.1%).

Años en puesto de trabajo: entre 1 y 5 años: 9(50%), Horas trabajo semanal: >60h, 4(22.2%); 40-59h, 7(38.9%).

3. Resumen de valoración de apartados encuesta:

A- Sobre su propio servicio, "personal sanitario se apoya mutuamente" De Acuerdo (DA) 55.6%; Muy De Acuerdo (MDA) 5.6%; "tenemos actividades dirigidas a mejorar seguridad del paciente" (DA55.6%, MDA11.1%); cuando se detecta algún fallo se establecen medidas" (DA66.7%, MDA5.6%); "frecuente trabajo bajo presión" (DA50%, MDA27.8%); "empleados temen que error conste en expediente" (DA44.4%; MDA5.6%).

B- Actitud del superior jerárquico: "hace comentarios favorables ante trabajos conforme norma" (DA55.6%; MDA5.6%), "considera sugerencias para mejorar seguridad" (DA50%, MDA16.7%), "si trabajo aumenta no pone en riesgo seguridad para aumentar rapidez" (DA66.7%, MDA11.1%), "hace caso a problemas" (DA50%, MDA27.8%).

C- Comunicación de riesgos: "profesionales tienen libertad para comentar algo que afecte negativamente a seguridad paciente" (DA55.6, MDA5.6%); "escaso debate sobre actuaciones prevención" (DA27.8%, MDA11.1%)

D- Frecuencia de notificación sucesos: "si se descubre y corrige antes de afectar paciente" se notifica: La Mayoría del Tiempo (LMT) (50%) o Siempre (S) (5.6%), "si no tiene potencial de dañar" se notifica: Algunas Veces (AV) 38.9%, LMV (33.3%); "si puede dañar al paciente" se notifica AV44.4%, LMV33.3%.

E- Valoración general de seguridad del paciente en el servicio: 12 directivos (66.7%), aceptable; 2 (11.1%), muy bueno; 4 (22.2%), pobre.

F- Propia actuación directiva y cooperación/coordinación: "la dirección propicia ambiente para seguridad" (DA61.1, MDA11.1), "acciones directivas evidencian que seguridad es prioritaria" (DA50%, MDA11.1%), "Siempre interesa seguridad paciente no sólo si hay problema" (DA50%, MDA11.1%), "falta coordinación unidades" (DA72.2%), "problemas intercambio información" (DA27.8%, MDA11.1%).

CONCLUSIONES: Posible sesgo por dificultad anonimato. Los directivos tienen una percepción positiva la actuación propia y de profesionales y de comunicación informal, con valoración aceptable de seguridad global de paciente y peor valoración de notificación de errores por miedo a posibles consecuencias. Conocimiento de dificultades para mejorar actitudes profesionales. Buena valoración

actuación directiva en seguridad pacientes que habría que contrastar con evidencias.

P322

¿OFRECEMOS GARANTÍAS EN EL MATERIAL QUIRÚRGICO REPARADO?

A. B. Franco Guerrero, A. Duro Ruiz.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
anabfg@gmail.com

Los materiales quirúrgicos facilitados por las casas comerciales y utilizados en centros hospitalarios se rigen por normas específicas como las UNE-EN ISO 9001, modelo para el aseguramiento, la producción, la instalación y el servicio postventa.

La OMS también contempla esta necesidad de seguridad en su declaración de 1984 en la que "todos los Estados miembros deberán crear mecanismos que garanticen la calidad de la atención que prestan a la población". Así pues, la calidad es un derecho de los pacientes, "el derecho a la protección de la salud".

Por tanto, los centros hospitalarios deben poner a disposición de los usuarios los medios necesarios para que la calidad prestada esté dentro del marco legal de seguridad y salud.

Objetivos: Describir el procedimiento llevado a cabo con el material quirúrgico estropeado. Comparar las diferencias en el procedimiento seguido ante material estropeado tras un caso clínico.

Material y métodos: Revisión retrospectiva del circuito de reparación de material quirúrgico averiado antes y después de octubre de 2007. Resultados: Ante una avería o fallo se pone en marcha un circuito de actuación que consta de un registro de enfermería, registro administrativo de salida y entrada del material quirúrgico y un registro informatizado a electromedicina.

Electromedicina manda el material quirúrgico estropeado a la casa comercial, encargándose ésta de la baja o reparación. Cuando el material es reparado se devuelve al centro con un parte de reparación, poniéndose de nuevo en funcionamiento.

Tras el incidente quirúrgico de Octubre de 2007, cuando la casa comercial repara el material además del parte de reparación, emite un certificado de garantía que se entrega una copia a la supervisora. Se incorpora un registro de entrada y salida del material estropeado y reparado por parte del personal de enfermería para tener un mayor seguimiento del material.

Conclusión: Las normas de la OMS y las ISO 9001 obligan y garantizan la calidad del material reparado por la casa comercial para que los beneficiarios puedan disfrutar con seguridad y tranquilidad de la intervención quirúrgica a la que se someten.

El incidente quirúrgico supone un punto de inflexión que marca un antes y un después en el protocolo seguido ante el material quirúrgico estropeado. La garantía de calidad del material reparado por la casa comercial es mayor y ofrece más cobertura de garantía sanitaria y legal tanto para los pacientes como para el personal implicado en su manejo.

P323

¿POR QUÉ OCURRIÓ? ANÁLISIS CAUSAS - RAIZ

J. Requena*, J. Aranaz, N. Álvarez, M. Ricci, R. Limón, I. González.
HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT.
requena_jua@gva.es

Estos resultados son consecuencia de una investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) (referencia 06/90318 y 06/90043).

Objetivos: A propósito de la caída de una paciente de la cama en observación de urgencias de un hospital con resultado de exitus, pretendemos identificar las causas profundas que explican las razones del accidente, identificar las causas subyacentes y el entorno en que se produjo el Evento Adverso, y reducir su probabilidad y/o impacto en el futuro.

Material y métodos Mediante el análisis de las causas-raíz, pretendemos responder a tres interrogantes: ¿qué pasó?, ¿cómo pasó? Y ¿por qué pasó? Identificar los factores condicionantes, utilizando la matriz tiempo-persona, entrevistas estructuradas, y una tabla cronológica de los hechos. Además se realizó un análisis de la información mediante la técnica de espina de pescado, para identificar causas y factores contribuyentes. A continuación se elaboró un análisis de barreras reactivo, para proponer soluciones y plan de

acción, así como implantación y seguimiento de las medidas.

Resultados: Aunque la causa aparente del exitus fue un traumatismo craneal, el análisis causas raíz del caso identificó enfermedad en la paciente explicativa del mismo, por lo que la causa real difiere de la aparente. Los factores condicionantes identificados fueron la ausencia de valoración del riesgo de caída de la paciente, la ausencia de un protocolo de colocación de dispositivos de contención y no valorar la urgencia de la medida. Permitió identificar las siguientes oportunidades de mejora: diseñar un algoritmo de valoración del riesgo de autonomía, protocolizar la colocación de barandillas según riesgo, elaborar una normativa de actuación, adquisición de barandillas adecuadas y protocolo de acompañamiento de pacientes. Conclusiones: El análisis causas-raíz permite profundizar en las razones explicativas de problemas de calidad y seguridad estableciendo la contribución de los factores relacionados con las causas reales y aparentes. Además, tiene el valor añadido de identificar oportunidades de mejora.

Entre sus limitaciones cabe reseñar la dificultad operativa de credibilidad de los operadores y de conducción del modelo sin despertar desconfianza entre los profesionales implicados en el caso y objeto de la entrevista.

P324

¿SEGURIDAD DEL PROFESIONAL O DEL PACIENTE?

M. Domínguez Fernández*, E. Gabilondo Larrañaga, A. Rodríguez García, J. Muñoz Fernández, E. Gutiérrez Fraile, P. Calleja Sedano.

Hospital Santiago. Osakidetza.
mariaiteresa.dominguezfernandez@osakidetza.net

Objetivos: Identificación de riesgos derivados del trabajo que afectan o pudieran afectar también a la seguridad del paciente.

Material y Método: La prevención de riesgos laborales es la herramienta que gestiona la seguridad de los profesionales, si bien en muchas ocasiones puede afectar también al paciente con la disminución de eventos adversos en la práctica clínica. Durante la identificación de riesgos laborales a través de las distintas herramientas utilizadas para la gestión de la Prevención de Riesgos Laborales, se aprecia que en ocasiones, estos no solo afectan a la seguridad del trabajador, si no que pueden de uno u otro modo, afectar también a la seguridad del paciente. La propuesta de medidas de mejora para la eliminación o minimización de estos riesgos contribuye a crear ambientes de trabajo más seguros lo que repercute directamente en los equipos humanos ya que permite ejecutar las tareas con mayor seguridad y centrándose en el paciente, repercutiendo así también en el mismo. Así mismo, durante la elaboración de la propuesta de medidas correctoras, son descartadas todas aquellas medidas que pueden afectar negativamente al paciente.

Resultados: De la evaluación de riesgos de la Unidad de Cuidados Intensivos, se extrae que el 35% de los riesgos identificados afectan o pueden afectar también al paciente. El 34 % de las medidas correctoras propuestas repercuten en uno u otro modo en el paciente. De la evaluación de riesgos de Hospitalización, el 22 % de los riesgos identificados afectan o pueden afectar al paciente. El 32 % de las medidas correctoras propuestas repercuten en uno u otro modo en el paciente.

De la investigación de accidentes del año 2007 se pueden extraer un 6% de accidentes que podrían afectar también al paciente. Un 40% de las medidas correctoras propuestas repercute directa o indirectamente en la seguridad del paciente.

De las consultas emitidas por los trabajadores en materia de Prevención de riesgos laborales durante el año 2007, el 60 % afectan o pueden afectar también al paciente. Un 72% de las medidas correctoras propuestas repercute directa o indirectamente en la seguridad del paciente.

Conclusiones: Las herramientas que se utilizan para la identificación de riesgos derivados del trabajo que afectan a la seguridad y salud del trabajador, llevan asociadas la identificación de riesgos que pueden afectar también a la seguridad del paciente.

P325

ACCIONES DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL USO DEL MEDICAMENTO EN EL CENTRO SOCIO SANITARIO PALAU

L. Rodríguez, M. Sauque, A. Calderón De La Barca, E. Bresme, M. Aguas.

Centro Sociosanitario Palau.

lrodriguez@csspalau.com

Objetivo: Planificar y desarrollar una serie de actividades que garanticen la seguridad de utilización de los medicamentos con el fin de disminuir el riesgo relacionado con su uso.

Material y método: El estudio se ha llevado a cabo en un Centro Sociosanitario de 280 camas con un total de 91.437 estancias en el año 2007. La media del número de fármacos en los pacientes de larga estancia fue de 7,4 (DE 2,7), en los de media estancia de 8,7 (DE 3) y en los de convalecencia de 8,9 (DE 3,1).

En los años 2006-2007 la Comisión de Farmacia conjuntamente con la Coordinadora de Calidad elaboró una serie de acciones de mejora para evitar en lo posible los problemas relacionados con los medicamentos. Las acciones llevadas a cabo fueron:

1.- Reetiquetaje de los medicamentos en los que cada unidad no venía identificada con el nombre comercial, principio activo, dosis, lote y caducidad mediante un programa de etiquetas para blisters (Sanofi Aventis).

2.- Política de caducidad de los medicamentos con envases multidosis una vez abiertos. Para ello se elaboró un protocolo con la caducidad de los envases una vez abiertos y se diseñaron unas etiquetas que se adhieren al envase (jarabes, gotas, pomadas, antisépticos, colirios, etc.) en la que consta el tiempo de caducidad del envase una vez abierto. La enfermera cuando abre el envase multidosis especifica la fecha de caducidad.

3.- Control de la temperatura del ambiente y de las neveras ubicadas en las unidades de enfermería.

4.- Actualización de la guía farmacológica y de las normas de administración de medicamentos (administración de medicamentos por sonda, vía endovenosa, oral, etc)

Resultado: En el año 2007 se etiquetaron un total de 97.300 unidades de formas farmacéuticas para vía oral (comprimidos, grageas, capsulas, etc) siendo los medicamentos más reetiquetados: Plavix®, Esidrex® y Daflon®.

Se colocaron un total de 2.800 etiquetas de caducidad en los envases multidosis.

Se registró diariamente la temperatura ambiente y de la nevera ubicada en cada unidad de enfermería. Notificándose un total de 5 incidencias en el 2007.

Conclusiones: Con estas medidas se ha conseguido tener en todo momento bien identificado los medicamentos garantizando su conservación y disminuyendo el riesgo de los errores de medicación en el proceso de preparación por parte de la Enfermera en planta.

P326

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS ... ¿EL QUÉ?

L. Armada Gómez *, A. Troyano Del Barco, E. Cervera López, F. J. Devesa Pardo.

MUTUA UNIVERSAL.

larmadag@mutuauniversal.net

Objetivos: Valorar la experiencia de la implantación de un sistema de detección y registro de Acontecimientos Adversos (AA) en la práctica asistencial.

Material y Método: Se llevaron a cabo una serie de actuaciones específicas:

- Elaboración de un plan de mejora de la seguridad del paciente contemplando centros asistenciales de primaria y hospitalaria.
- Difusión del plan a través de la intranet del Departamento de Calidad, accesible por toda la red de centros a nivel nacional.
- Adaptación de la BBDD Lotus Notes que permite registrar la trazabilidad desde la detección de los AA.
- Formación periódica específica a los grupos de personal de nueva incorporación.

Se agruparon los AA en base a 8 procesos (Cuidados del paciente; Diagnóstico; Identificación e información al paciente; Infección Nosocomial; Medicación; Procedimiento terapéutico; Pruebas diagnósticas; Sistemas de información), subclasificando dentro de éstos los AA y adaptándolos a las especificaciones de una Mutua de

Accidentes de Trabajo.

Resultados: Tras el primer año de su implantación, se han recogido un total de 30 AA, que han sido detectados por el 21% de los centros.

Del análisis efectuado se desprende una baja participación debida a distintos motivos, siendo los principales: deficiencias en el concepto de AA; desinterés por el tema; miedo a la penalización. Evidencia de este último es la escasa comunicación de infecciones de heridas, dehiscencia de suturas, o extravío de documentación, centrándose la mayoría de AA en casos motivados por terceros.

El 56% de los AA detectados han sido relacionados con Pruebas diagnósticas y el 20% con Sistemas de información, repartiéndose el 24% restante entre el resto de procesos.

De los AA registrados se han detectado 5 oportunidades de mejora de las cuales ya se han iniciado acciones: elaboración de una guía de antibioticoterapia; mejora en la revisión del control de caducidades de stocks de farmacia; revisión de los check-lists de estructura de los centros; consenso con proveedor externo de la identificación de muestras a analizar; mejora del proceso de radiología (Software Dosis-paciente).

Conclusiones:

1.- De la implantación del sistema de detección y registro de AA se detecta la necesidad básica de clarificar el concepto y la tipología de AA.

2.- A pesar de los escasos AA detectados, éstos han permitido establecer acciones concretas.

3.- El sistema de registro de AA se considera funcional e implantado, pese a la necesidad de buscar la proactividad del personal del centro.

P327

ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO PAUTADO EN EL INGRESO DESDE URGENCIAS

M. T. Mayoral Sánchez, A. D. Moreno Pastor, M. García López, J. Alcaraz Martínez, I. Ayala Vigueras, A. Cano Nieto.

Hospital Morales Meseguer.

julian.alcaraz2@carm.es

Objetivos: Valorar los posibles problemas en los tratamientos, tanto como terapia del problema causante del ingreso como de profilaxis frente a riesgos de la hospitalización.

Metodología: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo en el que se ha tomado como muestra todos los pacientes ingresados desde urgencias que fueron dados de alta la semana del 6 al 12 de Junio de 2006. En todos ellos se ha evaluado la necesidad de profilaxis frente a enfermedad tromboembólica utilizando la tabla de indicaciones del protocolo existente en nuestro centro y la pertinencia del uso de gastroprotección. Además, el tratamiento antibiótico pautaado en urgencias se ha valorado en función de posteriores cambios en planta, evolución y/o antibiograma cuando se disponía del mismo. Por último se ha comparado el tratamiento global pautaado desde urgencias con el de planta para valorar posibles problemas en el pautaado desde el primer servicio.

Resultados: Se ha obtenido una muestra de 186 casos de pacientes. La edad media de los pacientes ha sido de 55,8 años y en la distribución por sexo de la muestra hay un ligero predominio de los varones con un 53,8% de los casos.

La indicación de profilaxis frente a enfermedad tromboembólica con heparina de bajo peso molecular se evaluó según las indicaciones de los protocolos vigentes en nuestro centro, comprobándose que en 120 pacientes (66%) estaba indicada la pauta con heparina y la llevaban correctamente indicada en el tratamiento 97 de ellos (80,8%). En 10 casos de los que no estaba indicada esta terapia también se pautaó. En cuanto al uso de gastroprotectores, en el 73% de casos estaba indicada y de ellos el 91,7% la llevaban prescrita. En aquellos casos en los que se pautaó tratamiento antibiótico, se comprobó si este inicial era correcto, considerándose como tal el 90,3% de casos.

Se comparó también el tratamiento de urgencias con el pautaado en planta para buscar posibles fallos, valorándose así en 22 casos (11,8%).

Conclusiones Se han obtenido adecuaciones por encima del 90% en todos los parámetros medidos, salvo en indicación de profilaxis frente a enfermedad tromboembólica.

Trabajo becado mediante el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. BOE 32 de 6-2-2007 y BORM de 6-11-2007.

P328

ADECUACIÓN ESTRUCTURAL DE LOS CENTROS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN URGENTE: INTERVENCIÓN EN UN ÁREA DE SALUD

M. C. Minguet Arenas (0), M. Beamud Lagos (0), A. I. Hernández Regalado (1), R. Gómez Honorato (1), P. Regalón Martín (1), F. Romero Arroyo (1).

(0) Gerencia Área 11. Atención Primaria., (1) Área 11. Atención Primaria.

cminguet.gapm11@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Mejorar la atención a la demanda urgente, ya sea en el propio centro de salud (CS) o fuera de este, que se presta en los CS de Atención Primaria (AP) de un área sanitaria.

Secundarios:

Conocer la situación de los recursos estructurales necesarios e imprescindibles para atender las demandas urgentes (salas, medicación, aparatos clínicos etc.).

Implantar medidas correctoras que mejoren el proceso de la atención urgente (AU).

MATERIAL Y MÉTODOS Y RESULTADOS: Se creó un grupo de trabajo formado por 5 médicos, 6 enfermeros, un farmacéutico, una enfermera técnico de formación e investigación y una subdirectora de enfermería. Se estableció un cronograma de trabajo con 7 reuniones desarrolladas durante 9 meses.

En las reuniones los miembros del grupo aportaron su experiencia y conocimientos necesarios para el análisis de situación y la detección de las necesidades en los centros.

Se realizaron búsquedas bibliográficas dirigidas a recoger la mejor evidencia disponible en cuanto a la organización de la AU: protocolos de soporte vital, indicación de los fármacos y material indispensable.

En la fase final de la intervención se consensuaron y realizaron una serie de recomendaciones generales, aplicables a todos los CS, dirigidas fundamentalmente a la organización de un sistema de revisión del material sanitario (carros de parada y maletines de urgencia) y de la notificación de averías o incidencias en caso necesario.

Finalmente, se diseñó un plan de difusión a los centros que incluyó el envío de carteles, la entrega de cuadernos de revisión de las salas de urgencia y cajas precintadas (kits) de medicación. Toda esta información se incluyó en la Intranet del Área.

CONCLUSIONES: No existían al inicio de la intervención unos criterios uniformes en todo lo relacionado con la AU en los distintos Centros del Área.

Las principales áreas de mejora de la AU en los CS eran el conocimiento del material y la medicación indispensable para esta atención, así como del circuito de revisión y actualización dicho material.

La AU en los CS de AP precisa de intervenciones periódicas que establezcan unos mínimos de calidad dirigidos a mejorar dicha atención así como la seguridad de los pacientes.

La mejora de los procesos de atención en los CS de AP se facilita mediante la participación activa de profesionales de todas las categorías y dispositivos de la organización.

P329

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL EN LA TERAPIA ONCOLÓGICA

M. Llopis Fernández, V. Collados Arroyo, J. León Villar*, N. Sala Vilajosana, J. Pastor Cano, V. Pérez.

H. Morales Meseguer.

monllop23@hotmail.com

El aumento de la disponibilidad y del uso de la terapia oral domiciliaria en el tratamiento del cáncer, nos plantea conocer la adherencia de los pacientes al tratamiento, puesto que su eficacia depende de ella. La evidencia disponible actualmente, pone de manifiesto que la adherencia a los antineoplásicos orales es variable y que puede oscilar del 20-100%. Entre los factores predictores que pueden determinarla encontramos aquellos relacionados con: paciente y su entorno, patología y estadio, medicación y el sistema sanitario que le atiende. Se define como el grado cumplimiento del paciente al tratamiento prescrito.

Objetivo: Valorar la adherencia de los pacientes onco-hematológicos ambulatorios a la terapia oral antineoplásica.

Método: Los pacientes fueron reclutados en hospital de día médico, cuando acudían a la consulta médica o la sala de enfermería para tratamiento. Fueron entrevistados personalmente por un farmacéutico mediante el cuestionario de "Morisky -Green". Este cuestionario evalúa el olvido de la toma de la medicación, las variaciones horarias del tratamiento, el incumplimiento del tratamiento por mejoría clínica o por reacciones adversas.

Resultados: Fueron entrevistados 37 pacientes. Un 65% fueron mujeres. El cuestionario calificó como inadherentes al 46% de los pacientes con quimioterapia oral. La principal causa de incumplimiento al tratamiento fue por la toxicidad que produce la medicación. Las reacciones adversas hicieron que un 40% de los pacientes no tomaran correctamente el tratamiento, siguiendo las recomendaciones del médico. Tan sólo un 3% de los pacientes dejó de tomar la medicación cuando se encontraba mejor clínicamente. Los pacientes que reconocieron olvidar alguna toma durante el tratamiento fueron el 19% y el 11% alteraron el horario de las tomas de la medicación.

Conclusiones: La valoración de la adherencia solo con cuestionarios puede sobreestimar la adherencia a los tratamientos.

La inaderencia se asocia a un aumento de las consultas médicas, mayor tasa de hospitalización y prolongación de la estancia hospitalaria, por tanto programas de intervención como la educación e información a los pacientes en la toma de la medicación pueden contribuir a mejorar el cumplimiento de las terapias.

La adherencia a terapia oral antineoplásica puede ser superior a la terapia oral de fármacos no antineoplásicos que se estima entre un 40-50%, porque los pacientes pueden estar más motivados por la gravedad de su enfermedad.

Conflicto de Intereses:

No existe conflicto de intereses.

P330

ALERTAS DE MEDICAMENTOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

J. Martínez Gorostiaga*, A. Marino Miguel, M. A. Oyarzábal Uriarte, G. Aguirre Lejarcegui, E. Vitoria García, S. Arenaza Murua.

Comarca Araba - Osakidetza.

javier.martinezgorostiaga@osakidetza.net

OBJETIVOS:

- Evaluar el tipo de alertas de farmacovigilancia difundidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en los 3 últimos años.

- Estudiar la repercusión de las notas de seguridad y restricciones de uso en la prescripción de los medicamentos afectados.

MATERIAL Y MÉTODO: A partir de las alertas de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos publicadas en los años 2005, 2006 y 2007, se analizan las recomendaciones emitidas para los medicamentos de utilización en atención primaria.

Se cuantifican las recetas prescritas por los médicos de atención primaria de la Comarca Araba de Osakidetza desde enero del 2005 hasta enero del 2008. Los datos proceden del sistema informático de facturación de recetas del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

RESULTADOS: Se han difundido 45 notas informativas, que afectan a 31 medicamentos o grupos farmacológicos. Como consecuencia de ello se han retirado 7 medicamentos y 3 medicamentos han pasado a ser calificados como de diagnóstico o uso hospitalario.

La evolución del número de envases recetados, de los principios activos con alertas de farmacovigilancia más prescritos en atención primaria, en enero del 2005 y en enero del 2008, ha sido la siguiente: cabergolina ha pasado de 141 a 65 envases (reducción 53%), carisoprolol de 91 a 50 (reducción 45%), celecoxib de 335 a 391 (aumento 16%), galantamina de 91 a 52 (reducción 42%), lamotrigina de 240 a 306 (aumento 27%), pimecrolimus y tacrolimus de 181 a 95 (reducción 47%), pioglitazona y rosiglitazona de 167 a 256 (aumento 53%), piroxicam de 680 a 14 (reducción 97%) y telitromicina de 92 a 1 (reducción 98%).

CONCLUSIONES:

- 1.- En general, la difusión de las notas de farmacovigilancia reduce la prescripción de los medicamentos implicados.

- 2.- Ha disminuido de forma significativa la prescripción de piroxicam, quizá también porque ha pasado a necesitar el visado de inspección para su dispensación en las farmacias.

3.- Sorprende que los antidiabéticos pioglitazona y rosiglitazona y el celecoxib hayan aumentado su prescripción, cuando hay alternativas terapéuticas con mejor relación riesgo/beneficio.
4.- Es muy importante la vigilancia de la seguridad de los nuevos medicamentos cuando se emplean en condiciones reales de la práctica clínica.

P331

ANÁLISIS CAUSAS- RAÍZ. LOS FALLOS COMO FUENTE DE MEJORA

J. Requena*, J. Aranaz, N. Álvarez, M. Ricci, R. Limón, M. Montesinos.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT.

requena_jua@gva.es

Estos resultados son consecuencia de una investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) (referencia 06/90318 y 06/90043).

Objetivos: Investigar un suceso centinela como es la caída de un paciente hospitalizado, con resultado de fractura de codo, mediante la herramienta de investigación cualitativa de análisis de causas raíz.

Material y métodos: Los pasos seguidos en el análisis de las causas-raíz han sido: identificar un suceso centinela que debe ser investigado, recabar información, hacer la secuencia cronológica de los hechos, análisis de la información, implantación de estrategias preventivas y seguimiento de las medidas.

Resultados: Entre las principales causas identificadas como factores contribuyentes merece la pena destacar: el hecho de no reconocer la vulnerabilidad de la paciente, la ausencia de un protocolo de prevención de caídas, la existencia de camas altas, estrechas y sin freno en el área de observación, así como factores físicos, culturales e idiomáticos de la paciente que en este caso tuvieron un peso importante. Entre las acciones de mejora propuestas en el análisis reactivo, resaltar la necesidad de un protocolo de prevención de caídas, así como un protocolo normalizado de colocación de barandillas en las camas en sujetos especialmente vulnerables.

Conclusiones: Los errores son frecuentes, muchas veces inevitables y con graves consecuencias. El reproche y la culpabilización conducen a que se oculten. El ACR es una herramienta enfocada hacia la prevención, no a la culpa ni al castigo. Pretende aprender de los riesgos ocurridos para eliminarlos o reducir su probabilidad/impacto en el futuro. Su finalidad es identificar y desarrollar mejoras potenciales.

P332

ANÁLISIS CAUSAS- RAÍZ. PREVENCIÓN "A POSTERIORI" DE LOS EFECTOS ADVERSOS

J. Requena*, J. Aranaz, N. Álvarez, M. Ricci, R. Limón, J. López.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT.

requena_jua@gva.es

Estos resultados son consecuencia de una investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) (referencia 06/90318 y 06/90043).

Objetivos: Investigar de forma sistemática, más allá del individuo, las causas subyacentes y el entorno en que se produjo el exitus inesperado de un paciente en el hospital. Identificar tanto las causas profundas como las causas subyacentes, y reducir la probabilidad y/o impacto en el futuro.

Material y métodos: La sistemática del análisis causas raíz constó de las siguientes fases: tras identificar un suceso centinela, se constituyó el grupo de trabajo, integrado por individuos implicados y familiarizados con el proceso, y con una alta interdisciplinariedad, se recabó información, se realizó la secuencia cronológica de los hechos, análisis de la información, implantación de estrategias preventivas y se planificó el seguimiento de las medidas.

Resultados: Entre las causas inmediatas que se identificaron como contribuyentes al evento estuvieron: el hecho de tratarse de un proceso nosológico muy poco frecuente y de gravedad nada previsible, lo que llevó a considerar el desenlace muy poco evitable. Como causas mas profundas se apuntaron a deficiente comunicación entre servicios, la inadecuada gestión del traslado, y la elevada presión asistencial. En la tabla de seguimiento de acciones de mejora, destacamos la elaboración de protocolos de actuación interdisciplinar, y otros de traslados en caso de urgencia vital.

Conclusiones: La medicina se ha apoyado históricamente en las técnicas de investigación cuantitativa para la mejora de la calidad y la reducción de errores. De esta forma, se han podido revisar los errores más comunes. Sin embargo, estas técnicas epidemiológicas son adecuadas para el estudio de complicaciones que ocurren con una cierta frecuencia, pero no para los errores raros, donde, como hemos comprobado en este caso, el análisis causas-raíz se muestra especialmente útil.

P333

ANÁLISIS DE INCIDENCIAS DURANTE LOS CUATRO ULTIMOS AÑOS EN SANT JOAN DE DEU-SERVEIS DE SALUT MENTAL

Y. García Caro, J. Ribas Sabate, A. Cáceres González, M. Toribio Prieto, J. Cañada Nogueas, J. Ramos Montes.

HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL.

yolandagarcia@sjd-ssm.com

OBJETIVO: Se establece un sistema de información de incidencias para detectar las posibles áreas de mejora y a su vez poder establecer medidas correctoras dentro de lo posible, siendo un mecanismo de mejora continua de la calidad. Este sistema comenzó en el 2000, siendo modificado, después de una reorganización, por Direcciones de Área en el año 2003. Y por lo tanto exigiendo una modificación en el circuito de declaración de las incidencias y una mejora cualitativa del registro informático. Mediante esta notificación la información de la incidencia llega a los cargos intermedios y direcciones quienes proponen medidas correctoras a los hechos.

MATERIAL Y METODO: Desde la nueva reorganización se hace una extracción anual de las incidencias declaradas y se realiza un informe donde se destacan las áreas de mejora y los puntos fuertes, a la vez en este informe se realiza una comparativa con años anteriores donde podemos ver si las acciones de mejora han sido las correctas o deben de ser analizadas de nuevo, para aportar nuevas propuestas.

A su vez se puede observar si el índice de declaración es constante o sufre variabilidad.

RESULTADOS: Desde el 2004 (1419) ha incrementado la notificación de incidencias excepto durante el año 2006 (1343) donde se encontró con una disminución de la declaración, aunque podemos observar un gran aumento de declaraciones durante el 2007, llegando a 1570 anuales.

Según el servicio y en los 4 años estudiados son el área de Hospitalización de agudos y de discapacitados las que presentan una declaración de incidencias más elevado (aproximadamente un 50% entre las dos) y constante en el tiempo.

Según el tipo de incidencia los accidentes y las conductas inadecuadas suponen alrededor del 60% de las incidencias declaradas.

CONCLUSIONES: Del total de las incidencias declaradas el 89,3% están relacionadas con los usuarios.

Se han comunicado más incidencias en las áreas de Hospitalización psiquiátrica respecto de los servicios comunitarios.

El incremento de incidencias del último año se ha distribuido de la misma manera en los servicios de agudos y subagudos, ha disminuido en la unidad de discapacitados, psicogeriatría y comunitaria. El área de Media y larga estancia se mantiene estabilizada respecto de 2006.

P334

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN SERVICIO DE SALUD

E. M. Martínez Ochoa, F. Rivera Sanz, A. Cestafe Martínez, P. Sáenz Ortiz, H. Kalhil Kassem, B. Ruiz Nicolás, V. Marijuan Fernández.

Consejería de Salud de La Rioja.

eochoaes@yahoo.es

OBJETIVO: Conocer la cultura de seguridad clínica de los profesionales sanitarios del Servicio Riojano de Salud para establecer áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal a través de un cuestionario anónimo dirigido al personal facultativo y de enfermería de atención primaria y especializada, utilizando la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado y validado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que consta de 42

preguntas agrupadas en 12 dimensiones.

RESULTADOS: El mayor porcentaje de respuestas positivas de la encuesta se encontró en las dimensiones de "trabajo en equipo en la unidad/servicio" (61,38%), tanto en atención primaria en especializada, seguida de "los jefes emprenden acciones para mejorar la seguridad" (50,24%), que ocupa el segundo puesto en atención primaria y "hay una comunicación franca" (48,74%), segundo lugar en el caso de atención especializada, mientras que las dimensiones con menor proporción de respuestas positivas fueron "existe respaldo de los gestores para la seguridad del paciente" (23,37%), "no se da una respuesta punitiva al error" (33,14%) y "hay comunicación y retroalimentación sobre errores" (34,77%).

El personal de enfermería considera la dimensión de trabajo en equipo en mayor proporción que los facultativos (73,89% positivos vs 51,90%).

Las áreas de mejora identificadas más destacadas fueron en primer lugar "frecuentemente trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente" y la "seguridad nunca se compromete por hacer más trabajo".

La percepción global del grado de seguridad fue considerada pobre o mala en el 12,05% de los casos, el 26,24% la consideraron aceptable, y el 61,70% buena o excelente (70,97% enfermería vs 50,79% facultativos, $p < 0,001$ y 64,95% en especializada vs 54,54% en primaria, $p = 0,16$) y respecto al número de eventos adversos notificados durante el año anterior el 70,77% manifiestan que no notificaron ninguno.

CONCLUSIONES: El grado de seguridad actual es mejor valorado por enfermería y en el ámbito de atención especializada mejor que en primaria.

Al igual que en los datos de la AHRQ y de Silvestre C et al., las dimensiones mejor valoradas son el trabajo en equipo y la actitud de los jefes, lo que puede facilitar la implicación de los profesionales en acciones sobre cultura de seguridad.

La escasa notificación de eventos adversos traduce la necesidad de un sistema activo de notificación, que actualmente se está empezando a implantar en el Servicio de Salud.

P335

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN: UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR

A. Martos Foladori*, J. M. Jover Casas, F. J. Huertas Martos, J. Contreras Sáez, E. A. Nuevo Lara.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.
 aurora.martos.sspa@juntadeandalucia.es

Objetivos:

1.-Analizar las situaciones de riesgo en el Complejo Hospitalario de Jaén a través de las reclamaciones patrimoniales presentadas.

2.-El establecimiento de un programa institucionalizado de gestión de riesgos con el que se obtiene triples beneficios:

- para los pacientes, una mejor calidad asistencial.
- para los profesionales, una mayor tranquilidad profesional y un incremento en la seguridad de sus actuaciones.
- para la Administración Sanitaria, un mayor rigor en la gestión de sus propias responsabilidades.

3.-Proponer soluciones que puedan ser aplicadas por los profesionales para la disminución de las reclamaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se ha revisado retrospectivamente las 32 reclamaciones de Responsabilidad Patrimonial tramitadas durante el año 2007 en CHJ, hospital de Tercer.

Nivel con 776 camas, que atiende una población de 349.935 habitantes.

Motivos que dieron lugar a las mismas y servicios asistenciales implicados.

Resultados: Tras el análisis realizado podemos inferir las siguientes propuestas de actuación como herramientas de calidad:

1.-Mejora en la calidad de los contenidos de la Historia Clínica, registrando todas las actuaciones con información exhaustiva y transcribiendo todas las pruebas diagnósticas.

2.-Evaluación detallada de los casos problemáticos.

3.-Fomento en la calidad de la comunicación médico-paciente.

4.-Si los datos de entrada se recogen adecuadamente de forma sistemática, bien sean de índole administrativa o asistencial, se infiere

una mejora en la información de salida (ej. Hª Clínica, partes quirúrgicos exhaustivos, protocolización escrita de la profilaxis antibiótica y profilaxis del T.E.P., recuento de material fungible, no intervención quirúrgica sin el Consentimiento Informado, mantenimiento eficaz del material e instalaciones, etc.).

Conclusiones:

1.- Gracias al programa de Gestión de Riesgos podemos conocer las reclamaciones de envergadura que nos formulan los ciudadanos y podemos responder económicamente con rapidez y agilidad al ciudadano injustificadamente perjudicado.

2.- Mejorar la calidad de los registros.

3.- Utilizar guías, protocolos y planes de cuidados estandarizados que inciden en la calidad de las actuaciones.

4.- Prestar especial atención a los puntos críticos con adopción de mejora continua para prevención de riesgos derivados de asistencia sanitaria.

5.- Instaurar planes para la seguridad del paciente.

P336

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. Leal Llopis, A. Paredes Sidrach De Cardona, M. Calvo Bohajar, J. T. Martínez Corbalán, M. C. Hernández Ferrandiz, M. A. Alonso Frías.

Hospital Morales Meseguer.
 jesus.leal@carm.es

OBJETIVO: Analizar la incidencia de caídas de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización

METODOLOGÍA: Diseño: estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo. Ámbito: Unidades de hospitalización del Hospital Morales Meseguer de Murcia. Periodo de estudio: Enero-Diciembre 2007. Población: Pacientes ingresado en unidades de hospitalización. Fuente de datos: Pacientes que sufren una caída durante su hospitalización. Instrumento de recogida de datos: Registro de incidencia de caídas en hospitalización. Variables: Turno de la caída, sexo, servicio clínico, estado del suelo, lugar de la caída, calzado, grado de movilidad, alteraciones de salud, caídas previas y consecuencias de la caída. Análisis estadístico: SPSS 11.0.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se han declarado 58 caídas lo que supone una incidencia global del 0,38%. En el turno de noche se caen el 53,6% de los pacientes y el 62,2% son hombres. Lo servicios que mas notificación de caídas presentan son medicina Interna (26,3%) y Oncohematología (19,3%). El 70% se producen en la habitación y el 24,1% en el baño. El 20,8% de los pacientes que han sufrido caídas previas. El 79,1 % llevaba calzado inestable o iba descalzo. Respecto a las consecuencias que se produjeron, el 63% no produjeron ninguna alteración, el 27,8% produjo alguna contusión, el 5,6% produjo alguna herida y hubo dos caídas (3,7%) que produjeron fractura.

CONCLUSIONES: El análisis de la incidencia de caídas nos aporta información sobre la situación del proceso y nos identifica un área donde establecer acciones de mejora. Así mismo, debemos de seguir fomentando la notificación de eventos adversos para poder actuar de manera reactiva.

P337

ANÁLISIS DE LAS ÓRDENES VERBALES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M. B. Almada*, A. Carrillo, A. R. Tovar, J. Grimaldos, I. Hidalgo, D. Guillén.

Hospital Morales Meseguer.
 belenalmaida@gmail.com

Introducción: Actualmente se desaconseja las ordenes verbales (OV) de medicación excepto en situaciones de emergencia vital. Pero incluso en estos casos, la OV debe de cumplir una serie de requisitos para que sean aceptadas: 1) la persona que recibe la OV debe de repetirla para comprobar su entendimiento, 2) debe de reflejarse en un documento por parte de enfermería, 3) el médico debe de reflejarla en la hojas para tal fin y 4) firmarla. El objeto del presente estudio es analizar las OV en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Durante 2 mes, 1 enfermero/a en cada turno de UCI, anota las OV que recibe el/ella y las que reciben sus compañeros siendo el/ella testigo. Excepto el equipo investigador (6 enfermeros/as y 1

médico), el resto de personal de UCI desconocían la naturaleza del estudio. Los datos son expresados como porcentajes con sus intervalos de confianza al 95% (IC-95%) y las comparaciones se han realizado mediante la prueba Ji2 de Pearson.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se contabilizaron 384 OV (79.8% de las ordenes emitidas), 300 (78.1%) realizadas a los enfermeros del equipo investigador y el resto a un compañero siendo testigo algún miembro del equipo. El 94.3% de las OV fueron realizadas cara a cara y el resto vía telefónica. La naturaleza de la OV fue inicio/cambio de tratamiento en 88.8%, disminución de dosis en 8.3% y suspensión en 2.9%. Los fármacos mas frecuentemente implicados fueron opiáceos: 52 casos (13.5%), sedantes: 50 casos (13.0%), drogas vasoactivas: 47 (12.2%) y fluidoterapia: 45 (11.7%). La repetición de la OV por parte de enfermería fue incumplida en 42.7% de los casos (IC-95%: 37.8% a 47.8%), no fue reflejada en documento por parte de enfermería en 6.8% (IC-95%: 4.1% a 9.4%), no fue escrita por el medico en 71.9% (IC-95%: 67.2% a 82.1%) y no fue firmada en 77.9% (IC-95%: 73.6% a 82.1%). Los incumplimientos fueron mayores cuando la OV la recibía un compañero que el enfermero formando parte del equipo investigador, repetición de la OV: 66.7% vs 36.0% ($p < 0.001$), la OV queda reflejada en documento por enfermería: 6% vs 7% ($p: 0.736$), el medico lo escribe: 81.0% vs 69.3% ($p: 0.036$) y la firma por parte del medico: 88.1% vs 75.0% ($p: 0.011$).

Conclusiones: Las órdenes verbales de medicación son frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos, implicando medicación potencialmente peligrosa y que frecuentemente no cumplen los criterios para ser aplicadas.

P338

ANÁLISIS DE MODOS DE FALLOS Y EFECTOS EN EL CIRCUITO DE MEDICACIÓN DEL CHUVI

M. A. Fernández García, T. Lerma Merino, B. Domínguez Arias, L. Moure Fernández, M. Burgos Hernández.

CHUVI.

adelinafdez@hotmail.com

OBJETIVOS: Definir el proceso del circuito de medicación de los 5 Hospitales del CHUVI.

Realizar el AMFE de los procesos de medicación relacionados con las entradas y salidas donde interviene enfermería.

Proponer acciones de mejora.

METODOLOGÍA: Entrevista estructurada para elaborar el procedimiento del circuito de la medicación de cada hospital con las supervisoras de las Unidades a estudio.

Entrevista no estructurada con las supervisoras para identificación de riesgos en relación al circuito de medicación.

Definir el proceso del circuito de medicación de los 5 Hospitales del CHUVI.

Analizar los modos de fallo de las salidas y entradas de los procesos en relación a la actividad enfermera.

Elaboración de un AMFE para analizar los riesgos identificados y proponer medidas para afrontar algunos de los riesgos de forma proactiva.

RESULTADOS: AMFE elaborados.

CONCLUSIONES: Los procesos del circuito de medicación analizados son diferentes en cada Hospital del Complejo.

Hay que unificar los distintos procesos en base a un diseño seguro. Los AMFE nos permiten priorizar las medidas de mejora en base a las de mayor impacto.

P339

ANÁLISIS DEL EFECTO DEL DISEÑO DE MUESTRAS COMPLEJAS EN LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS. APLICACIÓN AL ESTUDIO ENEAS

J. J. Miralles Bueno* (0), J. M. Aranaz Andrés (1), F. Borrás Rocher (2), R. Limón Ramírez (1), J. Requena Puche (3).

(0) Dpto. Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández., (1) Dpto. Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, (2) Departamento de Estadística, Matemáticas e Informática, (3) Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.

jmiralles@umh.es

OBJETIVO: El siguiente trabajo analiza la incorporación de técnicas

de diseño muestral complejo en los resultados de los principales estudios epidemiológicos sobre Efectos Adversos, haciendo especial hincapié en el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS).

MÉTODOS: El ENEAS es un estudio de cohortes históricas en una muestra representativa de los pacientes hospitalizados en España, para estimar la incidencia e impacto de los EA, basado en un muestreo aleatorio por conglomerados, estratificado de forma que el resultado estuviera autoponderado de acuerdo al tamaño poblacional y posteriormente se seleccionaron al azar los conglomerados (hospitales) que participarían en el estudio de acuerdo al tamaño muestral requerido; recogiendo todas las altas del periodo a estudio (una semana) que cumplieran con los criterios de inclusión. Para poder estudiar el efecto de los diferentes diseños se compararán los resultados del ENEAS mediante tres técnicas diferentes: Considerando la muestra estratificada autoponderada; teniendo en cuenta nuevas ponderaciones a posteriori que se ajustan más a la realidad de la población de referencia y el análisis con ajustes que tiene en cuenta la desigualdad en las probabilidades de selección y el efecto del diseño de muestreo en los datos.

RESULTADOS: Los cambios en la estimación puntual de Incidencia de EA debido a la asistencia hospitalaria, mediante el análisis convencional [8,41%; IC95:(7,68 - 9,14)] y utilizando la ponderación por el tamaño de hospital [8,96%; IC95:(7,64 - 10,27)] no fueron significativos. Los errores estándar estimados mediante el análisis convencional se subestimaron en un 55,3% de acuerdo a los resultados según el análisis de muestras complejas.

CONCLUSIONES: Este tipo de análisis surge por la necesidad de obtener estimaciones insesgadas en muestras de diseño complejo; no considerar la estrategia de muestreo en el análisis de los resultados subestima el error de muestreo y por tanto se obtienen intervalos de confianza imprecisos (más estrechos) que pueden llevar a asumir conclusiones erróneas respecto a los parámetros de interés.

P340

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO VERSUS INDIVIDUALIZADO DE LOS CASOS CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

M. Gea, J. Aranaz, M. Ricci*, M. Rey.

Hospital Universitari San Joan d'Alacant.

gea_mte@gva.es

Objetivos: La vigilancia de la infección nosocomial y su análisis de forma agrupada permiten encontrar oportunidades de mejora, si bien a veces es necesario utilizar herramientas de forma individualizada para encontrar las causas de los efectos adversos asociados a la asistencia.

Nuestro objetivo es conocer los resultados de la vigilancia epidemiológica de la infección en el servicio de ginecología, primero mediante el análisis estadístico de los datos, y después con el análisis individualizado de los casos encontrados.

Metodología: Cohorte prospectiva durante 12 meses. Revisión diaria de Historia Clínica, de los pacientes intervenidos. La información se complementaba con los resultados de los aislamientos de Microbiología y la visita a planta. La infección nosocomial se definió siguiendo los criterios diagnósticos de los CDC. Determinación de la incidencia de infección y análisis en profundidad de los casos en los que se detectó infección.

Resultados La incidencia de infección nosocomial ha sido de 2%, y la de infección en el sitio quirúrgico de 1,2%. La incidencia de infección de herida quirúrgica en cirugía limpia ha sido de 2,7%.

3 Casos con infección nosocomial:

1) Mujer de 65 años, diabética, Neoplasia de Vulva. Intervenida (vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal): cirugía contaminada, 180 minutos, con profilaxis 3 días. Requiere posteriores exploraciones para biopsia. Hace pancytopenia secundaria a quimioterapia y requiere transfusión. Al mes se reinterviene por recidiva (vulvectomía radical). Infección de herida superficial (K. pneumoniae y G. haemolysans) tras la primera intervención.

2) Mujer de 73 años, con Neoplasia de mama. Intervenida (Mastectomía): cirugía limpia, 70 minutos. Absceso tres días tras el alta con cultivo positivo (M. morganii, E. faecalis, S. epidermidis).

3) Mujer de 70 años, con Neoplasia de mama. Intervenida (tumorectomía más axila): cirugía limpia. Reintervenida un mes más tarde (mastectomía): cirugía limpia. Absceso 4 días después con cultivo positivo (S. aureus).

Conclusiones: Los indicadores de infección están debajo del estándar. La incidencia de infección de herida quirúrgica limpia está por encima del estándar.

Individualizadamente se puede determinar la naturaleza de las infecciones en cada caso (endógena en el caso 1, y exógena en los otros dos), así como el modo de transmisión lo que nos permite establecer la recomendaciones oportunas en cada caso.

P341

ANÁLISIS PROSPECTIVO DE EFECTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

D. Júdez Legaristi* (0), C. Aibar Remón (0), M. T. Ortega Maján (1), J. A. Gracia Solanas (0), I. Gutiérrez Cía (0), S. Borlán Ansón (2).
(0) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, (1) Gerencia Servicio Aragonés de Salud (SALUD), (2) Hospital Ernest Lluch (Calatayud).
diegojudez@yahoo.es

Objetivos: La práctica médica es una actividad acompañada de riesgos e incertidumbre siendo la seguridad del paciente un componente esencial de la calidad asistencial y los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria (EA) un hecho que afecta aproximadamente al 10% de los pacientes atendidos en hospitales. Los objetivos del estudio fueron estimar la frecuencia de EA en un servicio de Cirugía General (incidencia de pacientes quirúrgicos con EA y densidad de incidencia de EA), analizar los factores asociados; estimar su impacto y posibilidades de prevención, así como establecer el valor predictivo positivo (VPP) de la guía de cribado utilizada.

Material y Métodos: Estudio de cohortes prospectivo y retrospectivo (ambispectivo) en una Unidad de Enfermería de un Servicio de Cirugía General de un hospital de tercer nivel, en el que se incluyeron todos pacientes mayores de 14 años ingresados más de 24 horas desde el 1 de febrero de 2004 hasta el 31 de enero de 2005.

La revisión de todos los pacientes se realizó de forma prospectiva con una guía de cribado, examinándose de manera retrospectiva con un cuestionario modular todas las historias clínicas que cumplieron criterios de cribado.

Resultados: Se revisaron 989 historias, siendo el VPP de la guía de cribado de 53%. La incidencia acumulada de pacientes con EA fue de 17,8% y la densidad de incidencia de EA de 1,92 por cada 100 días de hospitalización. Los factores intrínsecos y extrínsecos se asociaron a mayor riesgo de EA, siendo los eventos más frecuentes las infecciones nosocomiales (54,4%), los problemas quirúrgicos (31,8%) y los de medicación (7,4%). El 66,8% de los EA fueron considerados moderados, siendo el 53,5% de todos los EA evitables.

Conclusiones: La guía de cribado ha sido útil para la valoración de EA. Los EA son frecuentes en pacientes quirúrgicos repercutiendo sobre el uso de los recursos hospitalarios. Los factores que más se asociaron con los EA fueron la estancia, intervención quirúrgica y los factores extrínsecos, destacando como EA más frecuente la infección de herida quirúrgica.

P342

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE MODOS DE FALLOS Y DE SUS EFECTOS EN LA INCLUSIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

P. Toro Chico, A. Smits Cuberes, M. Pérez Encinas.

Fundación Hospital, Alcorcón.

ptoro@fhacorcon.es

Objetivo: Aplicar la metodología de los modos de fallos y de sus efectos (AMFE) en la prevención de errores e identificación de riesgos asociados a la utilización de los medicamentos introducidos en la guía farmacoterapéutica en los últimos tres años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de la evaluación de los medicamentos incluidos en el hospital, utilizando el cuestionario publicado por el ISMP-España basado en la técnica AMFE para la detección de riesgos asociados al uso del medicamento. Se identificaron los aspectos que podrían ser causa potencial de error (modos de fallo), agrupándolos en 5 bloques: los relacionados con el nombre y el envasado-etiquetado, la dosificación, la preparación - administración, y la aparición de reacciones adversas - interacciones - contraindicaciones. Donde se identificaron mayor número de modos de fallo, se planteó el análisis de utilización del medicamento considerando la probabilidad de causar error como frecuente,

ocasional, rara o remota; y el nivel de gravedad como leve, moderado o grave.

Resultados: Entre los años 2005 y 2007 se evaluaron en el hospital, 33 fármacos (63,6% introducidos). Un 18,2% de los medicamentos presentan similitud en el nombre, un 24,3% similitud en el envase, un 30,3% requieren dosificación especial, un 54,5% precaución en la preparación-administración, y en un 33,3% habría que considerar la aparición de reacciones adversas, interacciones o contraindicaciones. Se considera la probabilidad de error en el modo de fallo "prescripción manual y transcripción electrónica" como frecuente y gravedad leve en todos los casos; en la "prescripción por todos los médicos" como ocasional y gravedad leve (4/57); y en la "prescripción por el especialista" como remota (12/57) y gravedad moderada (9/57).

En la dispensación, la probabilidad de error se evalúa como rara (2/10) y la gravedad, leve (4/10).

Respecto al almacenamiento, la probabilidad de error en "condiciones especiales de conservación" se evalúa como ocasional (8/16) y la gravedad, moderada (5/16).

En la preparación y administración, la probabilidad de error si se elabora en farmacia se evalúa como rara (3/53) y el error grave (3/53). Si la administración es en servicios especiales se evalúa como rara (8/47) y la gravedad, moderada (5/47); si se administra en varios servicios, como ocasional (4/47) y leve (3/47), y si es en el domicilio del paciente también como ocasional (4/47) y leve (4/47).

Conclusiones: El AMFE es un buen instrumento para conocer el grado de riesgo previo a la inclusión de los medicamentos en los hospitales, permitiendo establecer las medidas de seguridad adecuadas.

P343

APLICACIÓN DEL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA DISPENSACIÓN DE SALBUTAMOL EN AEROSOL

E. Lamiquiz Linares, G. B. G. L. R. C. J. B. Resto De Autores.

Hospital Txagorritxu.

EVA.LAMIQUIZLINARES@osakidetza.net

Introducción: Durante el año 2007 los Servicios de Farmacia, Digestivo y la Unidad de Calidad participaron en el proyecto de formación en utilización de herramientas para la mejora de la seguridad del paciente desarrollado por la Organización Central de Osakidetza. En el desarrollo del proyecto se utilizó la herramienta AMFE en el análisis del proceso de dispensación de salbutamol en aerosol.

Objetivos: Establecer los posibles riesgos de utilización del salbutamol en una unidad de hospitalización, y establecer las medidas preventivas necesarias para evitar que este error se produzca.

Material y métodos: Identificación de las fases del proceso en el hospital. Identificación de los principales modos de fallo en cada actividad del proceso, analizar sus causas. Cálculo del Índice Priorizado de Riesgo (IPR) (según frecuencia de aparición del efecto adverso, la posibilidad de detectarlo y la gravedad de los efectos sobre el paciente). Identificación de eventos con IPR mayor. Priorización. Identificación e implantación de acciones de mejora.

Resultados: El error más frecuentemente detectado es la administración del salbutamol por vía intravenosa en lugar de en aerosol, debido fundamentalmente a que el salbutamol está cargado en jeringa que encaja con vía intravenosa, la medicación se prepara por un profesional diferente al que lo administra, y el reparto de la medicación oral e intravenosa es simultáneo.

Acciones correctoras planteadas: aprovisionamiento de jeringas de diferente color para aerosoles, y que no encajen en vía intravenosa. Se identificaron otras causas y tipos de fallo cuya solución no puede ser asumida por la organización, y son aceptadas.

Tiempo total utilizado para el análisis: 75 horas (15 h.*5 profesionales).

Conclusiones: El AMFE es una herramienta útil para el análisis prospectivo de procesos sencillos y permite la detección de puntos críticos así como la priorización de acciones.

P344

APORTACIÓN DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA SEGURIDAD Y CUMPLIMENTACIÓN TERAPÉUTICA

M. Á. Laviana Fernández*, R. Coto Moreno, B. Díez Ojea, A. Pereda González, R. Álvarez Oviedo, P. Esteban Hernández.

HOSPITAL VALLE DEL NALON - RIAÑO - ASTURIAS.

lavianuca@hotmail.com

Se considera "cumplimiento terapéutico" (CT) al grado de seguimiento de la pauta terapéutica.

Se mide por métodos indirectos basados en encuestas terapéuticas: Haynes-Sackett (HS) (cumplimiento auto-comunicado) y Morinsky-Green (MG) (entrevista con preguntas sencillas dentro de la conversación).

Octubre 2007: 96% de pacientes de nuestra unidad cumplen el tratamiento según encuesta HS; 72,5% cumplen según encuesta MG. Cumplen tratamiento, pero sólo un 10%, tiene conocimientos del mismo. Nos planteamos pilotar una intervención educativa para mejorar estos resultados.

OBJETIVOS:

- Mejorar los conocimientos terapéuticos: Conocer nombre-dosis, efecto principal y pauta-horario de medicación.
- Conocer el perfil del paciente cumplidor.
- Aumentar la seguridad terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio: Cuasi-experimental.

Ámbito: 9 pacientes (31%). Muestreo aleatorio estratificado por turnos. Criterios de exclusión: éxitos, trasplante, cambio tratamiento sustitutivo.

Material:

- Dossier terapéutico: uso seguro medicamentos, pauta y control terapéutico.
- Encuestas CT.
- Aplicación informática (pauta tratamiento).

Metodología: Se evaluaron los conocimientos antes (Octubre 2007) y después (Marzo 2008) de la intervención educativa.

Para evaluar el objetivo "NOC 1808 Conocimiento de la medicación", seleccionamos los indicadores:

- 01 Reconocimiento de necesidad de informar al profesional sanitario de toda medicación que está consumiendo.
- 02 Declaración nombre correcto de medicación.
- 04 Descripción de acciones de la medicación.
- 10 Descripción correcta de la medicación.

y registrados según una escala Likert de 5 puntos.

Entre ambas evaluaciones, los pacientes recibieron el dossier terapéutico y educación sanitaria según "NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos", registrándose las intervenciones en la hoja de recogida elaborada al efecto.

RESULTADOS:

- Edad: 62 años $\pm$ 15 años (41 ? 81 años).
- 100% cumplidores según HS. -100% varones, 75% mujeres, cumplidores según MG.
- Todos excepto uno, preparan solos la medicación.
- Conocimientos antes: 2,71 puntos (escaso); Después: 3,81 puntos (moderado).
- Uno obtuvo idéntica puntuación antes-después: paciente con dificultad para cambios de conducta saludables.
- Se realizaron 34 intervenciones educativas (4,2 intervenciones/paciente).
- No encontramos relación entre nº intervenciones recibidas y adquisición de conocimientos.
- Se excluye un paciente (cambia a diálisis peritoneal).

CONCLUSIONES: Se ha mejorado el CT y ampliado los conocimientos, lo que aumenta la seguridad en el manejo de medicación de estos pacientes. Llama la atención que los hombres sean más cumplidores que las mujeres.

Los pacientes están más comprometidos con su tratamiento terapéutico.

La satisfacción del personal de enfermería es mayor: su labor educativa se refleja en consecución de objetivos.

Nos planteamos extender el proyecto a todos los pacientes del servicio.

P345

AUMENTO DE LA SEGURIDAD EN LOS TRATAMIENTOS CON LITIO: MONITORIZACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA PARA LA MEJORA DE DOSIFICACIÓN Y CONTROL DE EFECTOS SECUNDARIOS

I. Andres Arribas* (0), M. T. Lanzán Sancho (0), R. Lozano Ortiz (0), R. Gómez Hernández (0), S. De Miguel Gimeno (0), A. Velilla Pozancos (1).

(0) Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra de Gracia, Zaragoza,

(1) Farmacia Comunitaria.

iaandresar@salud.aragon.es

OBJETIVO: Las sales de litio (Li) continúan siendo el tratamiento de elección en el Trastorno Bipolar, F31 CIE-10. El objetivo consiste en ajustar la dosis de Li necesaria para conseguir el efecto terapéutico y disminuir los efectos secundarios, considerando la Tiroxina libre (FT4) como biomarcador de la actividad farmacológica intracelular del Li en el Sistema Nervioso Central.

MATERIAL Y METODOS: Muestra de 40 pacientes en tratamiento con Li diagnosticados de Trastorno Bipolar, F31 CIE-10, 22 mujeres (55%)el resto varones; edad: 48.6 $\pm$ 13.9 años; peso ideal: 59.3 $\pm$ 10.1 Kg; peso real: 78.7 $\pm$ 13.7 Kg; talla: 1.65 $\pm$ 0.10 m.

Se realizaron 133 determinaciones clínicas (3.25 $\pm$ 2.3 determinaciones por paciente); dosis media de Li: 179.4 $\pm$ 58.3 mg; Litemia: 0.72 $\pm$ 0.2 mEq/L; Creatinina: 0.85 $\pm$ 0.17 mg/dl; valores de Tiroxina (TSH) y FT4 de 3.9 $\pm$ 4.2 μ U/ml y 1.13 $\pm$ 0.64 ng/dl respectivamente.

Posteriormente, excluidas las determinaciones de pacientes en tratamiento con levotiroxina o medicamentos hipertiroides (TSH < 0.27) (n= 13), la muestra (n=120) se dividió en dos grupos: grupo I: litemias entre 0-0.7 mEq/L y grupo II: litemias entre 0.7- 1.33 mEq/L. RESULTADOS: Los valores de FT4 de los grupos I y II fueron 1.08 $\pm$ 0.17 y 1.02 $\pm$ 0.17 respectivamente, por lo tanto en ambos grupos (con litemias de 0.58 $\pm$ 0.10 y 0.89 $\pm$ 0.15, diferencia estadísticamente significativa p<0.001) se ha conseguido el mismo objetivo (FT4=1.0-1.1).

-TSH>10 en 4 determinaciones (3%) y 1.23 % pacientes; TSH<0.1 en 4 (3%) y 1.23 % pacientes. TSH > 4.2 en 39 (29%), 12 % pacientes y TSH<0.27 en 4 (3%), 1.23% pacientes.

-T4 < 0.93 en 30 determinaciones (22.6 %) 9.2 % pacientes y > 1.70 en 3 (2.3%) 0.9% pacientes.

La prevalencia es:

- 10>TSH> 4.2 y T4< 0.93 en el 6.4% (1.92% pacientes con Hipotiroidismo).
- TSH = 4.2-10 y T4 normal en el 21.2 % (6.7% pacientes con Hipotiroidismo subclínico Grado I).
- TSH< 0.27 y FT4 >2.0 en el 1% (0.3% pacientes con Hipertiroidismo).
- Anticuerpos antitiroglobulina 3 pacientes (7.5%), dos de ellos con anticuerpos microsomales conjuntamente.

CONCLUSIONES:

-Las litemias obtenidas han sido ajustadas por control farmacocinético a un rango terapéutico entre 0,4 y 1,3 mEq/L.

-Se propone una FT4 entre 1.0 y 1.1 como surrogate clinical endpoint, en los pacientes con trastorno bipolar en tratamiento con sales de litio.

-Se aconseja iniciar tratamiento preventivo con levotiroxina a dosis bajas, entre 25 y 75 mcg en casos con TSH>10.

SIN CONFLICTO DE INTERESES.

P346

AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN H.G.U. REINA SOFÍA DE MURCIA

Á. D. R. * Sáez Soto, A. Sánchez Martínez, E. Urbieto Sanz, M. D. Meseguer Frutos, J. Guirao Sastre.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

angeles.saez@carm.es

OBJETIVOS: Conocer la situación del hospital en cuanto a seguridad en la utilización de medicamentos, identificar puntos de riesgo y desarrollar acciones de mejora.

METODOLOGÍA: Se crea un Grupo de Mejora Multidisciplinar (un farmacéutico, un internista, una enfermera y un médico de Gestión del Riesgo Sanitario). Se utiliza el "Cuestionario de Autoevaluación" adaptado por Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos y financiado por Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. La cumplimentación se realizó por consenso, tras la búsqueda de la información necesaria por observación o entrevista con los profesionales implicados. Se plantean oportunidades-acciones de mejora y se priorizan en función de la menor puntuación obtenida y de la factibilidad de la mejora.

RESULTADOS: Puntuación global: 42.28%.

Elementos clave:

- I. Información sobre pacientes: 40.95%.
- II. Información de medicamentos: 39.29%.
- III. Comunicación prescripciones e información: 41.67%.
- IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos: 47.32%.

V. Estandarización, almacenamiento y distribución: 49.75%.
 VI. Adquisición, utilización y seguimiento de dispositivos para administración: 45.83%.
 VII. Factores entorno: 68%.
 VIII. Competencia, formación del personal: 16.43%.
 IX. Educación del paciente: 55.56%.
 X. Programas de calidad, gestión de riesgos: 38.34%.
 Mejoras prioritarias:
 II. Aplicativo informático consulta sobre medicamentos, tóxicos y plantas medicinales.
 Procedimiento de utilización de medicamentos de alto riesgo.
 Programa transcripción de prescripciones con alerta de dosis máxima y mezclas no permitidas.
 Procedimiento para medicamentos inyectables que se titulan según su efecto, dosis mínimas y máximas que precisan notificación al prescriptor.
 IV. Relación de abreviaturas, listado y carteles informativos sobre medicamentos de nombres parecidos.
 V. Pactos de medicamentos y botiquines con un ajuste a 72h de consumo.
 Acondicionamiento de la medicación en dosis unitarias en los botiquines.
 VIII. Curso sobre seguridad de medicamentos en 2009.
 X. Sistema de notificación de incidentes y efectos adversos.
 Dispensación con doble chequeo en Farmacia.
 Otras mejoras:
 Vinculación del programa informático para registro de prescripciones con laboratorio para ajustes en tratamiento.
 Validación de prescripción, excepto urgencia vital, por farmacéutico.
 Implantación de prescripción electrónica.
 Acceso de facultativos a perfil farmacoterapéutico electrónico del paciente.
 Prescripción impresa normalizada: quimioterapia y mezclas intravenosas.
 Estandarizar soluciones para infusión de medicamentos de alto riesgo.
 Parámetros para administración en horario normalizado.
 Alertas de desabastecimiento de medicamentos, alternativas terapéuticas, dosis y características de utilización.
CONCLUSIONES: Al comparar los datos con otros hospitales de las mismas características no existen diferencias significativas.
 La Autoevaluación nos ha permitido conocer objetivamente la situación del hospital y determinar acciones de mejora.

P347
AUTO-EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA
A. B. Fernández Salinas.
 Hospital de Guadarrama.
 afernandez.hgua@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Motivar para la adhesión a la higiene de manos.
 Incorporar prácticas asistenciales dirigidas hacia la seguridad del paciente.
MATERIAL Y METODOLOGÍA: En Mayo del 2008 se entregó un cuestionario anónimo al personal sanitario del hospital. Los resultados se analizaron desde medicina preventiva.
RESULTADOS: Respondieron 62 profesionales.
 42% de la plantilla de estudio del hospital.
 48% enfermeras.
 17% auxiliares de enfermería.
 La edad media fue de 38 años con 6 varones y 56 mujeres.
 Participaron 6 alumnos de primero de enfermería.
 Auxiliares de enfermería: Responden realizar en una jornada de trabajo la higiene de manos de 10 a 20 veces con agua y jabón y 5 a 10 con solución alcohólica. Responden utilizar siempre/casi siempre solución alcohólica al entrar y salir de la habitación (80% y 92% respectivamente), antes de tocar la piel del enfermo 80%, después de tocar la piel del enfermo 96%, antes de tocar vía venosa 61%, después de tocar vía venosa 100%, antes de sondaje vesical 92%, después de sondaje 100%, antes y después de herida (80% y 88% respectivamente).
 Enfermeras: Responden realizar la higiene de las manos de 5 a 10 veces con solución alcohólica y con agua y jabón de 10 a 20 veces.

Siempre/casi siempre Al entrar de la habitación 57%, salir de la habitación 66.7%, antes de tocar la piel del enfermo 81%, después de tocar la piel del enfermo 86%, antes de tocar la vía venosa 86%, después de tocar la vía venosa 89%, antes de sondaje vesical 86%, después de sondaje 90% antes de herida 86%, después de herida 90%.

Alumnos de enfermería: Responden que se lavan las manos de 5 a 10 veces con agua y jabón y de 5 a 20 veces con solución alcohólica. Siempre/casi siempre Al entrar de la habitación 100% salir de la habitación 100%, antes de tocar la piel del enfermo 100%, después de tocar la piel del enfermo 100%.

CONCLUSIONES: Mayor utilización de lavado de manos tradicional que de solución alcohólica a pesar del refuerzo de la formación excepto en los alumnos de enfermería.

Mayor cumplimiento después que antes al realizar de técnicas de enfermería.

Baja percepción por parte de los profesionales de la importancia de la higiene de manos con solución alcohólica como elemento para la seguridad del paciente.

P348
CALIDAD ASISTENCIAL: COMO INFORMAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES PARA QUE AUTORIZEN LAS RESTRICCIONES FÍSICAS. NUEVO MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
A. Mora Reberté, M. Perea García, J. Borràs Adam.
 Hospital de Sant Celoni.
 amora@hsceloni.es

Introducción: Restricción física es cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo, que permanezca en el cuerpo de la persona, que lo sujete de manera que esta no pueda retirarlo con facilidad y restrinja la libertad de movimientos o de acceso normal a cualquier parte del cuerpo (Neufeld).

Debe ser prescrita por el médico responsable y previamente aceptada por la familia y/o el paciente, a partir de la información recibida sobre riesgos y objetivos de la prescripción.

Objetivos: Instauración de un documento que define la restricción y permite a pacientes y familiares recibir información sobre restricciones físicas, objetivos y motivos, tipos de restricciones y riesgos que se pueden derivar de su utilización, antes de autorizarlas.

Evaluar las restricciones autorizadas, su motivo de prescripción y posibles consecuencias negativas.

Material y Método: Análisis descriptivo de consentimientos autorizados sobre restricciones físicas que se ha producido en la unidad Sociosanitaria del Hospital y el motivo de su prescripción.

Se realizó un corte transversal en mayo valorando un total de 78 pacientes ingresados en las unidades de Larga y Media Estancia Polivalente.

Variables: Diagnóstico, unidad de ingreso, motivo y consecuencias negativas.

Resultados: De 78 pacientes ingresados en la unidad, (69 en Larga Estancia y 9 en Media Estancia Polivalente) el 28/05/08, las familias habían autorizado un total de 22 restricciones físicas, (12 hombres, 10 mujeres).

El diagnóstico principal fue: 12 AVC, 8 demencia, 1 anoxia cerebral y 1 corea de Hungtinton.

Motivos prescripción: 21 pacientes: chaleco que permite la sujeción del tronco durante la sedestación, restringiendo desplazamientos laterales. No se produjeron consecuencias negativas.

1 paciente era portador de faja abdominal (restricción global de movimientos que permite cierta movilidad del enfermo) para evitar caída desde la cama, al presentar hiperactividad.

Todos las restricciones se revisaron cada 4 horas para detectar la aparición de posibles consecuencias negativas, que no sucedieron en ningún caso.

Conclusiones: El documento facilita informar a los familiares sobre riesgos y beneficios de las restricciones, aceptando los mismos y aportando una mejora en la calidad de la asistencia de sus familiares. Participación consensuada de la decisión de restricción del equipo asistencial y la familia. Se garantizaron la seguridad del paciente, la tranquilidad de los familiares y del personal asistencial. El médico responsable prescribió el tipo y la duración de las restricciones, revisándose periódicamente. Para evitar consecuencias de deben revisar periódicamente de las restricciones. Se considera el documento una buena guía de praxis clínica.

P349

CALIDAD EN TRANSFUSIÓN: USO DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE HEMOTRANSFUSIÓN

M. E. Franco García*, Á. Pérez Layo, R. Aguarod Sediles, G. Pérez Figuera, B. Comet Martínez, J. L. López-Coronado Pérez.

Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.
mefrancog@salud.aragon.es

Objetivos: Valorar los indicadores del proyecto de mejora 2007 "Uso de pulseras identificativas para la correcta identificación del paciente en el proceso de hemotransfusión".

Material y métodos: Recogida de datos sobre grado de cumplimentación de datos imprescindibles en las solicitudes de hemoderivados recibidas en nuestro Sº de Transfusión desde la implantación del procedimiento (22 octubre 2007) hasta 30 abril 2008. Se clasificaron las solicitudes de hemoderivados recibidas según prioridad: programadas ("cruzar y reservar", "preparar para intervención quirúrgica") y no programadas ("transfundir en el día", "urgente").

Se valoró: cumplimentación adecuada / inadecuada de solicitud, tipos de fallo en la cumplimentación y repercusiones de la inadecuada cumplimentación de la solicitud

Se compararon con los resultados disponibles del primer periodo (22 octubre - 30 noviembre 2007) de funcionamiento del procedimiento (datos previos).

Resultados:

- Nº formularios solicitud de hemoderivados recibidos: 281 (datos previos 65 solicitudes).
 - no programadas: 83 (29,54%).
 - programadas: 198 (70,46%).
 - Nº solicitudes no programadas debidamente cumplimentadas / Nº de solicitudes no programadas: 80 / 83 = 0,9639 (96,39%).
 - Nº solicitudes programadas debidamente cumplimentadas / Nº de solicitudes programadas: 186 / 198 = 0,9394 (93,94%).
 - Nº total solicitudes debidamente cumplimentadas / total de solicitudes: 266 / 281 = 0,9466 (94,66%) (datos previos 61 / 65 = 0,9384 (93,84%)).
 - Nº solicitudes no programadas devueltas al remitente / Nº de solicitudes no programadas: 3 / 83 = 0,0361 (3,61%).
 - Nº solicitudes programadas devueltas al remitente / Nº de solicitudes programadas: 11 / 198 = 0,0555 (5,55%).
 - Nº extracciones repetidas por mala cumplimentación del procedimiento / total de solicitudes: 1 / 281 = 0,0036 (0,36 %) (datos previos 0 %).
 - Nº total solicitudes devueltas al remitente para completar su cumplimentación / total de solicitudes: 14 / 281 = 0,0498 (4,98%) (datos previos 4 / 65 = 0,0615 (6,15%)).
 - Fallos de cumplimentación detectados: 15 / 281 = 0,0534 (5,34%).
 - 1 caso sin identificación del receptor en tubos de pruebas cruzadas. Solicitud rechazada, originó nueva extracción de muestra.
 - 1 caso no constaba tipo ni cantidad hemoderivado; 3 casos no constaba fecha cirugía; 4 casos no constaba cantidad hemoderivado; 6 casos no constaba identificación / firma médico. Devolución de solicitud para adecuada cumplimentación
- Conclusiones:** La valoración global de la cumplimentación del procedimiento ha sido satisfactoria.
- Observamos una mejora en la cumplimentación global del procedimiento respecto a los datos previos.

P350

CARACTERÍSTICAS DE 2 ABORDAJES DISTINTOS EN EL ESTUDIO DE SUCESOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN (SAM)

D. Gallardo Martínez, J. M. Aranaz Andrés, A. Ricci Suzzara*, R. Limón Ramírez, J. J. Miralles Bueno, M. T. Gea Velázquez De Castro.

Universidad Miguel Hernández.
dgallardo@umh.es

Objetivos:

Objetivo principal:

- Describir las características principales de los 2 abordajes en los estudios epidemiológicos sobre SAM: La que se centra en el paciente y la que se centra en el fármaco.

Objetivos específicos:

- Elaborar recomendaciones sobre el contexto en que es más útil emplear cada tipo de abordaje.
- Comparar la utilidad de ambos abordajes para la toma de decisiones en la mejora de la seguridad del paciente.

Material y métodos:

- Revisión sistemática de la literatura en busca de estudios epidemiológicos sobre SAM (Reacciones adversas a medicamentos -RAM- y Errores de medicación -EM-), publicados en inglés y español, sin limitación temporal. Debido a que las RAM son, por definición, poco evitables (por lo que no ofrecen oportunidades de mejora), se ha concentrado el esfuerzo en los estudios sobre EM.
- Se realizó análisis de la documentación hallada, recogiendo datos sobre el ámbito de realización del estudio (hospitalario o ambulatorio), el objeto del estudio, las definiciones presentes, el análisis de las características de los pacientes y los profesionales sanitarios, y diferentes variables relacionadas con las consecuencias en el paciente y las causas que han provocado ese SAM, así como el tipo de revisor utilizado en cada estudio.

Resultados: Los estudios realizados tomando como núcleo al paciente se centran en la valoración de las consecuencias clínicas de los SAM, por lo que es más probable que identifiquen EM con repercusión clínica (Efectos Adversos relacionados con la medicación -EAM-), analizan su gravedad y el impacto en el paciente, mientras que describe de manera superficial las características de los profesionales implicados y los procesos relacionados. En los estudios centrados en los fármacos identifican más incidentes y casi errores (sin consecuencias clínicas para el paciente) por EM, con lo que analizan con mayor precisión su frecuencia, los tipos y los fármacos más comúnmente involucrados, aunque en menor medida su repercusión clínica.

Conclusiones: Dado que los hallazgos que aporta cada tipo de abordaje son distintos en cuanto a las características de los EM encontrados, se puede concluir que ambos abordajes son complementarios y por ello necesarios para una correcta valoración de su frecuencia, gravedad y evitabilidad a la hora de priorizar medidas correctoras para mejorar la seguridad del paciente.

P351

CICLO DE MEJORA DE LA MEDICACIÓN DE CARRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN HOSPITAL GENERAL

N. Sala Vilajosana, J. Pastor Cano, J. León Villar*, M. Llopis Fernández, M. D. Iranzo Fernández, M. Á. Martínez Bueno.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer.
nurietaasv@hotmail.com

Introducción: El servicio de farmacia (SF) debe garantizar el cumplimiento del protocolo de medicación de carros de parada cardiorrespiratoria (CPCR), para conseguir una correcta asistencia en la reanimación cardiopulmonar. El hospital dispone de un protocolo aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) que determina los medicamentos presentes, las unidades necesarias y las condiciones de almacenamiento y organización de la medicación de CPCR.

Objetivo: Realizar un ciclo de mejora para el control y mantenimiento de la medicación de los CPCR con el fin de conseguir una mayor adhesión al protocolo prescrito.

Material y método: Se realizó una primera evaluación interna cruzada elaborada por el SF, sobre 21 de los 27 CPCR del hospital. Para la obtención de datos se utilizaron actas de revisión de CPCR abarcando los siguientes aspectos: 1) limpieza y orden en el carro; 2) identificación correcta de la medicación; 3) presencia del listado con la medicación establecida en el protocolo; 4) existencia de medicamentos caducados; 5) unidades según el stock establecido; 6) existencia exclusiva de los medicamentos necesarios. Las oportunidades de mejora detectadas fueron los puntos 2, 3, 4, 5, 6 y la identificación correcta de la medicación termolábil. Se establecieron como medidas correctoras la difusión de la información pormenorizada del protocolo de medicación del CPCR y el nuevo listado de medicación. En la reevaluación se revisaron 25 CPCR.

Resultados Tras el ciclo de mejora los datos de adecuación al protocolo fueron favorables, con valores de mejora relativa entre 30.1% y 100%. Respecto a la mejora absoluta, se obtuvo una

diferencia significativa en dos de los seis criterios evaluados, ítem 3 y 6 con 14,2 y 37,5 de diferencia en los cumplimientos, respectivamente. El orden de frecuencia de incumplimientos se conserva en la segunda evaluación, aunque no su incidencia. El ítem con mayor incumplimiento fue el 5 con 20 casos en la 1ª evaluación versus 16,1 en la segunda, seguido por el 6 (13 vs 5), 4 (6 vs 4,2), 2 (5 vs 1,7), 3 (4 vs 0,8) y finalmente el 1 (2 vs 0). Al comparar los diagramas de pareto, se observó un 32% de área de mejora experimentada.

Conclusiones: Los resultados obtenidos indican una mayor adhesión al protocolo gracias al ciclo de mejora. Pero, la urgencia del uso de la medicación hace que los resultados no sean aún satisfactorios, precisando la incorporación de nuevas medidas al sistema para aumentar la seguridad del paciente.

P352**CIRUGÍA: LUGAR CORRECTO, PROCEDIMIENTO CORRECTO, PERSONA CORRECTA**

H. Vallverdu Cartie, J. L. López Negre, P. Rebasa Cladera, J. Comajuncosas, P. Gris, J. Urgelles.

Hospital de Sant Boi, Sant Boi.

helenavallverdu@telefonica.net

Objetivos: La cirugía del lugar erróneo o del paciente erróneo es uno de los problemas más graves con los que se puede encontrar un cirujano. En ningún caso podemos olvidar que el responsable de la cirugía realizada es el cirujano. Nuestro objetivo es aplicar las recomendaciones de la Joint Commision International y de la OMS que nos llegan a través de la Fundación Avedis Donabedian: lugar correcto, procedimiento correcto, persona correcta.

Método: Se diseña un Procedimiento de Seguridad que consta de varios pasos. Aplicación por el servicio de Cirugía general. 1. Diagnóstico correcto: el cirujano anota claramente la patología e intervención prevista y realiza un dibujo de la zona a intervenir en el curso clínico (pared abdominal y hernias) 2. En el área prequirúrgica: comprobación de la identidad del paciente y de la intervención a realizar en el área quirúrgica. 3. El cirujano que va a realizar la intervención verifica la identificación del paciente 4. El mismo cirujano verifica la cirugía a realizar. 5. El paciente confirma la intervención y el lugar. 6. El cirujano marca el lugar de la cirugía con rotulador indeleble.

Se crea un registro de situaciones de riesgo de cirugía del lugar erróneo que se detecten.

Resultados: La aplicación de este procedimiento proporciona seguridad al paciente.

Para el cirujano el procedimiento garantiza la cirugía en el paciente y en el lugar del cuerpo correcto.

A pesar de que el registro es operativo desde hace poco tiempo hemos detectado las siguientes situaciones de peligro en nuestros pacientes: 1. Ingreso en planta hospitalización no quirúrgica, 2. Pacientes con dificultades para comunicarse o demencia, 3. Pacientes con patología herniaria, 4. Pacientes con nombre y apellidos muy habituales.

Conclusiones:

1. La aplicación de este protocolo minimiza la posibilidad de cirugía en el sitio erróneo y del paciente erróneo.

2. Da seguridad al cirujano y al personal de quirófano. Da seguridad al paciente.

3. Hemos de seguir trabajando para mejorar la seguridad de nuestros pacientes en el área quirúrgica.

P353**CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN DOS UNIDADES QUIRÚRGICAS ESPECIALIZADAS**

J. A. Domínguez Menéndez, I. Iturburu Belmonte, E. Fernández Díaz, B. Balzola Regout, M. Álvarez Lavín, M. J. Yurrebaso Ibarreche.

Hospital de Basurto, Bilbao.

jantoniodominguez@redfarma.org

OBJETIVO: Describir la actividad del farmacéutico clínico en el proceso de conciliación de la medicación en dos unidades quirúrgicas especializadas.

MÉTODOS: A partir de los datos recogidos en un estudio previo de

tipo corte en una Unidad de Cirugía General, en el que se observaron diferencias entre las historias farmacoterapéuticas recogidas por el médico y el farmacéutico, se planteó un estudio de mayor duración, en el cual se realizó el seguimiento de la medicación crónica durante el ingreso en dos Unidades Quirúrgicas altamente especializadas (Hepatobiliar y Esofagológica).

Durante 6 semanas el farmacéutico entrevistó a los pacientes o cuidadores, con la finalidad de obtener la máxima información respecto al tratamiento domiciliario. Cabe destacar que en el Hospital no se dispone del acceso informatizado a la información de prescripción en atención primaria. Las discrepancias observadas con la historia previa, la recogida en la urgencia o la recogida por el anestesta se registraron en la historia clínica. La información obtenida en la entrevista fue fundamental para conciliar la medicación habitual durante el ingreso, es decir, para asegurar que los fármacos eran prescritos de forma correcta (dosis, etc.) y adecuada a la situación del paciente.

RESULTADOS: Se realizó el seguimiento de 56 pacientes (Edad media: 70.5; Media días ingreso: 13.8; Ingreso: 31 urgencia, 17 programado, 8 traslado).

- Al ingreso se entrevistaron 41 pacientes. Se recogieron 175 medicamentos (4.3/paciente). Se detectaron 59 discrepancias (33.7% de medicamentos, 58.5% de pacientes) entre la historia previa y la recogida por el farmacéutico.

Dosis/pauta incorrecta: 33.

Omisión (medicación no registrada que toma el paciente): 20.

Comisión (medicación registrada que no toma el paciente):

- Durante el ingreso se detectaron 24 discrepancias relacionadas con la medicación domiciliaria (0.43/paciente).

Medicamento no disponible en el hospital (intercambio terapéutico): 11.

Omisión de medicamento (reintroducción de la medicación habitual): 9.

Diferente dosis: 3.

Diferente medicamento: 1.

CONCLUSIONES:

- El alto porcentaje de discrepancias observadas hace necesario el planteamiento de una mejora en el proceso de recogida de información farmacoterapéutica.

- El acceso al historial informatizado de atención primaria, junto con la implantación de un protocolo de conciliación, disminuiría los errores de medicación asociados a este proceso.

- El farmacéutico integrado en el equipo asistencial permite obtener una información más exhaustiva del tratamiento domiciliario para su valoración y adecuación a la nueva situación del paciente.

P354**CONTRIBUCIÓN DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN LA PRESCRIPCIÓN DE CARBOPLATINO**

M. Llopis Fernández, V. Collados Arroyo, J. León Villar *, N. Sala Vilajosana, J. Pastor Cano, M. J. Mestre Almarcha.

Hospital Jose María Morales Meseguer.

monllop23@hotmail.com

El Carboplatino es un antineoplásico que actúa como agente alquilante. Su dosis debe ser ajustada individualmente por el aclaramiento de Creatinina (Clcr) y área bajo la curva (AUC), utilizando la ecuación de Calvert: Dosis (mg) = AUC (mg ml⁻¹ min.) x [Clcr (ml* min.⁻¹) + 25].

Objetivo: Establecer el beneficio, en los pacientes tratados con Carboplatino, asociado a la validación farmacéutica y determinar el incremento de tiempo del farmacéutico asociado a esta medida de calidad.

Método: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes tratados con Carboplatino entre Enero-Marzo 2008, seleccionados mediante el aplicativo informático Oncofarm®. Se recogieron los datos antropométricos, demográficos y analíticos, esquema y ciclos de quimioterapia, diagnóstico, AUC deseado y dosis prescrita. Se automatizó el cálculo del (Clcr) según Cockcroft-Gault y Dosis estimada con la fórmula de Calvert. Se estimó el desvío de error en la dosis prescrita de medicamento.

(MPE) con la siguiente fórmula: MPE = [(Dosis prescrita - Dosis estimada)/Dosis estimada] x 100.

Por otra parte, se determinó el tiempo invertido por el farmacéutico en obtener los datos analíticos y antropométricos del paciente.

Resultados: Se analizaron 196 prescripciones de 75 pacientes; 43

hombres y 32 mujeres con una edad media de 63 ± 13 años. En un 34,2% (n=67) de las prescripciones se dispuso de los datos para la correcta validación farmacéutica. De éstas, la diferencia entre la dosis prescrita y la dosis estimada fue superior al 10% en el 68,6% (n=46) y al 20% en el 31,4% (n=21). El desvío fue principalmente por infradosis: 89,1% y 95,2 % respectivamente. En nuestro contexto clínico, se estimó en 15 minutos el tiempo medio necesario para la correcta validación de una prescripción de carboplatino. Para 65 prescripciones de Carboplatino/mes, esta nueva actividad incrementa en 16h el tiempo invertido por el farmacéutico.

Conclusiones: La validación farmacéutica añade valor a la terapéutica, especialmente en fármacos de estrecho margen terapéutico o con procedimientos complejos de prescripción.

La carencia de datos necesarios para la correcta validación farmacéutica, impide, complica o prolonga el tiempo farmacéutico innecesariamente, poniendo de manifiesto la necesidad de nuevas tecnologías de apoyo a la prescripción y una mayor colaboración entre los profesionales implicados.

Actualmente, carecemos de métodos sencillos que evalúen económicamente, la ganancia en seguridad para el paciente, de una validación farmacéutica correcta; pero sin duda, cada error evitado es un valor añadido a la calidad de la atención sanitaria prestada.

No existe conflicto de intereses.

P355

CONTRIBUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN SEMIAUTOMÁTICOS DE MEDICAMENTOS A LA CALIDAD DE LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

A. Flor García, A. M. Mulet Alberola, S. Canales Ugarte, L. Martínez Valdivieso, D. Barreda Hernández, A. Escudero Brocal.
Hospital Virgen de la Luz.

amparof@sescam.jccm.es

OBJETIVO: Valorar el impacto que ha supuesto la incorporación de un sistema de dispensación semiautomático de medicamentos (SDSM) frente al sistema de distribución de stock en planta (SDSP), en los indicadores de calidad (IC) establecidos en una unidad de hospitalización (UH) de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. La información se obtuvo de los informes anuales elaborados por el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) tras revisión de los botiquines de medicamentos de las UH. Dichas revisiones consisten en muestreos trimestrales e inventarios anuales del 100% de existencias y están establecidas en el protocolo normalizado de trabajo correspondiente del SFH. Se seleccionó al azar una UH con SDSM y se recogieron los IC en los años previos y posteriores (2005-2007) a su incorporación, calculando el valor medio. Los IC recogidos fueron: 1. Porcentaje de medicamentos bien identificados del total de los almacenados (estándar 100%), 2. % medicamentos caducados (estándar 0%), 3. % medicamentos bien conservados (estándar 100%), 4. % medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital (estándar 0%), 5. custodia adecuada de medicamentos estupefacientes y psicótopos (estándar 100%).

RESULTADOS: La UH seleccionada fue la planta 5ª que corresponde a los Servicios Clínicos de Oncología, Digestivo y Cardiología, donde se incorporó un SDSM en el año 2005. Previamente, dicha UH contaba con un SDSP, y la media de los IC en los 3 años previos fue: 95% de medicamentos almacenados bien identificados, 3% caducados, 98% adecuadamente conservados, 4% de medicamentos no incluidos en GFT entre todos los almacenados y 99% de medicamentos estupefacientes y psicótopos adecuadamente custodiados. Posteriormente, con el SDSM se observa una mejora en todos los IC, alcanzando el estándar (100%) los indicadores de medicamentos bien conservados y la custodia adecuada de estupefacientes y psicótopos. Los medicamentos no incluidos en GFT se redujeron al 0,4% y los caducados al 2,3%. El 98% de los medicamentos almacenados se encontraban bien identificados.

CONCLUSIONES: Los SDSM contribuyen a mejorar la calidad de los botiquines en las UH y por tanto en la calidad de la farmacoterapia que reciben los pacientes. La intervención directa del farmacéutico mantenida y programada así como una actitud colaboradora del personal de enfermería ante nuevas acciones, es el complemento de un programa de garantía de calidad en botiquines, que no puede limitarse únicamente a la introducción de herramientas de alta tecnología.

P356

CORRELACIÓN ENTRE OBSERVADORES EN LA MEDICIÓN DE LA BIOMETRÍA

E. Leanibeaskoa Aguirre, G. Castillo Fernández, M. Urruela Olivan.

Hospital de Basurto, Bilbao.

mercedes.urruelaolivan@osakidetza.net

Introducción: La intervención quirúrgica de cataratas es la cirugía más frecuente de los procesos quirúrgicos en el hospital, 2.200 casos en el año 2007.

La biometría en Oftalmología consiste en medir el ojo. Su medida es importante para determinar la potencia de la lente intraocular -LIO- que se deberá implantar durante la cirugía refractiva.

Objetivo: Analizar la correlación existente en la medición de la biometría en un mismo paciente, por dos enfermeras con igual experiencia.

Métodos. Diseño: estudio observacional, transversal, llevado a cabo durante los meses de marzo y abril. Sujetos: pacientes con indicación de cirugía refractiva de cataratas.

Los pacientes han sido introducidos en el proyecto de forma aleatoria.

Ámbito. Consulta Externa del Servicio de Oftalmología.

Instrumentalización. Para la realización de la biometría se ha utilizado un ecógrafo. El ecógrafo oftalmológico es similar a un sonar, consiste en un emisor de ultrasonidos y un sistema de recepción de las ondas reflejadas.

Procedimiento:

- Realización de queratometría. Esta prueba determina los parámetros de la córnea.
- Introducción de los datos de la queratometría en el biómetro.- Administración de un anestésico tópico, colirio ocular.
- Colocación del paciente. El paciente debe estar sentado con la espalda en línea recta y con la mirada fija en un punto.
- A continuación se aproxima la sonda del ecógrafo al ojo del paciente, pero sin aplanar la córnea. El ecógrafo hace las lecturas y mediante fórmulas matemáticas nos da la LIO que habrá que poner al paciente cuando se le intervenga de cirugía de cataratas. Este paso era realizado primero por una enfermera y a continuación por la otra. Análisis. Para el análisis de los datos se ha utilizado el coeficiente de correlación intraclase.

Resultados: Se han analizado 31 pacientes con biometría en ambos ojos. El coeficiente de correlación intraclase ha sido de 0,97 ($p < 0,001$) para el ojo derecho y de 0,96 ($p < 0,001$) en la medición del ojo izquierdo.

Conclusiones:

1.- El elevado nivel de correlación indica que haga quien haga la biometría los resultados serán los mismos, lo que contribuye a una disminución de la variabilidad entre profesionales garantizando unos cuidados de calidad.

2.- Realizar revisiones entre pares (peer review) permite analizar la práctica diaria y detectar áreas de mejora. Es importante eliminar el miedo a ser evaluado y/o comparado entre profesionales

P357

CULTURA DE SEGURIDAD Y FACTOR HUMANO: UTILIZACIÓN DE UNA ENCUESTA COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DEL CAMBIO CULTURAL

A. Colomer Rosas*, M. V. Hernández Jaras, J. Martínez Gómez, A. Mateo Rodríguez, J. Mallo Pérez, P. Huertas Alcazar.

SUMMA 112. CONSEJERÍA SANIDAD.

acolomer.summa@salud.madrid.org

OBJETIVO: Conocer la percepción sobre conocimientos, comportamientos propios y de otros profesionales de un Servicio de Urgencias acerca de la seguridad de los pacientes y la gestión de riesgos a través de una encuesta cuyo objetivo es la sensibilización de los profesionales en la prevención de riesgos, dentro de una estrategia global de formación y de gestión del cambio a una cultura de seguridad. Resultados preliminares.

MÉTODO: Encuesta tipo Likert sobre percepción de conocimientos (14 preguntas), comportamientos (10) y factores influyentes (24).

Método: encuesta presentada y entregada a los profesionales que acuden a cursos departamento de formación en la 2ª quincena abril 2008 y remitidas hasta 15 mayo. Autocumplimentada. Nº de

encuestas entregadas 120. Estadística descriptiva.

RESULTADOS: Respondidas 37 (30.8%) Profesión: 35.1% médicos, 13.5% enfermeras, 37.8 % técnicos, 8.1% auxiliares enfermera, 13.5 % otros. Habían realizado curso gestión riesgos 14 (37.8%).

Conocimientos: Saben que es gestión de riesgos (48.6%), Conocen la estrategia de participación de pacientes en gestión de su propio riesgo por medicación (53.3%). Conocen que la complejidad del problema de salud (64.8%), edad avanzada (67.5%) y el lugar en que se presta la atención (62.1%) son factores que aumentan el riesgo. Conocen Alianza Mundial Para Seguridad del Paciente OMS (21.6%), y que provienen de estrategias de la OMS: lavado manos (29.7%), divulgar mejores prácticas (44.2%).

Actuaciones propias y de compañeros: Siempre reviso carro de parada esté listo para usar (82.8%), Estimo que el riesgo sanitario de un paciente cuando viene a consulta es mínimo (35%), mostrándose acordes a notificar incidentes (59.4%). Creen que ellos mismos (64.8%) y sus compañeros (64.8%) tienen en cuenta el riesgo del paciente en el desarrollo de su trabajo.

Factores que influyen en seguridad: Estiman que la escasa cultura sobre seguridad (67.9%), ausencia dialogo medico-paciente (83.7%), escasa participación pacientes-familiares (70.2%), falta cultura calidad asistencial (81%), mala gestión información (69.5%), variabilidad práctica clínica (61%), y falta seguridad uso medicamentos especial riesgo (66.6%) son los factores que más negativamente influyen en seguridad del paciente.

CONCLUSIONES: Resultados representativos sólo de profesionales cuyas encuestas son analizadas. Los profesionales estudiados tienen un nivel aceptable de conocimientos teóricos y de factores que influyen en la seguridad del paciente.

Percepción positiva de su actividad que no se correlaciona con la frecuencia de aparición de incidentes según los estudios. Más de la mitad muestran predisposición a notificar. La encuesta sirve para orientar estratégicamente hacia creencias/actitudes el proceso formativo y de cambio cultural.

P358

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN: IMPACTO SOBRE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y RESULTADOS EN EL PACIENTE

M. A. Pardo López, M. T. Aznar Saliente, M. D. Camacho Romera, M. González Delgado, M. Martínez Ramírez, D. Bohor, J. Requena.

Hospital Universitario de San Juan de Alicante.

pardo_man@gva.es

Objetivo: Desarrollar un programa de conciliación de medicación en la transición de niveles asistenciales y evaluar el impacto en la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) y la clínica del paciente.

Métodos: Estudio observacional prospectivo controlado. Describe la metodología y la puesta en marcha un programa de Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria (grupo 1), y compararlo con un grupo de intervención solamente al alta (grupo 2) y con un grupo control (grupo 3). Se miden discrepancias de medicamentos no justificadas al ingreso y al alta hospitalaria, aparición de PRM a los 7 días tras el alta, reingresos, satisfacción del paciente y del médico con el programa.

Resultados: Se incluyeron 270 pacientes (90 para cada grupo). El porcentaje de pacientes con discrepancias al ingreso fue de 66,7% (en el grupo 1) y al alta hospitalaria el 42,7% y 40,2% (grupos 1 y 2). La tasa de medicamentos con discrepancias al alta hospitalaria fue mayor para el grupo 2 (9,6% vs 25,41%). No hubo diferencias en PRM tras el alta ni en reingreso, entre los grupos intervención (1 y 2) y el grupo control. La satisfacción global fue 4.64±0.56 y 4.48±0.51 para paciente y médico respectivamente.

Conclusiones: Un programa de conciliación al ingreso y al alta hospitalaria puede detectar y solucionar discrepancias en los tratamientos. La intervención al ingreso disminuye el número de discrepancias al alta. La satisfacción tanto del paciente como del médico es muy alta.

P359

DOLOR TORÁCICO URGENCIAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: APLICACIÓN DE ANÁLISIS HFMEA

M. A. Castellano Ortega, R. J. Romero De Castilla Gil, M. A. Triguero Triguero.

Hospital Alto Guadalquivir.

macastellano@ephag.es

OBJETIVOS: Describir el abordaje del riesgo de diagnóstico erróneo del dolor torácico (DT) mediante la aplicación del esquema de análisis HFMEA (Healthcare Failure Modes and Effects Analysis) en un Hospital Comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS: El HFMEA es una valoración prospectiva para identificar y mejorar los pasos de un proceso. Aplicamos este esquema a la atención al DT en Urgencias de nuestro hospital. Seguimos una metodología estructurada: elaboración de un flujograma representativo del proceso; priorización entre todas de la actividad "Recepción y Clasificación del enfermo con DT" (de aquí parte una prioridad asistencial, que de ser errónea supone una dependencia de senda dañina).

A continuación se realiza un listado de posibles fallos y sus modos, que se integran en una matriz de puntuación del riesgo enfrentando probabilidad con gravedad de la ocurrencia. Los de mayor puntuación se incluyen en un árbol de decisiones para HFMEA, analizando su criticidad, detectabilidad y razones para continuar o parar en cada caso. Al fin, se diseñan la intervención orientada y los indicadores para su monitorización.

RESULTADOS: Los fallos potenciales con mayor puntuación fueron: error en toma de constantes, no realización de ECG, mala comunicación en el proceso y error del médico al valorar ECG. Se analizó este último fallo: "El Médico que valora el ECG y la hoja de registro del paciente, falla y lo clasifica mal". Los modos de fallo identificados fueron la no documentación del proceso, no cumplimiento del protocolo una vez realizado, la percepción de fallo por no medición de indicadores y el material en condiciones subóptimas. Como indicadores se escogieron: proporción de reclamaciones recibidas de pacientes atendidos por DT, proporción de ergometrías realizadas respecto al total de indicadas, y proporción de historias con adherencia correcta al protocolo (se explicitaron los criterios de adherencia). Cada indicador se definió en fichas estandarizadas. Las intervenciones derivadas del análisis (algoritmos de decisión y protocolo específico para el paso analizado) se temporizaron.

CONCLUSIONES: El abordaje de problemas clínicos con repercusión en la seguridad del paciente mediante herramientas estructuradas no es frecuente en nuestro medio. Esta experiencia se encuadra en el desarrollo de una Unidad de Atención al Dolor Torácico en nuestro Hospital. Pretendemos estandarizar rigurosamente todas las circunstancias que puedan generar fallos de seguridad, más allá de abordajes clásicos (formación médica, cursos anuales, etc). La experiencia de uso del análisis HFMEA nos demuestra que es posible su aplicación en problemas clínicos concretos obteniendo productos concretos.

P360

EL LAVADO DE MANOS, ¿ES UNA PRACTICA HABITUAL DURANTE MI TRABAJO?

M. J. Lallana Álvarez (0), M. C. Carcas De Benavides (0), B. Pina Gadea (1), D. Serrano Peris (0), J. M. Claveria Malo (0), M. J. Medina Gracia (0).

(0) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III,

(1) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR CALATAYUD.

mjlallana@salud.aragon.es

Objetivo: Conocer la opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Sector Zaragoza III y Calatayud sobre el lavado de manos en su entorno de trabajo.

Material y método: En mayo de 2007 se envió desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza III y Calatayud una encuesta a todos los profesionales sanitarios con preguntas acerca de la importancia, frecuencia y necesidad del lavado de manos, así como de los motivos para no lavárselas y posibles soluciones.

Resultados: Se distribuyeron un total de 786 encuestas y respondieron 202 (26%) personas.

Los resultados reflejan que para el 100% de los profesionales es

importante o muy importante el lavado de manos en la práctica profesional, destacando que lo hacen por la seguridad del paciente y del profesional y que el 70% de los profesionales se lava las manos después de tener contacto con el paciente.

En cuanto a si existe alguna razón para no lavarse las manos, se recoge que no hay ningún motivo, seguido de la falta de tiempo y encontrarse en un domicilio. Así mismo, se echa en falta una alternativa al lavado de manos en aquellas situaciones en las que no es posible lavárselas con agua y jabón. También consideran necesario que se debería aumentar el lavado de manos entre los profesionales y hacen hincapié en la Educación sanitaria (48,5%) como medio para lograrlo.

Tras el análisis de los datos y como medida de mejora se ha introducido la "Solución Hidroalcohólica" en envase de 100 ml en el petitorio de material sanitario de los centros, con la finalidad de poderla utilizar en aquellas situaciones en las que se ha detectado que puede ser útil y necesaria: atención domiciliaria, asistencia en accidentes, asistencia en la calle y alergia a jabones.

Conclusiones: El lavado de manos es importante en la práctica profesional, y se considera necesario potenciarlo, lo que repercutiría en la seguridad clínica del paciente. La solución hidroalcohólica es una buena alternativa al lavado de manos.

P361

EMPLEO DEL AMFE PARA LA EVITACIÓN DE INCIDENTES EN EL EMPLEO DE LOS CARROS DE PARADA

J. González Revaldería, M. Freire Magariños, M. C. García Escudero.

Hospital General Universitario, Getafe.

jgonzalezr.hugf@salud.madrid.org

El objetivo de este trabajo consiste en analizar los posibles modos de fallo y error que puedan tener lugar en el empleo del carro de parada. Metodología: Se establece un grupo de trabajo multidisciplinar formado por nueve personas: seis pertenecientes a UCI, Farmacia, Pediatría y Enfermería, dos a Dirección de Enfermería y una a la Unidad de Calidad. Se estudiaron dos grupos de etapas diferentes: las relacionadas con el conocimiento del protocolo de actuación ante una parada y las relacionadas con el empleo del carro de parada. Se realizaron reuniones de trabajo en las que se diseñó el flujograma, se analizaron los posibles modos de fallo, se priorizaron en cuanto a gravedad y probabilidad de ocurrencia (escalas de 1 a 4 en ambos) y se abordaron las que obtuvieron una puntuación igual o superior a 8 o se consideraron críticos.

Resultados: Se encontraron ocho modos de fallo que debían ser abordados y se establecieron diversas acciones: unificar los diversos tipos de carros de parada existentes en el hospital en uno solo; necesidad de que cada año, al menos el 20% de las personas implicadas en el manejo de los carros de parada reciban cursos de soporte vital básico/avanzado, incluyendo las actualizaciones de recomendaciones internacionales; clara localización de los carros en ubicaciones similares en todas las zonas del hospital donde sea posible, informando de las mismas en el manual de acogida al trabajador de cada Unidad (si la Unidad no dispusiese de carro de parada habrá carteles informativos de la ubicación del más próximo); establecimiento de un protocolo de control del carro en cuanto a: dotación (2 veces/semana), caducidad de fármacos y material fungible (1 vez/semana) y funcionamiento del desfibrilador (1 vez/semana), todos ellos firmados. De todas las acciones se realizan supervisiones por personas ajenas al uso y mantenimiento de los carros de parada cada 4-6 meses.

Conclusiones: El empleo del AMFE ha permitido actuar sobre los posibles modos de fallo en el empleo del carro de parada, que pueden llevar a demoras o ineficacias que supongan un riesgo vital para el paciente.

P362

ERRORES PERDIDOS: INFORMATIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN MEDICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Domínguez, M. T. Cubí, M. Brull, N. González, N. Orti*, E. Martínez.

Hospital de la Santa Creu. Jesús, Tortosa- Tarragona.

mcubi@grupsgessa.com

Introducción: Trabajo de la Comisión de Seguridad Clínica (CSC),

incluido en los objetivos anuales del Hospital de la Santa Creu, centro sociosanitario de 355 camas, situado en Cataluña, en la población de Jesús - Tortosa (sociosanitario de referencia de las comarcas del Baix-Ebre, Montsia y Terra Alta).

Uno de los problemas detectados por la CSC era el alto número de errores en la transcripción de órdenes médicas en las hojas de enfermería al cambio de mes.

Objetivos: Disminuir el número de errores en la prescripción farmacológica, especialmente identificados en la transcripción de órdenes médicas.

Metodología: Tras un primer registro mensual de los errores detectados (2005) se han realizado distintas acciones de mejora a lo largo de los últimos tres años

2006 desde la CSC se propone la informatización de la hoja de prescripción, con inicio en una unidad piloto (Unidad de Psicogeriatría).

2007 Implantación paulatina en las diferentes unidades, con la ayuda de un protocolo y con propuestas de mejora para hacer una pagina "amigable" junto con el departamento de informática.

2008 se consigue la familiarización con la nueva hoja informatizada y se instaura la unidosis en todo el centro.

Resultados: Con la informatización de la hoja de prescripción ha desaparecido uno de los errores detectados, más frecuentemente, al desaparecer la transcripción manual.

La prescripción informatizada ha facilitado y hecho posible la implantación de la unidosis en todas las unidades.

Conclusiones: Los profesionales implicados manifiestan mayor seguridad en el control de la prescripción médica.

A pesar de su utilidad, debido a la gran cantidad de papel que se tiene que imprimir para la firma, se esta estudiando la utilización de la firma digital para trabajar directamente de manera informatizada en la prescripción y administración de medicamentos.

P363

ESTANDARIZACIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICAS PREOPERATORIAS EN CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

S. E. Marrón Moya, A. Gómez Peligros, R. Torrijo Solanas, A. Bes Franco, L. Tomás Aragonés, F. De Lara Pasquín.

HOSPITAL ERNEST LLUCH.

semarron@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1) Elaboración de un protocolo de actuación de preparación quirúrgica y de cura de heridaS quirúrgica en el ámbito de la atención primaria de salud (centros de atención primaria y de especialidades extra hospitalarios). 2) Garantizar una asistencia de calidad; 3) Promover una mejora de los procesos asistenciales; 3) Optimización y racionalización de recursos mediante una asistencia más eficaz y eficiente.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Constitución de un equipo de mejora.; 2) Análisis de evidencia disponible. 3) Elaboración del protocolo; 4) Edición y publicación del protocolo; 5) Difusión del protocolo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO: 1) Constitución del Equipo de Mejora; 2) Elaboración del protocolo; 3) Edición y publicación del protocolo; 4) Difusión del protocolo.

CONCLUSIONES 1) Es un aspecto central a tener en cuenta en el desarrollo de la cirugía menor. 2) Mejora la calidad de la asistencia; 3) Evita riesgos de infección o contaminación de herida operatoria.; 4) Favorece la dinámica de los procesos asistenciales.

P364

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA COBERTURA DE INMUNIZACIÓN TRAS ESPLENECTOMÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Torres M *, Vidén J. M. Torres Berdonces.

HOSPITAL REINA SOFIA .TUDELA.NAVARRA.

mtorrebe@cfnavarra.es

Introducción: La esplenectomía es una intervención frecuente tras la cual en un 2%-5% de los pacientes se producen complicaciones infecciosas, siendo mayor el riesgo en los dos primeros años tras la esplenectomía. Las infecciones se caracterizan por su mayor gravedad, con una mortalidad 10 veces superior que en personas no esplenectomizadas. La vacunación debe realizarse preferentemente antes de la esplenectomía. Si esto no es posible, tras dos semanas de

la intervención.

Objetivos: Dar cobertura de vacunación a todos los pacientes, que por su situación clínica este indicado. Prevenir complicaciones infecciosas en los pacientes esplenectomizados. Educación Sanitaria, explicando con el objetivo de favorecer una actitud positiva hacia la misma.

Metodología: En Octubre de 2006, se inicia un protocolo de vacunación para pacientes esplenectomizados. Se realiza en colaboración con los servicios de Cirugía, Oncología y Hematología. Los pacientes se detectan por información directa de los servicios anteriores mediante búsqueda activa a través de Historia Clínica Informatizada desde nuestra Unidad.

Cuando la intervención esta programada se inmunizan antes de la intervención. En el resto de los casos se hace coincidir con la primera cita de revisión postquirúrgica, tras la cual acuden a Medicina Preventiva donde realizamos la vacunación. Informamos de los beneficios que les aporta la misma, los posibles efectos secundarios que puedan tener y como tratarlos. El informe también incluye las recomendaciones de revacunación anual antigripal y antineumocócica (3-5 años).

Esta información se entrega al paciente y a su Centro de Atención Primaria de referencia.

Resultados: La casuística de este tiempo arroja los siguientes datos: 18 pacientes esplenectomizados. Según su indicación los hemos agrupado en tres categorías: esplenectomía por enfermedad inmunológica hematológica 5 casos; esplenectomía por traumatismo 5 casos; ESplenectomía por lesión iatrogénica rescate oncológico 8 casos.

Se ha realizado vacunación por la Unidad Medicina Preventiva en 12 casos. En dos casos se remiten a Atención Primaria, por encontrarse con procesos alérgicos a los cuales se ha realizado un seguimiento y se confirma que han sido inmunizados. No indicación por parte del Servicio de Oncología en tres casos. En un caso no se puede realizar seguimiento ya que se remite a su provincia de referencia.

Conclusiones: Mejora de la calidad de los servicios prestados desde nuestra unidad, en relación a la prevención de infecciones.

Sensibilización de los Servicios implicados de la importancia de este proceso. Sensibilización de los pacientes favoreciendo una actitud positiva hacia la misma.

P365

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

E. Díaz Sampedro, R. López Maza, M. González Puente.

Hospital Sierrallana.

ediaz@hsl.scsalud.es

En nuestro hospital la Alerta de Seguridad N° 1: "Inadecuada identificación de pacientes", está implantada desde el año 2004, a pesar de ello, se siguen sucediendo errores relacionados con la identificación.

El hecho se desarrolla en una Unidad de hospitalización: error en la identificación de un paciente al que se va a transfundir un hemoderivado.

Está identificado con una pulsera en la que consta el nombre, 2 apellidos y número de historia, pero no es consultada y verificada en el momento de la extracción de las pruebas cruzadas, ni en la administración del hemoderivado. OBJETIVOS: Evitar errores en la administración de hemoderivados.

Identificar a los pacientes previa administración medicación/hemoderivados y previa extracción sanguínea.

Conseguir que el personal sanitario identifique a todos los pacientes con nombre y 2 apellidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, relacionado con el suceso.

Recopilación de información.

Parrilla de análisis de causa- raíz.: Cuestiones sobre recursos humanos (personal cualificado y capacitado), sobre la gestión de la información (protocolos, planes de cuidados, manuales de acogida), relativas a la gestión del medio (sistema notificación efectos adversos), y con la cultura de la organización (dispositivos seguridad, implantación alertas).

Realización de mapa de los hechos detalladamente.

Análisis de la información obtenida.

RESULTADOS: Del análisis realizado surgen una serie de acciones

de mejora:

Sensibilizar al personal sanitario de la importancia de la identificación con nombre y 2 apellidos a los pacientes.

Realizar evaluaciones de la identificación de pacientes con pulsera, y difundir los resultados.

Establecer un sistema de código de barras con lectores.

Difundir los eventos adversos que ocurran.

CONCLUSIONES: Es conveniente tener un sistema de notificación de efectos adversos para poder analizarlos. Y sensibilizar al personal sanitario, que desconocen el número de efectos adversos que se producen (creen que es anecdótico) y sus repercusiones.

El análisis de un efecto adverso cuando, es la forma de analizar todos los factores que han facilitado el desarrollo del mismo.

P366

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN EN DOSIS UNITARIAS

A. Lloret Maya*, A. Rizo Gómez, M. Montserrat Toran.

HOSPITAL PLATÓ.

farmacia@hospitalplato.com

Objetivos: Evaluar la calidad del proceso de prescripción de medicamentos para detectar posibles incidencias y proponer medidas correctoras.

Método: Estudio observacional prospectivo de una muestra significativa de las prescripciones médicas manuales realizadas durante un periodo de 30 días.

Se analizaron los datos que figuran en el Procedimiento de prescripción de medicamentos y se diseñó una hoja para su recogida. Los datos se distribuyeron en: a) identificación y ubicación del paciente, b) datos generales de prescripción (fecha, hora, alergias), c) identificación del médico, y d) los relacionados con la prescripción farmacológica. Se registró la presencia o ausencia de los mismos. Se difundió el estudio a todos los facultativos del Centro.

Resultados: Se registraron y evaluaron 171 órdenes médicas (O.M.), correspondientes a 648 líneas de prescripción.

Los datos recogidos presentaron la siguiente distribución: a) Identificación del paciente: en el 91% de las O.M. se identificaba completamente al paciente con la etiqueta y en el 9% restante, identificado manualmente, faltaba el número de historia clínica en un 5%, el nombre del paciente en un 1%, la habitación en un 1% y la cama en un 2%. b) Datos generales de prescripción: la fecha no figuraba en el 4%, la hora faltaba en el 82% y la información de alergias estaba ausente en el 57%.

c) Identificación del médico: faltaba el nombre en el 9% de los casos y la firma no figuraba en el 4%. d) Prescripción farmacológica: Era ilegible el 4% de las O.M., no se utilizaba el nombre genérico en el 51% de los casos, en un 5% el medicamento no estaba incluido en la Guía Farmacoterapéutica del Centro, la dosis no se consignó en un 8%, la vía de administración faltaba en un 18%, la frecuencia en un 1% y en las prescripciones a demanda no figuraba la pauta en un 2% de las O.M.

Conclusiones: La legibilidad de las órdenes médicas, la cumplimentación de las dosis y vías de administración y el registro de alergias han sido las incidencias destacadas en la difusión del estudio a los facultativos del hospital para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. La prescripción electrónica favorece especialmente la mejora de estos aspectos y se ha planificado su implantación dentro del Plan Estratégico 2007-2010 de nuestro Centro. Los profesionales sanitarios debemos trabajar de la forma más eficiente con los recursos disponibles para garantizar la salud y seguridad de los pacientes.

P367

ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS ADMINISTRADOS A PACIENTES EN LA SALA DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD

A. Fernández Moreno*, A. Fernández Moreno, F. Marín Calvarro, C. Capdevila Gallego, A.C.S. Hormigos Agraz Orcasitas.

Área 11 Atención Primaria. Madrid.

afernandez.gapm11@salud.madrid.org

OBJETIVOS: 1) Identificación de problemas en materia de seguridad de los pacientes y prevención de errores, en relación con los

medicamentos disponibles en la Sala de Urgencias del Centro de Salud. 2) Identificación de los puntos críticos en el proceso, desde la recepción de los medicamentos en el Centro de Salud, hasta su administración a los pacientes en la Sala de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de un conjunto de variables relacionadas con la seguridad y prevención de errores en la administración de medicamentos a pacientes. Durante el mes de Abril de 2008, se registró el grado de adecuación de etiquetado de los cajetines de medicación, la coincidencia de la presentación farmacéutica contenida en el cajetín con la especificada en la etiqueta, la existencia de fármacos caducados y la fecha de la revisión anterior.

RESULTADOS: Se revisó 54 cajetines de la Sala de Urgencias (100%). La etiqueta de todos los cajetines estaba adecuadamente adherida y era legible. 1 cajetín estaba vacío (1,85%). En 1 cajetín había comprimidos sueltos (1,85%). No coincidía lo especificado en la etiqueta con el fármaco contenido en el cajetín, en cuanto a la dosis, en 6 casos (11,11%). No constaba en la etiqueta la dosis en 10 casos (18,52%), y la presentación en 10 casos (18,52%). En ningún cajetín se identificó fármacos caducados. La fecha de la revisión anterior no se especificaba en los cajetines.

CONCLUSIONES: 1) Los resultados de nuestro estudio muestran un mejorable sistema de etiquetación que garantice la seguridad y permita minimizar el riesgo de errores en la administración de fármacos en la Sala de Urgencias. 2) La ausencia de registro de la fecha de las revisiones previas constituye un punto débil en la responsabilidad compartida del proceso, desde la recepción a la administración de fármacos en nuestro Centro de Salud.

P368

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES DE CRÍTICOS

A. Martín Vega, S. Maeso Martínez, M. A. Martín Martínez, J. García Caballero.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ.

amartinv.hulp@salud.madrid.org

OBJETIVO: La seguridad del paciente es la dimensión de la calidad que está tomando mayor importancia en los últimos tiempos. Este hecho es especialmente relevante en las unidades de pacientes críticos por la condición de estos pacientes y la gran complejidad de tratamientos y diversidad de intervenciones a las que están sometidos. De acuerdo con el National Health Service, y como primer paso para mejorar la seguridad del paciente, nos propusimos como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en los profesionales sanitarios asistenciales de las unidades de pacientes críticos del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se adaptó la encuesta "Hospital survey on patient safety culture" de la AHRQ. La encuesta consta de 9 apartados en los que se pregunta sobre varios ámbitos. Se realizó el trabajo en las unidades de pacientes críticos del Hospital General: Reanimación cardiotorácica, Reanimación polivalente y UCI. Los profesionales a los que se dirigió el estudio fueron: médicos de plantilla y residentes, enfermeras y auxiliares de enfermería. El análisis de los datos se realizó adaptando la metodología de la AHRQ. El estudio ofrece una valoración de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente: cultura de seguridad a nivel de Hospital, a nivel de Servicio y medidas de resultado (frecuencia de notificación de incidentes, percepción global de la seguridad, grado de seguridad del paciente, número de incidentes notificados).

RESULTADOS: Se recogieron 59 encuestas. Las respuestas más favorables, además de la promoción de la seguridad por los supervisores y jefes de la Unidad, fueron el trabajo en equipo dentro del Servicio o Unidad, y la franqueza en la comunicación. Los aspectos peor valorados fueron además del apoyo a la seguridad por parte de la institución, la comunicación de errores en ambos sentidos y el trabajo en equipo entre las unidades del hospital. El 75% de los encuestados había notificado al menos un incidente en el último año. En el grado de seguridad percibido por el personal sanitario, el 71% respondió como aceptable.

CONCLUSIONES: La seguridad del paciente es aceptable. Se valoran más los aspectos más próximos al profesional y peor los externos al mismo, sugiriendo que el profesional ve en la encuesta una oportunidad para expresar aspectos de clima laboral. El hecho de que 3 de cada 4 profesionales no hubiese notificado ningún

incidente en el último año, puede deberse a que sólo consideraron las notificaciones realizadas por escrito.

P369

EVALUACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN POSITIVA DEL PACIENTE INGRESADO

A. Martín Vega, S. Maeso Martínez, M. A. Martín Martínez, J. García Caballero.

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

amartinv.hulp@salud.madrid.org

OBJETIVO: La seguridad del paciente es una dimensión primordial de la calidad en la asistencia sanitaria, siendo la correcta identificación del paciente parte fundamental para ella. Como paso previo a la implementación del uso de pulseras identificativas en el Hospital Universitario La Paz de Madrid, y como primera fase de un estudio antes-después, se propuso realizar una evaluación de la identificación positiva del paciente ingresado.

PACIENTES Y MÉTODOS: Como población diana se estableció a los pacientes ingresados en el H. de Traumatología y Rehabilitación del H. U. La Paz. En la recogida de datos se evaluaron además de las variables sociodemográficas, la capacidad de comunicación del paciente, la correspondencia con los datos de las etiquetas identificativas y los documentos personales, la manera de hacer la identificación positiva por el personal asistencial y la presencia de reacciones alérgicas previas referidas por el paciente.

RESULTADOS: Casi un 20% de los pacientes no era capaz de decir correctamente nombre y apellidos, debido a trastornos cognitivos en la mayoría de ellos. La correspondencia de la etiqueta identificativa con el nombre, dirección y fecha de nacimiento fue adecuada. La presencia de documentos oficiales fue del 47,7%. Un 19% de los pacientes declaró ser alérgico a uno o más fármacos. La identificación positiva fue realizada en el 98,4%.

CONCLUSIONES: Hubo una elevada prevalencia de pacientes incapaces de decir correctamente su nombre y primer apellido, que puede aumentar en el futuro. La verificación con documentos oficiales se hizo en pocos casos. Hubo una prevalencia alta de pacientes alérgicos. La identificación positiva se realizó en casi la totalidad de los casos. Todos estos factores deben tenerse en cuenta antes de la implantación de las pulseras identificativas.

P370

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS EN UN AREA DE ATENCIÓN PRIMARIA. COMO PRIMER PASO EN LA INTRODUCCIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

J. A. Ballesteros Cavero (0), E. Baselga López (1).

(0) hospital Virgen de la Luz, (1).

jaballesteros@sescam.jccm.es

INTRODUCCIÓN: Entendiendo la "Gestión de Riesgos" como el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un evento adverso durante la asistencia con el objetivo de minimizar sus consecuencias negativas, el presente trabajo supone el primer escalón en la "ética de la gestión de riesgos". **OBJETIVOS:** conocer la percepción de eventos adversos por parte de los médicos de AP del Área de Cuenca, su reacción ante la comisión de un error y/o evento adverso en consulta y su grado de seguridad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado anónimo a todos los facultativos del Área de AP de Cuenca, que consta de 5 apartados, recogiendo distintas variables epidemiológicas y clínicas. Datos analizados mediante programa informático SPSS.

RESULTADOS: la tasa de respuesta 21'46%. La edad media de los respondedores 46'5 años, con una vida media profesional de 18'45 años. El 86% pertenecen al medio rural y el 51% son mujeres. La media de acontecimientos adversos por profesional y año se sitúa en un 13'292. Siendo el retraso en el diagnóstico y la administración de fármacos incompatibles con la enfermedad de base los más reflejados, 2'75 y 2'56 de media. El 74'4% no ha tenido percepción de ningún evento adverso en el último año, y el 25'6% nunca. De los que sí, el 92'7% contactan con el paciente o familia como primera medida. El 82'9% señala la presión asistencial y el 48'8% la mala organización de la asistencia como causas principales de eventos adversos. Todos

se autocalifican como aprobados al ser preguntados por la seguridad clínica subjetiva que presentan en las distintas especialidades médicas.

DISCUSIÓN: Escaso índice de respuesta limita la inferencia estadística así como la pretendida comparación con otros estudios similares. Este hecho está probablemente motivado por la falta de cultura existente, así como el posible temor a acciones sancionadoras ante la declaración de eventos adversos.

P371

EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL. VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA CONTINUA

F. M. Antolín Juárez, H. Rebollo Rodrigo, M. De La Cal López, J. Rossello Urgell.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
mprajf@humv.es

OBJETIVOS:

- Validar un sistema de vigilancia continua de eventos adversos (EA) y conocer el grado de consignación y valoración de las variables incluidas.

- Conocer las características y causas que producen los EA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 2.596 pacientes ingresados entre el 1 de junio y el 17 de agosto de 2007. Se registraron 505 (Tasa de consignación del 19,45%).

La metodología se basa en el proyecto IDEA, añadiendo índices de valoración del riesgo quirúrgico (Índice pronóstico Possum, índice de comorbilidad de Charlson e índice de riesgo nutricional) e incidentes de suspensión de la cirugía y reduciendo el número de variables del estudio de causalidad. El registro de datos fue realizado por el cirujano por medio de un sistema web situado en la intranet y accediendo con clave personalizada.

RESULTADOS: No se encuentran problemas de consignación en las variables de características del paciente y de su ingreso. Disminuye el grado de consignación en índices que requieren cálculo (índice de Charlson o de Riesgo Nutricional) y en las características de la intervención. Es correcta la recogida de factores de riesgo intrínsecos o extrínsecos. Los días de permanencia de dispositivos fueron recogidos adecuadamente, teniendo en cuenta su dificultad.

El 82% de los EA son efectos adversos y el 18% incidentes. Las complicaciones quirúrgicas, infección nosocomial y los derivados del diagnóstico y evolución, fueron los más frecuentes. Los incidentes predominantes fueron la suspensión de la intervención y los relacionados con materiales del quirófano. Respecto a la probabilidad de ocurrencia del EA, el 48,1% de los casos se considera poco probable. En un 90,0% las consecuencias se limitaron a la necesidad de tratamiento o prolongación de la estancia, con media de 7,76 días (DE=6,65). Se considera prevenible el 63,92% de los EA.

Se comprobó la dificultad propia del análisis de las variables de tipo abierto. Se observó una baja consignación de las variables de localización y causalidad, posiblemente debido al gran número de variables requeridas y a la dificultad para determinar la causa del EA.

CONCLUSIONES:

- La valoración del sistema indica la necesidad de adaptación de variables que intenten mejorar las tasas de consignación.
- Se deberán incorporar ventanas de ayuda al cálculo de los índices de riesgo con baja consignación.
- Se debe replantear las variables de localización y causalidad del EA para obtener únicamente información factible y de utilidad práctica en el establecimiento de medidas de control.

P372

EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD CLÍNICA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

I. Navarro, Y. Sabate Aguila, G. Sambola Ferre, C. Cavalle Ferre, M. Brianso Florencio.

HOSPITAL UNIVERSITARI SAN JOAN DE REUS.
yolisabate@hotmail.com

Objetivo: Evaluar los objetivos del programa de Seguridad Clínica de Nuestro hospital desde su inicio en el 2005 hasta la actualidad: Control de temperatura de neveras, circuito de Reanimación Cardiopulmonar, valoración de la 5 constante el Dolor, identificación de pacientes y custodia de mórnicos.

Material y método: Miembros de la Comisión de Seguridad Clínica realizan cortes semestrales de prevalencia, mediante observación directa y revisión de H.C. para valorar la implementación de los objetivos.

Resultados: Se han realizado 4 evaluaciones con los siguientes resultados según los objetivos:

Control de temperatura de las neveras (numero de neveras =44).

Numero de termómetros 1ª evaluación 81,8%, 2ª evaluación 90,9%, 3ª evaluación 95,4%. 4ª evaluación 100%.

Contenido compartido (fármacos/alimentos) 1ª evaluación 21%; 2ª evaluación 16%; 3ª evaluación 8%; 4ª evaluación 6,5%.

Identificación de fecha de apertura / caducidad en los fármacos y alimentos: 1ª evaluación 13%, 2ª evaluación 38%; 3ª evaluación 42%; 4ª evaluación 98%.

Identificación de los pacientes (n =255).

Todos ellos han de llevar una pulsera identificativa con su nombre (etiqueta).

1ª evaluación 82%; 2ª evaluación 89%; 3ª evaluación 90%; 4ª evaluación 98%.

Circuito de Preaminación Cardiopulmonar (n =18).

Actualmente poseemos 18 carros de paros.

En cada una de las evaluaciones efectuadas tenemos el mismo número de carros sin desfibrilador (11,1%) debido a diferentes motivos: averías, recambio por uno nuevo,...

Comprobación del número del precinto y firma de comprobación: 1ª evaluación 56%; 2ª evaluación 67%; 3ª evaluación 89%; 4ª evaluación 100%.

Custodia de los mórnicos.

Los profesionales custodian la llave y el armario de mórnicos se encuentra cerrado: 1ª evaluación 86,7%; 2ª evaluación 86%; 3ª y 4ª evaluación 100%.

Valoración de la 5ª constante EL DOLOR (n=255).

Servicios quirúrgicos: 1ª evaluación 80%, 2ª evaluación 82%, 3ª evaluación 86%, 4ª evaluación 98%.

Servicios médicos: 1ª evaluación 10%, 2ª evaluación 28%, 3ª evaluación 67%, 4ª evaluación 92%.

Conclusiones La evaluación y seguimiento periódico de los objetivos por parte del equipo de enfermería de seguridad clínica, motiva y garantiza el cumplimiento por parte de los profesionales implicados en su consecución. Siendo como son objetivos estratégicos del Centro, dejan de serlo para ser objetivos del día día.

En cada uno de los cortes realizados se han programado sesiones de Seguridad Clínica generales y por servicios con el propósito de realizar un feed-back de los resultados con los profesionales.

P373

FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA PRIMERA ORGANIZACIÓN SANITARIA EUROPEA EN OBTENER LA CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL ISO/IEC 27001:2005, SEGÚN LA ISO 27002

I. Gimeno Gurpegui, S. Cuesta Presedo, A. Martínez Bermudez, B. Martínez Del Río.

FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA.
igimeno@fhcalahorra.com

PALABRA CLAVE: confidencialidad, seguridad, información.

OBJETIVO: El objeto de este proyecto es establecer la Política de Seguridad de la Fundación Hospital Calahorra, así como las líneas directrices, la organización y el marco de actuación para llevar a cabo las actividades relacionadas con la Seguridad de la Información cumpliendo con los requisitos de la NORMA ISO 17799:2005.

DISEÑO: El alcance del proyecto contempla toda aquella información, actividades y personas identificadas en el SGSI de la Fundación Hospital Calahorra.

RESULTADOS: La Fundación Hospital Calahorra ha conseguido la certificación internacional ISO/IEC 27001:2005, según la ISO 27002 de código de mejores prácticas. Se trata de una norma sobre el desarrollo de sistemas de gestión de seguridad de la información que convierte al hospital calagurritano en la primera organización sanitaria europea que obtiene dicha certificación, dado que engloba todos los procesos y no sólo los únicamente relativos a la información, ya que incluye los procesos asistenciales que suponen el grueso de la actividad hospitalaria.

El carácter distintivo de la certificación obtenida por la Fundación Hospital Calahorra reside en que es la primera vez que se extiende a la actividad sanitaria propiamente dicha.

CONCLUSIONES: La política de Seguridad de la Información será de aplicación en todas las fases del ciclo de vida de los datos: generación, distribución, almacenamiento, procesamiento, transporte, consulta y destrucción; y de los sistemas que los procesen.

La Fundación Hospital Calahorra tiene el compromiso de velar por el cumplimiento de la legislación vigente en materia de protección y seguridad de la información y de los sistemas aplicable a todos sus procesos de negocio.

P374

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

A. Hernández Santana*, M. D. González Santana, C. García Del Rosario, M. J. Déniz Rodríguez, M. M. Peñate Rodríguez, J. Cobián Martínez.

Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.
ahersanm@gobiernodecanarias.org

INTRODUCCIÓN: El índice de Úlceras por Presión es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados que presta enfermería. Ésta es una complicación frecuente e importante, que ocasiona un impacto negativo en la salud del individuo al igual que produce prolongación de su estancia hospitalaria, unido al elevado coste económico que conlleva su tratamiento, nos obliga a disponer de una Guía de Cuidados que unifique los criterios de actuación de los profesionales de enfermería protocolizando acciones para una mejor prevención, valoración de la lesión y tratamiento de las Úlceras por Presión.

OBJETIVOS:

- 1).Elaborar una guía de cuidados estandarizados para unificar criterios de actuación en los cuidados de enfermería.
- 2).Implementar una herramienta consensuada y de fácil manejo para los profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA: Este proyecto surge del Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servicio Canario de la Salud para el Impulso de Prácticas Seguras en los Centros Sanitarios. Este Convenio tiene por objeto regular las condiciones de la colaboración entre ambas partes, para el desarrollo de la Estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. En el mes de Julio del año 2007 se constituye un grupo de trabajo con competencias en este campo, incluido en una de las Comisiones actualmente operativas en el Complejo Hospitalario, la Comisión de Seguridad Clínica.

RESULTADOS: El grupo de trabajo se ha encargado de la elaboración de una guía de actuación en la prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión, para unificar los cuidados de enfermería a partir de una revisión bibliográfica, de la aportación de la experiencia de los miembros del equipo, así como de la revisión y evaluación de las actividades realizadas por los profesionales del Complejo.

CONCLUSIONES: Una guía de cuidados es un instrumento de utilidad para los profesionales de la enfermería, que estableciendo un mismo criterio de actuación basado en la evidencia científica, consigue incrementar la calidad de nuestros cuidados al paciente.

La aplicación de medidas preventivas estandarizadas permite minimizar la incidencia de úlceras por presión.

La unificación de los cuidados de enfermería ante la aparición de la úlcera por presión contribuye a acelerar su resolución y disminuir sus complicaciones.

P375

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DEL PACIENTE DIABÉTICO EN AYUNAS

J. Playán Usón, P. De Diego García, F. Losfablos, P. Trincado, M. Monreal, M. J. Pamplona.

Hospital Universitario Miguel Servet.
jplayan@able.es

OBJETIVO: Un 25% de la población hospitalizada presenta hiperglucemia o diabetes mellitus, por lo que dicha enfermedad se considera prioritaria en la asistencia sanitaria. En los últimos años se ha demostrado que un buen control glucémico en el paciente hospitalizado da lugar a una disminución de la morbilidad. La mayoría de los estudios, están realizados en unidades de cuidados intensivos (UCI) con controles exhaustivos. Hemos instaurado una guía clínica en paciente diabético hospitalizado, en una planta

convencional, teniendo en cuenta los recursos disponibles es nuestro hospital. Con dicha guía queremos comprobar si la eficacia y seguridad demostrada en otros centros en UCI es efectiva en una planta de hospitalización convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ponemos en práctica un protocolo del paciente diabético que precisa estar en ayunas, en la mayoría de los casos por ser sometido a una intervención quirúrgica. Se trata de cirugía programada y por lo tanto el paciente ha sido previamente valorado por el servicio de Anestesia, presentando un control glucémico aceptable previo a la intervención. La guía clínica se ha diseñado con el objetivo de conseguir que el paciente diabético en ayunas sea tratado de acuerdo a las características particulares de su diabetes, evitando en lo posible, la variabilidad en la práctica clínica ante un paciente con características clínicas similares. En la instauración de la guía se han implicado el servicio de Endocrinología y Nutrición, los facultativos encargados del paciente quirúrgico, y sobre todo, el personal de enfermería, que es la pieza clave para llevarlo a cabo. Previo a la implantación, se han consensado todos aquellos puntos en los que existía discrepancias o dificultades para la aplicación de la guía clínica.

RESULTADOS:

1. Participación: se ha conseguido que todos los facultativos de los equipos quirúrgicos y todo el personal de enfermería aplique dicha guía clínica.
2. Eficacia: en la mayoría de los pacientes se ha conseguido un control glucémico dentro del grado aceptable para evitar complicaciones agudas.
3. Dificultades: a los dos meses de iniciar el protocolo, el personal de enfermería lo desarrolla sin haber detectado dificultades.
4. Seguridad: no se ha objetivado ningún episodio de hipoglucemia grave, y los casos de hipoglucemia leve se han resuelto siguiendo las indicaciones de la guía. No se ha detectado ningún caso de deshidratación hiperglucémica.

CONCLUSIONES: La guía de práctica clínica del paciente diabético en ayunas aplicada es eficaz y sobre todo segura.

P376

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL CLIENTE (QFD) Y ANÁLISIS DEL CONTEXTO (DAFO) DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

O. Frias Oyaga, M. Jauregui García, A. Linacisoro Ibarra, A. Mendiguren Navascues.

Osakidetza. Comarca Ekialde.
olga.friasoyaga@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Grupo Operativo para la Mejora de la Seguridad del Paciente (MSP) de nuestra Comarca se planteó un reflexión cuyo objetivo era conocer las necesidades de sus clientes (definidos previamente en su Misión: profesionales asistenciales y de gestión) y sobre su situación en el contexto de la Organización y del ámbito sanitario en general. Para ello hicimos uso de las herramientas Quality Function Deployment (QFD) y DAFO. QFD es una herramienta que permite alinear nuestros servicios con las necesidades del cliente. Por su parte el DAFO nos muestra nuestros puntos fuertes y flojos.

METODOLOGÍA: Aplicamos ambas herramientas según las pautas que se presentan en el curso "Gestión y Mejora de la Seguridad del Paciente. Tutorial y herramientas" del MSC. Participaron en la aplicación de las herramientas todos los componentes del Grupo, que actuaban alternativamente como clientes (en su condición de asistenciales) y como proveedores de servicios (en su condición de miembros del grupo).

RESULTADOS: El QFD nos permitió identificar 7 líneas de servicio, entre las que aparecen como prioritarias el desarrollo de herramientas para la comunicación y la gestión de la consulta, la mejora de la seguridad de los registros (fundamentalmente de la Historia Clínica Osabide) y el trabajo con la Gerencia para transmitir nuestras necesidades y gestionarnos en aquellas barreras frente a los riesgos cuyo desarrollo corresponda a la Organización.

El DAFO mostró como principales Debilidades la inexperiencia, el riesgo de que se frustrasen nuestras expectativas de trabajo y la presencia exclusiva en el grupo de médicos (ya resuelta en la actualidad). Como Fortalezas el conocimiento del medio, la motivación y nuestra credibilidad con los asistenciales. Como Oportunidades más importantes el apoyo de la Gerencia y la "moda" de la Seguridad.

Como Amenazas que la Organización no asuma nuestras propuestas o que cambie su estrategia sobre Seguridad del Paciente.

CONCLUSIONES: El QFD nos ha marcado las líneas prioritarias de actuación, y nuestra situación en el DAFO nos ha reforzado en las posibilidades de nuestro trabajo. Creemos que es imprescindible una revisión periódica de ambos elementos, para alinear nuestro trabajo con las necesidades de nuestros clientes.

P377

IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

R. López Maza, E. Díaz Sampedro, M. González Puente.

Hospital Sierrallana, Torrelavega.

rlopez@hsl.scsalud.es

Introducción y justificación: Una vez finalizadas las obras de ampliación del Servicio de Urgencias, se produjo una ampliación tanto del espacio físico como de la plantilla.

Las tareas y actividades en Urgencias se distribuyen mediante un sistema de "colores", que relacionan: la prioridad del paciente, ubicación y personal de enfermería responsable de sus cuidados y atención.

A pesar de todos estos cambios, se siguen observando pacientes por los pasillos en situaciones de fuerte demanda o escasez de camas hospitalarias.

Cuando los pacientes están ubicados fuera de los lugares creados para su permanencia, la identificación de los mismos es muy difícil, ya sea por su patología, ausencia de familiares o acompañantes, cambios de ubicación, etc.

En la actualidad dicha identificación se realiza con una pegatina que se coloca en la sábana de la cama o camilla, y en la que consta el nombre, apellidos y número de historia. Dicha pegatina se puede despegar, retirar accidentalmente, etc.

Objetivo principal: Mejora de la identificación de los pacientes durante su estancia en Urgencias.

Objetivos secundarios: Mejorar la calidad asistencial, evitando la aparición de posibles riesgos.

Material y métodos: Conjuntamente entre la subdirección de enfermería, las supervisoras de guardia y la supervisora de Urgencias, se plantea la necesidad de salvaguardar la seguridad del paciente.

Todos los miembros de este grupo están sensibilizados con el tema de seguridad, y poseen en su currículum, formación sobre efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

Resultados: Se utilizó un análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) y en la realización del mismo, se detectaron, los riesgos que se derivan de una mala identificación de los pacientes:

- Poner medicación de un paciente a otro.
- Realización de pruebas complementarias a pacientes que no les corresponde.
- Ingresos hospitalarios de pacientes que no deben ingresar o, que han de ingresar y se les ubica en una planta o habitación errónea.

Conclusiones: Ante la seriedad de los posibles riesgos, se decide utilizar un sistema de identificación más fiable. En el hospital los pacientes ingresados, son identificados mediante una pulsera identificativa, en la que la enfermera que recibe al paciente en planta, ha de escribir con bolígrafo su nombre, apellidos y número de historia.

Para dar continuidad al mismo sistema de identificación, nos planteamos utilizar el mismo sistema con todos los pacientes que son atendidos en Urgencias, salvo con aquellos, que son dados de alta desde la consulta de resolución rápida.

P378

IMPACTO DE LAS INCIDENCIAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

S. Castelo Zas*, J. Taboada Gómez, E. Beramendi Linares, J. Muruaga Marín, A. Iturriz Martínez, A. Ramírez Sánchez.

Hospital de Mendaro.

susana.castelozas@osakidetza.net

OBJETIVOS:

1. Conocer el número de incidencias que se generan en el Proceso de Atención Farmacéutica de un hospital comarcal.

2. Descripción y análisis del tipo de incidencia.

3. Estudiar si existe alguna relación entre las incidencias y el horario de prescripción.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Proceso de Atención Farmacéutica dispone de una base de datos en formato MS-Access para el registro y gestión de incidencias con medicación hospitalaria que puedan tener algún impacto en la atención al paciente. Estas incidencias se han agrupado en 6 categorías: Producto no dispensado, Exceso de producto, Envío de dosis equivocada, Orden médica recibida fuera de tiempo, Orden médica no recibida, Orden médica incompleta o ilegible.

Además, contamos con el AS400 como fuente de información de la dispensación farmacológica. Mediante este programa podemos conocer el horario de llegada a Farmacia de las órdenes de tratamiento.

Cruzamos la información de ambas bases de datos para obtener los resultados y para el análisis y explotación de los datos utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0.

El período de estudio comprende desde octubre de 2007 a abril de 2008.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se realizaron 33042 prescripciones y se registraron 822 incidencias, lo que supone un 2,5%.

La incidencia más frecuente fue la de "Producto no dispensado", con un 58% sobre el total de las incidencias registradas, seguida de "Orden médica recibida fuera de tiempo", con un 19,6%.

Por otro lado, la mayor concentración de prescripciones se produjo entre las 12:00 y 15:00 horas (63,7%).

En relación con la distribución horaria de la llegada de las órdenes a Farmacia, se observa que la proporción de incidencias varía entre un 1,7% y un 3,0%. Si desglosamos esta información por motivo, se observa que la incidencia "Producto no dispensado" varía entre un 0,6 y 1,8%.

CONCLUSIONES:

1. En relación al volumen de prescripciones que se maneja, el número de incidencias registrado es bajo.
2. Un mayor número de prescripciones no se correlaciona con un aumento relativo en el número de incidencias. Esto nos indica que el aumento de presión no se ve reflejado en una peor dispensación.

P379

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NIVELES DE VIGILANCIA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

L. Urrechu Reboiro, F. Murua Navarro, S. López De Turiso, J. Jordana Zorrilla, A. Sánchez Paredes, A. Ríos Urrechu.

Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

rafael.sanchezbernal@osakidetza.net

Objetivos: 1º Aumentar la seguridad de los pacientes ingresados. 2º: Mejorar su calidad de vida y autonomía. 3º: Mantener unos niveles de vigilancia únicos para todo el hospital.

Metodología: El nuevo Hospital Psiquiátrico de Álava se inaugura en el año 1994. Su característica principal era que se trataba de un "Hospital de puertas abiertas". A la llegada al nuevo Hospital, las puertas de las unidades se encontraban sin medidas de contención. Al poco tiempo, se fueron tomando decisiones de cierre de las unidades con el fin de garantizar la seguridad.

Tras el análisis de tendencias de los indicadores de seguridad, con el aumento de ingresos de pacientes jóvenes con patología dual (y el consiguiente aumento de fugas), con el aumento de la edad y del deterioro físico y cognitivo de los pacientes de geronto-psiquiatría (y el consiguiente aumento del riesgo de accidentes y pérdidas), nos propusimos como objetivo prioritario, a través de un Grupo de Trabajo Multidisciplinar, estudiar y redefinir el Procedimiento de Niveles de Vigilancia existente, para garantizar la seguridad de nuestros pacientes.

Al efecto, se constituyó un grupo de trabajo (especialmente formado por personal de enfermería), que tras la realización de un borrador previo, se presentó al equipo de facultativos (Psiquiatras) y la Dirección, para su discusión. Se realizaron un total de 5 reuniones.

Resultados: En el nuevo procedimiento, se describieron 5 Tipos de Niveles de Vigilancia. Para llevar a cabo este procedimiento se desarrollaron medidas de seguridad en las Unidades y en el conjunto del hospital, y se redefinió el Hospital como un espacio semiabierto, garantizando un entorno seguro para los pacientes y familiares, con:

1a) Medidas terapéuticas:

- Niveles de vigilancia adecuados al estado psicopatológico.
- Control por parte del Personal de Enfermería.

1b) Medidas estructurales:

- Recinto exterior seguro con puerta de entrada controlada.
- Programa informatizado de salidas.

Conclusiones: Tras seis meses desde su implantación: 1º- Se ha aumentado la calidad de vida de los pacientes fomentando su autonomía al garantizarles un entorno seguro. 2º- Se ha aumentado la seguridad de los pacientes con la reducción de accidentes y agresiones. 3º- Se ha producido un aumento paradójico de las fugas de los pacientes de menor riesgo, quienes han visto en la "trasgresión de la norma", puesto que retornan voluntariamente pasadas unas horas, una forma de incentivar su aspecto más creativo.

P380

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA CONTINUA DE EVENTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
H. Rebollo Rodrigo, F. Antolín Juárez, J. Rossello Urgell, M. De La Cal López.

Hospital U. Marqués de Valdecilla.

mprrrh@humv.es

OBJETIVOS:

•Implantar un sistema de vigilancia continua de eventos adversos (EA) incorporado a la práctica habitual del servicio para conocer la magnitud de los EA, características y causas que se producen y poder prevenirlos.

•Implicar a los profesionales que participan en el proceso quirúrgico en la gestión de los riesgos que se producen en sus pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: El sistema es un estudio prospectivo de toda la población que ingresa o es intervenida en el Servicio, con recogida de información a lo largo del episodio de ingreso y en el momento del alta del paciente. La metodología utilizada es la del proyecto IDEA adaptada, añadiendo variables de interés en estos pacientes (índice pronóstico Possum, índice de comorbilidad de Charlson e índice de riesgo nutricional) y simplificando los módulos para facilitar la recogida de un número de pacientes que en un hospital terciario es elevado.

RESULTADOS: Los cirujanos acceden a través de la intranet del hospital a un sitio web por medio de una clave personalizada. Después del pilotaje y tras sugerencias y acuerdos con los cirujanos, el sistema se ha rediseñado en únicamente dos pantallas de introducción de datos.

La primera pantalla es la de localización y acceso a pacientes. Los datos administrativos del paciente y los de la hoja circulante se capturan directamente del sistema de información del hospital. En esta pantalla se introducen datos del diagnóstico, intervenciones y los índices y factores de riesgo del paciente.

La segunda pantalla es para el registro de EA y se recogen datos de probabilidad de ocurrencia, localización, consecuencias y causas del EA.

La introducción de las diferentes variables se facilita con menús de información desplegables.

El sistema permite la elaboración automática de informes generales y específicos (por diagnóstico, intervención, cirujano...) de los EA registrados. En este momento se trabaja en la elaboración de un programa para la exportación de datos para su posterior análisis en paquetes informáticos.

CONCLUSIONES: La implantación y aceptación por los profesionales de un sistema de vigilancia continua de EA es posible si:

- Los propios profesionales que participan en el proceso toman la iniciativa y asumen la necesidad de prevenirlos.
- La simplicidad de la introducción de datos en sólo dos pantallas y con menús desplegables de ayuda les facilita la tarea.
- La información que reciben del sistema es rápida y útil para la implantación de medidas correctoras.

P381

IMPLANTACIÓN DEL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN TRANSFUSIONAL DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS EN EL CHLMC.

A. Monzón Ferrer, J. C. Mayoral Carriazo, B. Fernández-Lasquetty Blanc, M. L. Calonge Reillo, R. Astillero Ortega, J. F. Del Campo Rincón.

Complejo Hospitalario La Mancha Centro.

amonzon@sescam.jccm.es

INTRODUCCIÓN: Implementar los sistemas de seguridad en la atención y cuidados del paciente es un eje fundamental de toda institución sanitaria. La transfusión de hemoderivados por su carácter especial y frecuente es claro ejemplo de las políticas de prevención y seguridad institucional. Es por ello que se hace necesario disponer de todos los medios al alcance de los profesionales para eliminar los posibles errores dentro del proceso de transfusión. El Hospital General "La Mancha Centro" ha optado por la implantación de una pulsera plástica con código de barras, varias pegatinas y de un llamativo color rojo a la que hemos denominado Brazalete de identificación transfusional que deberá portar todo paciente que va a ser transfundido, eliminando por completo la posibilidad de error en la identificación del paciente que va a requerir de esta técnica, esto se ve suplementado por la creación de un registro llamado Informe de control transfusional.

OBJETIVOS:

- Garantizar la máxima seguridad para el paciente en la administración de hemoderivados.
- Ofrecer a la enfermera una herramienta que garantice una actuación correcta.
- Establecer una trazabilidad clara del producto desde que sale del Banco de sangre.

METODOLOGÍA: Análisis de la situación previa en la administración de hemoderivados en nuestro hospital antes de la implantación del brazalete, y aunque los resultados de errores en la administración fueron nada significativos se optó por implementar unas acciones de mejora en el circuito de administración del producto. Acciones que incluían la revisión y actualización del protocolo de actuación en la administración de hemoderivados, implantación del brazalete de transfusión, cumplimentación del informe de control transfusional, formación en el manejo y recuerdo de la aplicación del protocolo. Establecido el material de trabajo y revisada la literatura, se realizó a una formación en mancha de aceite del mismo, dicha formación partiendo de los supervisores de unidad se extendió a todos los profesionales de enfermería del centro.

RESULTADOS: El grado de satisfacción del uso del brazalete por pacientes y profesionales fue muy alto.

Desde su implantación los resultados de error en la identificación del paciente y/o bolsa han sido nulos.

CONCLUSIONES: Tras la aplicación del protocolo y la implantación del citado brazalete no se ha constatado ningún error en la identificación de paciente y/o unidad de hemoderivado.

El paciente ve como un refuerzo a su seguridad en el proceso de administración de hemoderivado el portar el brazalete de identificación transfusional.

P382

IMPORTANCIA DE UN FOLLETO EXPLICATIVO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INFUSOR SUBCUTÁNEO CONTINUO DE INSULINA

P. De Diego García, C. Tella, M. J. Montoya, C. Crespo, J. Acha, R. Alberó.

Hospital Universitario Miguel Servet.

patricia_dediego80@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Cuando por motivos específicos se somete a un paciente a la terapia con infusión subcutánea continua de insulina (ISCI), éste debe adaptarse a una nueva situación en la cual, el manejo de la diabetes está en manos del propio diabético. El paciente debe realizar un laborioso autocuidado que va desde el autoanálisis, ajuste de tratamiento dietético y aprendizaje y manejo del dispositivo de infusión de insulina. La educación diabetológica es esencial en el abordaje de estos pacientes.

OBJETIVO: Optimizar, mediante consejos en folleto explicativo, la calidad de vida post-implantación de la infusión subcutánea continua de insulina (ISCI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se detecta una falta de información y desconocimiento sobre el funcionamiento real de la ISCI en todos los pacientes diabéticos del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

RESULTADOS: Se entrega un folleto explicativo creado por el servicio de Endocrinología y Nutrición, acerca del funcionamiento y manejo

de la ISCI a todos los pacientes diabéticos, previo a la implantación de la misma. En ellos se incluyeron recomendaciones sobre como actuar ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana y las posibles complicaciones, para una mayor seguridad y menor ansiedad del paciente al inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES: La ISCI implica el uso de una pequeña bomba o dispositivo mecánico en el que se coloca un cartucho que contiene insulina de acción rápida que se suministra de dos formas: basal y bolos preprandiales. Para el correcto funcionamiento, el paciente debe aprender los componentes técnicos y cognitivos del uso de la bomba, planificar las comidas, establecer la media de los niveles de glucemia y ajustar la insulina a partir de la evaluación de los resultados. Creemos que la difusión de un folleto explicativo previo al inicio de tratamiento con ISCI, mejora la calidad de vida de estos pacientes.

P383

INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS LIGADOS A LA ASISTENCIA EN EL PACIENTE PRURIPATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA/LARGA ESTANCIA

M. Gea, J. Aranaz, M. Bermúdez, R. García, J. Requena, M. Ricci*.
Hospital Universitari San Joan d'Alacant.

gea_mte@gva.es

Objetivos: Determinar la incidencia de Acontecimientos Adversos en un hospital de media/larga estancia.

Analizar la naturaleza del Acontecimiento Adverso asociado a la asistencia y su evitabilidad.

Método: Estudio observacional, analítico, de cohortes históricas retrospectivo.

Población de estudio: todos los ingresos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2004. **Criterios de inclusión:** pacientes con estancia de más de 24 horas, que tengan Historia Clínica localizada. **Criterios de exclusión:** paciente con hospitalización inferior a 24 horas o en unidades de observación de urgencias o de corta estancia. **Paciente** cuyo episodio de hospitalización objeto de estudio no se encuentra disponible en la historia clínica. **Unidad de análisis:** episodio de hospitalización en el año natural (1 Enero - 31 de Diciembre).

Resultados: Se han revisado 2433 ingresos. El 85% de los pacientes eran mayores de 65 años. Un 11,1% no tenía factores de riesgo extrínsecos (332). El 13,9% (264) no presentaban ningún factor de riesgo intrínsecos.

Presentaron alguna alerta de cribado positiva 692 pacientes. El porcentaje de cribados positivos ha sido de 28,5%.

Del total de ingresos revisados, se han detectado 155 pacientes con EA, de los que 78 (50,3%) fueron causados por la asistencia, con un total de 84 EA.

La incidencia de efectos adversos asociados con la asistencia ha sido de 3,2% (78/2433).

El 52% de los EA se relacionaron con la medicación, siendo evitables 12,8%. El 22,7% se con la infección nosocomial siendo evitables 35,3%. Los EA relacionados con los cuidados representaron el 17,3%, siendo evitables 50%. Relacionados con un procedimiento representaron el 6,7%, y con el diagnóstico el 3,1%. Globalmente fueron evitables el 28% de EA.

Discusión: La incidencia de efectos adversos encontrada en el Hospital de San Vicente ha sido baja si tenemos en cuenta que la edad y la estancia alargada son factores de riesgo. No obstante estos factores se encontraron estudiando pacientes en hospitales de agudos, no de crónicos. Además, es posible que se deba a un sesgo de clasificación errónea ya que el paciente pluripatológico hace que un EA debido a la asistencia tienda a considerarse como debido a la enfermedad.

La evitabilidad es también bastante menor que en ENEAS, pero también es verdad que las circunstancias de los pacientes son propicias a una menos evitabilidad.

P384

INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL: CICLO DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS

I. García*, C. Campos, A. De Arriba, M. García, S. Beltrán, Y. Aliaga.

Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
ccamposc@salud.aragon.es

Objetivo: En nuestro hospital se detectó una elevada tasa de ingresos

hospitalarios en los casos de sospecha de intoxicación por paracetamol y se decidió analizar nuestra actuación para realizar una propuesta de mejora. El objetivo de este trabajo es presentar el ciclo de mejora realizado en nuestra actuación ante los casos de sospecha de intoxicación por paracetamol.

Material y métodos: En la elaboración del protocolo de actuación ante la sospecha de intoxicación por paracetamol, se detectó como problema la no posibilidad de determinación de niveles de paracetamol de urgencia. Por este motivo se debía ingresar a todos los pacientes con sospecha de intoxicación para el inicio del tratamiento con N acetilcisteína. Se priorizó como primer punto la necesidad de disponer de la determinación de dichos niveles de urgencia y se fijaron las medidas a tomar. Una vez elaborado el nuevo protocolo se presentó en sesión clínica y se implantó en la Unidad de urgencias.

Resultados: Hasta este momento el 100% de los casos que acudieron al hospital por sospecha de intoxicación por paracetamol fueron ingresados, ello supuso un 0,33% del total de ingresos. Desde la implantación del protocolo no ha sido necesario ingresar ningún caso por este motivo.

Conclusiones: La realización de un ciclo de mejora nos ha permitido disminuir la tasa de ingresos inapropiados en los casos de sospecha de intoxicación por paracetamol y mejorar la satisfacción y calidad de asistencia a nuestros usuarios.

P385

LA CENTRALIZACIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN COMO MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD CLÍNICA

M. C. Bruno Saltó*, A. Figuera Colomés.

Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

carmeykiko@gmail.com

OBJETIVOS:

-Mejorar la calidad asistencial aumentando la seguridad clínica al centralizar el proceso de Esterilización.

-Protocolizar el proceso de esterilización, formar a los profesionales implicados y dotar de recursos materiales adecuados para la esterilización dando respuesta a la garantía de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Revisión bibliográfica.

-Elaboración del "Manual de procedimientos en esterilización".

- Retirada de los autoclaves periféricos y provisión de stock de instrumental básico a cada unidad de las 20 proveedoras.

-Creación de una normativa de entrega y recogida de material en la Central de Esterilización.

-Elaboración y validación de un registro de intercambio de material.

-Difusión entre los profesionales implicados.

-Implantación del circuito en noviembre del 2007.

-Evaluación a los seis meses de la implantación:

- Evaluación de los registros (n=1080).
- Estudio observacional en cada unidad del tipo de material, condiciones de preparación y almacenaje del mismo.
- Entrevistas con el personal de las unidades implicadas.

RESULTADOS: Detección de áreas de mejora:

-Necesidad de modificación de la hoja de registro de intercambio de material en esterilización.

-Falta de sistematización en la información a los profesionales de nueva incorporación.

-Deficiencias en el proceso de limpieza del material en algunas unidades.

-Transporte desprotegido del instrumental a la Central.

-Pérdida de instrumental al ser compartido entre diferentes unidades.

-Detección de déficit de stock.

-No seguimiento de horarios establecidos.

Acciones de mejora realizadas:

-Implantación de un nuevo registro modificado.

-Elaboración de carteles explicativos sobre el circuito y limpieza del material y su difusión en las distintas unidades.

-Protocolización del transporte del instrumental.

-Adecuación del stock a las necesidades reales de cada unidad.

-Adaptación de horarios para unidades especiales (UCI, urgencias, neonatos, etc.).

-Considerar Sala de Partos como área quirúrgica tratando el material como quirúrgico.

CONCLUSIONES: El control de calidad en el proceso de esterilización

de productos sanitarios requiere procedimientos y controles sistemáticos estandarizados para tratar los materiales que se procesan.

La esterilización en la Central permite con personal especializado y recursos adecuados, un mayor control en la calidad y trazabilidad del producto contribuyendo en la Seguridad Clínica del paciente.

Actualmente, está en proceso de estudio plantearse como posible acción de mejora la utilización de equipos de curas desechables.

P386

LA CMA ADEMÁS DE MEJORAR LA CALIDAD ES MÁS SEGURA F. Ivorra (0), J. M. Aranaz (0), A. F. Compañ (0), J. J. Miralles Bueno (1), J. Requena * (0), E. Paredes (0).

(0) Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, (1) Universidad Miguel Hernández.

jmiralles@umh.es

Hipótesis: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) supone una atención a pacientes seleccionados, cuyos procedimientos están estandarizados; estas circunstancias hacen plausible que sea más segura frente al resto de estrategias quirúrgicas.

Objetivo: Comparar la frecuencia de Efectos Adversos (EA) como medida de seguridad clínica del paciente entre el abordaje mediante el programa de CMA y los pacientes intervenidos de forma convencional.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo realizado en pacientes seleccionados en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y en el Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, estudiando tres grupos de análisis:

1. Pacientes intervenidos por CMA.

2. Pacientes que siendo intervenidos en el Servicio de Cirugía del Hospital son susceptibles de haber sido tratados en el programa de CMA por cumplir los criterios de inclusión.

3. Pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía General.

Resultados. La incidencia de EA en los pacientes intervenidos por CMA fue de un 3,0%; IC95:(0,9 - 5,0), la incidencia en los pacientes intervenidos en grupo 2 fue de 3,7%; IC95:(1,0 - 6,3) y la incidencia de EA en el resto de pacientes fue de 5,5%; IC95:(4,6 - 6,4).

Conclusiones: La incidencia entre los pacientes del tercer y segundo grupo parece diferente en parte debido a la vulnerabilidad del paciente (edad, gravedad de la enfermedad principal, factores de riesgo) y de las características de la intervención quirúrgica, siendo todo esto los criterios para la inclusión en el programa de CMA. La diferencia en la incidencia entre los pacientes del primer y segundo grupo (estadísticamente no significativa debido al pequeño tamaño muestral) se debe imputar a los procedimientos más estandarizados en las intervenciones de CMA y a la menor estancia hospitalaria, ya que la distribución de edad, sexo, factores de riesgo, estado de salud basal y tipo de intervención fue equiparable en ambos grupos. Así pues la intervención en el programa de CMA se perfila como un factor protector frente a la aparición de EA, debería favorecerse la inclusión en el programa de todos aquellos pacientes que cumplan los requisitos.

P387

LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: ¿QUÉ HACEMOS CON EL SINTROM? PARTE II. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BASURTO

J. Ibarmia Lahuerta, I. Urrutia Johansson, M. Álvarez Lavin, T. Aranguren Ruiz, K. Orolaga Alba, E. López García.

HOSPITAL DE BASURTO.

ISABEL.URRUTIAJOHANSSON@osakidetza.net

Objetivo: revisar y analizar el proceso de prescripción- administración del SINTROM, identificar puntos críticos del proceso, e implantar las medidas correctivas/ preventivas que garanticen la seguridad del paciente ingresado en el Hospital de Basurto.

Justificación: Se elige SINTROM por tener variables comunes con otros errores notificados en seguridad del medicamento:

-Ordenes Médicas inexistentes o incompletas.

-Administración por stock (no unidosis).

-Control periódico de dosis.

-Problemas de dosis (SINTROM UNO- SINTROM CUATRO).

-Conciencia general, de los graves efectos adversos que se producen con este medicamento.

Metodología:

-Constitución de un equipo de trabajo (Farmacia, Medicina Interna, laboratorio; calidad).

-Formación en materia de seguridad al equipo de trabajo y formación en la metodología AMFE.

-Recogida de sugerencias a través de un Buzón (Notificación de errores).

-Experiencia piloto: Medicina Interna. Presentación del trabajo y feedback continuo.

-Elaboración del AMFE.

-Elaboración del Plan de Mejora.

-Aprobación, despliegue y comunicación de acciones de mejora.

Resultados:

-Constitución de una Comisión de Seguridad del medicamento, que lidere y sea facilitador del despliegue (entre otras funciones) de las posibles iniciativas de mejora asociados a los errores de medicamento.

-Se ha documentado y analizado un proceso amplio, complejo y en que intervienen muchos intervinientes (todo el proceso asistencial/ Farmacia/ laboratorio). 24 tareas.

-La metodología empleada (AMFE) ha ayudado a identificar los fallos asociados al proceso descrito (40) y las causas intervinientes (64).

-Propuestas implantadas: un volante exclusivo de control anticoagulantes; constitución de un equipo multidisciplinar para elaboración de "2Guías de Recomendaciones SINTROM"; cambio de polítenos, formatos que evitan doble transcripción enfermería, clarificación sesiones de formación y difusión en todo el Hospital.

Conclusiones:

-Si bien el proyecto se ha focalizado en un servicio asistencial, Medicina Interna, se está extrapolando a la totalidad del Hospital.

-Se ha mejorado la interacción de los procesos: asistenciales; farmacia; laboratorio.

-Ha impulsado la constitución de un Comité/ Comisión que vele por la seguridad del medicamento.

-Ha impulsado la implantación a nivel de todo el Hospital, de un sistema de Notificación de Errores de medicamento.

-Se han iniciado sesiones de difusión a los estamentos de enfermería/ farmacéuticos/ facultativos de todo el Hospital.

-Se han puesto controles y medidas para evitar las complicaciones hemorrágicas y tromboembolismos.

P388

MEDICAMENTOS, ÚLCERAS, CAÍDAS, PARADAS, INFECCIÓN NOSOCOMIAL. ¡STOP! ENFOQUE DE GESTIÓN INTEGRAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

N. Guerra Zaldua, A. Ruiz Echevarria, P. Regulez Ariño, I. Urrutia Johansson, K. Ibarra Hernández, J. Darpon Sierra.

HOSPITAL DE BASURTO.

ISABEL.URRUTIAJOHANSSON@osakidetza.net

Objetivo: diseñar, implantar y evaluar una estructura organizativa que permita garantizar la seguridad del paciente en todas las dimensiones estratégicas definidas en el Hospital: UPP y Accidentes; Infección Nosocomial; Respuesta de emergencia a Paradas; EA asociados a Medicación.

Justificación: las variables asociadas a garantizar la seguridad del paciente, debemos de contemplarlas de manera integral, si bien, su detección, análisis y toma de decisiones, han de desplegarse y considerarse por grupos / comisiones especializadas que bien por su condición funcional u operativa, lideren e implanten acciones específicas en función de su ámbito de especialidad. Hasta el año 2007, la IN estaba controlada- 2 comisiones garantizaban su función- pero algo había que hacer : la seguridad en el Medicamento y en las UPP donde los resultados y el impacto en el paciente eran mejorables.

Metodología:

-Elaboración y revisión del Plan Estratégico 1997- 2002.

-1999 Constitución de Comisión PVPCIN.

-2000 Constitución Comisión Carros Parada.

2002 Balance de resultados y estructuras funcionales--> STOP Comisión carros parada.

Elaboración y revisión de Plan Estratégico 2003- 2007.

Abril 2007 Constitución Comisión de UPP.

Junio 2007 Constitución de Comisión Seguridad del Medicamento.

2008 Balance de resultados y estructuras funcionales--> Se retoma Comisión Carros parada.

Resultados:

-5 Comisiones operativas con capacidad consultiva- ejecutiva.
 Compuestas por 65 profesionales.
 -Reglamentos y manuales revisados, actualizados y evaluados.
 -Plan de Formación continua (2000 formados en lavado manos); 600 UPP; 400 en Seguridad del medicamento.
 -Equipos de mejora(6): SINTROM; INSULINA; Oncología-Hematología-Mantenimiento; Infección urinaria; Seguridad en Cirugía Abdominal.
 Herramientas informáticas: ZAINERI; MARSA, INFHOS; Notificación de Errores.
 Tendencia positiva en los resultados estratégicos.

Conclusiones:

-Si bien la gestión de la Seguridad del paciente ha de contemplarse mediante un enfoque integral, global y con implicación de la Alta Dirección, la especificidad de las propias variables asociadas, obliga a recurrir a grupos/ comisiones de profesionales expertos que permitan poner acciones correctivas, preventivas o paliativas en dichas dimensiones.
 -Las mejoras obtenidas de la implantación de las iniciativas abordadas por la totalidad de dichas Comisiones, se evidencian por su relación causa-efecto en los objetivos /indicadores que tiene establecido el Hospital y que repercuten en proporcionar una asistencia segura.
 -¿debiera existir una "gran"? Comisión que aglutine todas ellas: la COMISIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE?

P389

MEJORA CONTINUA EN EL CONTROL DE INFECCIÓN POR GERMENES MULTIRRESISTENTES. RESULTADO PRELIMINAR
M. J. Hernández Navarrete, A. Rezusta López*, C. Lapresta Moros, V. González Saz, M. J. Revillo Pinilla, J. L. Arribas Llorente.
 Hospital Universitario Miguel Servet.
 mjhernandezn@salud.aragon.es

Objetivo: Mejorar la detección, control y prevención de la colonización-infección por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR).
Material: Punto de partida: sistema de vigilancia pasivo desde muestras clínicas. Primer trimestre 2007 se realizó un análisis de la situación de la infección nosocomial por SAMR sobre incidencia de infección nosocomial (IN) por SAMR por 100 ingresos y 1000 estancias (2001-2006), retraso en la detección de reingresos en los 12 meses posteriores al diagnóstico (2001-2005); proporción de reingresos con medidas de control en las primeras 24 horas, días [media e intervalo de confianza al 95% (IC95%)]; periodo latente de riesgo (tiempo desde ingreso en la unidad hasta muestra positiva) de colonizados/infectados en unidades críticas; incidencia de resistencia a mupirocina. Se realizó una revisión de la evidencia sobre las medidas de control en gérmenes multirresistentes. Se describió un plan para la implantación de un sistema de vigilancia activo, a través de chequeo nasal al ingreso de pacientes en unidades de riesgo y de pacientes de riesgo en cualquier unidad. La implantación comenzó en 4 UCIs de adultos desde abril de 2007, y se evaluó al año.
Resultados: La incidencia por 100 ingresos 0,60 (IC95% 0,45-0,74%); incidencia por 1000 estancias 0,71 (IC 95% 0,53 - 0,89). En el 17,6% de los reingresos se aplicaron las medidas de control en las 24 primeras horas. El periodo de latencia en UCIs era una media de 22,4 días (IC 95% 10,9 - 34 días). Proporción de aislamientos de SAMR resistentes a mupirocina 30%. Tras 12 meses de implantación del sistema de vigilancia activo, la proporción de cumplimiento es del 40,6% con un rango (60%-9,6%); la proporción de colonizados 4,2%. La tasa global de IN por SAMR por 1000 estancias fue 1,45 sin diferencias con los 12 meses anteriores (1,48). Por unidades, si que se han detectado cambios 0,09 vs. 2,62 (p=0.06).
Conclusiones: El cumplimiento de la nueva estrategia ha sido desigual, lo que puede influir en la escasa efectividad de los resultados. Se propusieron modificaciones en el tratamiento descolonizador mupirocina vs. ácido fusídico.

P390

MEJORA DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE DEL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO
E. M. Martínez Ochoa, M. T. Ruiz-Clavijo Díez, F. Aparicio Ortigosa, R. Castellanos Delgado, M. C. Martínez Santamaría, A. Pérez Lázaro, J. M. Rodríguez Luna.
 Consejería de Salud de La Rioja.

eochoaes@yahoo.es

OBJETIVO: Evitar los errores de medicación a través del establecimiento de un sistema que asegure la correcta comprensión del paciente de su propia patología y de la medicación que está tomando.

MATERIAL Y MÉTODOS: Creación de un grupo de trabajo con profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y farmacéutica). Análisis de los posibles riesgos existentes en el proceso de comprensión del paciente sobre el medicamento que tiene que tomar. Establecimiento de las actividades de mejora a implantar.

RESULTADOS: Análisis realizado por el grupo de trabajo:

- 1-Los posibles fallos detectados fueron letra ilegible, no información adecuada al paciente, falta de verificación de que el paciente ha entendido, no lectura del prospecto del medicamento e indicación de toma de medicamentos por un conocido.
- 2-Las principales causas de estos fallos fueron: falta de prescripción electrónica, diferente lenguaje médico-paciente, prisa del profesional sanitario, miedo a preguntar del paciente, falta de comprensión del paciente, prospectos complejos, creencia popular y comodidad en el caso de recomendaciones de medicamentos por conocidos.
- 3-A consecuencia de estos fallos se generan los siguientes efectos: toma de dosis, vía o frecuencia equivocada, toma de medicación con indicación equivocada, interacción entre diferentes medicamentos.

Actividades de mejora implantadas:

- La prescripción a través de la historia clínica electrónica está en fase de implantación en los diferentes centros de salud del área.
- Con los datos obtenidos del análisis realizado por el grupo de trabajo, se ha elaborado un documento informativo referente al uso seguro de medicamentos dirigido a los pacientes, que es facilitado y cumplimentado por su médico ó enfermera del centro de salud y en el que constan el nombre del medicamento, dosis, vía y frecuencia de tomas.

CONCLUSIONES: Para realizar una educación eficiente de los pacientes en el manejo de la medicación es importante tener en cuenta todos los posibles riesgos que se pueden producir en el proceso que va desde la indicación del medicamento hasta la toma del mismo, adaptándose a las necesidades del paciente en todo momento.

P391

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS: FÁRMACOS INAPROPIADOS E INEFICACES
A. C. Bandrés*, J. Ferrando*, I. García Álvarez, C. Toyas, I. Martín, E. Del Corral.
 HOSPITAL ROYO VILLANOVA.
 acbandres@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: Una de las principales preocupaciones relacionadas con la seguridad en la atención prestada a los ancianos son las prescripciones farmacéuticas. Estos, por su pluripatología y consiguiente polifarmacia y por los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que aparecen con la edad, constituyen una población de alto riesgo para la aparición de acontecimientos adversos. Es necesario una prescripción racional evitando prescripciones inapropiadas (PI) que les exponen a riesgos innecesarios o ineficaces que aportan un beneficio dudoso y complican el tratamiento.

OBJETIVOS: Conocer en mayores de 65 años el consumo de fármacos y establecer medidas para sustituir las prescripciones inapropiadas y eliminar las ineficaces.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se consultaron las historias clínicas, los datos de facturación de recetas y se entrevistó a los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en Medicina Interna en el año 2007 elaborando la historia farmacoterapéutica domiciliar de cada uno de ellos. Para detectar las PI se aplicaron los criterios explícitos de Beers que recogen una serie de principios activos potencialmente no adecuados, considerando solo las PI de severidad alta e independientemente del diagnóstico del paciente. Se analizó el consumo de fármacos ineficaces incluidos en los subgrupos terapéuticos de utilidad terapéutica baja o UTB.

RESULTADOS: Se elaboró la historia farmacoterapéutica domiciliar de 410 pacientes registrándose 2998 prescripciones. El promedio de fármacos por paciente fue de 7,29 y un 33,41% de ellos tenía al

menos una PI y/o ineficaz.

Tras aplicar los criterios de Beers, se detectaron 62 PI en 55 pacientes por lo que el 13,41% de ellos tenía al menos una PI. Se registró prescripción de 9 de los 42 principios activos inapropiados, destacando las benzodiacepinas de acción larga clorazepato dipotásico y diazepam (33,87% de las PI) que afectaron al 5% de los pacientes, amiodarona (30,65%), hidroxizina (9,68%), amitriptilina (9,68%) y AINES como ketorolaco o naproxeno (8 %).

La prescripción de fármacos ineficaces alcanza al 23,9% de los pacientes. Los protectores capilares (37% de las prescripciones UTB), fundamentalmente la asociación diosmina-hesperidina, vasodilatadores periféricos (34%) y acetilcisteína (14%) fueron los UTBs mas frecuentes.

CONCLUSIONES: Los pacientes mayores de 65 años tienen un elevado consumo de fármacos y un tercio de ellos tiene prescripciones inadecuadas al ingreso. La elaboración de la historia farmacoterapéutica domiciliar completa, junto con un plan de actuación para eliminar fármacos inapropiados e ineficaces permitirá adecuar los tratamientos y evitar acontecimientos adversos por medicamentos.

P392

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DE RADIACIONES IONIZANTES EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE OPERADORES, PACIENTES ADULTOS Y PACIENTES PEDIÁTRICOS

D. Esteban Lorente, L. ChuecaTorral, B. Egido Domínguez, B. Fraj García, E. Oliver Valcárcel, S. Sanclemente Giménez.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

deliael@hotmail.com

OBJETIVOS: Introducir en la protocolización de los procedimientos, el concepto de radioprotección, de forma que la selección de las proyecciones, la magnitud de la dosis, el uso de escopia o cine-angiografía, hagan que la radiación que incide sobre los pacientes en el conjunto del equipo sea la mínima necesaria.

MÉTODOS: El uso de las radiaciones ionizantes en el diagnóstico y tratamiento cardiológico supone un riesgo. Existe un reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, (Real Decreto 783/2001) que establece criterios objetivos que deben fundamentar la protección radiológica. Los principios básicos para limitar los efectos adversos de las mismas son evitar las exposiciones no justificadas y mantener tan bajas como sea posible las justificadas.

Este estudio descriptivo longitudinal prospectivo monocéntrico, va a recoger una serie de variables (de operador, paciente, procedimiento y sala) antes y después de la aplicación de un programa de mejora de calidad, empezando por la sensibilización y educación a todos los miembros del equipo y pacientes, comprobación del uso de barreras específicas y resultados en términos de dosis recibida por paciente y personal expuesto.

RESULTADOS: Elaboración de decálogo de buena práctica. Analizar los procedimientos identificando puntos débiles (Diagrama de Ishikawa) en el equipo de mejora y consensuar en la sección. Diseñar un plan de actuación global y acciones concretas en función de los problemas detectados.

CONCLUSIONES: La optimización de la protección radiológica como objetivo de calidad institucional puede plasmarse en un documento base, en un decálogo y en un plan de difusión. La metodología es realizable y por lo tanto se puede compartir.

P393

MEJORA DE LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE LA INSULINOTERAPIA

M. J. Montoya Oliver, C. Tella, L. Jiménez.

HU Miguel Servet.

mjmontoya@salud.aragon.es

Introducción: Basados en el principio de que una buena Educación Diabetológica, supone una mejora en su calidad de vida, control de la diabetes, así como la prevención de las complicaciones tanto agudas como crónicas.

La rapidez de los cambios de tratamiento en los últimos, con la aparición de nuevas insulinas, obliga a modificar pautas anteriores que pueden llevar a errores en el tratamiento, que compliquen o retrasen

la buena evolución del paciente, si no se ha realizado una adecuada formación al personal de enfermería en todo lo relacionado con una correcta insulino terapia.

Otro punto clave en el seguimiento del Paciente Diabético es la monitorización del estado glucémico, considerado como una pieza clave en el cuidado de la diabetes. los resultados de esta monitorización son utilizados para evaluar la eficacia del tratamiento, ajustes en la terapia nutricional y en las medicaciones con el objeto de conseguir el mejor control posible de la glucosa sanguínea.

Objetivo: Se pretende proporcionar al personal Enfermería de un instrumento de guía para ayudarles a mejorar en la consecución de una correcta insulino terapia, que permita poder realizar una adecuada formación, actuando de manera coordinada en asistencia y educación al Paciente Diabético, dentro de nuestro Centro Sanitario.

Método: Previo al inicio de las sesiones, se entregará una guía para la mejora de las habilidades del personal en la aplicación de la insulino terapia, basada en la mejor evidencia científica.

Realización de sesiones formativas de una hora de duración en todas las Unidades de Hospitalización de Adultos, tanto teóricas como prácticas en lo referente a una correcta insulino terapia.

Resultados: Formación y entrenamiento de los profesionales de enfermería, en las nuevas estrategias de la insulino terapia.

Mejorar la seguridad de los pacientes con una prevención primaria.

Formación de formadores de pacientes, dentro de la competencia de la Enfermería en la promoción de la salud.

Reducción del número de inyecciones accidentales, en el manejo del sistema de inyección de insulina.

P394

MEJORA DEL MANEJO DE CADUCIDADES DE FÁRMACOS DE URGENCIAS EN EL C.S. SÁDABA

***P. Marín Murillo, R. Laborda Ezquerro, A. Vera Garcés, R. Calonge Cordovilla, G. Martín Gracia, R. Plaza Bueno.**

Centro de Salud Sádaba.

pmarinm@salud.aragon.es

El EAP de Sádaba esta compuesto por 6 Médicos, 4 Enfermeras y Personal de refuerzo.

El CAP carece de auxiliar de clínica.

La tarea de control de la caducidad de los fármacos no estaba personalizada y se realizaba de manera arbitraria y carencial hasta el inicio del Proyecto.

Esta realidad generaba un gran número de fármacos que debían ser desechados por caducados, y que además por descuido podían ser usados.

Los resultados que se esperan alcanzar con el proyecto son:

1-Garantizar la seguridad del paciente, evitando los problemas que podría generar el uso de fármacos caducados.

2-Optimizar el gasto farmacéutico.

3-Implicar a todos los miembros de EAP.

La metodología del proyecto consiste en:

-El responsable de proyecto confecciona un listado de fármacos de urgencia a controlar.

-Se determina que las revisiones consisten en retirar y reponer los fármacos que caduquen en los próximos 4 meses. Se revisan las vitrinas y el maletín de urgencias, del centro y de los consultorios locales.

-Los fármacos retirados se depositan en una caja colocada en el almacén del centro para dicho fin.

-La responsable de enfermería del centro devuelve mensualmente el contenido de la caja a la farmacia del HCU.

-Se determina que cada profesional revise su consultorio local.

-Se determina que la medicación del CS sea revisada en horario de Atención Continuada por el personal de guardia (médico + enfermera), para lo que se crean 2 ruedas de revisiones que implican a todos los profesionales. Así:

1º El día 5 de cada mes el personal de guardia revisa las vitrinas de urgencias y firma en una hoja de registro como que ha realizado la actividad.

2º La última semana de mes y coincidiendo con la revisión semanal del contenido del maletín de urgencias, se revisan las caducidades de los fármacos.

La actividad se registra y se detallan los fármacos retirados.

La evaluación de proyecto se realiza mediante 3 indicadores:

-Indicador de seguridad: Nº de ocasiones que se retira medicación /

12 revisiones.

-Indicador económico: cálculo del importe de los fármacos devueltos a HCU.

-Indicador implicación (maletín // vitrinas // médicos // enfermeras):

Nº revisiones realizadas por profesional / 12 revisiones.

P395

MEJORANDO LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS PERIOPERATORIOS

C. Millán Cachinero (1), I. Enriquez de Salamanca Holzinger (2).

(1) Médico, Servicio de Medicina Preventiva. Hospital POVISA. (2) Enfermero. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital POVISA. Vigo. eci@povisa.es

INTRODUCCIÓN: La administración de antibióticos perioperatorios (AAP) para prevenir las Infecciones Relacionadas con los Procesos Quirúrgicos (IRPQ) es una intervención de eficacia probada. Pese a ello, existen dificultades técnicas para obtener una información fiable y en tiempo real para el análisis, en particular los que reflejan en momento real de la incisión quirúrgica y el momento real de la AAP.

OBJETIVO: Describir la estrategia realizada por POVISA para implantar un sistema que muestre de forma precisa y en tiempo real los datos sobre AAP necesarios para evaluar y mejorar este proceso de seguridad del paciente.

MÉTODOS: Del análisis de AAP se identifican las siguientes áreas de mejora:

1º Ausencia de documentación de AAP.

2º Registro insuficiente.

3º Inexistencia de un circuito de información hacia los cirujanos.

Medidas:

1º Protocolo de AAP. Accesible al Hospital por la Web.

2º Nueva aplicación informática.

3º Consenso con Equipos Quirúrgicos para definir criterios.

4º Campaña de difusión.

5º Feed back de la información: Grupo de trabajo entre M.Preventiva y Servicios Quirúrgicos.

Participación de Comisión de Infecciones del Hospital.

RESULTADOS:

Resultados: Estructura: Existencia de un plan documentado, procedimientos aprobados, aplicación para la entrada de datos, y creación de una rutina para el análisis.

Procedimiento: Feed back de información a sobre la calidad y oportunidad de la entrada de datos, sobre la corrección de la administración ...

Resultado: Se introducen los datos relevantes del antibiótico, dosis, hora y minuto de la administración, hora y minuto de la incisión y del cierre, etc, en el 97% de las intervenciones realizadas.

Se define como correcto por el momento de administración en el 49% de las IQ y por el Antibiótico usado en el 89 % de las IQ.

Se decide monitorizar la AAP de forma escalonada en Servicios y Procedimientos mas relevantes comenzando por Cirugía General y Digestiva y por los Procedimientos de Hernia, Vesícula, Apéndice y Colon.

CONCLUSIONES: Las nuevas tecnologías de información nos permiten disponer en tiempo real de datos para la acción. Su utilización es ventajosa ya que detecta eficientemente áreas de mejora en procesos asistenciales de gran magnitud, permitiéndonos posicionarnos ventajosamente en un escenario de contracción de recursos a la vez que mayores exigencias en términos de actividad y resultados.

P396

MEJORAS DE SEGURIDAD EN EL CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

J. León Villar, M. Llopis Fernández, V. Collados Arroyo, M. D. Iranzo Fernández, A. Carrillo, J. A. Macías Cerrolaza.

HOSPITAL MORALES MESEGUER.

josefa.leon@carm.es

Introducción y Objetivo: Las organizaciones con cultura de seguridad se caracterizan por valorar positivamente la comunicación de errores, incentivando a los que colaboran y utilizando la información generada para hacer cambios constructivos. Nuestro objetivo es medir y analizar el número de incidentes relacionados con el proceso de

prescripción, validación preparación y dispensación y administración de medicamentos citostáticos.

Material y resultados: Realizamos un estudio retrospectivo sobre 1223 Ordenes Médicas (OM) de prescripción de quimioterapia utilizando los registros de incidencias asociadas a este circuito que existen en el Servicio de Farmacia.

Las OM fueron el 74,3% preimpresas (902), 14,3% manuales (174) y 11,1% semi-informatizada (135).

La media de error fue de 6,2%, variando en función del número de OM/día/paciente, de modo que la prescripción en una única OM se asoció con 4,9% de errores, con dos OM con 18,9% de error y con 3 con 42,9%. En cuanto al tipo de errores el 66,7% fueron de prescripción, 14,7% de validación, 1,3% de preparación y 1,3% de administración y un 16% por otras causas.

Las OM pospuesta en su administración al paciente que es utilizada en fechas posteriores, se asocian con un 7,9% de error. En periodos festivos y fines de semana el error fue de 7,4% en la prescripción, 9,5% en la elaboración-dispensación y 10,5% en la administración frente a frente al 6,1%, 6,1% y 6,0% respectivamente de días laborables.

El 2,6% de las OM incluían citostáticos en ensayo clínico y el 16,8% anticuerpos monoclonales en una segunda OM. Un 3,7% de OM se utilizaron para prescribir fármacos distintos de los del esquema de quimioterapia.

El 61,3% de los errores fue detectado por un farmacéutico, 34,7% por un enfermero de farmacia y 4% por una enfermera de planta.

Realizamos una actuación de mejora continua a través de sesiones clínicas con el personal implicado, con el fin de aprender en seguridad. Los datos preliminares de la evaluación posterior (n=263) sugieren mejoras en cuanto el número de OM de quimioterapia /día y paciente, disminuye el número de fármacos ajenos a la quimioterapia en la misma OM y el global de OM retrasadas para su administración en otras fechas. En general descienden los errores asociados a aspectos organizativos.

Conclusión: La actuación de manera proactiva en la seguridad del paciente a través de mejoras en la organización y colaboración entre los profesionales, debe ser en si mismo un objetivo asistencial.

P397

MEJORAS Y DETECCIÓN DE ERRORES EN EL CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ELABORADOS EN CAMPANA DE FLUJO LAMINAR VERTICAL

N. Allue Fantova*, J. M. Escriba Huguet, J. F. Gastón Añños, C. Puyuelo Blecua.

Hospital de Barbastro, Barbastro.

nallue@salud.aragon.es

Objetivos: mejoras y detección de errores en el circuito de prescripción y preparación de los fármacos que son elaborados en la campana de flujo laminar vertical del Servicio de Farmacia. Clasificamos los distintos errores como de: citación, prescripción (vía de administración, medicación que no corresponde al ciclo/sesión y dosis) y preparación.

Material y métodos: Llegan órdenes médicas de tres servicios; oncología, hematología y urología. Sólo la orden de oncología está informatizada, los otros servicios prescriben manualmente. Un farmacéutico revisa las órdenes y la preparación. Se incluyó un auxiliar para colaborar con enfermería en la preparación. No se prepara la medicación de un paciente hasta que el personal de Hospital de Día confirma su administración. En la orden médica de cada paciente se registra el lote y la caducidad de todos los viales de los fármacos utilizados. Las etiquetas se hacen al ordenador en vez de a mano. Los datos se recogen desde el 14 de abril hasta el 28 de mayo.

Resultados: en el periodo estudiado ha habido un total de 283 sesiones/paciente y 559 preparaciones. Se detectan los siguientes errores: 5 de citación, 4 de prescripción (2 de vía de administración, 2 de ciclo/sesión y ninguno de dosificación) y 2 de preparación. Todos son detectados antes de que llegaran al paciente. Se evitan 29 preparaciones.

Conclusiones: errores siempre se comenten, aunque muchos pueden no provocar efectos adversos en el paciente, con este tipo de medicamentos un error grave que llegara al paciente podría tener consecuencias muy importantes. Todo filtro introducido en el circuito conduce a una mayor posibilidad de que un error grave se detecte

antes de que llegue al paciente. La trazabilidad nos permite recuperar en caso necesario (alertas, reacciones adversas) los lotes pasados a cada paciente. Con la no preparación de 29 medicaciones conseguimos un ahorro económico (fármacos no utilizados) y un ahorro en el tiempo del personal de enfermería, aparte de evitar posibilidades de error o confusión de tratamientos.

P398

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (MSP)

A. Usandizaga Endaya, G. Aramburu Lazcano, W. Astudillo Alarcón, I. Aznar Goyena.

Osakidetza. Comarca Ekialde.

arantza.usandizagaendaya@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En nuestra Comarca se ha creado una estructura funcional, el Grupo Operativo para la Mejora de la Seguridad del Paciente (MSP), para dar cumplimiento a la estrategia de la Organización en dicho campo. El Grupo Operativo se ha formado en conceptos y metodología de Seguridad a partir del curso de Gestión de riesgos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La definición de la Misión, Visión y Valores del Grupo se consideraron fundamentales para marcar las reglas de juego. Por ello nos lo planteamos como objetivo para concretar nuestra identidad y situarnos correctamente en nuestro contexto.

METODOLOGÍA: Como actividad previa al desarrollo del curso de Gestión de Riesgos se definieron por consenso entre los participantes estos conceptos, adaptados a un grupo de trabajo que va a gestionar riesgos en una Comarca de Osakidetza.

RESULTADOS: Misión:

Creación de una Cultura de Mejora de la Seguridad del Paciente en todos los agentes implicados, asistenciales y/o de gestión, motivándoles en este sentido.

Trabajar la gestión de riesgos -identificación, análisis, desarrollo de propuestas de mejora e implementación de las mismas- aprendiendo de lo hecho y aplicando el ciclo de mejora.

Trabajar con los profesionales asistenciales dándoles soporte en el desarrollo práctico de las propuestas de MSP a implantar, y con los profesionales de la gestión transmitiéndoles los riesgos detectados cuya mejora corresponda a la organización como tal, apoyándoles en lo posible en el desarrollo de soluciones.

Visión:

Ser los referentes, dentro de la Comarca, y ser uno de los referentes dentro de Osakidetza y del conjunto de los Servicios de Salud del Estado, para la MSP.

Valores:

Asumimos como propios los valores definidos por la Comarca (Orientación al ciudadano, profesionalidad, Trabajo en equipo, Eficacia y Ética) y por Osakidetza (Igualdad, Universalidad, Equidad y Solidaridad) y consideramos valores específicos del grupo:

-La actitud receptiva ante los problemas y comentarios de los compañeros en los temas que atañen a la MSP.

-La extrema discreción en el trato de la información recibida sobre sucesos adversos.

CONCLUSIONES: La Misión nos ha permitido concretar quienes son nuestros clientes y qué servicios les ofrecemos. La Visión nos ha fijado una meta, y los Valores facilitan que nuestros clientes confíen en nosotros en un tema tan sensible como la declaración de riesgos. Definir estos 3 elementos debe servir para concretar la identidad de los grupos que trabajan en MSP.

P399

MONITORIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN FÍSICA I/O MECÁNICA EN UN CENTRO DE AGUDOS

C. Minguillón Cebrián, M. Estelles, I. García, S. Luz, M. Rico, C. Montilla.

Coordinación de Enfermería de Hospitalización. Hospital Plató. Barcelona

carne.minguillon@hospitalplato.com

OBJETIVO: Se entiende por contención física y/o mecánica la utilización de un dispositivo para restringir los movimientos de una persona como prevención de situaciones de riesgo de lesiones propias de pacientes o a otras personal del entorno.

La contención es una práctica controvertida que conlleva dilemas

éticos, legales, clínicos y sociales.

La práctica diaria enfermera incluye la promoción y protección de la salud y por tanto debe garantizar la seguridad de los pacientes de las Unidades de Hospitalización.

En este sentido en el último trimestre del 2007 se elaboró un procedimiento sobre la contención física que garantiza la seguridad de los pacientes y un indicador para evaluar los resultados.

MÉTODO: Estudio descriptivo y prospectivo.

Se describe el indicador que medirá la efectividad del cumplimiento del procedimiento de contención física.

Los ítems que mediremos son los siguientes: consentimiento informado cumplimentado, registro en la historia clínica de la contención (tipo de contención y fecha de inicio y retirada) y registro en el Plan de Curas de Enfermería del inicio y retirada y del seguimiento de las medidas de contención para evitar complicaciones.

RESULTADOS: A partir de enero de 2008 se implanta el procedimiento de la contención física, realizando sesiones informativas y formativas a todo el personal del área asistencial.

Se realizan las medidas del indicador desde enero de 2008 y se establece como estándar el 90%.

CONCLUSIONES: Destacar la importancia en la unificación de criterios a la hora de implantar el procedimiento: pacientes susceptibles de contención física, medidas previas a la contención, aplicar las medidas de contención (material homologado) y realizar un seguimiento minucioso del pacientes para evitar posibles lesiones.

P400

NEVERAS CONTROLADAS: MEDICAMENTOS A SALVO.

M. T. Cubí Guillén, M. D. L. O. Domínguez López.

Hospital de la Santa Creu.

mcubi@grupsagessa.com

Introducción: En el año 2006 se inició el trabajo de la comisión de Seguridad Clínica de un centro sociosanitario de 355 camas, situado en Cataluña, en la población de Jesús - Tortosa (sociosanitario de referencia de las comarcas del Baix-Ebre, Montsia y Terra Alta). Dentro de las actividades de la Comisión se incluyó el control de las temperaturas de las neveras destinadas al almacenamiento de medicación.

Objetivos: Detectar dificultades para asegurar un adecuado almacenamiento de la medicación que precisas de nevera para su conservación.

Protocolizar un sistema de control y registro de las temperaturas de las neveras destinadas a conservación de medicación.

Material y Métodos: Revisión por parte de un miembro de la comisión de las neveras en las que habitualmente se almacenaban medicamentos en los controles de enfermería. Instauración de diferentes sistemas para controlar la temperatura de las neveras destinadas a la conservación de fármacos.

Puesta en marcha de una hoja de registro diario de temperatura con persona responsable de la recogida del registro.

Resultados:

A. Problemas: 1 Detección de la utilización de neveras para todo: El mismo frigorífico servía para almacenar alimentos, bebidas y medicamentos. 2 Aplicación de un termómetro con termosonda e indicador digital externo, de máximos y mínimos de temperatura, que no era fiable para dicha misión. 3 Mal funcionamiento de algunas neveras que se estaban utilizando hasta entonces, para conservar fármacos. 4. La recogida del registro no era fiable por que no siempre se realizaba por la misma persona.

B. Acciones de mejora: 1. Elaboración y aplicación del protocolo para el control y registro de temperatura de las neveras destinadas a fármacos. 2. Compra de neveras específicas para medicamentos, con puerta transparente. Termómetros incorporados a las neveras y con alarma en la situación fuera de los parámetros programados. 3. Adquisición de lápiz de memoria (Pen drive) que realiza el registro continuo programado de la temperatura.

Conclusiones:

1.Con el sistema establecido de control de temperaturas se ha asegurado una adecuada conservación del medicamento termolábil. 2. Se ha simplificado e informatizado el registro de temperaturas, evitando pérdida de tiempo para el personal responsable de la recogida de datos.

3. Se ha creado cultura sobre la conservación del medicamento

termolábil.

P401

NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE INCIDENTES COMO HERRAMIENTA PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EXPERIENCIA DE UN AÑO (BARCELONA-SPAIN)

L. Mendarte Barrenechea, C. Alerany, J. Monterde, A. Castello.

Plan de calidad-Servicio de Farmacia Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona).
lmendarte@vhebron.net

Antecedentes: Los incidentes con la medicación constituyen un problema de la asistencia sanitaria moderna. Se han establecido diversos métodos para su estudio. La notificación voluntaria permite obtener información de los incidentes analizar causas y establecer recomendaciones para prevención.

Métodos: Presentamos los resultados de notificación voluntaria de incidentes año 2007. La notificación se realiza voluntariamente en las diferentes fases: prescripción, dispensación y administración. Los incidentes notificados son sistemáticamente clasificados, se analiza su causa raíz y factores contribuyentes, y se realizan propuestas de mejora.

Resultados: Se han registrado 646 incidentes. 125 alcanzaron al paciente y no le produjo daño. En 22 ocasiones se requirió monitorizar al paciente y en 5 ocasiones los pacientes requirieron tratamiento. De las 5 ocasiones que requirieron tratamiento en 3 se realizaron acciones de mejora directas y en las otras dos los incidentes se debieron a causas externas al hospital y no pudieron realizarse. Los 22 incidentes que requirieron monitorización fueron debidos a errores por confusión de pacientes, o medicamentos y asociados a despistes en momentos de cargas de trabajo.

624 ocasiones los incidentes estaban relacionados con algún paciente, 24% problemas de identificación /confusión de paciente; 31% medicamento erróneo; problemas con la dosis 33,59%; 8,6% frecuencia de administración. En 23 ocasiones no estaba un paciente directamente implicado. Eran debidos a problemas de diseño del medicamento o relacionados con circuitos del proceso de utilización de medicamentos.

Se han realizado 17 acciones directas. Se está desarrollando un programa de prescripción electrónica, diseñando mejoras en los circuitos y se realizan sesiones informativas describiendo estos errores para tratar de evitar su repetición.

Conclusiones: Este programa permite obtener información relevante sobre los incidentes de medicación. Permite establecer acciones de mejora, y mejorar el conocimiento del proceso de utilización de medicamentos. La difusión de estos resultados mejora la cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, puede ser necesario completarlo con estudios de incidencia y prevalencia para conocer otros incidentes que no se detectan por este sistema.

Conflicto de intereses: Algunos datos de este trabajo se han presentado en poster en un congreso de la Sociedad Europea de Farmacia Hospitalaria 2008.

P402

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA SEGURIDAD EN LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO

J. Sanz Cortés, M. D. G. Prado Serrano, S. Almodóvar Alcaide, E. Germán Gómez, R. Arranz García, J. Erencia Serrano.

Gerencia de Área de Puertollano.

jsanzc@sescam.jccm.es

Palabras clave: Seguridad, encuestas, usuarios.

Introducción: La seguridad de los pacientes es una preocupación importante para las organizaciones sanitarias, sin embargo el nivel de conocimiento que disponemos sobre el interés que ésta despierta en nuestros usuarios es limitada. Por lo tanto nos planteamos dirigirnos a nuestros usuarios para conocer sus opiniones sobre diferentes aspectos relacionados con la seguridad.

Hasta el momento desconocíamos cuáles eran los conocimientos sobre seguridad de nuestros usuarios, tampoco conocíamos cuál es la percepción que tienen de su atención desde el punto de vista de la seguridad. Por último, tras implantar la identificación mediante pulseras nos interesaba conocer la valoración del usuario de esta

medida.

Metodología: Encuesta estructurada con respuestas del 0 al 10, realizadas por personal del SAU. Se determinó un tamaño muestral de 108, se consiguieron 100 encuestas realizadas a usuarios del hospital seleccionados de forma aleatoria.

La encuesta se tabuló en ACCESS y se realizó el análisis con STATA 10.

Resultados: El 72% de los encuestados son mujeres. El 50% supera los 50 años. El 73 % tiene estudios primarios.

Seguridad preocupación 8.111111

Seg. global 7.65

Escalera 7.591837

Pasillos 7.45

Puertas y ventanas 7.42

Suelos 7.43

Seg. estancia 7.7

Limpieza 7.49

Seg. mobiliario 5.51

Seg. Baños 5.44

Seg. Profesional 7.26

Inf. Médica 6.85

Inf enfermería 7.38

Seg. tecnología 7.78

Seg. Equipos 7.66

Seg. datos 7.36

Pulseras 9.38

Conclusiones: La seguridad es una preocupación para nuestros usuarios, y en la mayoría de los ítems la valoran positivamente. Existen posibilidades importantes de mejora en cuanto a infraestructuras, baños y mobiliario.

La identificación de pacientes mediante pulseras es valorada de forma muy positiva.

P403

PERFIL DE SEGURIDAD DE LA MEFLOQUINA EN ESPAÑA

S. Martínez Cuenca (0), N. Ortega Zarazaga (1), C. Navarro Pemán* (1), F. Gonzalez Rubio (1).

(0) Dirección General de Salud Pública de Aragón, (1) Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón.

fgonzalezr@able.es

OBJETIVO: Dada la amplia utilización de la mefloquina en quimioprofilaxis antipalúdica para viajeros a zonas de riesgo y los escasos estudios existentes sobre su perfil de seguridad, se decide realizar un estudio sobre las reacciones adversas de la misma en España.

MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de las notificaciones espontáneas de reacciones adversas a mefloquina que constan en la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia. Variables analizadas: origen de la notificación, edad, sexo, órganos afectados, tipo de reacción, gravedad, desenlace, tratamiento de la reacción, factores contribuyentes, secuencia temporal, conocimiento previo, efecto de la retirada, reexposición, causas alternativas e indicación terapéutica.

RESULTADOS: Se hallaron 191 notificaciones. 77,0% de origen extrahospitalario. Edad media 35,5 años. 58,2% mujeres. Número total de reacciones: 514. El mayor porcentaje trastornos del sistema nervioso (24,1%), trastornos psiquiátricos (23,9%) y trastornos gastrointestinales (20,6%). Reacciones más frecuentes: mareo, náuseas, insomnio, vértigo, ansiedad, diarrea, anorexia y cefalea. Reacciones leves: 94,9%. Desenlace: recuperación sin secuelas: 83,4%. La reacción no requirió tratamiento: 91,4%. Sólo en dos casos constaban factores contribuyentes. Secuencia temporal compatible: 100%. Reacción adversa conocida: 83,8%. Mejoría tras la retirada del fármaco: 89,9%. No había habido reexposición o no se disponía de información suficiente para discernirlo: 88,8%. Sin causas alternativas: 81,2%. Indicación terapéutica como profilaxis: 91,4%. En un 31,7% las reacciones aparecieron con la primera dosis, 9,8% con la segunda y 10,9% a partir de la tercera.

DISCUSIÓN: Se han notificado más casos en mujeres, también en trastornos psiquiátricos, resultado que coincide con el de otros estudios publicados. Las reacciones más frecuentes coinciden con las señaladas como tales en la ficha técnica, aunque el porcentaje de neuropsiquiátricas es mayor al que consta en la misma. La mayoría son leves, pero requieren la retirada del fármaco para su

recuperación, factor de gran importancia en un fármaco cuya indicación terapéutica es la profilaxis. Las reacciones aparecen mayoritariamente tras las primeras dosis, lo que refuerza la recomendación de administrarla con la suficiente antelación al viaje como para poder ser sustituida por otro tratamiento profiláctico, evitando abandonos y con ello la posibilidad de contraer el paludismo.

P404

PLAN DE MEJORA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL ENFERMERO DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

C. D. Chinea Rodríguez, M. L. García Alonso, A. Piñero Negrín, F. S. Álvarez Expósito, M. L. Mora Quintero, G. Torres González, P. Perera Díaz.

Hospital Universitario de Canarias.
cachinea@msn.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Durante el año 2007 se produjo una situación inusual y preocupante en nuestra UVI, dado que un porcentaje relativamente alto (el 22%) de enfermeros experimentados, por diferentes circunstancias, dejaron de trabajar en la misma. La Formación del personal nuevo en este periodo corrió a cargo de los enfermeros experimentados, con las consecuentes variaciones en las formas y los contenidos. Consideramos importante y conveniente la elaboración de un Plan de mejora como herramienta para una Formación más completa, unificada y segura, siendo nuestros objetivos:

- Prioridades formativas: Incentivar la formación del personal de la unidad en cuidados específicos de unidades de críticos de modo planificado y estructurado.
- Garantizar la seguridad del paciente y desarrollar medidas de prevención de riesgos, centrándonos en la infección asociada a cuidados.
- Facilitar la adaptación del personal de nueva incorporación a la dinámica de la unidad.
- Contribuir a la estabilidad del personal experto y de nueva incorporación.
- Mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos a nuestros pacientes con una mejor preparación de los profesionales.
- Revisar, actualizar y difundir a todo el equipo los Estándares de Cuidados, Procedimientos y Protocolos de la Unidad.

MATERIAL Y MÉTODO: El programa parte de las siguientes premisas:

- Es el propio enfermero "inexperto" el Protagonista y Responsable de su formación, a través de un documento guía donde se establecen los Objetivos que tendrá que cumplir semanalmente, guiado y estructurado en un periodo de doce semanas y supervisado por un enfermero tutor.
- La evaluación se realiza cada 4 semanas por el "Enfermero tutor", que conoce el Plan y está implicado en él.
- El Plan se apoya en Módulos de Formación reglados que imparte el personal de la propia Unidad y se oferta además al resto del personal enfermero del Hospital, con una periodicidad anual.

TÉCNICAS DE EVALUACIÓN: Se elaborará y distribuirá una encuesta de motivación y formación al personal de menos de 6 meses de experiencia que no se han beneficiado del Plan y, la misma a los enfermeros nuevos formados el Plan con el fin de hacer un análisis comparativo de los resultados en ambos grupos.

CONCLUSIÓN: Resulta evidente la necesidad urgente de crear un programa de acogida, formación y motivación del personal en UCI para una actuación profesional y segura y de calidad para el paciente y su familia.

P405

PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN COMO ORIENTACIÓN A LA MEJORA CONTINUA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BASURTO-BILBAO

I. Larrea Arechabaleta*, M. Onandi, C. Ezpeleta, N. Guerra, J. Darpón, R. Cisterna.

HOSPITAL DE BASURTO-BILBAO.
ITZIAR.LARREAARECHABALETA@OSAKIDETZA.NET

Introducción: El plan incluye un conjunto de actividades dirigidas a

garantizar la calidad asistencial en lo concerniente a la prevención y control de la infección nosocomial y el establecimiento de un sistema de vigilancia que permita conocer la situación real de la infección.

Objetivo: Describir la experiencia y evolución del plan de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial del Hospital de Basurto- Bilbao.

Material y Métodos: Año 1981: Unidad de Higiene Hospitalaria: Análisis matriz DAFO, elaboración de un programa de control de la infección.

Año 1992: Integración del hospital en la red de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud).

Año 1999: Comisión del PVPCIN (Plan de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial): Composición, objetivos y funciones.

Resultados:

- Vigilancia epidemiológica por objetivos: Incidencia de infección en prótesis de rodilla, prótesis de cadera, cirugía de colon, cirugía cardíaca, histerectomía abdominal.
- Vigilancia epidemiológica orientada a proyectos: Incidencia de bacteriemias, gérmenes multirresistentes, Staphylococcus aureus meticilin resistente, Candida en unidades de intensivos.
- Prevención y control: Presentación de proyectos y actividades desarrolladas.
- Presentación de un ciclo de PDCA (Infección urinaria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca).

Conclusiones:

- La experiencia acumulada a lo largo de los años nos permite constatar la relevancia del plan de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial (PVPCIN) ya que incide en todos los procesos de nuestra organización.
- La comisión PVPCIN ha desarrollado planes eficaces y ante la detección de alarmas o disfunciones adopta medidas de actuación inmediatas.
- El PVPCIN ha demostrado ser una eficaz herramienta capaz de reducir la morbilidad de la infección nosocomial y sus consecuencias y en una rentable estrategia de promoción de la calidad asistencial hospitalaria.

P406

POLÍTICA DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

M. Carreras Viñas, E. Ferrer Vizoso, C. Rodríguez Moreno, V. Ginesta Galan, J. Rubio Álvarez, M. Cainzos Fernández.

Complejo HOSPitalario Universitario de Santiago.
mercedes.carreras.vinas@sergas.es

Introducción: El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, dispone en su plan de calidad como línea estratégica la mejora de la seguridad de pacientes a través de la puesta en marcha de los Metas Internacionales de Seguridad de la Joint Commission Internación y de la realización de acciones de mejora de los 12 objetivos de seguridad de la "Campaña Proteger 5 millones de Vidas" del Institute for Health Improvement.

Material y métodos: Para desarrollar los objetivos del programa de seguridad, se han constituido dos grupos de trabajo que tienen como misión mejorar la Seguridad Quirúrgica realizando el diagnóstico de situación del hospital, diseñar las propuestas de mejora, consensuarlas y llevar a cabo el plan de implantación, de evaluación y difusión de los resultados.

Grupo 1: Tiene como objetivo disminuir la infección de herida quirúrgica. Está liderado por el Presidente de la Comisión de Infecciones y un Cirujano y compuesto por: el Director de Servicios Centrales, 4 cirujanos, un Preventivista 1 Microbiólogo, 1 Farmacéutico, 7 Enfermeras, 1 Supervisora de Medicina Preventiva y 1 Residente.

Grupo 2, Tiene como objetivo disminuir las complicaciones quirúrgicas. Está liderado por el Director Médico y compuesto por 9 Cirujanos, 1 Anestesiólogo, 5 enfermeras, la Directora de Servicios Centrales, 1 Preventivista, 1 Farmacólogo, 1 Microbiólogo.

Resultados: Tras el diagnóstico de situación, y de la definición y el consenso de la Política de Seguridad Quirúrgica, se han realizado procedimientos con acciones categorizadas según evidencia, adoptando el formato de Norma ISO y con indicadores para su evaluación. En este momento en fase de consenso/implantación.

Procedimientos: Paciente correcto, sitio correcto, procedimiento correcto; Profilaxis y política antibiótica. Prevención de

tromboembolismo Pulmonar e / ou Trombosis Venosa Profunda. Valoración nutricional. Verificación de Seguridad Quirúrgica. Prevención de caídas. Prevención de deterioro de integridad de piel. Prevención de riesgo por restricción de movilidad. Prevención y actuación ante extubación accidental. Preparación de paciente para cirugía. Higiene de manos. Uso de guantes. Verificación de la identificación de pacientes. Cura quirúrgica. Cura de Estomas. Además de lo anterior, se han tomado algunas decisiones que aunque comportan inversión inicial, supondrán una mejora considerable de los indicadores de seguridad del centro: Uso masivo de solución hidroalcohólica colocando dispensadores en todas las habitaciones del hospital. Realizar actuaciones en el bloque quirúrgico para mejorar las circulaciones. Cambio de los sistemas de rasurado.....etc. Para facilitar el consenso, nos hemos registrado socios colaboradores de la OMS y hemos adoptado las guías disponibles.

P407**PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONTENCIÓNES FÍSICAS****HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR****M. J. Gimeno Toribio, N. Pinilla Gustens.**

Hospital Universitari Sagrat Cor - L'Aliança, Barcelona.

mgimeno@hscor.com

La elaboración de dicho protocolo se identificó como propuesta de soluciones en el Proyecto de Calidad: Disminución de los riesgos derivados de las contenciones físicas en pacientes críticos post-quirúrgicos en fase de destete del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona; llevado a cabo de noviembre del 2005 a octubre del 2006 en nuestro Hospital.

Respondiendo a la necesidad, por inexistencia, de normativa estandarizada en cuanto a contenciones físicas, se decidió la elaboración de dicho Protocolo de carácter multidisciplinar y extensivo a todo el centro.

OBJETIVOS: Garantizar el trato digno y el respeto de los derechos del usuario.

Estandarizar las medidas de prevención de posibles lesiones al enfermo, cuidador y/o a terceras personas, para todo el personal asistencial.

Determinar la incidencia y el análisis de causas de este tipo de accidentes.

Asegurar que las medidas de contención se aplican de acuerdo con unos criterios establecidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realización:

Criterios de aplicación.

Contraindicaciones.

Personal necesario.

Material.

RESULTADOS: Autorización, documentación y registro.

La sujeción ha de ser autorizada por un facultativo y es de declaración obligatoria.

Indicadores para el seguimiento y evaluación de resultados de la aplicación del Protocolo.-

Se han elegido 4 indicadores para el seguimiento y la posterior evaluación anual.

Problemas e intervenciones relacionadas con el procedimiento.

El conocimiento y la identificación de los posibles riesgos por parte del equipo asistencial responsable, puede ser útil para evitarlos:

Riesgos potenciales si no se produce la contención.

Riesgos durante la aplicación de la contención.

Riesgos de la contención.

CONCLUSIONES: La protección de la salud y la garantía de la seguridad de las personas es el eje fundamental de nuestro quehacer diario.

Las situaciones de agitación, violencia y/o peligro para la integridad del propio enfermo, del personal que lo atiende o de terceras personas, nos lleva, en ocasiones a tomar medidas restrictivas dentro del marco terapéutico y del respeto de los derechos y las libertades fundamentales de la persona.

Es importante tener en cuenta que estas situaciones dejan a la persona en un alto nivel de dependencia y vulnerabilidad con el consecuente aumento de la necesidad de vigilancia y control por parte del personal cuidador, con la finalidad de evitar posibles complicaciones y riesgos añadidos.

P408**PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE ARMARIOS DE DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS EN UN HOSPITAL REGIONAL****M. A. Colmenero Camacho, G. Ramírez Soto, E. López Ramírez, J. R. Molas Cotens, P. Serrano Moya.**

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

mangel.colmenero.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de nuevas tecnologías dentro del campo de la salud, junto con la creciente necesidad asistencial, hace necesario la incorporación de fuertes cambios dentro de la dinámica de funcionamiento de un hospital, tanto estructurales como funcionales. La implantación de estos armarios de dispensación permite una disminución de los stocks de planta, descenso de caducidades, evitar en mayor medida errores de dispensación, así como la dispensación electrónica validada por un farmacéutico, con información adicional, como el coste por paciente en función de la complejidad (GRD dosis).

OBJETIVOS: Presentar los resultados obtenidos tras comenzar a implantar los armarios de dispensación dentro de las alas de hospitalización, así como el grado de satisfacción de los profesionales y el ahorro obtenido.

METODOLOGÍA: Análisis de situación: necesidad de cambios organizativos y estructurales dentro del servicio de farmacia y de hospitalización. Cronograma de implantación.

RESULTADOS: Se presenta el cronograma de implantación, el plan de difusión hacia los profesionales, así como el estado actual del proyecto y problemas y soluciones planteadas. Hasta la fecha se ha implantado en 107 camas de hospitalización, comenzando con el área de cuidados críticos y urgencias y el área de medicina interna. Está previsto incluir este año el resto de alas médicas (220 camas adicionales).

CONCLUSIONES:

- 1.- La incorporación de nuevas tecnologías es un proceso dinámico dentro del campo de la salud, que requiere a veces importantes reformas estructurales y funcionales para conseguir el objetivo final.
- 2.- Tan importante como lo anterior es la necesidad de establecer un plan de difusión y comunicación, que permita un cambio cultural y organizativo dentro de los profesionales sanitarios.
- 3.- La implantación de estos armarios ha permitido un importante ahorro económico y de espacio con enorme satisfacción de los profesionales.

P409**PROYECTO SEGUDIAB. SEGURIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS****J. J. Cabré Vila, J. M. Hernández Anguera, J. Basora Gallisà, V. Arijá Val, F. Bejarano Romero, M. Ripoll Pons.**

Institut Català de la Salut.

jcabre.tarte.ics@gencat.cat

La seguridad en el paciente diabético se refiere tanto a la adecuación del tratamiento como al manejo del diabético respecto aspectos de seguridad. Por consiguiente, no es una cuestión económica, sino un concepto más global que significa recibir una atención sanitaria adecuada a las evidencias actualmente disponibles.

OBJETIVOS: Analizar si una intervención breve educativa sobre los profesionales se sigue de una mejora en la seguridad de los pacientes diabéticos.

METODOLOGÍA: Ensayo clínico por conglomerados, íntegramente en atención primaria, sobre 10 áreas básicas (ABS) con una distribución aleatoria de la intervención educativa a realizar sobre los profesionales sanitarios (5 intervención/5 control). La intervención se basa en un sistema educativo sobre adultos, breve (6 horas) pero con refuerzos periódicos, para mejorar sus aptitudes y actitudes hacia el paciente diabético. El grupo control sigue su práctica clínica habitual sobre los diabéticos.

La participación es voluntaria. Los centros se han emparejado, siendo equiparables en población y otras características, excepto la intervención específica; oscilando entre el 6-8% la prevalencia observada de diabetes tipo 2 (DM2) en todos los casos. Finalmente, se decidió acotar la franja etaria de los 45 hasta los 75 años como objetivo operativo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: DM tipo 1 o DM2, diagnosticadas en la historia informática (HCAP); Edad entre 45 y 75 años; Pacientes

incluidos dentro el sistema informático e-CAP.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Enfermedad grave en fase terminal; Casos controlados exclusivamente por especialistas (endocrinólogo u otros).

RESULTADOS: Corresponden a la fase de partida del programa. El grupo total incluye unos 75.000 usuarios en cada grupo (intervención y control); con 2903 diabéticos en el grupo intervención y 3146 en el grupo control. Las prevalencias ajustadas de DM2 oscilan entre el 5,2% y el 8,8%. El grado de control aceptable de la diabetes oscila entre el 49,7 y el 74,1%. No existen diferencias significativas entre grupo control e intervención. Se ha realizado hasta la fecha intervención completa a 3 ABS (60%), por el momento con satisfacción por parte de los centros intervenidos. Una vez acabada la intervención, se observa una mejoría global y estadísticamente significativa en la puntuación del cuestionario DAS-3 que mide las actitudes y motivaciones en diabetes.

CONCLUSIONES: El programa SEGUDIAB es útil como herramienta de mejora de las actitudes hacia el paciente diabético. Es preciso analizar si esto se seguirá de una mejoría también en el concepto de seguridad del paciente, cosa que se hará al finalizar el estudio completo.

P410

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA HOSPITALARIA (EA): RECUPERACIÓN DOCUMENTAL DE ESTUDIOS PRIMARIOS

C. Aibar Remón, S. Castán Ruiz, C. Navarro Gistau, M. J. Zamora Rodríguez, J. M. Aranaz Andrés, M. Salas Valero.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

caibar@unizar.es

OBJETIVOS:

1-Principal:

-Recuperar y analizar de forma sistemática de estudios de EA en entorno hospitalario.

2-Secundarios:

-Homogeneizar estudios epidemiológicos sobre frecuencia y distribución de los EA en atención hospitalaria.

-Analizar el diseño y la calidad metodológica de los mismos.

-Estimar, mediante la combinación de resultados, el riesgo de padecer un EA relacionado con la asistencia hospitalaria en función de categorías diagnósticas, tipos de hospital y áreas de hospitalización y determinados factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.

-Analizar factores causales contribuyentes a la aparición de EA.

-Identificar prioridades de actuación en prevención de EA.

METODOLOGÍA:

-Organización de un grupo de trabajo.

-Preparación de la propuesta de la revisión sistemática.

-Elaboración de la pregunta de la revisión.

-Definición de criterios de inclusión y exclusión de estudios.

-Elaboración de la estrategia de búsqueda.

-Aplicación de los criterios de evaluación de la calidad de los estudios primarios.

-Extracción, síntesis y análisis de los datos.

RESULTADOS: No se ha encontrado una revisión que informe sobre la variación en la incidencia de EA explicada por la existencia real de diferencia en prácticas seguras, diferencia en los sistemas de salud, o por diferencias metodológicas entre estudios.

La cuestión origen de la revisión fue ¿Qué factores causales motivan diferencias en la incidencia y tipo de EA en hospitales de agudos?

Criterios de inclusión: Estudios longitudinales prospectivos o retrospectivos realizados entre 1991 y 2007 en hospitales de agudos orientados a la medición de la incidencia de EA.

La estrategia de búsqueda fue la siguiente: (("Quality of Health Care"[Majr] OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Majr] OR "Disease Transmission, Patient-to-Professional"[Majr] OR "Disease Transmission, Professional-to-Patient"[Majr] OR "Infection Control"[Majr] OR "Patient Isolation"[Majr]) AND ("Medical Errors"[Majr] OR "Iatrogenic Disease"[Majr] OR "adverse events"[ti] OR "adverse effects"[ti]) NOT "drug effects "[Subheading]) AND ("1990"[PDAT] : "2007"[PDAT]) AND (English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang]))

Con la misma se han identificado únicamente 8 estudios primarios.

CONCLUSIONES: Las estrategias de búsqueda habituales son poco

adecuadas para el estudio de las cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y la frecuencia de EA. La falta de descriptores específicos y la inexistencia de una indización pertinente, hacen imprescindible la combinación de estrategias variadas de búsqueda, la combinación de descriptores y el uso del texto libre.

P411

SEGURIDAD ALIMENTARIA: VALOR AÑADIDO EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

F. Rivera Sanz (0), R. López Dicastillo (1), M. J. Martínez Gutiérrez (1).

(0) Consejería de Salud, (1) Hospital San Pedro.

felix.rivera@larioja.org

Objetivos: La Cocina del Hospital San Pedro tiene como misión responder a la necesidad de alimentación de los usuarios con alimentos en óptimas condiciones higiénicas y organolépticas, en los tiempos establecidos, con la dieta prescrita y buscando siempre la satisfacción de sus clientes.

La Cocina quiere "Satisfacer el paladar de los usuarios contribuyendo a la mejora de su salud" y para ello dispone de:

- Un sistema de gestión (Certificada según Norma ISO 9001 desde 2005) que mejora la calidad de la producción y de los servicios.
- Unos métodos para conocer la satisfacción de los pacientes y del personal sanitario y adoptar así las mejoras necesarias.
- Un sistema capaz de identificar y eliminar la mayoría de riesgos para la salud de los pacientes.

No obstante, y como área de mejora prioritaria se ha decidido adoptar la Norma ISO 22000 como herramienta para velar por la Seguridad Alimentaria y su repercusión sobre los pacientes.

Material y Método:

-Formación de responsable de calidad en Norma ISO 22000.

-Estudio de Situación: Identificación de áreas de Mejora.

-Modificación o creación de documentación.

-Revisión y aprobación.

-Información y Formación al personal implicado.

-Auditoría de Implantación.

-Evaluación.

Resultados:

-Mejora del control / reducción de peligros de seguridad alimentaria.

Cumplimiento de requisitos legales: integra los principios del APPCC y la aplicación de los pasos establecidos en el CODEX.

Integración del Sistema de Gestión de la Calidad y del Sistema de Gestión de Seguridad Alimentaria en el Sistema de Gestión de la Organización. A través de una única auditoría externa se alcanza una certificación que cubre tanto el Sistema de Gestión de la Calidad como de la Seguridad Alimentaria (ISO 9001 + ISO 22000).

Conclusiones: Los Procesos de Alimentación del Hospital San Pedro cumplen con un estándar internacional certificable (ISO 22000) que especifica los requisitos para un Sistema de Gestión de Seguridad Alimentaria, mediante la incorporación de todos los elementos de las Buenas Prácticas de Fabricación y el Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico (APPCC), junto a un sistema de gestión adecuado, que permite demostrar que los productos que suministra cumplen con los requisitos de sus clientes, así como los requisitos reglamentarios que les son de aplicación en materia de seguridad alimentaria.

P412

SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN EDAD PEDIÁTRICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

J. Requena*, J. Aranaz, J. Miralles, M. Gea, R. García, M. Rey.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT.

requena_jua@gva.es

Objetivos: Hasta ahora, la gran mayoría de los estudios sobre Efectos Adversos se han realizado en adultos. Sin embargo, los niños también son susceptibles de sufrirlos, y puesto que la asistencia sanitaria y el estilo de práctica clínica que reciben son diferentes, es probable que también la epidemiología de los mismos lo sea. En un intento por realizar una aproximación al problema, nos interesamos por conocer cual ha sido la proporción de Efectos Adversos ligados a la asistencia que se detectaron durante la hospitalización en las edades pediátricas en el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS).

Material y Métodos: Se utilizó la base de datos del estudio poblacional ENEAS, un estudio retrospectivo de cohortes desarrollado en 2005 en 24 hospitales españoles, seleccionando de la base de datos aquellos pacientes edad inferior a 21 años, encontrándose 582 historias que cumplían este criterio.

Resultados: La incidencia de EA en la edad pediátrica en el ENEAS fue de un 3,6% (IC: 2,1%-5,1%). Un 23,8% de estos Efectos adversos se consideraron evitables. Por grupos de edad, los menores de un año tuvieron una incidencia de EA de 2,8%, igual que en el grupo de 1 a 12 años, mientras que el grupo de 13 a 21 años experimentó una tasa de EA del 6,1%, más próxima a la de los adultos. En el grupo de menores de un año, la proporción de evitables fue de un 50%, mientras que en el grupo de 1 a 12 años, fueron considerados evitables un 16%, y en el grupo de 13 a 21 años, la proporción de evitables fue de un 11,1%. Los tipos de EA más frecuentes fueron los relacionados con la medicación (33,3%), y con un procedimiento (28,6%), seguidos de los relacionados con infección nosocomial (23,8%) y con el diagnóstico (9,5%). Los más evitables fueron los relacionados con los cuidados, con el diagnóstico y con la infección nosocomial. El grado de evitabilidad fue similar en los servicios médicos y quirúrgicos.

Conclusiones: Los datos sugieren que la epidemiología de los Efectos Adversos y su evitabilidad es diferente en los niños que en los adultos. En las edades pediátricas tanto la incidencia como la evitabilidad parece ser menor que en los adultos, aunque con diferencias según el grupo de edad. Los resultados tienen el valor añadido de poner el acento en la necesidad de revisar el riesgo a que están expuestos los niños al recibir cuidados sanitarios.

P413

SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO FUERA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. NECESIDAD DE UN SCORE DE DETECCIÓN DE GRAVEDAD.

V. Garcés Horna, M. C. Díaz Melé, I. Gutiérrez Cía, B. Obón Azuara.
 Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
 mamendiaz2@hotmail.com

Introducción: Garantizar la seguridad del paciente grave a lo largo de todo el proceso asistencial, tanto dentro como fuera de la UCI debe ser un objetivo prioritario para los profesionales del enfermo crítico.

Objetivos: Evaluar la necesidad de implantar un score de detección rápida de gravedad en las plantas de hospitalización.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en una UCI de 17 camas, sita en un hospital de tercer nivel. Periodo de estudio: febrero-mayo de 2008. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UCI procedentes de planta de hospitalización. Variables estudiadas: edad, sexo, presencia de signos de alarma previos al ingreso (valorado mediante la escala Early Warning Score: EWS), valoración de dichos signos por los diferentes eslabones de la cadena asistencial, gravedad al ingreso en UCI (APACHE II) y mortalidad.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 256 pacientes. Se incluyeron en el estudio 50: 38% mujeres, 62% varones con edad media de 58 y 66,5 respectivamente. EWS: <4: 62% y >4: 38%. Porcentaje de pacientes críticos (EWS>4) no detectados por enfermería: 26%. Porcentaje de pacientes críticos no detectados por el médico residente: 42% del total de los detectados por enfermería (26% del total). Porcentaje de pacientes críticos no detectados por el médico adjunto: 89% de los pacientes detectados por el residente (42%). No existieron diferencias significativas en cuanto a la gravedad medida mediante la escala APACHE II y la mortalidad.

Discusión y Conclusiones: A pesar de las limitaciones del estudio, resulta evidente que un importante porcentaje de pacientes graves no fueron detectados ni adecuadamente valorados durante su estancia en planta. Resulta necesaria la implantación y difusión de un score de gravedad que permita detectar rápidamente signos de alarma.

P414

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO IV: CONTROL DE TODO EL PROCESO

M. Salinas, E. Flores, M. Gutiérrez, J. Lugo, J. Sirvent, M. Ricci*.
 Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.
 salinas_mar@gva.es

Introducción: El objeto es mostrar como controlando el proceso de

transporte muestras desde los centros de atención primaria y las nuevas acciones de mejora a nivel de mensajería y tecnológicas se puede mejorar el servicio prestado y valorar mediante indicadores su repercusión.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, desde Enero de 2003 hasta Diciembre de 2007 en pacientes de atención primaria. El Indicador de mensajería indica nº de días de incumplimiento. De proceso analítico, el porcentaje de Glucosa y TSH solicitadas que han sido procesadas y validadas en mismo día de la extracción. El de carga de trabajo indica el numero de pruebas procesadas de primaria. El de satisfacción reúne el promedio de puntuaciones, que el médico solicitante responde, a las preguntas sobre tiempo de respuesta resultados. Se han realizado 3 acciones de mejora: Una reestructuración del circuito de mensajería, Incorporación de un clasificador de muestras automático en laboratorio e incorporación un nuevo mensajero tres días de la semana. Los indicadores valorados han sido normalizados utilizando los gráficos de control estadístico de proceso.

Resultados: El indicador de mensajería muestra como tras la primera acción de mejora el valor promedio del primer mensajero 21,9±11% pasa a 10,5±5%, observando un descenso significativo (<0,01). El de proceso analítico, muestra como antes y después de la segunda acción de mejora, los valores para porcentaje de Glucosa 69,4±11 y para porcentaje de TSH 73,5±6, mejoraron significativamente (p<0,05) en el siguiente periodo a 85,4±6 y 85,5±2 respectivamente. La tercera acción no genera una variación significativa del indicador, aunque todavía no se dispone de datos suficientes. En el año 2003 se realizaron 86.389 solicitudes y 882.389 pruebas, mientras que en el 2007 fueron 100.032 solicitudes y 1.038.218 pruebas. Los resultados promedio del grado de satisfacción anual son 5,9 en el 2003, 6,2 en el 2004, 6,1 en el 2005, 6,7 en el 2006 y 7,6 en el 2007.

Conclusiones Solo con la monitorización de cuatro indicadores simples y sencillos, hemos demostrado que se producen mejoras no sólo en los indicadores de proceso sino también en la satisfacción del cliente.

P415

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN ENFERMAS SOMETIDAS A MASTECTOMÍAS

M. Cerpa Calderón, C. D. V. Giraldez García, A. Gil Luciano, J. Aroca Palencia, J. Ordas Santo Tomás, J. García Caballero.
 Hospital Universitario La Paz.
 mauriciocerpa@gmail.com

Objetivos: Proponer acciones de mejora para prevenir la infección de localización quirúrgica en la mastectomía, ante la detección de un aumento de número de casos de infecciones entre febrero y abril del 2008, por el sistema de vigilancia epidemiológico.

Material y Métodos: Realizamos una búsqueda bibliográfica de los factores asociados a infección de localización quirúrgica en mastectomía. Definimos las variables relevantes a tomar en cuenta (bundle de ILQ).

Se realizó la recogida de datos de las variables definidas para los casos. Se valoraron los resultados comparándolos con los estándares recogidos en la bibliografía científica. Se seleccionaron las cuatro principales acciones de mejora.

Se elaboró un informe en Power Point, y se desplegó en los servicios implicados.

Resultados: Se obtuvo una incidencia de infección post mastectomía de 19% (4 casos en 21 cirugías); los 4 casos clasificados como cirugía limpia. Se descartó la posibilidad de un brote dado que los microorganismos aislados fueron diferentes y no coincidían en fechas ni lugar de atención. Las pacientes no presentaban un riesgo preoperatorio elevado. En 3 de ellas no se realizó la profilaxis antibacteriana adecuada. Sobre el tiempo de cirugía, la media es de 3 horas 3 minutos; 1 paciente diabética presentó hiperglucemia postoperatoria. No se registró la temperatura de las pacientes durante la cirugía.

Las acciones de mejora seleccionadas y desplegadas entre los servicios implicados fueron: administrar la profilaxis preoperatoria con cefazolina o amoxicilina-clavulánico 2 g iv 30 minutos antes de la intervención; procurar mantener el tiempo de intervención a menos de 3 horas; monitorizar la normoglucemia antes y después de la cirugía para estimular una respuesta efectiva del sistema monocítico fagocitario; y mantener la normotermia del paciente durante la cirugía

y registrarla en la historia clínica.

Conclusiones: Se han evidenciado oportunidades de mejora para la prevención y control de la infección en enfermas sometidas a mastectomías.

Este despliegue de las soluciones entre los profesionales de obstetricia y anestesiología han posibilitado la solución del problema.

P416

SEGURIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO EN TRATAMIENTO CON IECA/ARA II. ACTIVIDAD DOCENTE EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFyC)

F. González Rubio, Ó. Esteban Jiménez, E. Aldea Molina, J. M. Ferreras Amez, L. Guardia Sancho, N. Ortega Jiménez.

Centro de Salud Delicias Sur.

fgonzalezr@able.es

OBJETIVOS: Docencia en farmacovigilancia a residentes 3º año de MFyC a través del aprendizaje significativo. Mejorar el perfil de prescripción, y la seguridad del paciente, en especial en el paciente anciano, reconocer las reacciones adversas (RAM) lo antes posible evitando así los errores diagnósticos y el aumento innecesario de la toma de medicación, conocer mejor las RAM en mayores de 65 años en los que la experiencia es limitada.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de rinitis (CIAP R97) y toma de IECA o ARA II, durante el periodo 2005-2008 en un centro de salud. Se utilizó el programa OMI-AP estadístico. El análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 10.

RESULTADOS: Se obtuvieron 33 casos de rinitis con toma concomitante de IECA o ARA II, de éstos el 42,4% eran hombres y el 57,6% mujeres. De los hombres, el 35,7% tomaban ARAII y el 64,3% IECA, y de las mujeres el 63,2% tomaban un ARAII y un 36,8% un IECA. La edad media de pacientes con rinitis y toma de IECA/ARAII fue de 75 años. Derivados a consulta de Alergología 3, (9,1%). En sólo 1 caso se comprobó el alérgeno como causa de la rinitis (3%), en el resto no había causas alternativas a la toma de IECA/ARAII. El tratamiento de la rinitis: un 42% con antihistamínicos y un 39,3% con corticoide en spray nasal.

Las moléculas implicadas fueron Enalapril 33,3%, Losartan 18,8%, Candesartan 9,1%, Eprosartan 9,1%, Irbesartan 9,1%, Ramipril 9,1%, Valsartan 6,1%, Captopril 3%, Perindopril 3%. Por grupos farmacológicos, el 51,5 % tomaban un ARA II y el 48,5% un IECA. Sólo se reconoció como RAM en un caso.

CONCLUSIONES:

- 1.-El aprendizaje significativo es un buen método para aprender la farmacovigilancia.
- 2.-Estos estudios sirven para informar de las RAM a los profesionales y aumentar así la seguridad del paciente y poder gestionar mejor los riesgos en la práctica clínica.
- 3.-A pesar de constar la rinitis como reacción adversa en ficha técnica de ambos grupos farmacológicos, apenas se detecta en la consulta diaria, por lo que se prescriben más medicamentos en pacientes ya clásicamente polimedcados.
- 4.-Si se detectan a tiempo dichas reacciones adversas podemos disminuir el consumo de antihistamínicos, fármacos que no son del todo inocuos y máxime en pacientes, como los de este estudio, mayores de 75 años.

P417

SEGURIDAD EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN TRATAMIENTO CON METFORMINA

F. González Rubio (0), Ó. Esteban Jiménez (0), M. V. Palacios Pinilla (0), J. M. Buñuel Granados (1), G. Baile Estopañán (2), C. Navarro Pemán (3).

(0) Centro de Salud Delicias Sur, (1) Centro de Salud de Utebo., (2) Departamento de Farmacología y Fisiología de la Facultad de Medicina de Zaragoza., (3) Dirección General de Salud Pública de Aragón.

fgonzalezr@able.es

INTRODUCCIÓN: La metformina es hoy un medicamento de primera elección en diabéticos tipo 2. Desde su comercialización se ha ido teniendo un conocimiento más completo de su perfil de seguridad, pero un aspecto no del todo conocido por los profesionales de la salud, es su interferencia, al igual que los inhibidores de la bomba de

protones (IBP), en la absorción de vitamina B12.

OBJETIVOS: Analizar la existencia de déficit de vitamina B12 asociado a la toma de metformina y revisar la seguridad del paciente diabético.

MÉTODO: Análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes diabéticos de dos cupos de dos centros de salud, en los dos años previos al estudio, en tratamiento con metformina. Variables analizadas: sexo, edad, fecha de inicio de la prescripción, tratamiento concomitante con IBP, existencia en el historial de analíticas con determinación de vitamina B12 en el periodo de estudio y la presencia de síntomas asociados al déficit.

Se ha utilizado el programa OMI-AP 6.2 en su versión de historia clínica y estadística.

RESULTADOS: Se hallaron 76 pacientes diabéticos con toma de metformina (47,20% del total de diabéticos), de los cuáles el 55,2% eran varones. La edad media era de 65 años. En 31 casos existía tratamiento concomitante con IBP (40,7%). A un 84,2% de los pacientes se les había solicitado analítica, pero sólo un 40,6% de ellas incluían la determinación de los niveles de vitamina B12. 5 pacientes presentaban un déficit de B12, (2 sólo metformina -asintomáticos- y 3 tomaban metformina+IBP -todos con sintomatología neurológica-).

DISCUSIÓN Aunque la metformina interfiere en la absorción de vitamina B12, comprobamos que la petición de sus niveles por parte de los profesionales sanitarios es baja. Si a ello le añadimos que la población es de edad avanzada, con una absorción fisiológica reducida, y además en algunos casos existe toma concomitante de IBP, se debería insistir en la realización de analíticas con solicitud de vitamina B12.

En los casos con toma de metformina e IBP y déficit de B12, ha habido siempre afectación neurológica como consecuencia.

Creemos que conocer las reacciones adversas de la metformina, que figuran en su ficha técnica, con o sin la asociación de un IBP, pondría al profesional sanitario en disposición de prevenir e incluso revertir cuadros neurológicos asociados a este déficit vitamínico, lo que a su vez supondría una mejora en la calidad de vida del paciente diabético.

P418

SEGURIDAD EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO: CUADROS DISTÓNICOS SECUNDARIOS A LA TOMA DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Ó. Esteban Jiménez (0), F. González Rubio* (0), C. Navarro Pemán (1), G. Baile Estopañán (2).

(0) Centro de Salud Delicias Sur, (1) Centro de Farmacovigilancia de Aragón, (2) Departamento de Farmacología y Fisiología de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

OSCAREJ@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La distonía se define como un trastorno caracterizado por la existencia de contracciones musculares mantenidas que frecuentemente determinan movimientos repetitivos y torsionantes o posturas anómalas.

La dificultad inherente al manejo del paciente psiquiátrico provoca, en algunas ocasiones, que la anamnesis no sea todo lo completa que debiera, por lo que cuadros como las distonías pueden pasar desapercibidas o bien diagnosticarlas como cuadros musculares banales.

Presentamos dos casos en los que el tratamiento antipsicótico ha sido el sospechoso de provocar este cuadro.

CASOS CLÍNICOS: Caso 1: Varón de 22 años diagnosticado de trastorno esquizofreniforme, en tratamiento con risperidona 25mg intramuscular (I.M.) cada 14 días desde hacía 2 años. Acudió a urgencias de dos hospitales por dolor de espalda, rigidez corporal, mínimo braceo a la marcha y retropulsión del eje corporal; diagnosticado de lumbalgia en ambos casos, fue tratado con analgésicos, calor local y miorrelajantes. Las radiografías realizadas fueron normales. Sin mejoría, acudió a su médico de cabecera quien le diagnosticó de cuadro distónico. Se trató con biperideno 2mg I.M. y tras 2 horas en la sala de espera se le dio de alta con notable mejoría de los síntomas. Se le pautó biperideno 4mg retard/día hasta ser visto por su psiquiatra de referencia, el cual confirmó el diagnóstico. Actualmente se mantiene asintomático con el mismo tratamiento antipsicótico.

Caso 2: Mujer de 71 años diagnosticada de trastorno bipolar, en tratamiento con olanzapina 2.5 mg/día desde hace 1 año aproximadamente. Tras aumentarle la dosis a 7.5mg/día, acudió a

urgencias del centro de salud por afectación del músculo esternocleidomastoideo, trapecio y esplenio, que le provocaba giro lateral del cuello, elevación de barbilla y hombro. Se administró biperideno 2mg I.M., posteriormente biperideno retard 4mg/24h 3 días, y reducción de la dosis de olanzapina a 5mg/día. Desde el episodio permanece asintomática con la última dosis prescrita. Se sopesaron las posibles enfermedades y tratamientos concomitantes de los pacientes descartando la existencia de causas alternativas.

Ambos casos fueron notificados al centro regional de Farmacovigilancia.

DISCUSIÓN: Aunque la causa más frecuente de afectación muscular en Atención Primaria son las contracturas por sobrecarga y la incidencia de distonías en los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos es menor que en los que reciben haloperidol, ante cuadros como los descritos debería incluirse siempre en el diagnóstico diferencial la posibilidad de estar ante una reacción adversa.

P419

SEGURIDAD EN FARMACOTERAPIA HOSPITALARIA: POSACONAZOL, ALTERNATIVA ORAL COSTE-EFECTIVA.

J. González López, A. Mosquera Torre, M. Tourís Lores, M. Rodríguez Cobos, E. López Montero, M. T. Chuclá Cuevas.

Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela.
 jgonlop3@yahoo.es

Objetivo: análisis de coste-efectividad de una alternativa oral (posaconazol) en profilaxis antifúngica en el paciente hematológico. **Material y Método:** estudio retrospectivo de 2 años de duración, sobre la utilización de posaconazol como profilaxis sobre el consumo de antifúngicos en una planta de hematología. Se calculó el coste en terapia antifúngica un año antes y después de la introducción del posaconazol como profilaxis. **Fuentes:** revisión de historias clínicas y programa de gestión de farmacia hospitalaria. **Variables estudiadas:** número de pacientes tratados, indicación, posología y desarrollo de infección fúngica posterior. Se recogieron datos de unidades consumidas de los distintos antifúngicos y coste de los tratamientos empleados durante el período a estudio.

Resultados: como resultado de la introducción de posaconazol en el protocolo de profilaxis de la planta de hematología, se administró posaconazol a 14 pacientes para 19 episodios. Se encontraron 9 episodios de profilaxis en pacientes receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) y 10 episodios de pacientes con leucemia mieloide aguda (LMA). En todos ellos la dosis empleada fue 200 mg cada 8 horas, vía oral.

De los 19 episodios, sólo 4 (21,1 %) pueden considerarse fallos de terapia profiláctica, con necesidad de tratamiento antifúngico posterior, siendo el tratamiento seleccionado anfotericina liposomal en monoterapia o asociada a caspofungina o voriconazol. Los 15 episodios restantes (78,9%) se resolvieron sin manifestación de infección fúngica, no precisándose tratamiento posterior, considerándose que la profilaxis resultó eficaz, evitándose el riesgo de complicaciones asociadas al tratamiento por vía intravenosa.

El coste total de la terapia antifúngica resultó en 507.435,55 € el primer año y 330.310,01 € el segundo. En el análisis por grupos se encontraron los siguientes resultados con respecto al total del consumo en terapia antifúngica anual (año 1/año 2): fluconazol oral (0,9/1,2) %, fluconazol intravenoso (0,5/0,8) %, anfotericina B liposomal y lipídica (18,9/36,7) %, caspofungina (64,5/37,4) %, voriconazol (15,2/9,1) % y posaconazol (0,0/14,8) %.

La disminución del consumo parece relacionarse con la disminución en el uso de caspofungina y voriconazol, 57,9 % y 14,1 % respectivamente, resultado de la menor incidencia de infección post-profilaxis.

Conclusiones: La introducción de posaconazol oral parece mejorar la profilaxis frente a infecciones fúngicas, disminuyendo costes y morbimortalidades asociadas al tratamiento por vía intravenosa. No obstante, con la experiencia, será necesario considerar otros aspectos no contemplados en este estudio, como la selección de cepas resistentes o la aparición de reacciones adversas que puedan limitar su utilización.

P420

SEGURIDAD EN LA DISPENSACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS INESPECÍFICAS

B. Menchén Viso, C. Folguera Olías.

Hospital Puerta de Hierro.
 belmenvi@hotmail.com

La Inmunoglobulina humana normal o inespecífica es un concentrado de Inmunoglobulinas (Ig) principalmente IgG, funcionalmente intactas, con un amplio espectro de anticuerpos frente a agentes infecciosos y con acción inmunomoduladora.

Este fármaco presenta efectos adversos potencialmente graves (aunque con baja frecuencia) como repentina caída de la presión sanguínea, anemia hemolítica, fallo renal agudo o reacciones tromboembólicas. Es además esencial la velocidad de administración del fármaco para evitar reacciones asociadas a la infusión.

Las distintas presentaciones comerciales varían en su concentración de Ig A y en la presencia de sacarosa como excipiente. La elección del tipo de Ig y la dosis va a depender del paciente y su patología.

Por todo esto se necesita una validación minuciosa de la prescripción antes de dispensar el medicamento y además instrucciones claras de administración. Para ello desde el Servicio de Farmacia hemos desarrollado un protocolo de validación y seguimiento de Igs, que sustituye a un formulario de control de dispensación que teníamos previamente.

OBJETIVOS: Desarrollo de un protocolo de validación y seguimiento de Igs humanas inespecíficas para aumentar la seguridad en el manejo de dichos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1º Se desarrolla un formulario de prescripción de Igs inespecíficas donde el médico debe rellenar: Nombre del paciente; Peso (las Ig se dosifican según Kg del paciente); Patología (La pauta depende de la enfermedad); Dosis; Creatinina y transaminasas (el tipo de Ig depende de la función renal y habrá que valorar la idoneidad del tratamiento según la función hepática y renal), presencia de Ac anti-IgA, DM. Este formulario se valida y si existe alguna discrepancia, se consulta con el médico responsable. 2º Se dispensa la medicación junto con una hoja de administración donde se indica la premedicación recomendada y la velocidad de administración del fármaco (según peso del paciente). 3º Seguimiento postadministración para detectar problemas que puedan surgir.

RESULTADOS: Previamente al desarrollo del protocolo sólo existía un control en la dispensación con un formulario con el que comprobábamos la indicación del fármaco y la dosis. Con el nuevo protocolo conseguimos validar la prescripción según la patología y características del paciente (peso, creatinina, transaminasas, Ac anti-IgA, DM), acompañamos la dispensación de instrucciones claras a enfermería sobre la administración y hacemos un seguimiento postadministración del paciente.

CONCLUSIÓN: Con este plan de mejora aumentamos la seguridad y calidad de los tratamientos basados en Igs humanas inespecíficas ya que muestran un perfil de Efectos adversos poco comunes pero graves.

P421

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES VULNERABLES EN HEMODIÁLISIS

V. Pérez Bañasco, J. M. Jover Casas.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.
 vicente.perez.sspa@juntadeandalucia.es

OBJETIVO: La seguridad es un elemento central en la política de mejora continua de la calidad. Algunos pacientes portan componentes especialmente incidentes en su seguridad (Vulnerables). Ello se agrava si se dan en patologías de agresividad continua como el tratamiento con hemodiálisis (HD).

MATERIAL Y METODO: En nuestras unidades de HD definimos efectos adversos (intrínsecos ó extrínsecos) que pueden alterar el normal desarrollo del proceso. Identificamos a dichos pacientes con objeto de una mayor vigilancia en dichos efectos adversos.

LOS PACIENTES SE IDENTIFICAN SEGÚN TENGAN: RIESGOS INTRÍNSECOS:

1.- Edad (mayor de 75 años)	1.- Tiene catéter venoso central
2.- Trastornos cognitivos	2.- Tiene Sonda urinaria
3.- Restricciones de movilidad	3.- Tiene Ostomía

- 4.- Déficit sensorial: oído, vista 4.- Vive solo
5.- Porta injerto renal 5.- Recibe Inmuno supresores
6.- Enfermedad infecto-contagiosa 6.- Recibe anti coagulación
7.- Diabético que trata con Insulina 7.- Necesita transfusión frecuente
8.- Proceso oncológico 8.- Tiene oxigenoterapia domicilio
9.- Padece EPOC 9.- Inmigrante/No entiende idioma
10.- Tiene episodios de disnea aguda 10.- Analfabeto
11.- Tiene hipotensiones frecuentes 11.- OTRO (especificar)

Son "VULNERABLES" los que presenten cualquiera de estos eventos. Dicha circunstancia queda ubicada en una Hoja de Vulnerabilidad, colocada en lugar preferente en la carpeta de HD, para que en cada sesión sea vista por el sanitario cuidador.

RESULTADOS: Estos pacientes pueden sufrir Eventos relacionados con su situación adversa. Hemos definido los eventos siguientes, todos relacionados con la política de Seguridad Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

EVENTOS a DESTACAR:

- 1.- Hace úlcera decúbito en el ingreso
- 2.- Hace neumotórax iatrogénico
- 3.- Presenta infección por la asistencia
- 4.- Sufre caída en la asistencia
- 5.- Presenta hematoma pos punción
- 6.- Pierde el Acceso vascular en la asistencia
- 7.- Hace Trombosis venosa profunda
- 8.- Hace reacción medicamentosa
- 9.- Ingreso (especificar si > 7 días)
- 10.- No toma medicación
- 11.- Otros

La existencia de estos eventos, o su repetición, obliga al análisis de las razones de lo ocurrido para proceder a su corrección si procede.

CONCLUSIONES:

- 1.- La patología prevalente puede asociarse a situaciones adversas previas que hacen más Vulnerables a los pacientes.
- 2.- Un plan de vigilancia de esa Vulnerabilidad es posible, aumentando la seguridad con ello.

P422

TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ISO22000:2005

B. Molero Pérez.

HOSPITAL BIDASOA -OSAKIDETZA
blanca.moleroperez@osakidetza.net

OBJETIVOS: El Servicio de Restauración del Hospital Bidasoa siempre ha trabajado para garantizar la seguridad alimentaria en dietas y/o productos suministrados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro Sistema de Gestión de la Inocuidad de los Alimentos está fundamentado en nuestro Sistema de Autocontrol.

Tiene 2 apartados esenciales:

- Sistema APPCC.
- Planes de Apoyo (Prerrequisitos).

Sistema APPCC: Sistema basado en la identificación, valoración y control de peligros microbiológicos, químicos y físicos para garantizar que los alimentos sean seguros al consumirlos.

- Definición de Diagramas de Flujo desde recepción de materia prima hasta entrega de dieta.
- Análisis de peligros por etapa.
- Establecer Acciones Preventivas (AAPP)
- Identificación Puntos de Control Críticos (PCC)
- Establecimiento de límites críticos para cada PCC
- Sistema de Vigilancia de PCC
- Establecer Acciones Correctivas (AACC)

Planes de Apoyo Aquellos procedimientos necesarios para la realización de productos inocuos:

- Plan de limpieza y desinfección: correcta limpieza y desinfección del material de cocina y equipos e instalaciones.
- Guía de buenas prácticas de manipulación.
- Plan de desratización, desinfección y desinsectación.
- Control de Alérgenos según procedimiento "menús para intolerancias y alergias".
- Control de proveedores.
- Planificación de la producción: planificar los productos a elaborar según procedimiento "menús para intolerancias y alergias".

- Trazabilidad y recuperación: reconstrucción del historial del alimento.
- Diseño y Mantenimiento de instalaciones y equipos.

RESULTADOS: Por ello, en el 2007 se elaboró y se implantó un Sistema de Gestión de la Inocuidad de los Alimentos basado en la norma ISO 22000:2005. Hemos sido la primera organización sanitaria en implantar esta certificación. CONCLUSIONES: Nos permite estar preparados ante una posible intoxicación alimentaria, detectando la procedencia y toda la producción afectada. Asegurándonos la trazabilidad tenemos un control "aguas arriba" - "aguas abajo".

Al tener implantado este Sistema en un Centro, mayor es su capacidad preventiva y correctiva en Seguridad Alimentaria.

Este Sistema nos ha permitido crear una filosofía de trabajo, estableciendo una fuerte ligazón entre el trabajo realizado y el beneficio ocasionado. El ser un Centro pionero en Seguridad Alimentaria ha supuesto un reforzamiento en la cadena de motivación del personal implicado.

En el Hospital la inocuidad de los alimentos es una parte integrante e indivisible dentro del concepto de seguridad del paciente.

P423

USEMOS BIEN LOS GUANTES

C. Pareja Molina.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
manuel.sanchez@able.es

Objetivos: De acuerdo con las normas recogidas en el Plan Nacional de Calidad, cuya estrategia nº 8.3 se refiere a la prevención de los factores de riesgo ambiental y a la adecuada higiene de las manos, se pretende conseguir:

Disminución de la incidencia de las infecciones nosocomiales en el HUMS.

Mejorar la utilización de los guantes en el hospital:

- Conocer los distintos tipos de guantes.
- Adecuar actividad y tipo de guante.
- Cambiar los guantes con cada actividad.

Lavado de manos según protocolo.

Material y métodos: Para captar la atención de todas las personas que trabajan en el hospital se ha diseñado un poster en forma de comic.

En la parte superior están los diferentes gérmenes marchando hacia el guante como si fuera una parada de autobus y todos se van subiendo al "autobus".

En la parte inferior el guante se lamenta y pide que lo cambien en el siguiente viaje.

Resultados: Publicación y exposición del poster en todas las unidades del hospital.

Implementación del protocolo del lavado de manos.

Medida de la tasa de incidencia tras el cumplimiento de los objetivos anteriores.

Conclusiones: El uso racional de los guantes evitaría la mayor parte de las infecciones nosocomiales. Para ello se ha diseñado un protocolo y un poster del uso adecuado del guante.

Se divulgará e implantará en todo el Hospital Miguel Servet, y la validación del uso adecuado del guante la dará la disminución de la tasa de incidencia de infección nosocomial.

P424

USO DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS: EFECTIVIDAD DE DOS INICIATIVAS PARA MEJORAR SU USO

R. M. Martínez García, M. A. Alonso Frías, M. C. Pérez García, R. Blázquez Garrido, C. Nicolás Lax, J. Alcaraz Martínez.

Hospital Morales Meseguer.
julian.alcaraz2@carm.es

Objetivo: Analizar la mejora de dos medidas adoptadas para mejorar el uso de soluciones hidroalcohólicas en nuestro hospital.

Material y método: En diciembre de 2007 tras conocer los resultados del consumo de soluciones alcohólicas para el lavado de manos, se pusieron en marcha en tres unidades de hospitalización de enfermería dos iniciativas diferentes para mejorar el consumo. En dos de ellas se dio una sesión monográfica a enfermería y posteriormente se realizó la siembra de la flora de las manos de los asistentes antes y después del lavado con solución hidroalcohólica y se mostró a los 3 días. En el tercer servicio se dio la charla, se mostraron los resultados

del cultivo y adicionalmente se mejoró la accesibilidad disponiendo un dispensador en cada reconocimiento.

Los resultados de consumo se compararon mediante gráficas de control.

Resultados: De las tres unidades de enfermería, en una de ellas no se han producido cambios de consumo, en otro se produjo un pequeño pico inicial y en la tercera, la que se mejoró también la accesibilidad, los consumos se triplicaron pasando de una media de 18 a 60.

Conclusiones: Se ha evidenciado un mayor consumo en el servicio donde la medida de sensibilización de profesionales se acompaña de una mejora en la accesibilidad.

P425

USO DEL CMBD COMO MEDICIÓN INDIRECTA DE LA VULNERABILIDAD DEL PACIENTE Y LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA Y SU EFECTO EN LA APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS

R. García Miguel, J. Aranaz Andrés, J. Vitaller Burillo *, J. J. Miralles Bueno, R. Limón Ramírez.

Universidad Miguel Hernández.

jmiralles@umh.es

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue ampliar la información que teníamos del Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS), con información contenida en el Conjunto mínimo básico de datos (CMBD), en cuanto al número de diagnósticos (como medición de la vulnerabilidad del paciente) y procedimientos que requerían cada uno de los pacientes a estudio (como medición de la instrumentalización de la asistencia) y la relación con la aparición del Efecto Adverso (EA). Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes dados de alta hospitalaria durante la segunda semana del mes de junio de 2005 (5.476 pacientes, 525 con EA), en 24 hospitales de ámbito nacional. Se recogió toda la información contenida en el CMBD de cada uno de los hospitales, para complementar la ya obtenida en el estudio ENEAS. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, correlaciones de Spearman y análisis estadísticos bivariantes.

Resultados; La mediana de diagnósticos por paciente fue de 3 y de procedimientos de 1, mientras que en pacientes con EA la mediana de diagnósticos fue de 5 y de procedimientos de 2. La correlación entre el número de diagnósticos y procedimientos fue significativa ($p < 0,001$), a mayor número de diagnósticos, mayor número de procedimientos y viceversa, tanto en pacientes con EA como en pacientes sin EA. El número de diagnóstico se relacionó de forma significativa con la aparición de EA ($p < 0,001$), al igual que el número de procedimientos ($p < 0,001$); a mayor cantidad de diagnósticos o procedimientos en un paciente, mayor probabilidad de sufrir un EA. Además el número de diagnósticos se relacionó de forma significativa con; el número de factores de riesgo intrínsecos, la edad del paciente, el sexo, el tipo de servicio y el tamaño del hospital. Mientras que el número de procedimientos se relacionó de forma significativa con; el tipo de servicio, el tamaño del hospital, el número de factores de riesgo extrínsecos y la gravedad del EA.

Conclusiones: Los datos recogidos en el CMBD se correlacionan de forma coherente con las características (del paciente y de la asistencia) recogidas en el ENEAS. El análisis realizado confirma que estas mediciones indirectas de vulnerabilidad e instrumentalización se relacionan con la incidencia de EA, de tal modo que cuanto mayor sea el número de diagnósticos y procedimientos, el riesgo de sufrir un EA aumenta. Además abre la puerta para estudiar de forma mas exhaustiva el CDMD, analizando por ejemplo los Grupos Relacionados de Diagnósticos, o la Categoría mayor Diagnóstica.

P426

VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

M. Gea, J. Ots, S. García, C. Nofuentes, M. Ricci*, J. Aranaz.

Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.

gea_mte@gva.es

Objetivos: La vigilancia de la infección nosocomial es uno de los principales indicadores de calidad de nuestros hospitales.

Nuestro objetivo es conocer la incidencia de la infección nosocomial y los factores asociados a su aparición; así como la comparación con resultados de otros años en el servicio de cirugía y con los estándares publicados.

Metodología: Cohortes prospectivas durante 12 meses. Se realizó una revisión diaria de la Historia Clínica, de los procedimientos apendicectomía, colecistectomía, herniorrafia y colectomía. La información se complementaba con los resultados de aislamientos de Microbiología y la visita a planta. La infección nosocomial se definió según Criterios diagnósticos de CDC.

Resultados: La incidencia de pacientes con infección nosocomial ha sido 4,6%, siendo la incidencia de infección en el sitio quirúrgico 3,7% y la del sitio quirúrgico en cirugía limpia 1,2%.

El 64% del total de las infecciones nosocomiales han sido infecciones de herida quirúrgica.

La incidencia de infecciones de otras localizaciones ha sido para la infección respiratoria de 0,4% y para la bacteriemia relacionada con catéter de 0,4%.

En el 88% la profilaxis perioperatoria realizada ha sido adecuada.

La presencia de infección nosocomial multiplica por tres la estancia de los pacientes sin infección, a costa principalmente de la estancia postquirúrgica.

Los factores de riesgo que tienen una asociación estadísticamente significativa con la aparición de infección en el sitio quirúrgico han sido: presencia de neoplasia, EPOC, factores intrínseco, extrínseco, profilaxis adecuada, riesgo quirúrgico, procedimiento, grado de contaminación e índice de NNIS.

Conclusiones: Los indicadores de infección global, del sitio quirúrgico y de ésta en cirugía limpia se encuentran por debajo de los estándares.

Los indicadores de profilaxis se encuentran por debajo de los estándares.

La tendencia comparando los resultados con años anteriores es claramente descendente.

Los resultados obtenidos nos lleva a considerar que el paciente tipo de los seguidos es de bajo riesgo (riesgo base leve, sano o enfermedad crónica sin limitación, sin FRI), si no se informa de comorbilidades o factores de riesgo el case-mix es de menos complejidad del real atendido.

Es necesario continuar mejorando el sistema de vigilancia prestando atención a los puntos en los que sospechamos falta de idoneidad (infradeclaración de infecciones, sesgos por incorrecta clasificación en variables determinantes para determinar el riesgo).

P427

¿ESTA GARANTIZADA LA CALIDAD FORMAL DE LOS INFORMES DE ALTA?

J. E. Calle Urra, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrián, F. J. Navarro Moya, A. Más Castillo, A. Gutiérrez Alonso.

Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

josee.calle@carm.es

OBJETIVOS: Una Orden del Ministerio de Sanidad de 1984 (OM 1984) establece los requisitos mínimos que los informes de alta hospitalaria (IAH) deben cumplir. En la Región de Murcia el proyecto Selene tiene entre sus objetivos la implantación de un modelo de IAH unificado, acorde con los requisitos de la citada Orden, en todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS).

El propósito de este trabajo es, investigar si los hospitales conocen el nivel de calidad formal de sus IAH, identificar la metodología utilizada para ello y valorar el impacto del proyecto Selene en relación con la consecución del objetivo mencionado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó, en 2007, una encuesta telefónica a los responsables del IAH en cada uno de los 10 hospitales del SMS. Se investigó acerca de la existencia de estudios de calidad previos, la fuente utilizada para la elaboración de los criterios de calidad y el grado de implantación y principales características del IAH de Selene.

RESULTADOS: Había 3 hospitales (30%) que no habían realizado ningún estudio de calidad del IAH en toda la historia del centro y otro en el que el último llevado a cabo tenía ya 15 años. Todas las evaluaciones habían utilizado criterios de calidad extraídos a partir de los apartados de la OM 1984.

La implantación del IAH de Selene era desigual e iba desde el 100% de dos de los hospitales al 0% en otro. En los centros con menor grado de implantación, existía una amplia variabilidad en el número de IAH distintos utilizados, siendo común la existencia de un modelo propio para cada servicio, e incluso había algunos donde coexistían varios tipos de IAH distintos.

En cuanto al modelo de IAH de Selene, se observó que tan sólo la parte correspondiente a los datos administrativos era fija, dado que la relacionada con los datos clínicos estaba siendo modificada por cada servicio para adaptarla a sus necesidades.

CONCLUSIONES: La inexistencia de estudios de calidad en parte de los centros, así como el tiempo transcurrido en relación con algunos de los llevados a cabo, impide afirmar que la calidad formal del IAH este garantizada.

Se observa una amplia variabilidad entre hospitales en el grado de implantación del IAH de Selene. Las diferencias en la recogida de los datos clínicos podrían dar lugar en un futuro a una situación similar a la de partida, es decir, diferentes IAH para cada servicio.

P428

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO

E. Dorca Badia, O. Monclús Pagès, J. González Iglesias, R. Gotsens Vila.

HOSPITAL DE SANT CELONI, FP.

edorca@hsceloni.es

Objetivos: Análisis y valoración del proceso de cambio del sistema informático del hospital implantado el 1 de julio del 2.007.

Repercusiones del nuevo sistema sobre los resultados del proceso de acreditación EFQM.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la situación de los sistemas de información antes del cambio.

Descripción de la planificación y ejecución del proceso.

Registro de incidencias post-implantación.

Comparación del resultado de la autoevaluación previa al proceso de acreditación y del resultado obtenido en la evaluación externa.

Resultados: El análisis del proceso de implantación y las incidencias observadas ponen de manifiesto problemas relacionados con:

La adaptación de diferentes tipos de usuarios. Requerimiento de habilidades por la emergencia de nuevos usuarios no habituados al uso de equipos informáticos. Adaptación del personal asistencial a la historia clínica informatizada.

Las necesidades formativas elevadas por el grado de dependencia del sistema para la ejecución de la mayoría de tareas asistenciales.

La adecuación de espacios y adquisición de equipamiento.

El rediseño de procesos: adecuación de circuitos y protocolos al nuevo sistema y modificaciones en la distribución de tareas.

Conocimiento previo del funcionamiento del programa insuficiente.

Implantación de una versión con un desarrollo muy por debajo de sus posibilidades reales.

Las mejoras que se pueden evidenciar son:

Centralización de toda la información: acceso a la historia y estaciones clínicas desde cualquier sitio de trabajo.

Legibilidad.

Registro de la trazabilidad de las actividades.

Disminución de errores de transcripción de medicación.

Actualización automática y a tiempo real de la información relacionada con las actuaciones realizadas al paciente.

Mejoras en los registros administrativos y clínicos.

Incidencia de todo lo anterior en el proceso de acreditación.

Mejora en la seguridad de manejo de la historia clínica (Ley de Protección de Datos).

Conclusiones: Las carencias formativas han supuesto un porcentaje elevado de los problemas. No ha habido la suficiente planificación y concreción en el rediseño de procesos. El rediseño debe hacerse partiendo de un abordaje multidisciplinar y teniendo en cuenta todos los perfiles. El proceso de acreditación ha puesto de manifiesto múltiples ventajas del sistema.

P429

ANÁLISIS DE LAS PALABRAS CLAVE UTILIZADAS EN LA REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL

P. Nieto Martínez, R. Gomis Cebrián, A. Más Castillo, H. Hukelová, P. Parra Hidalgo.

Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

pilar.nieto@carm.es

El vocabulario estructurado DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), creado en el año 1987 por BIREME (Centro Especializado de la Organización Panamericana de Salud) y desarrollado a partir del

tesauro de MEDLINE, MeSH (Medical Subject Headings), tiene como finalidad servir de lenguaje único y componente integrador para la indexación y recuperación de información en la Biblioteca Virtual de Salud.

OBJETIVO: Analizar la validez de las palabras clave utilizadas en los artículos de la Revista de Calidad Asistencial durante los años 2006 y 2007 basándose en el lenguaje estructurado DeCS.

MATERIAL Y MÉTODO: A través de consultas simples por palabra y de los índices alfabético y permutado del tesauro DeCS se ha evaluado la validez de los vocablos utilizados. Usando la propia estructura del lenguaje normalizado DeCS se ha realizado la clasificación de los términos en "Descriptor DeCS", "Término sinónimo" y "Calificador". Además se ha llevado a cabo una organización de los descriptores permitidos según la categoría DeCS a la que pertenecen. El análisis se ha realizado sobre la totalidad de artículos con palabras clave, 42 publicados en el año 2006 y 44 del año 2007.

RESULTADOS: Se han identificado 238 términos, con un total de 318 apariciones en los 86 artículos analizados, siendo la media de palabras clave por artículo de 3,69. El 31,45% de los términos se corresponden con la clase "Descriptor DeCS", el 9,75% son "Términos sinónimos" y el 1,89% han sido identificados como "Calificadores". El resto (56,92%), son conceptos que no pertenecen al vocabulario estructurado DeCS. Por otro lado, del total de descriptores permitidos, la categoría que más términos agrupa es "Atención de salud" con un 21,34%, seguida de "Salud pública" con un 17,68% y de "Técnicas y equipos" con un 11,59%.

CONCLUSIONES: Existe un alto porcentaje de términos utilizados por los autores que no cumplen los requisitos de los descriptores del vocabulario DeCS. La correcta indexación de los artículos es el procedimiento fundamental para la recuperación pertinente de los mismos. Los autores tienen a su alcance, en los lenguajes normalizados, una herramienta sencilla y eficaz de identificación y selección de descriptores adecuados. Por su parte, la Revista de Calidad Asistencial debe requerir y fomentar el uso de descriptores válidos, como parte esencial de la calidad exigida a los artículos científicos.

P430

ANÁLISIS DEL COSTE DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIGITALIZACIÓN DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y RETORNO DE LA INVERSIÓN

M. Sans Blanco*, M.M. Fernández, C. Solduga.

SCIAS HOSPITAL DE BARCELONA.

contabilidad@sciasbdb.com

Objetivo: Incorporación en la historia clínica electrónica (HCE) de las imágenes diagnósticas de radiología y exploraciones complementarias. Análisis del coste y retorno de la inversión.

Método: Integración del sistema de información hospitalario (HIS) y del sistema de información de radiología (RIS) de tal forma que las imágenes obtenidas a partir de los diversos aparatos o modalidades del servicio de radiodiagnóstico y de exploraciones complementarias se incorporan a la HCE.

En febrero de 2004 se aprobó la digitalización con un cronograma que finalizaba en fecha 30 de septiembre de 2005. En 2007 está perfectamente implantado y los resultados son altamente satisfactorios.

Mediante la contabilidad analítica del centro, se comparan los costes del periodo anterior a la implantación del sistema con los del periodo posterior incluyendo la amortización de la inversión.

Resultados: El gasto anual en material de radiodiagnóstico (contrastes radiológicos, placas y películas radiológicas) y mantenimiento de los equipos de revelado, comparado con los nuevos gastos incurridos con el nuevo sistema (licencias de software, amortización y mantenimiento de hardware) hace que el retorno de la inversión inicial se produzca a los siete años de funcionamiento.

La imagen digitalizada ofrece ventajas para el profesional: se conservan para siempre a disposición del paciente, del profesional o de otros centros, facilidad de interconsulta con otros profesionales; permite al radiólogo el diagnóstico a distancia y la disponibilidad de imágenes previas que facilitan la comparación y por tanto la precisión en el diagnóstico; menor dosis de irradiación al paciente, evita la repetición de exploraciones, mejora la calidad de la imagen de los portátiles, especialmente relevante para los enfermos de UCI,

neonatología y quirófano; para el centro hospitalario por la mayor duración de los tubos de rayos X, evita la pérdida de documentación gráfica, disponibilidad inmediata de la exploración, ahorro de metros lineales y de personal de archivo de historias clínicas.

Conclusiones: La implantación de las tecnologías de la información suponen una inversión que, en nuestro caso se recupera en siete años, y que se acompaña de importantes mejoras cualitativas para el paciente, los profesionales y la institución.

P431**APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y EFECTOS (AMFE) AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN**

M. Latorre*, J. A. San Sebastián, I. Bilbao, A. M. Llamas, V. Sánchez, M. L. Del Valle.

UNIDAD DE CALIDAD. DIRECCIÓN MÉDICA. HOSPITAL DE CRUCES.

MIKEL.LATORREGUISASOLA@osakidetza.net

OBJETIVOS: Elaborar una aplicación informática de apoyo a la toma de decisiones clínicas en una consulta de estratificación del riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Crear el equipo de trabajo (multidisciplinar, que incluya clínicos, unidad de calidad y gestor de base de datos) 2. Descripción gráfica del proceso (identificando los subprocesos para realizar las pantallas; las entradas y las salidas del mismo); 4. Realizar una prueba piloto: tras la realización de la aplicación informática, introducir las variables y los coeficientes de evaluación del riesgo y 5. Analizar, Evaluar y Difundir los resultados.

RESULTADOS: 1. Se seleccionó el proyecto SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) debido a su importancia y la prevalencia de la patología cardiovascular en nuestra comunidad; 2. El equipo se constituyó con once personas (dos especialistas de medicina interna y dos miembros de la Unidad de Calidad; 3. Se describió el diagrama de flujo con la secuencia de la asistencia a los pacientes de la consulta de estratificación del riesgo; 4. Se incluyeron los valores de las variables predictoras y las salidas gráficas de la evaluación del riesgo.

CONCLUSIONES: 1. La aplicación desarrollada facilita el cálculo del riesgo cardiovascular y la toma de decisiones en base a datos registrados de los pacientes; 2. Permite introducir variables de decisión y orientación de conductas preventivas de manera sencilla en la consulta.

P432**ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS: ¿A QUIÉN INFORMAMOS Y DE QUÉ?**

E. Izquierdo García, Á. Fernández Ferreiro, M. Campo Angora, J. M. Ferrari Piquero, A. Herreros De Tejada.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

elsimiris@hotmail.com

Objetivos: Detectar y atender a los pacientes externos que acuden por primera vez al Servicio de Farmacia y no han recibido información previa sobre aquellos medicamentos recogidos en el Servicio y que requieren una especial explicación o entrenamiento para su administración.

Material y métodos Entre todos los pacientes atendidos (de 1 a 30 de abril de 2008) en el Área de Dispensación a Pacientes Externos del Servicio de Farmacia, se seleccionaron aquellos pacientes nuevos que no habían sido informados previamente, que tenían prescritos medicamentos por vía subcutánea (jeringas o plumas precargadas) y que fueran a administrarse la medicación por sí mismos o con la ayuda de algún familiar.

Se consideró que la información contenida en el prospecto de los medicamentos era insuficiente y, por ello, se elaboraron folletos informativos que contenían de forma más detallada normas para la correcta administración.

Resultados: Durante el mes del estudio, se dispensaron medicamentos a 3570 pacientes externos, de los cuales 657 pacientes, acudieron al Servicio de Farmacia por primera vez.

De estos nuevos pacientes, habían recibido información previa sobre su tratamiento los pacientes con: infección por VIH, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, retraso en el crecimiento y fibrosis quística.

Los pacientes nuevos que no habían recibido información previa y que tenían prescrita medicación por vía subcutánea, fueron:

- 131 pacientes con anemia secundaria a insuficiencia renal tratados con eritropoyetina en jeringa precargada o darbepoetina en pluma o en jeringa (30% informados en el Servicio de Farmacia).
- 59 pacientes con anemia postquimioterapia tratados con eritropoyetina en jeringa precargada o darbepoetina en pluma o en jeringa (20% informados).
- 57 pacientes con neutropenia asociada a quimioterapia, tratados con factores estimulantes de colonias (15% informados).
- 21 pacientes con hepatitis C tratados con interferón pegilado (50% informados).

Ha de tenerse en cuenta que no se facilitó información a los pacientes que tenían intención de acudir a un centro de salud o al hospital de día para que se les administrara la medicación, ni a los que acudieron al Servicio de Farmacia en horario de tarde. Conclusiones.

El Servicio de Farmacia debe centrarse en proporcionar información sobre medicamentos a aquellos pacientes externos que tienen una mayor necesidad, obviando aquellos otros que ya la hayan recibido en la consulta.

La selección de los grupos de pacientes susceptibles de recibir información y del tipo de información a aportar, permitiría una mayor eficiencia en la atención farmacéutica a pacientes externos.

P433**CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRESTADA POR EL DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA**

F. J. Cayuela Verdú.

Fundación Hospital, Cieza.

franciscoj.cayuela@Carm.es

OBJETIVOS: Desde el año 1999, todas las incidencias informáticas producidas en cualquier departamento del hospital han sido comunicadas mediante la realización de un parte de trabajo en formato papel.

En el año 2007, el departamento de Informática, a petición de la dirección de Gestión del centro, se planteó el desarrollo de una herramienta informática con el objetivo de controlar las solicitudes de trabajo que se realizan al departamento, ayudar a la organización interna y distribución de tareas del departamento y así poder evaluar la calidad del servicio prestado.

METODOLOGÍA:

1. Viabilidad del proyecto.
2. Análisis y diseño del software necesario.
3. Desarrollo del software.
4. Despliegue del software en todos los servicios. Esto permite que cualquier usuario autorizado tenga acceso a solicitar un trabajo al departamento de informática.
5. Definición de 5 indicadores que miden la calidad del trabajo realizado: servicios que demandan la asistencia, qué tipo de asistencia demandan, con qué urgencia, nº de partes resueltos, peticiones imposibles, urgencia con la que se demandan, tiempo en resolverlo.

RESULTADOS: Durante el primer trimestre de 2007 se diseñó y desarrolló el software. Éste almacena una gran base de datos con la información de cada parte de trabajo, su evolución, fechas de solicitud y resolución y forma de hacerlo, quedando constancia tanto para el usuario como para el departamento de informática. Se puede acceder a estos datos con una batería de filtros de información que proporcionan datos estadísticos según la necesidad en cada momento.

En Marzo de 2007 se realizó el despliegue e implantación en todos los servicios del hospital.

Indicador 1 partes por servicio servicios que demandan asistencia.; 2 Tipo de asistencia: partes de solicitud de software, partes de avería: 3 nº de partes urgentes demorados, 5 peticiones imposibles.

CONCLUSIONES:

Con la implantación del software, la F.H.C. asegura un servicio de calidad percibiendo mayor:

- Accesibilidad del usuario.
- Mejorar los canales de comunicación entre los usuarios y el departamento.
- Registro de incidencias y datos complementarios.
- Explotación de la información y evaluación de los indicadores de calidad.

P434

CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNICACIONES EN CONGRESOS CIENTÍFICOS COMO MONITORIZACIÓN DE ACTIVIDAD.

V. León Muñoz.

Fundación Hospital, Cieza.
vleonmd@gmail.com

Objetivo: El análisis de las características de las comunicaciones presentadas en los Congresos Científicos es una forma de monitorizar la actividad asistencial e investigadora de los diferentes Centros Hospitalarios.

Material y método: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. **Muestreo y definición de caso:** sistemático, todas las comunicaciones admitidas al Congreso Nacional de la Sociedad Española de la Rodilla (SEROD) en sus ediciones XIX, XX, XXII, XXIII, XXV y XXVI. Se ha empleado como fuente de datos los libros de resúmenes con la publicación de los resúmenes admitidos en las mencionadas ediciones. Se han tabulado los datos correspondientes a 14 variables. **Procesamiento estadístico:** paquete SPSS 15.0 para Windows®.

Resultados: Número de resúmenes analizados: 562, de los que un 52,8% corresponden a formato comunicación oral (CO) y un 47,2% a cartel científico (CC). Número medio global de autores por comunicación: 4,97 (DE 1,696) y rango 1-11. Número medio de autores en CO: 4,72 (DE 1, 772) y rango 1-11 y en CC: 5,24 (DE 1,567) y rango 2-10. Provincias con mayor participación global en las ediciones analizadas: Barcelona 31,5%, Zaragoza 11,4%, Madrid 9,2%, Málaga 6,8%, Murcia 5,5% y Asturias 4,4%. Temas más frecuentemente abordados: Resultados de artroplastias parciales (APR) y totales (ATR) de sustitución de rodilla 14,9%, complicaciones de APR y ATR 11,4% y recambios de APR o ATR 10,1%. Fracturas, luxaciones y sus complicaciones 13,2%. Miscelánea (tumores, tenopatías y lesiones condrales) 20,8%. Otros temas obtienen porcentajes inferiores. **Método empleado para el estudio:** Retrospectivo 45,2%, prospectivo 10,7%, experimental 3,2%, descripción de caso clínico o técnica 37,9% y no especificado ni determinable 3%. **Nacionalidad de los autores:** españoles 97,2% y extranjeros 2,8%. Referencia expresa en el resumen del estudio estadístico descriptivo 44,5% y 12,3% del analítico. Mención de las escalas de medición empleadas en el 32% de los resúmenes y en un 10% de ellos mención expresa de las referencias bibliográficas. Resumen adecuado al estándar subjetivo de los autores: 82,4% e inadecuado 17,6%.

Conclusiones: El tema global sobre el que se comunica con mayor frecuencia está relacionado con la cirugía sustitutiva de rodilla. Las comunicaciones en formato oral se basan, fundamentalmente, en trabajos retrospectivos descriptivos y las expresadas en formato de cartel científico en descripciones de casos clínicos o técnicas y existe un índice elevado (superior al 80%) de adecuación de los resúmenes remitidos como síntesis de la comunicación.

P435

CICLO DE MEJORA APLICADO A LOS CIRCUITOS DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Vicente Hernández, T. Merino Marín, E. Nebreda Urdiales, S. López Victoriano, O. Rodríguez Revilla, P. Martín Mateos.

Gerencia Área 8 Atención Primaria.
cvicente.gapm08@salud.madrid.org

Objetivo: Describir la puesta en marcha de un nuevo sistema de información inter y extra departamental, que evite la duplicación de documentos en formato papel y el doble archivo y mejore los tiempos de recepción de la información.

Material y métodos: Ante la necesidad de mejora de los circuitos de comunicación de la información se crea un grupo de trabajo interdepartamental que describió el circuito existente, hizo un análisis de puntos débiles y priorización de áreas de mejora, elaborando un nuevo circuito, que incorporaba las nuevas propuestas.

Resultados: La Unidad de Secretaría de Dirección receptiona el correo de entrada, le da registro de entrada en el Programa E-REG y se convierte en formato electrónico.

Una vez revisado el correo se posiciona en las carpetas creadas al efecto en el servidor común. El directorio de correo tiene una entrada general, y otra por departamentos. Cada usuario tiene un nivel

determinado de acceso y el personal de secretaría responsable del proceso no tiene restringido el acceso.

Cada usuario debe tener acceso a su carpeta, revisar diariamente su contenido y valorar el destino final de la información. El documento original en formato papel tendrá como destinatario la Unidad o Departamento que corresponda.

Conclusiones: La implantación de un sistema de transmisión de la información basado en un soporte electrónico mejora la comunicación entre departamentos, pudiendo disminuir las cargas de trabajo, los tiempos de recepción de la información y el consumo de material fungible con un buen grado de aceptación por parte de los destinatarios.

P436

CONTRIBUCIÓN A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LA HCI-E DESDE EL GRUPO DE SOPORTE FUNCIONAL

E. Manso Montes (0), A. Muruzabal Martínez (0), F. Irigoyen Iturri (0), J. Martínez De Estíbariz Ochagavía (1), S. Sierro Petrerena (0), C. Ibáñez Amatriain (0).

(0) Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, (1) Gobierno de Navarra.
gshclini@cfnavarra.es

El programa de Historia Clínica Informatizada (HCI-E) del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea cuenta con las medidas definidas por la organización para garantizar su seguridad, pero si los usuarios no utilizan bien sus claves sin asumir su responsabilidad sobre ellas, la tecnología no será capaz de garantizar la seguridad.

Asimismo, una mala gestión de los usuarios abre una puerta a los accesos indebidos y contribuyen a que el sistema no sea seguro.

En la actualidad hay alrededor de 6000 usuarios de la aplicación HCI-E, la media de accesos diarios es de 6900.

Objetivo: El Grupo de Soporte de HCI-E, con funciones de administrador del programa de gestión de usuarios y resolución de dudas funcionales de los usuarios, planteó la necesidad de emprender acciones para mejorar la seguridad:

- Garantizar la confidencialidad de claves de acceso.
- Contribuir a la seguridad mejorando el sistema de gestión de usuarios.
- Formar e informar a los usuarios en temas de seguridad.

Material y métodos: Identificación de usuarios. Actualmente el sistema de autenticación de la HCI-E es por medio de una contraseña secreta elegida por el usuario. Acciones emprendidas para mejorar este área:

- Clave: obligación de cambio de clave periódicamente.
- Bloqueo automático de la aplicación.
- Un solo usuario conectado con una clave.
- No se asignan claves genéricas.
- Los documentos que se imprimen contienen información relativa a la fecha, estación, usuario y número de historia.

Gestión de usuarios. Se han trabajado en los siguientes aspectos:

- Relacionar el programa de usuarios con el programa de personal para asegurar la actualización de usuarios.
- Definición de tipos y perfiles de usuarios.

Información a los usuarios sobre:

- Auditorías de acceso, confidencialidad y custodia de la clave.
- Consecuencias derivadas del mal uso de la información y de la contraseña.

Resultados y conclusión:

- Existe un gran desconocimiento por parte de los usuarios sobre cuestiones de seguridad.
- Las acciones emprendidas han aumentado la sensibilización y preocupación de los usuarios sobre la confidencialidad.
- La formación e información de los usuarios de las aplicaciones informáticas sobre temas de seguridad y confidencialidad es un punto fundamental en la implantación.
- La administración de gestión de usuarios debe estar centralizada.
- La definición de tipos y perfiles de usuario mejoran el uso y la seguridad de la aplicación.

P437

CREACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA EL REGISTRO DE ERRORES EN EL SERVICIO DE EXTRACCIONES DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

N. Llorens Nuñez, E. Olmedo Pujol, O. Doblado López, A. Ibiricu Barro.

ÁREA BÁSICA DE SALUD CAMBRILS.
 odoblado@grupsagessa.com

OBJETIVOS:

-Determinar que tipo de errores suelen ser más frecuentes en el servicio de extracciones.

-Diseñar un programa informático para el registro de los errores ocurridos para facilitar su detección y plantear soluciones de mejora.

MÉTODOS: En el año 2008, se diseña un programa informático utilizando Access 2003 y lenguaje de programación Visual Basic para Access para la recogida de errores encontrados en el servicio de extracciones. Este programa se debe actualizar diariamente por la auxiliar de clínica responsable del servicio. Mensualmente se realiza una monitorización de los errores ocurridos.

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los errores de extracciones registrados en papel hasta la implantación del nuevo sistema de recogida informatizado.

Variables estudiadas: Numero de errores, año en el que ocurre el error y tipo de error.

Se extraen los datos de los registros en papel archivados en una carpeta ubicada en la sala de extracciones.

RESULTADOS: Los errores registrados en papel desde 2005 hasta 2007 fueron un total de 58, distribuidos por años fueron: 10 en 2005, 35 en 2006 y 13 en 2007. En 2008, una vez creado y instalado el programa se registraron informativamente 19. Los errores más frecuentes son en un 43% los tubos no preparados antes de la realización de la extracción, le sigue con un 40% la falta de recogida de muestra como puede ser orina, coprocultivo ... etc, y en un 8% los tubos llegan al laboratorio coagulados o mal nivelados.

CONCLUSIONES: El registro en papel no asegura un registro real de los errores ocurridos ya que encontramos mucha diferencia de errores ocurridos de un año a otro.

La creación de un programa informatizado específico para el registro de errores del servicio de extracciones, la responsabilidad de la actualización diaria de los datos y su monitorización mensual nos permite tener un control más eficaz de los errores ocurridos ya que nos facilita su consulta y así la rápida detección de errores muy frecuentes que deben ser estudiados para plantear soluciones.

P438

CRIBADO NEONATAL EN EL H.U. MIGUEL SERVET: INDICADORES DE CALIDAD

L. Rello Varas, Y. González Irazábal, S. García Castañón, E. García González, B. García Rodríguez, A. B. Lasierra Monclús.

H.U. MIGUEL SERVET.
 lrello@salud.aragon.es

OBJETIVOS: La Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón nos ha solicitado que se implementen unos indicadores de calidad del programa de cribado neonatal que se realiza en nuestro Hospital. Estos indicadores suelen expresar, por una parte, el rendimiento diagnóstico de las pruebas (% de repeticiones, % falsos positivos, etc) y por otra parte, la agilidad de la organización del cribado (demora entre distintos tiempos: nacimiento, extracción, recepción de la muestra, informe, derivación al pediatra).

MATERIAL Y MÉTODOS: Todos los datos necesarios para calcular los indicadores de calidad se deben introducir en el sistema informático de una manera uniforme. Se exportaron a excel y se realizó una macro que permite obtener los indicadores de calidad, siempre que se desee, para el periodo de tiempo especificado.

RESULTADOS: Los valores de los indicadores de calidad solicitados en los dos primeros meses de 2008 son:

Nº de primeras muestras recibidas: 1730.

Nº de repeticiones: para la fenilalanina: 123 (7.1%), para la TSH: 3 (0.2%) y para la 17-OH progesterona: 130 (7.5%).

Nº de niños derivados al pediatra (tras 1ª muestra o tras repetición): para control de fenilalanina 13 (0.75%), de TSH: 0 y de 17-OH progesterona: 15 (0.86%).

Demora media entre fecha de nacimiento y extracción: en 1ª muestra: 3 días y en repeticiones: 18 días.

Demora media entre fecha de extracción y recepción: 1 día.

Demora media entre fecha de recepción e informe: 5 días.

Demora media entre fecha de nacimiento e informe: en 1ª muestra: 9 días y en repeticiones: 24 días.

CONCLUSIONES: Los indicadores de calidad de un programa de cribado neonatal permiten comprobar la eficacia del mismo. En nuestro caso, los tiempos de respuesta del laboratorio resultan satisfactorios (5 días de media desde la recepción a la emisión del informe), pero se deberían acortar los tiempos de extracción en las repeticiones (media de 18 días). El rendimiento diagnóstico de las pruebas es algo peor, observándose un % elevado de repeticiones para la fenilalanina (7.1%) y 17-OH progesterona (7.5%). Estos datos han impulsado la evaluación de la calidad analítica de estas magnitudes y la modificación de los puntos de corte utilizados en nuestro laboratorio.

P439

DE LA ARTESANÍA INFORMÁTICA AL SISTEMA DE INFORMACIÓN: EVOLUCIONAR POR NECESIDAD

F. Díez Salvador, A. Sánchez Martínez De La Peña, N. De La Vega Pérez.

HOSPITAL FEBLES CAMPOS (TENERIFE).
 fdsalvador@ole.com

Objetivos: el objetivo de la presente comunicación es describir la evolución del sistema de información de una Unidad de Gestión de plazas residenciales y de estancia diurna para personas mayores dependientes de la isla de Tenerife.

Método: descripción del proceso de evolución.

El proceso de gestión de las solicitudes para acceso a plazas de mayores dependientes se realiza coordinadamente entre el Servicio de Admisiones y la Unidad de Valoración. A grandes rasgos el proceso es el siguiente: en el Servicio de Admisiones se recibe el expediente y se le da registro, en la Unidad de Valoración se valora y se barema, según un baremo dispuesto por ley, se elabora la lista de espera y se asignan las plazas libres; posteriormente en el Servicio de Admisiones se procede a la formalización de la asignación de la plaza.

Evolución del sistema de información.

Inicialmente tanto el registro como la valoración se hacían en papel, elaborándose la lista de espera periódicamente según se iban incorporando expedientes.

Posteriormente el Servicio de Admisiones utilizó una tabla de Excel® para el control del registro de expedientes y la Unidad de Valoración una herramienta para el cálculo del baremo legal basada en Access®. En un paso siguiente la Unidad de Valoración implementó la aplicación en Access®, debido al incremento en el volumen de expedientes, para tener un mejor control de los expedientes de solicitud y las listas de espera. Este sistema doble provocaba errores constantes.

Por último se elaboró una aplicación corporativa con el Departamento de Informática que unificó la información generada tanto en el Servicio de Admisiones como en la Unidad de Valoración, eliminando las múltiples duplicidades y errores de transmisión de la información, incorporándole también una solución ofimática para la generación automática de informes, listados y notificaciones internas y externas. El mayor problema a lo largo del proceso descrito fue volcar la información acumulada previamente a la nueva aplicación.

Resultado: ahora disponemos de una herramienta común que facilita el control de la información, con niveles de seguridad adecuados y que además se puede implementar para crear nuevas utilidades.

P440

Desarrollo de un gestor documental para el Sistema de Gestión de la Calidad

E. Gómez Felipe, L. Alfaro Cadenas, J. M. Mollá, M. Blanco, D. Burgueño Jérez, E. Badía.

Capio Sanidad.
 egf@capiosanidad.es

En la actualidad, la mayoría de los sistemas documentales de gestión de la calidad se realizan por procedimientos manuales utilizando soporte papel.

El procedimiento metodológico que aquí se propone cumple con el

objetivo de servir como guía para implementar sistemas documentales que cumplan con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2000 y pueda ser aplicado por los especialistas de calidad de calidad que se enfrenten a la compleja tarea de establecer un sistema de gestión documental en entorno web.

Objetivos:

1. Cumplir con los requisitos documentales requeridos por la Norma.
2. Dotar al grupo de un entorno Web que gestione la documentación de los diferentes sistemas de gestión por centro y que incluya a todos los niveles operativos.

Metodología: La metodología empleada se ha estructurado en cuatro etapas:

1. Determinar las necesidades documentales y alcance del sistema no incluido hasta ahora.
2. Diagnóstico la situación de la documentación de la organización (elaboración de guía) para ejecutar por centro.
3. Diseño, programación e implantación siguiendo calendario y cronograma.
4. Mantenimiento y mejora del sistema documental. Esta etapa tiene como mantener la adecuación del sistema a las necesidades de la organización a través de la mejora continua e incorporando nuevos aplicativos como por ejemplo la gestión y cuadro de mando de indicadores básicos y de centro. Entre las tareas definidas en esta etapa está la realización de auditoras internas documentales.

Resultados: Entre Noviembre 2007 y junio del 2008, se ha desarrollado e implantado la herramienta de gestión documental de la calidad en los 18 centros del Grupo Capio Sanidad; a través de una plataforma diseñado en SharePoint Designer 2007 hemos establecido una arquitectura documental organizada por procesos y que cumple con los requisitos establecido según Norma ISO 9001:2000. Es fácil e intuitiva para todos los usuarios por estar integrada en un entorno Windows.

Conclusiones:

La oportunidad e interés de ésta ponencia radica en la singularidad misma de los sistemas de gestión documentales de la calidad como plataforma productora de conocimiento a todos los niveles de una organización sanitaria. El capital intelectual y del conocimiento que se plasma es nuestros sistemas de gestión debe ser universalizado y dado a conocer a través de plataformas tecnológicas no sólo a los implicados en el sistema de gestión sino a todo el personal.

Palabras Clave: Sistema documental, Sistema de información, Gestión del conocimiento.

P441

SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS: FACTORES DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA

A. M. Muñoz Ureña, M. I. Reigadas López, J. Fontcuberta Martínez, M. C. Santiago García, R. L. Manrique Medina, M. A. Moreno Valero.

Consejería de Sanidad, Murcia.

ALFONSOM.MUNOS@CARM.ES

Introducción: La calidad asistencial se caracteriza por ser un concepto multidimensional coincidiendo en esta definición distintos autores. Sin embargo, no existe esta conformidad si tenemos en cuenta qué dimensiones la forman y qué peso tiene cada una de ellas en esta definición.

Objetivo: Conocer la relación existente entre las distintas dimensiones de la Encuesta Calidad Percibida y la satisfacción global manifestada por los pacientes de Atención Primaria Cartagena.

Materiales y Métodos: Tipo de estudio: Estudio Descriptivo Retrospectivo. Periodo de Estudio: año 2006.

Población: 19 Zonas Básicas de Salud. N= 100 personas. Tasa de Respuesta 49,15%.

Mediciones: Encuesta de Satisfacción Calidad Percibida (validada por el Programa EMCA de la Región de Murcia). 5 dimensiones estudiadas (Accesibilidad, Estructura y Organización, Competencia Profesional, Relación Interpersonal, Calidad Científico-Técnica) y variable de Satisfacción Global (pregunta única (con escala analógica de 1 a 10). Análisis descriptivo y frecuencias, medidas de asociación no paramétricas (Rho de Spearman).

Resultados: Coeficiente de correlación: 0,637 (Competencia profesional del facultativo con Satisfacción Global), 0,499 (Relación interpersonal del facultativo con Satisfacción Global), 0,652 (Calidad Científico Técnica del Personal de Apoyo con Satisfacción Global),

0,703 (Competencia profesional de todos los profesionales del EAP con Satisfacción Global). 0,685 (Relación Interpersonal Profesionales del EAP con Satisfacción Global). Todos estos resultados con $p < 0,05$). Conclusiones: La Competencia Profesional y La Relación Interpersonal del Facultativo, La Calidad Científico Técnica del Personal de Apoyo, la Competencia Profesional y la Relación Interpersonal de la totalidad del EAP con los pacientes repercuten de forma significativa en la Satisfacción Global de los pacientes.

La actividad y el buen hacer de los profesionales es lo que más repercute en la Calidad Percibida por nuestros pacientes.

La Accesibilidad y la Estructura y Organización son los dos factores de nuestro estudio que no presentan asociación estadística con la Satisfacción Global de nuestros pacientes.

P442

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA TRAMITAR Y ARCHIVAR LOS EXPEDIENTES DE SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS SIN RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTES

M. J. Polo* Herrador, F. J. Barril Molina, J. J. Sanz Del Oso, M. S. Vázquez Pérez, F. Escudero Batalla, Ó. Pascual Martínez.

Area 2 Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

mpolo.gapm02@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Diseñar, desarrollar e implantar un sistema que mejore el trabajo de la Unidad Periférica de Tramitación de Tarjeta Sanitaria (UPT).

Facilitar la tramitación al INSS de los expedientes de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos y el control, en cada momento, del estado de tramitación de los expedientes.

Asociar al registro de cada ciudadano incluido en la aplicación los ficheros digitalizados con la documentación aportada al solicitar el reconocimiento inicial y las renovaciones anuales, dando cumplimiento a la normativa que, en materia administrativa y de protección de datos, obliga a mantener un archivo organizado de sus expedientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha constituido un grupo de trabajo formado por profesionales del Departamento de Sistemas de Información (UPT e Informática entre otros).

Se han analizado las funciones requeridas y se ha diseñado y desarrollado un programa que garantiza el cumplimiento del procedimiento vigente en la Comunidad de Madrid (CM) para la tramitación del reconocimiento del derecho a este colectivo.

Los recursos materiales que se han precisado son: servidores, sistema alternativo de backup y scanner.

RESULTADOS: La aplicación diseñada permite:

- Obtención automática de los datos, a través del CIPA (Código de Identificación Personal Autonómico), del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la CM.
- Elaboración, en los modelos oficiales, de propuestas al INSS de reconocimiento o denegación del derecho a la Asistencia Sanitaria para los usuarios incluidos en la relación y de cartas de remisión de las mismas.
- Una vez que INSS ha reconocido o denegado el derecho, carga automática de la fecha de resolución en cada registro de usuario. En caso de denegación, emite cartas para el usuario y su Centro de Salud informándoles de su baja en el SIP.
- Asociación al registro del ciudadano de ficheros escaneados de los documentos que en cada momento presente.

CONCLUSIONES: Con la aplicación diseñada se da cumplimiento a la normativa y se va a obtener:

Disminución de errores en los datos demográficos de los usuarios incluidos en las resoluciones, al obtenerlos automáticamente del SIP. Tramitación del procedimiento de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria más ágil al estar automatizado una parte importante del mismo.

Mejora del control y conocimiento del estado de tramitación de los expedientes.

Localización instantánea de la información y expedientes de un usuario en caso de necesidad.

Solución al problema de espacio planteado por el archivo en formato papel.

P443

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CODIFICACION EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

M. J. Fernández Campos, A. Cabañas Martínez, A. Huerta Rroyo, J. Martínez Gómez, E. García Rodríguez, A. Colomer Rosas.
 SUMMA 112.

dirmed.summa@salud.madrid.org

OBJETIVO: Diseño e implantación en un Servicio de Urgencias extrahospitalario de un sistema de codificación que facilite un procedimiento común de recogida de datos aunando criterios que permita discriminar la gravedad de los pacientes, integrado en proceso de reestructuración de recogida de información orientado a mejorar actividad y calidad asistencial.

MATERIAL: Hoja clínico asistencial (HCA). CIE9. Comisión Documentación Clínica (CDC).

MÉTODO: CDC revisó 3.200 HCA, preseleccionó y codificó los procesos más prevalentes. Pilotaje en Centro Coordinador según información proporcionada desde la unidad asistencial, traduciendo en tiempo real a código CIE9 cada diagnóstico primario y secundario y los códigos de procedimiento, durante 4 meses. Revisión de la adecuación de los códigos preseleccionados a los procesos atendidos. Supervisión por expertos en codificación y sistemas técnicos informáticos. Implantación de la Codificación en todo el Servicio.

RESULTADOS:

Nº HC revisadas: 3.200.

Nº de llamadas cuyos problemas fueron codificados en el Centro Coordinador : 3.200.

Nº Patologías preseleccionadas: 1114.

Nº de problemas de salud/actividad codificados: 1407.

Agrupación de códigos en cuatro bloques diagnósticos y uno de enfermería:

1. Códigos de Diagnóstico, referentes a la enfermedad actual, que en la base informática se subdividieron en:

- Diagnóstico clínico: los que se pueden diagnosticar con los medios existentes.
- Diagnóstico sospecha: precisan pruebas complementarias pero son de alta sospecha.
- Sintomáticos: no aportan diagnóstico.

Si paciente tiene más de un diagnóstico se establece:

- Código principal: síntoma principal.
- Códigos secundarios: encaminado a indicar causa de enfermedad, o coexistente que influye en duración o tratamiento realizado.

2. Causas externas: suplementarios, informan de causas externas de lesiones y envenenamientos.

3. Código Antecedentes personales: factores que influyen en estado de salud, relevantes, relacionados o no con enfermedad o diagnóstico actual.

4. De procedimientos terapéutico.

5. De procedimientos enfermería.

Implantación de la Codificación: 100% del Servicio.

CONCLUSIONES: Los resultados del estudio evidencian la necesidad de revisión de los sistemas de codificación en patología urgente extrahospitalaria para adecuarlo a la realidad asistencial.

Se evidencia en los meses subsiguientes a su implantación un notable incremento en la codificación por parte de los profesionales lo que interpretamos como la adecuación de los sistemas de codificación a la realidad asistencial es una herramienta que mejora la codificación de los problemas de salud y a través de ello la generación de conocimiento y mejora asistencial. Es preciso avanzar en la compatibilización con los sistemas de codificación hospitalarios para una validación de nuestro propio sistema.

P444

EL REGISTRO DE HEMOPATÍAS DE LA COMUNIDAD DE ARAGÓN COMO FUENTE DE INFORMACIÓN PARA DETECCIÓN DE HEMOPATÍAS EMERGENTES

M. E. Franco García* (0), L. Palomera (1), J. Serena (2), N. González (3), M. Perella (4), P. Giraldo (5).

(0) Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, (1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, (2) Hospital San Jorge de Huesca, (3) Hospital Obispo Polanco de Teruel, (4) Hospital de Barbastro, (5) Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

mefrancog@salud.aragon.es

Objetivos: Conocer, desde el Registro de Hemopatías Primarias de la Comunidad de Aragón (RHPCA), si hay modificaciones del perfil de nuevos diagnósticos de hemopatías primarias (HP) en los últimos años.

Material-métodos: Entre los sistemas de información, los registros constituyen una herramienta útil para contener información sistemática, uniforme y exhaustiva con una determinada finalidad.

El RHPCA es un registro de base hospitalaria, iniciado en enero 1998, activo, que incluye los nuevos diagnósticos de HP de hospitales públicos de Aragón; ubicado en la Fundación para el Estudio de la Hematología y Hemoterapia en Aragón (FEHHA), accesible on line (www.fehha.org) desde los Servicios de Hematología (clave de acceso); base de datos anónima que cumple los requisitos legales; recoge datos demográficos y diagnósticos según clasificación OMS modificada; el tratamiento estadístico y epidemiológico lo realiza un equipo de hematólogos y epidemiólogos.

Comparamos los nuevos casos diagnosticados de HP entre enero 1998, diciembre 2002 vs enero 2003, diciembre 2006. Agrupamos las HP en clonales / no clonales, y por grandes grupos sindrómicos.

Resultados: Enero 1998, diciembre 2002: registramos 5616 HP (2118 hemopatías no clonales, 3498 clonales).

- HP no clonales: edad media 47,01 años (1-102); 994 varones, mujeres 1124; rural 680, urbanos 1438.

- HP clonales: edad media 65,26 años (1-99), >60 años 72,85%; 1990 varones, mujeres 1508; rurales 1265, urbanos 2233.

- HP no clonales: talasemias 23,53%, PTI 18,45%, anemias megaloblásticas 13,14%, hemocromatosis 11,19%, coagulopatías congénitas 11,18%, otras eritropatías 9,80%.

- HP clonales: SMPc 8,84%, GMSI 26,18%, MM 11,63%, SMD 11,68%, LA 8,16%, LLC 10,16%, EH 3,57%, LNH 18,95%.

Enero 2003, diciembre 2006: registramos 4320 HP (1775 hemopatías no clonales, 2545 clonales).

- HP no clonales: edad media 46,36 (2-93 años); 838 varones, 937 mujeres; rurales 541, urbanos 1234.

- HP clonales: edad media 66,22 (3-98 años) >60 años 73,43%; 1616 varones, mujeres 929; rurales 822, urbanos 1723.

- HP no clonales: hemocromatosis 25,14%, talasemias 17,81%, coagulopatías congénitas 11,38%, PTI 10,89%, otras eritropatías 9,38%, anemias megaloblásticas 8,90%.

- HP clonales: SMPc 8,83%, GMSI 25,33%, MM 10,80%, SMD 10,72%, LA 6,93%, LLC 10,34%, EH 4,36%, LNH 19,86%.

Conclusiones: Asumiendo las dificultades de la recogida de datos y las pérdidas de casos, no observamos cambios de tendencia diagnóstica de HP clonales (predominan síndromes linfoproliferativos y GMSI); en HP no clonales el diagnóstico más frecuente ha pasado a ser la hemocromatosis. No detectamos tendencia ascendente de diagnóstico de hemoglobinopatías, previsible en los próximos años.

P445

EQUIPO VOLANTE DE ENFERMERÍA GESTIONANDO RECURSOS EN PRO DE LA CALIDAD H.G.U. REINA SOFÍA

M. J. * Teron Martínez, C. M. Verde Colinas, Á. D. R. Sáez Soto, J. Megías García, M. Á. Palazón Rodríguez, J. M. Bernal Romero.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

mjose.teron@carm.es

INTRODUCCIÓN: El absentismo en los diversos Servicios, puede disminuir la Calidad de los cuidados de enfermería, y es un reto para los gestores, que deben sustituirlo con personal cualificado. Para ello se plantean una serie de acciones de mejora en la organización del Equipo Volante.

OBJETIVOS:

- Crear un modo de comunicación ágil, eficaz y bidireccional entre supervisores y responsable del Equipo volante.
- Registrar en una base de datos la demanda según turno, causa, destino, persona y otras peculiaridades especiales, así como la experiencia acumulada por el personal del equipo volante.
- Suplir tal demanda ofreciendo el personal más cualificado, para dar continuidad en los cuidados de esas Unidades.

METODOLOGÍA:

- Se efectúa un pilotaje de introducción y posterior análisis de datos mediante Excel.

- Se distribuyen los profesionales del Equipo Volante en dos subgrupos, según experiencia y preferencia en Servicios Centrales-Especiales y Servicios de Hospitalización.
- Se elabora en la Intranet un formulario, para solicitar ese personal, mediante un sistema de listas desplegables, en la base de datos. Demanda que se cubre por el responsable asignando los recursos disponibles más adecuados.
- El informe del plan de trabajo o asignación de destino a los miembros del equipo volante es accesible para todos los implicados (para corregir posibles errores).
- El análisis posterior de los datos se hace mediante las tablas y gráficos dinámicos de Excel, importándolos desde Access.

RESULTADOS:

- Se cubre un 96% del total de las solicitudes.
- Se logra asignar aproximadamente un 75 % de personal, con las competencias requeridas (experiencia y preferencia).
- Sabiendo el % de turnos solicitados confeccionamos los turnos de trabajo del E. Volante. La experiencia de los miembros del Equipo volante nos sirve para su asignación. Saber las causas, las peticiones por Unidades, categoría profesional, etc., nos ayuda en ocasiones a descubrir fallos.

CONCLUSIONES:

- Para las Unidades, cubrir sus ausencias con personal con preparación más acorde, mejora la calidad de los cuidados y la satisfacción de los profesionales de las mismas al disminuir la rotación del personal.
- En el personal del Equipo volante se pone de manifiesto un aumento de su satisfacción, al trabajar en Unidades donde su perfil es más adecuado y el conocimiento de los procedimientos es mayor.

P446

ESPACIO LINEAL RECUPERABLE EN UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

M. P. Jiménez Carnicero*, A. I. Magallón Candela.

Centro de Consultas Príncipe de Viana.

mp.jimenez.carnicero@cfnavarra.es

Introducción: La falta de espacio en la gestión de los archivos es uno de los problemas más comunes. Posibles soluciones: expurgo, activo-pasivo, externalización, digitalización, historia clínica informatizada (HCI). En nuestro Archivo (163.838 historias en formato papel, ocupando 2.000 metros lineales y con saturación superior al 130%) se puso en marcha un expurgo de documentación orientado a la recuperación de espacio.

Objetivos: Cuantificar el espacio lineal recuperado mediante el procedimiento de expurgo, medir el tiempo empleado y extrapolar los resultados.

Material y método: En enero-agosto 2007 cuatro personas trabajaron en tareas de expurgo. Los criterios de retirada de documentación fueron: 1. Documentos que se encontraban en HCI. 2. Documentos que carecían de valor clínico: hojas en blanco y autocopiativas, etiquetas y aquellos no mencionados en la legislación vigente: contenido mínimo de la historia. Se seleccionó una muestra de historias de las terminaciones más saturadas y que cumplían el criterio de no haber tenido movimiento en los últimos 30 días. Se recogieron los siguientes parámetros: por persona y mes: días de trabajo, número de terminaciones revisadas, número de historias revisadas, longitud en centímetros de la documentación expurgada; y por persona y día: media de la documentación expurgada en centímetros y media del número de historias revisadas. Todo el proceso se realizó bajo la supervisión de una Técnico Especialista en Documentación Sanitaria.

Resultados: El número de días trabajados por las cuatro personas: 470 (117,5 por persona bajas, vacaciones, no dedicación exclusiva-). El número total de historias revisadas: 33.110 (8.277,5 por persona) correspondientes a 380 terminaciones diferentes. Cada persona expurgaba de media al día 70,45 historias. La longitud de espacio lineal recuperado: 76,74 metros lineales (19,185 metros por persona). De media al día y por persona se obtenían 16,33 centímetros. Extrapolando los datos a la totalidad del archivo el espacio recuperado sería: 379,73 metros lineales. El número de personas y tiempo necesario para terminar (28 personas durante otros 8 meses) excedería a cualquier presupuesto (y sin entrar en mantenimiento diario).

Conclusiones: Como el crecimiento anual del Archivo es de 2-3 metros lineales el expurgo resultaría insuficiente para paliar la saturación (hay que complementarla con otras medidas). Resulta necesaria la colaboración de los profesionales sanitarios para evitar introducir información redundante ya existe en HCI- y documentación ajena. Además de un ahorro de espacio las mejoras laborales disminución del volumen de historia, agilidad en la búsqueda de información e impulso de HCI- son evidentes.

P447

ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DESARROLLADAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M. J. Bertran, M. Jansà, A. Trilla, M. Santiñá*, A. Prat.

Hospital Clínic de Barcelona.

bertran@clinic.ub.es

Objetivos: Objetivo general: disponer de información sobre actividades educativas en el Hospital Clínic de Barcelona, para evaluar el cumplimiento de los estándares de la Acreditación de Hospitales de Agudos de Cataluña incluidos en el agrupador Educación al cliente. Objetivos específicos: 1. Identificar grupos de pacientes que reciben atención educativa. 2. Diferenciar actividades educativas puntuales y programas estructurados. 3. Recoger información sobre estructura, proceso y resultado de cada programa educativo.

Material y métodos: Traducción y adaptación genérica de los National Standards for Diabetes Self-Management Education (Task Force), generando una lista de verificación. Se recogió información relativa a estructura del programa (recursos, disponibilidad del programa escrito y formación de los profesionales), proceso que sigue el paciente (evaluación inicial, metodología, cursos en grupo y/o visitas individuales, material de soporte y registro de actividad) y resultados en el paciente (evaluación post-intervención, instrumentos, y registro de evaluación y resultados) y del programa (número de pacientes o familiares incluidos, y evaluación periódica). Recogida de datos durante 6 meses a través de las direcciones de enfermería de los diferentes institutos, después de sesión informativa sobre objetivos del estudio y contenidos de la hoja de recogida de datos.

Resultados: Se identificaron los grupos de pacientes tributarios de educación y aunque algunos reciben programas estructurados, son pocos los que disponen de programa escrito y tienen definidos parámetros relativos a estructura, proceso y resultados. La mayoría son actividades informativas y de entrenamiento de habilidades técnicas, realizadas a demanda e integradas en la actividad asistencial. A partir de la información recogida además de un análisis de situación de las actividades educativas del Hospital, se creó según un procedimiento normalizado de trabajo un registro hospitalario de programas y actividades educativas.

Conclusiones: A medida que se consolidan los esfuerzos para fomentar el acceso a la educación en salud, se hace más necesaria la vigilancia y evaluación de estas actividades para valorar si los programas cumplen los objetivos previstos. La aplicación de estándares de calidad de forma sencilla a los diferentes programas educativos, es útil en la detección de puntos débiles. El desarrollo de una aplicación informática basada en estos estándares permitirá monitorizar y disponer de información actualizada sobre tendencias de la educación al cliente en el centro e identificar oportunidades de mejora. Facilitará también su correlación con datos de morbilidad, mortalidad y calidad de vida, y por tanto la evaluación del impacto de la actividad educativa sobre los indicadores de calidad más relacionados con cada programa.

P448

EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN PACIENTES CRÓNICOS DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS

J. M. Abad, M. L. Lou, C. Laguna, N. Enríquez.

D.G. PLANIFICACION. Consejería de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

jmadabad@aragon.es

OBJETIVOS: El programa de atención a enfermos crónicos dependientes (2006) define el sistema de información y describe el conjunto básico de datos de cada uno de los dispositivos asistenciales sanitarios que participan en la atención del paciente crónico dependiente en Aragón, entre los que se encuentran los Hospitales de

convalecencia. En la atención a este tipo de pacientes, el mantenimiento o la recuperación de la independencia funcional es uno de los objetivos básicos. Por ello, nos planteamos conocer el perfil de los pacientes atendidos en estos dispositivos y evaluar su nivel de dependencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Los datos obtenidos de la asistencia sanitaria en el año 2007 fueron recogidos por los diferentes hospitales en sus sistemas de Información hospitalarios y transferidos a una aplicación común sobre base de datos ORACLE. Se incluyeron en el análisis variables del paciente, de su proceso asistencial y escalas de valoración comunes de su nivel de dependencia (escala Barthel).

RESULTADOS: En el año 2007 se incluyeron en el sistema de información datos sobre 3520 episodios de hospitalización, con una cobertura del 94.6%. La información correspondió a cinco centros, cuatro de ellos públicos y uno concertado.

La estancia media global fue de 30,6 días (con diferencias entre centros que oscilaron entre 13,9 y 58,6 días). El 47 % de los episodios de hospitalización correspondieron a pacientes agudos geriátricos, el 27% a pacientes de rehabilitación y el 12 % a cuidados paliativos.

La estancia media en pacientes agudos geriátricos fue de 14 días, 20 en cuidados paliativos y 53 en rehabilitación. El 13 % de los pacientes tuvieron más de un ingreso en el periodo analizado.

En pacientes de rehabilitación la puntuación media del Barthel al ingreso fue de 22,5 y de 49,3 al alta. En el 28 % de las altas, la diferencia entre Barthel al alta y al ingreso fue menor de 15.

CONCLUSIONES: Existe una gran variabilidad entre los centros en la distribución de los tipos de cuidados prestados: agudos, convalecencia, rehabilitación y paliativos. Hay deficiencias en la información sobre algunos tipos de cuidados, especialmente cuidados paliativos, posiblemente debido a la falta de identificación de los pacientes susceptibles de recibirlos. La utilización de indicadores como la variación en la puntuación Barthel entre ingreso y alta puede ser útil para evaluar los resultados de la atención a estos pacientes.

P449

EVOLUCIÓN ANUAL 2004-2008 DEL ÍNDICE DE ERRORES DE LOCALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

M. P. Jiménez Carnicero*, A. I. Magallón Candela.

Centro de Consultas Príncipe de Viana.

mp.jimenez.carnicero@cfnavarra.es

Introducción: Entre las funciones de un Archivo de historias clínicas se encuentran el control y evaluación de su actividad comprobando los criterios de calidad que contribuyen al buen funcionamiento del Archivo. Uno de los indicadores de calidad de un archivo es el índice de errores de localización. Este indicador mide la relación entre el número de historias que figuran como prestadas en el ordenador pero que en realidad se encuentran dentro del archivo y el número de historias prestadas. El valor estándar de este índice es < 4.5%.

Objetivo: Evaluar y comparar el índice de errores de localización durante el periodo 2004-2008.

Materiales y método: En el 2004 se introdujo una medida correctora para disminuir los errores. Se monitoriza anualmente el índice para cada terminación de historias archivadas y para el total (tanto soporte papel, como radiográfico). El índice se evalúa en una muestra de historias clínicas (prestadas durante un periodo superior a 8 días). Se compara cada año respecto al 2004 (anterior a la medida) y respecto al 2005 (índice mejor obtenido). Los datos se analizan con el programa epi-info mediante el test estadístico X2 de comparación de proporciones.

Resultados: Para los sobres de papel el resultado del índice de errores cada año (2004-2008) ha sido respectivamente de: 16,0%; 3,44%; 4,18%; 4,72%; 6,85%. Para el material radiográfico: 29,7%; 6,69%; 7,49%; 16,26%; 14,54%. Y para el total de sobres: 19,35%; 4,20%; 4,78%; 7,44%; 8,70%. Respecto al 2004 todos los índices muestran p<0,05 diferencia significativa (la medida correctora ha demostrado ser eficaz). En el 2005 se obtuvo un índice mejor que el estándar para sobres papel y total no así para radiografías. Respecto a este año no se han encontrado diferencias significativas durante los años posteriores pero ha empeorado el índice estándar.

Conclusiones: La evaluación periódica permite la corrección de los errores detectados. Se observan diferencias entre sobres de papel y radiografías y entre cada terminación (trabajo realizado por personas diferentes). Se observa que el primer año tras la mejora los errores

disminuyen pero posteriormente van aumentando por encima del estándar. Este empeoramiento coincide con un periodo de saturación del Archivo y un aumento de la rotación del personal administrativo.

P450

GESTIÓN DE ALMACENES Y COMPRAS EN OSAKIDETZA-CEKIALDE: GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN UN BUEN SISTEMA DE INFORMACIÓN BILBIDE - ALDABIDE

A. Retes Saratxaga, E. González Lombide, E. Sampietro Nuñez, A. Zorita Ramos.

OSAKIDETZA - COMARCA EKIALDE de A.P.

ARANTXA.RETESSARATXAGA@osakidetza.net

OBJETIVOS: Implantar un sistema de Información que:

- Integre la gestión de los 31 almacenes de los centros de salud y del Almacén Central de la Comarca.

- Garantice el suministro eficiente de materiales.

- Facilite la gestión del Área Administrativa de los centros.

- Automatice, con una correcta interface, el tratamiento de datos y la planificación de compras.

METODOLOGÍA: El proceso lo desarrolla un Equipo de Mejora en las siguientes fases:

- Análisis de las condiciones que debe reunir un programa para la gestión de los almacenes y de sus conexiones con el sistema de contabilidad, SAP-Aldabide, para automatizar todos los movimientos generados (unos 25.000 al mes en los centros).

- Diseño, en colaboración con el Servicio de Informática de Osakidetza, del programa y de las condiciones de accesibilidad de los centros.

- Realización de una prueba piloto en 2 centros de la Comarca.

- Revisión y Mejora en función del resultado de la prueba.

- Realización de Formación para los Responsables de Almacenes en los Centros.

- Despliegue gradual en los 31 centros de acuerdo con el cronograma de Formación elaborado.

- Formación anual a los usuarios sobre mejoras implantadas.

RESULTADOS:

- Desaparición de errores por la duplicación de la introducción manual de datos.

- Recogida y volcado automático de los consumos de los centros al sistema contable (SAP-Aldabide): Eliminación de 70 horas de trabajo mensuales.

- Disminución del tiempo de dedicación a la gestión de los almacenes de centro: 35%.

- Automatización de la extracción de las remesas de materiales necesarios en función de "Puntos de Pedido", por material y centro, actualizados semestralmente: Reducción del 60% del tiempo dedicado a esta tarea.

- Planificación automática de las "necesidades de compra" a nivel de Comarca y de la solicitud de pedidos a los proveedores.

- Valoración muy positiva de los usuarios: 7,96 sobre 10.

CONCLUSIONES: El nuevo programa, su adaptación al sistema contable existente, la forma de desplegarlo en los centros y el seguimiento que hacemos del mismo son altamente positivos y presenta dos ventajas fundamentales:

- Acceso on line, a todos los datos de consumos y existencias (inventario permanente) de cada uno de los 31 centros y

- Planificación automática de las necesidades diarias de centros y almacén central lo que en la práctica elimina las roturas de stock generales.

P451

GESTIÓN DE INCIDENCIAS INFORMÁTICAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ITIL PARA LA MEJORA CONTINUA

N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, J. Martínez Gómez, J. A. Pajuelo Ayuso, R. Castillo Rubio, P. Llopis López.

SUMMA112.

nrodriguez.summa@salud.madrid.org

Objetivos: Rediseñar los procedimientos de Gestión de Incidencias, de forma que todas las demandas eficientemente satisfechas en tiempo y forma.

Métodos: Mediante en reuniones del Servicio de Informática, en las que basándose en el estándar ITIL ("Biblioteca de Infraestructura de

Tecnologías de Información") y en las bases de datos anteriores, se particulariza el proceso genérico de la forma siguiente:

1. Introducción de la incidencia mediante aplicación WEB.
2. Toma de decisiones: Generación o no de incidencia., petición de nuevo servicio, o si no procede.
3. Si incidencia, búsqueda de otras incidencias vinculadas.
4. Clasificar, priorizar y establecer un soporte inicial.
5. Investigación, diagnóstico y resolución.

Como puntos de control del proceso se establecen los siguientes indicadores: Nº Total de incidencias, Tiempo medio de resolución, Tiempo Medio de resolución por prioridad, Porcentaje de resolución temprana, Incidentes resueltos por área, Incidentes resueltos sin desplazamiento, Incidentes no resueltos.

Resultados: Desde el 1 de enero, encontramos 858 entradas en el registro de incidencias, de las cuales un 11% no procedían, de las restantes 763 restantes podemos encontrar que el 47% con resolución "Investigación y Diagnóstico" (de las cuales un 80% se finalizan en un plazo de 7 días de media y el 20% se traslada a la Gestión de Problemas), el 43% con resolución inmediata en un plazo de 1 día, el 4% se externalizan a empresas de mantenimiento con una resolución de 10 días, el 3% son mal direccionadas y el 1% están relacionadas con un proyecto en curso. Ausencia de pérdida de incidencias con el nuevo sistema y 0% de incidencias sin tratar.

Conclusiones: Se ha comprobado que desde la implementación de este sistema de gestión de Incidencias, se han mejorado los aspectos siguientes: Monitorizar Incidencias, Ayuda al diagnóstico de nuevas Incidencias, Evitar que una incidencia quede sin tratar, Evitar destinar recursos redundantes a la misma incidencia, aumento de esta manera la eficiencia del Servicio.

P452

HACIA UNA CONSULTA DE GINECOLOGÍA SIN HISTORIA CLÍNICA DE PAPEL

M. P. Jiménez Carnicero*, P. Martínez De Lizarrondo Apesteguía, Á. M. Esparza Sádaba.

Centro de Consultas Príncipe de Viana.
mp.jimenez.carnicero@cfnavarra.es

Introducción: El servicio de ginecología atiende en la consulta 301 del Centro de Consultas Príncipe de Viana los pacientes de las agendas de ginecología oncológica (lunes y viernes), ginecología orgánica (martes) y ginecología pre-postoperatorio (jueves). En la semana 23 al 27 de abril 2007 se contabilizaron 27, 11 y 13 pacientes respectivamente. Prestadas las historias a dicha consulta se producía una demanda considerable de dichas historias para otras especialidades, originando una carga de trabajo por la atención telefónica y búsqueda de historias en la consulta, y posterior solicitud de historias al archivo para incorporar resultados de exploraciones complementarias.

Objetivo: Reducir el número de historias clínicas en la consulta de ginecología.

Material y métodos: La consulta es preparada por una auxiliar clínica. Se pactó con los facultativos el uso de historia clínica informatizada (HCI) y con la auxiliar el préstamo únicamente de historias de pacientes de primera visita para ginecología orgánica y ginecología pre-postoperatorio, y todas para ginecología oncológica (los oncólogos no usan HCI). Los resultados de pruebas complementarias se destruían con el visto bueno del facultativo, una vez analizados y clasificados -ya figuran en la HCI-. Se comparan los resultados una semana antes de instaurar este proceso y una semana del mes siguiente.

Resultados: De 51 historias prestadas semanalmente se ha pasado a 31, reducción del 39,22%. La disminución ha sido de 72,73% y 69,23% para ginecología orgánica y ginecología pre-postoperatorio respectivamente. El número de historias para ginecología oncológica se mantuvo igual. El número de historias semanales retenidas en consulta pasó del 66,67% al 9,68%. Por agendas se pasó de 72,73% a 0% en ginecología orgánica, de 30,77% a 15,38% en ginecología pre-postoperatorio y de 81,48% a 4,17% en ginecología oncológica. Ahora sólo se retienen historias programadas para cirugía, pasando directamente a anestesia.

Conclusiones: Archivo: reducción del número de historias prestadas, devolución de más historias (no necesarias para guardar resultados), disminución de solicitud de historias para incorporar documentos (mayor disponibilidad para solicitudes a cualquier hora). Consulta:

descenso del número de llamadas telefónicas reclamando historias, mayor agilidad en el trabajo de la consulta y mejor atención asistencial al disminuir las interrupciones, mayor espacio en la consulta (descenso de volumen de historias). Ambos: disminución de carga de trabajo. Mejoras: uso de HCI por parte de los facultativos de oncología (para que los ginecólogos no soliciten la historia papel) y de anestesia (las historias serán devueltas directamente al archivo).

P453

IMPACTO DE MEJORA DE INFORMACIÓN EN ERRORES DE LA FASE PREANILÍTICA.

I. Martínez Matienzo, A. I. Tejada Haffman, L. Sanz De Icaza, C. Mendoza Díez, M. Larrucea De La Rica, F. J. Aguayo Gredilla, B. G. Varela Soto.

Hospital de Basurto, Bilbao.

JAVIER.AGUAYOGREDILLA@OSAKIDETZA.NET

OBJETIVOS: En el catálogo de prestaciones de urgencias se encuentran una serie de pruebas de coagulación (IP/INR, APPT, Fibrinogeno, Dimeros D). La idoneidad de la muestra es fundamental para obtener un correcto resultado, porque una medida inadecuada de la proporción sangre/citrato, puede llevar a tiempos falsamente elevados e inducir a errores diagnósticos y/o terapéuticos.

En nuestro laboratorio está establecido un protocolo de rechazo de muestras cuando esta relación no es la adecuada. Estos rechazos producen muchas quejas por parte de los flebotomistas, lo que da lugar a continuas llamadas solicitando explicación al respecto.

Como acción de mejora correctiva de esta situación, se decide crear una herramienta de información suficientemente eficaz para solucionar tanto el problema de la muestra insuficiente como el derivado de la deficiente comunicación con el flebotomista.

MATERIAL Y METODOS: En Laboratorio de Urgencias del Hospital Basurto se crea un equipo formado por cinco Técnicos Superiores de Laboratorio y dos facultativos.

Como complemento informativo al motivo de rechazo por muestra insuficiente (codificada como MI), se establece el comentario "DEF" que significa deficiente proporción plasma/citrato para todas las muestras de coagulación cuyo llenado no sea el adecuado. Se cuantifican los rechazos por "MI" en los trimestres anterior y posterior a la implantación del comentario.

RESULTADOS: Previamente a este estudio, se observaban los siguientes porcentajes de MI: 2,27% en Septiembre, 1,88 en Octubre y 2,08% en Noviembre. Durante el mes de Diciembre (mes de la implantación de la medida correctiva), el porcentaje de MI fue del 2,15%, para disminuir luego en el trimestre posterior (1,87% Enero, 1,88% Febrero y 1,90 en Marzo).

Se observa como la incidencia MI suponía el 55% del total de las muestras rechazadas en el laboratorio de Urgencias en el último trimestre del 2007, mientras que en el primer trimestre del 2008 pasó a descender hasta sólo el 45% del total.

CONCLUSIONES:

- 1.- Implicación del personal del laboratorio en la implantación del comentario.
- 2.- Mejora de la calidad de los resultados.
- 3.- Mejor método de comunicación, implicando la no pérdida de tiempo en explicaciones persona a persona.
- 4.- Pensamos que una nota informativa a los flebotomistas haciéndoles ver la importancia de una muestra correcta, daría como resultado una bajada del rechazo de estas muestras con la mejora de recursos y tiempo.

P454

IMPACTO DE USUARIOS EXTRANJEROS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CME RAMÓN Y CAJAL

F. Bravo Urzay, M. L. Vela Marquina, G. D. M. D. L. C. D. C. R. Y. C. Cme Ramón Y Cajal, A. Aparicio Clavería.

HUMS. CME RAMÓN Y CAJAL.

fbravou@salud.aragon.es

Objetivo: El grupo de Mejora del Centro en el año 2008 desarrolla un proyecto de calidad para mejorar la información en el mismo. Para ello ha realizado un estudio para conocer el impacto de usuarios inmigrantes en las consultas del Centro Médico de Especialidades.

Metodología:

- 1.El grupo de mejora está constituido por profesionales de todos los

estamentos y servicios: Responsables de Calidad de Laboratorio y Radiodiagnóstico, Citaciones, Archivos, Celadores Ingeniería, Enfermería de Consultas, Facultativos, Unidad de Calidad, Subdirección Médica responsable de Calidad. y Atención al Paciente. 2.Uno de las actividades de dicho grupo es el estudio de las encuestas de satisfacción que se realizan desde Salud. De las mismas se deduce que un aspecto a trabajar y mejorar es la información al los usuarios del centro, que se toma como proyecto de mejora para el año 2008.

3.Para ello, se decide conocer la presencia de usuarios inmigrantes sobre el total de usuarios.

4.Se realiza recuento de pacientes extranjeros y pacientes totales citados en la semana del 10 al 14 de mayo, por especialidades y consultas.

Resultados del estudio:

1.Sobre un total de 5.889 pacientes citados 575 corresponden a pacientes extranjeros lo que supone un 8,6% del total.

2.El menor porcentaje de usuarios extranjero tiene lugar en las consultas de neumología con un 3,9% y en el extremo opuesto están las consultas de Tocología con un 35,3% de pacientes.

3.Por debajo del 8% se sitúan las consultas de Cardiología con 4,9%, Neurología con un 4,1% Reumatología con el 5,7%.y Digestivo con un 6,8%.

4.Por encima del 10% están Dermatología con un 10%, Ginecología con el 13,8%, Oftalmología con el 10,3% y Endocrinología con un 14%.

5.El resto de las consultas se sitúan alrededor de la media total, Cirugía con un 8,9%, Traumatología con un 9,4%, y Urología con un 8,6%.

Conclusiones:

1.El número de inmigrantes usuarios de las consultas del Centro Médico de Especialidades es inferior a la media de inmigrantes en Zaragoza.

2.Entre las consultas de tocología y ginecología suman casi el 50% del total de usuarios extranjeros; por tanto deberá reforzarse la información y centrarse con las mujeres en estas consultas.

3.Relacionando con un estudio de absentismo a las consultas de este centro es precisamente en estas dos consultas donde se produce un mayor nivel de absentismo.

P455

IMPLANTACIÓN DE UN ALMACÉN DE DATOS CORPORATIVO (DWH) CON EL AGRAVANTE DE LA DIVERSIDAD DE SISTEMAS
N. Navarro Casado (0), M. Buqueras Rovira (1), R. Escribano Rodríguez (1), E. Escribano Herranz (1), E. López Amat (2), X. Frías Garrido (1).

(0) BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS, S.A., (1) sistemas de innovación, (2) SI.
 ncasado@bsa.cat

Objetivo: Obtener la información requerida para la gestión de los diez centros que integran Badalona Serveis Assistencial, SA. (BSA), utilizando el Cuadro de Mando Operativo en tiempo real, a partir de la homogeneidad y la calidad de los datos en el DWH.

BSA es una organización sanitaria integral, concertada por el Servei Català de la Salut (CatSalut), formada por seis centros de atención primaria, un hospital comarcal, un centro socio-sanitario, un centro de atención a la salud sexual y un servicio de atención integral a domicilio.

Metodología: Cada uno de los ámbitos de la organización, define los requerimientos de información para la gestión. Se describen los diversos sistemas del transaccional que son alimentados por una variedad de aplicaciones corporativas, se importan los datos mediante la implementación de los paquetes de Transformación de datos (DTS), según dichos requerimientos e independientemente del sistema de almacenamiento, para formar parte del conjunto de datos que integran DWH. Los datos se homogeneizan y se organizan en cubos. Finalmente son mostrados, a tiempo real, en el cuadro de mando operativo para los usuarios finales.

Resultados: El conjunto de datos, procedentes de los diversos sistemas, implementan un único almacén de datos corporativo.

Creación de 83 DTS, que implementan 255 tablas, para alimentar 73 cubos que son los que forman el DWH.

Visualización de la información (Económico-Financieros, Actividad, Consumo de Recursos y Indicadores de Calidad) a tiempo real por vía web en el Cuadro de Mando Operativo y con más detalle en la

herramienta de análisis/reporting.

Conclusiones: El Cuadro de Mando Operativo y la herramienta de análisis/reporting proporcionan datos de calidad que facilitan la toma de decisiones a todos los gestores implicados, tanto internos de BSA como externos (CatSalut).

Las herramientas de Sistemas de Información dan autonomía a los profesionales para la obtención de los datos, mejoran el tiempo de resolución en la gestión de su ámbito e incrementan la motivación de los profesionales

Finalmente, la disposición de datos homogéneos en un único DWH permite realizar estudios de investigación clínica en mayor número y de mayor calidad.

P456

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CITACIÓN ON-LINE EN LOS SERVICIOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

T. Cañuelo Merino, M. A. Laguna Lobato, M. R. Casas Díaz, C. López Menéndez, M. Calvo García, L. Calahorra Fernández.

HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD-REAL.

trinidadc@sescam.jccm.es

Objetivo: Describir el proceso de ampliación del catálogo electrónico y la cartera de clientes para la citación on-line en nuestro Servicio de Radiodiagnóstico, con la finalidad de mejorar la calidad de la citación del servicio.

Material y Métodos: Nuestra infraestructura técnica es:

Picture Archiving and Communications System (PACS): Ykonos (Servicios Centrales SESCOAM).

Gestión de informes e imágenes: Dulcingest (Servicios Centrales SESCOAM). Sistema de Información Hospitalaria: Mambrino (HP).

El HGCR disponía de una integración entre Mambrino e YKONOS que no soportaba la creación electrónica de todas las pruebas que conformaban la cartera de servicio de radiodiagnóstico.

Se describe todo el proceso de diseño, definición y adaptación de los sistemas existentes en el HGCR, para ampliar el catálogo electrónico de citación on-line, que inicialmente solo cubría las necesidades de urgencias, a todo el hospital. En este proceso ha sido necesario evaluar las carencias en materia de sistemas de información a la hora de diseñar un catálogo completo de pruebas radiodiagnósticas.

Los pasos principales para lograr un catálogo electrónico que oferte el 100% de la cartera de servicio son los siguientes:

Creación de un grupo funcional para evaluar la situación y plantear las mejoras.

Asociación de los códigos SERAM de las pruebas con los códigos de prestación del sistema de información, Mambrino (colaboración del servicio de Admisión).

Adaptación de las agendas, prestaciones y horarios (colaboración del servicio de Admisión).

Creación de las preparaciones previas para cada exploración y su carga en el sistema de información, Mambrino (colaboración del servicio de Admisión e Informática).

Mejoras en Mambrino para soportar los criterios de calidad exigibles (RD) en la petición electrónica: Juicio clínico codificado y obligatorio; motivo de solicitud obligatorio; tipos de exploración radiológica (colaboración del servicio de Informática). Implementación del catálogo electrónico de las pruebas definidas previamente (colaboración del servicio de Informática).

Pruebas y aceptación del sistema.

Resultados: El resultado de este proceso es la implementación del mismo en el entorno de producción del HGCR. En el plazo de un año se analizarán los indicadores de calidad tras la implantación.

Conclusiones Se ha creado un circuito medible que aumenta la calidad asistencial en el Hospital. Una vez implantado se definirán los indicadores que permitirán la evaluación posterior para la mejora continua.

Palabras claves: HIS, PACS, CALIDAD.

P457

IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN ESCRITA EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

A. I. Sanz Gómez (0), S. Iriarte Ramos (1), M. Charlo Bernardos (2), M. J. Bordonada (0), Y. Chacón Hernández (0).

(0) Hospital Royo Villanova, Zaragoza, (1) Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra de Gracia, Zaragoza, (2) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

corbenic@telepolis.com

Los pacientes que sufren cardiopatía isquémica pueden tener complicaciones que se pueden manifestar en una incorrecta prevención de los factores de riesgo y del desarrollo de prácticas y modos de vida nocivos para el individuo. A pesar de la información que llega al paciente con cardiopatías sobre la prevención de dichos factores, la frecuencia de recaídas hacen necesario el planteamiento de otra vía adicional de información.

Objetivos: Valorar como influye la información en la modificación de los hábitos de vida en los pacientes con cardiopatía, a través de la cumplimentación de una encuesta y de una exhaustiva revisión bibliográfica.

Metodología: Este estudio de diseño descriptivo comparativo realizado sobre pacientes con enfermedad coronaria aguda ingresados en el servicio de cardiología del Hospital Royo Villanova. Se pasó una encuesta a 120 pacientes, de los cuales se perdieron 35 siendo motivo de estudio 85. Las variables analizadas son sexo, edad, dudas sobre su enfermedad, deseo de más información y cambio de los hábitos de vida.

Resultados: Han tenido dudas sobre su enfermedad un 38,8% de la población estudiada, la cual está constituida por un 54,1% de hombres y un 44,7% de mujeres cuyos intervalos de edad median entre los 31 y 93 años. De la muestra recibieron información un 89,3% y desean más información un 42,4% del total. Modificando sus hábitos en dieta, consumo tabáquico, práctica de ejercicio y control de TA con diferentes porcentajes y relación significativa con la información recibida.

Conclusiones: Las conclusiones extraídas del análisis de los datos ofrecidos por los pacientes entrevistados muestran que a pesar de la información recibida el paciente ha tenido dudas sobre su enfermedad o sobre el tipo de vida que debe llevar ya que existe un claro desconocimiento con respecto a su situación, sus posibilidades y sus perspectivas, que los introducen en marcos erróneos que traen como consecuencia el aumento de sus miedos y preocupaciones, siendo éste el mayor causante de estrés y preocupaciones, con consecuencias negativas para su evolución y afrontamiento a la nueva situación. También se ha extraído de los estudios analizados que la información escrita refuerza la información oral y que esta mejoraría la información que se le da al paciente sobre la prevención de los factores de riesgo de la cardiopatía.

P458

INDICADORES Y CALIDAD DE LOS REGISTROS. ¿NOS FIAMOS?

A. J. Barragán Pérez (0), F. Alcántara Zapata (0), M. A. Moreno Valero (0), A. Cánovas Inglés (0), R. L. Manrique Medina (0), J. Fernández Álvarez (1).

(0) Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, (1) Facultad de Medicina de Murcia.

albertoj.barragan@carm.es

OBJETIVO: Evaluar la calidad de los registros en Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Ámbito y Emplazamiento: Consultas de Medicina de Familia (MF) y Pediatría (P) con acceso a Historia Clínica Informática (HCL) a través de la aplicación OMI-AP en un área de salud. Periodo de estudio: 1/06/2007 a 31/05/2008. Variables: Número (Nº) de pacientes atendidos; Nº de episodios nuevos codificados por CIAP (Clasificación Internacional de Motivos de Consulta para Atención Primaria); Episodios nuevos más frecuentes; Nº de episodios nuevos más frecuentes con modificación total o parcial de la descripción interna del código CIAP. Análisis estadístico: Distribución de frecuencias.

RESULTADOS:

Nº de pacientes atendidos: 1.471.593.

Nº de episodios nuevos codificados: 524.538, es decir, al 35,64% del total de pacientes atendidos se les ha abierto un episodio nuevo.

Nº de episodios nuevos codificados, pero con modificación total o parcial de la descripción interna: 46.730, que representa el 8,91% del total.

La relación de episodios más frecuentes y la modificación encontrada ha sido:

- CIAP R74-Catarro, Faringitis, etc.: 60.338, el 11,50% y modificados 1.270 (2,10%).
- CIAP A97-Consulta sin enfermedad, Individuo Sano: 13.897, el

2,65% y modificados 3.042 (21,89%).

- CIAP D73-Gastroenteritis, etc.: 11.004 episodios, el 2,10% y modificados 117 (1,06%).
- CIAP R79-Bronquitis, etc.: 9.607, el 1,83% y modificados 334 (3,48%).
- CIAP R76-Amigdalitis, etc.: 7.695, el 1,47% y modificados 88 (1,14%).
- CIAP U71-Infección Urinaria: 7.565, el 1,44% y modificados 230 (3,04%).
- CIAP L03-Lumbalgia: 7.393, el 1,41% y modificados 238 (3,22%).
- CIAP S88-Dermatitis, eczema, etc.: 6.533, el 1,25% y modificados 237 (3,63%).
- CIAP A03-Fiebre: 6.480, el 1,24% y modificados 233 (3,60%).
- CIAP D20-Dolor, inflamación en la boca, etc.: 6.472, el 1,23% y modificados 148 (2,29%).
- CIAP L01-Cervicalgia: 6.161, el 1,17% y modificados 346 (5,62%).

CONCLUSIONES:

- 1 de cada 3 pacientes consulta por un motivo nuevo.
- Los profesionales deciden modificar la descripción que aporta el código CIAP en, casi, 1 de cada 10 episodios nuevos, lo que parece reflejar ciertas carencias de información en la Clasificación utilizada (localización, detalle, etc.).
- El análisis de indicadores basado exclusivamente en la evaluación de códigos pudiera ocasionar resultados falseados por exceso, al no corresponder gran cantidad de descripciones con la entidad codificada.

P459

ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

S. Lorenzo, M. Pérez Encinas, J. Ortigueira, F. García Sánchez, J. González Álvarez.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

slorenzo@fhacorcon.es

Objetivo: Diseñar un índice sintético de calidad (ISC) que permita mejorar la evaluación de los indicadores quirúrgicos establecidos como objetivos en los servicios del hospital. Aplicar el ISC a la evaluación de objetivos correspondientes al primer trimestre del año 2008.

Material y método: Ámbito: Hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 255.000 habitantes.

Los objetivos de los servicios clínicos fueron firmados en enero del 2008 entre los responsables de los mismos y la Dirección Asistencial. El número de indicadores de bloque quirúrgico fue de 4 por servicio: Espera en pacientes no derivados inferior a 30 días, Espera en pacientes en rechazo de derivación inferior a 30 días, Tasa de suspensión quirúrgica en jornada ordinaria y extraordinaria.

Para la ponderación de los indicadores se utilizó el Proceso Analítico de Jerarquización, basado en la asignación de importancias relativas de los distintos indicadores dentro de un servicio y dentro del hospital. Los indicadores de cada servicio se puntuaron de 1 al 10, Impacto en la calidad percibida por el paciente, Impacto total en la producción del centro e Impacto general en el hospital. El valor máximo alcanzable para cada servicio fue la suma de las puntuaciones asignadas a cada indicador. Para determinar el grado de cumplimiento de cada objetivo se utilizó una escala de valores de 0 a 1, asignando el valor máximo 1 al objetivo cumplido. En los casos en los que no se alcanzó el valor objetivo se estableció el valor proporcional. La suma de los valores obtenidos al multiplicar el peso relativo por el grado de cumplimiento en cada indicador, determinó la puntuación alcanzada para cada servicio. De este modo se obtuvo el ISC resultante de la relación entre la puntuación alcanzada y la puntuación máxima alcanzable.

Resultados: Se ponderaron 4 indicadores específicos en los 9 servicios y se creó un indicador sintético para cada uno. La media del índice sintético alcanzado en los servicios en el primer trimestre de 2008 fue 0,74 (0,42-1). 3 servicios alcanzaron un valor medio superior a 0,85. Entre 0,7 y 0,84 se situaron 3 servicios.

Conclusiones: El ISC de los indicadores de gestión del bloque quirúrgico, obtenido mediante una sencilla metodología de cálculo, permite obtener un valor comparativo entre servicios y conocer la evolución temporal de los objetivos dentro de los mismos, a pesar de la subjetividad planteada en la ponderación de los indicadores.

P460

INFORMATIZACIÓN DEL CIRCUITO DE PEDIDOS DEL ALMACÉN DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

E. Olmedo Pujol, O. Doblado López, N. Llorens Nuñez, A. Ibiricu Barro.

Area Basica de Salud de Cambrils.
 eolmedo@grupsagessa.com

OBJETIVOS:

- Implantar una herramienta de trabajo para facilitar el abastecimiento del almacén.
- Diseñar el circuito de realización de pedidos.
- Garantizar el stock de material en el Centro.
- Optimizar recursos.

MÉTODOS: Hasta ahora los pedidos semanales de farmacia y almacén se realizaban a través de formularios en papel, es a partir de junio de 2007 que se instaura un programa informático que a través de un sistema de lector de código de barras automatiza los envíos de pedidos.

Disponemos de un sistema físico de doble cajón, esto quiere decir que del mismo artículo tenemos dos compartimentos donde está calculada la cantidad necesaria para una semana. En el momento que se coge el último artículo de un compartimento se debe colgar la etiqueta del código de barras en el lugar desde donde se procederá a su lectura en el momento de realizar el pedido. De esta manera, como cuando se cuelga la etiqueta todavía disponemos del stock suficiente para una semana en el otro compartimento no corremos el riesgo de quedarnos sin material.

El pedido de fármacos estupefacientes al ser necesaria la validación de la coordinadora médica del centro todavía se realiza mediante talonario de papel numerado que se envía a través de valija.

RESULTADOS: Después de más de un año de funcionamiento las ventajas e inconvenientes resultantes de este sistema son:

Ventajas:

- Desaparece el formato papel para la realización de pedidos, excepto estupefacientes.
- Se consigue agilizar la tarea de la realización del pedido.
- Garantiza la no rotura de stock.
- Desaparece la gran cantidad de material acumulado en el almacén, reduciendo costes y ganando espacio físico.
- Hemos mejorado la organización física de los artículos del almacén.

Inconvenientes:

- Para la implantación de este sistema los profesionales del centro necesitan ser formados, ya que para conseguir un funcionamiento óptimo del circuito es muy importante el factor humano, si el responsable de colgar la etiqueta del código de barras no lo hace se interrumpe el proceso y el resultado no es satisfactorio.
- Las caídas o sobrecargas de los servidores informáticos dificultan en ocasiones la tarea de realizar el pedido.

CONCLUSIONES: Aunque al inicio la implantación del sistema informatizado pueda suponer un gran esfuerzo para los profesionales en cuanto a la formación, renovación y adaptación creemos que supone una herramienta útil y los esfuerzos empleados se compensan con los beneficios obtenidos a posteriori.

P461

INTEGRACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

R. Martí Usón*, S. Hernández, E. Nebot, M. García, L. Sánchez.
 GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN.

rmarti.ghq@quiron.es

OBJETIVOS: La Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados con datos personales son las disposiciones básicas de obligado cumplimiento para todas las empresas que en el desarrollo de su actividad, traten datos de carácter personal.

Ante esta situación Grupo Hospitalario Quirón ha decidido integrar la normativa y sus exigencias en nuestro Sistema de Gestión de Calidad. MATERIAL Normativa: ISO 9001:2000 y L.O.P.D.

MÉTODOS: Desde el departamento de Asesoría Jurídica y Calidad de GHQ se procedió en un primer momento a estudiar las obligaciones legales que marca la LOPD. Podemos resumirlas en cuatro bloques:

- Notificación de los ficheros de datos a la APD.

-Adopción de las medidas de seguridad oportunas.

-Creación de Documento de seguridad.

-Contratos y cláusulas oportunas.

Una vez analizada la implicación que estos requisitos tenían en nuestros procesos se decidió integrar la documentación en nuestro sistema de gestión a través de:

Creación de un procedimiento "PC-48 Sistemas de Información" cuyo objeto es establecer los mecanismos organizativos y funcionales relativos al sistema de Información en el Hospital:

-Definiciones (niveles de protección).

-Responsabilidades (en función de la protección de los ficheros).

-Método operativo: limitaciones de acceso, procedimientos de identificación y autenticación de usuarios, asignación, distribución y almacenamiento de contraseñas, identificación, inventario y custodia de soportes, notificación y gestión de incidencias, copias de respaldo y recuperación de datos, registros de acceso, controles internos, etc. Creación del Documento de Seguridad e inclusión del mismo en nuestro sistema de gestión y documentación como un documento externo controlado por el responsable de Seguridad del Centro.

Creación de Registros e Instrucciones de trabajo que permitan asegurar y evidenciar el cumplimiento de las exigencias legales y las establecidas también por el propio centro.

RESULTADOS: La inclusión de la LOPD en nuestro sistema de gestión nos permite controlar los requisitos de la norma a través de la norma ISO 9001:2000.

CONCLUSIONES: La protección de los datos no es algo aislado en una organización y desde GHQ entendemos que es primordial integrarla en nuestro sistema de gestión. Es por ello que las auditorías basadas en la norma ISO 9001:2000 también incluyen este nuevo proceso.

P462

VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INFUSOR SUBCUTÁNEO CONTINUO DE INSULINA (ISCI)

P. De Diego García, M. J. Montoya, C. Tella, J. Playán, F. Losfablos, R. Albero.

Hospital Universitario Miguel Servet.

patricia_dediego80@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La terapia intensiva con múltiples dosis de insulina (MDI) es el tratamiento "gold standard" para optimizar el perfil glucémico de los pacientes diabéticos. Los beneficios en la reducción de complicaciones asociadas a la enfermedad han sido claramente demostrados. El tratamiento con ISCI representa una alternativa a la MDI cuando ésta no es capaz de alcanzar los objetivos del tratamiento de la diabetes. Recientes estudios que comparan ICSI con MDI han demostrado mejoría significativas en el control glucémico usando ICSI, pero muchos no hacen referencia al efecto que tiene dicho tratamiento sobre la calidad de vida del paciente.

PACIENTES Y MÉTODOS: Examinamos el grado de bien estar de todos los pacientes en tratamiento con ICSI en el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital universitario Miguel Servet (n=13), explorando su experiencia personal mediante una breve encuesta basada en preguntas acerca de los beneficios e inconvenientes del tratamiento con ICSI.

RESULTADOS: 61,5% de los pacientes refieren una mejoría en el perfil glucémico.

38% refieren tener más libertad e independencia.

61,5% refieren tener más flexibilidad.

100% refieren tener menor número de hipoglucemias.

76,9% de pacientes refieren tener una mejor calidad de vida con el tratamiento con ISCI, siendo el menor número de hipoglucemias el motivo que todos los paciente coinciden en apuntar como el mayor beneficio del tratamiento con ISCI.

CONCLUSIONES: En resumen, además de la mejoría del control glucémico ya conocido con el tratamiento con ISCI, la satisfacción por parte del paciente con dicha terapia es buena, puesto que la mayoría de ellos prefieren este tratamiento a la MDI. El factor fundamental que influye en la mejor calidad de vida de estos pacientes es el menor número de episodios de hipoglucemia. La hipoglucemia grave puede llegar a ser mortal si no se trata con prontitud, y la hipoglucemia leve-moderada es causa de una peor calidad de vida del paciente diabético. Pacientes con frecuentes hipoglucemias, hipoglucemias graves y más aún aquellos pacientes con hipoglucemias inadvertidas,

tienden a mantener cifras elevadas de glucemia para evitarlas. La mejora en cuanto a la frecuencia de episodios de hipoglucemia en pacientes en tratamiento con ISCI hace que esta sea una alternativa eficaz y segura para estos sujetos.

P463

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

P. Sánchez González, C. García Del Castillo Pérez De Madrid, J. Ortiz Valdepeñas, C. López Cordoba, J. C. Vargas Padial, J. González Albalate.

HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL SESCAM.

rpsanchezg@sescam.jccm.es

Introducción: En noviembre de 2005 se inicia el traslado del CHCR al HGCR, finalizando el 2 de febrero de 2006.

El HGCR pertenece al SESCAM.

El paso de dos Hospitales antiguos a uno de nueva planta dotado de una modernas instalaciones, las últimas tecnologías y nuevos sistemas de información hacia necesario que se produjese un cambio cultural. Los responsables del centro planifican que este cambio se produzca poco a poco y que vaya impregnando a la organización.

Dentro de esta planificación de desarrollo tecnológico estaba proyectada la implantación de la Prescripción electrónica, del aplicativo Siglo (analítica) Iconos (radiología), y la puesta en funcionamiento de los dispensadores automáticos de medicación. Además el Hospital cuenta con una moderna red inalámbrica que permite la conexión sin cables de los distintos aplicativos.

Objetivos:

- 1.- Mejorar la seguridad del paciente.
- 2.- Dotar a los profesionales de la unidad de una herramienta que facilitase su trabajo.

Material y método: Se crea de un grupo multidisciplinar (farmacéuticos, informáticos, cirujanos, enfermeras y directivos del hospital) responsable de definir, planificar, integrar e implantar las acciones necesarias para el desarrollo tecnológico (grupo de técnicos).

Reuniones con los profesionales para definir que, como y cuando hacerlo.

Se diseña un carro de soporte para el ordenador portátil y que sustituye al carro de unidosis.

Al año de la puesta en marcha de estas herramientas se pasa una encuesta a los enfermeros de la unidad para conocer su grado de satisfacción sobre el uso de las nuevas herramientas.

Resultados:

Se integran: Prescripción Electrónica. Gestión de Cuidados, Sistemas de Información del Hospital, Dispensador automático de medicación. La conectividad inalámbrica permite a los profesionales registrar a pie de cama todos los datos que tienen que anotarse en la historia electrónica, consultar analítica, ver radiografía, prescribir tratamientos, realizar informes.

Conclusiones:

1. El empleo de las Tecnologías de la información mejora notablemente la seguridad del paciente al minimizar la posibilidad de errores al disponer de todos los datos en la cabecera del paciente.
2. Mientras que es una ventaja el disponer de un dispensador automatizado en la unidad de hospitalización donde se encuentran la casi totalidad de medicamentos necesarios, el tiempo que deben emplear en extraer de él la medicación hace que las enfermeras no estén totalmente satisfechas con este dispositivo.
3. Las enfermeras están totalmente satisfechas con la integración del resto de los aplicativos y el registro de sus actividades a pie de cama.

P464

MEJORA DEL CUADRO DE MANDO DE UN HOSPITAL

S. Lorenzo (0), M. Rodríguez Muñoz (0), J. Ortigueira (0), F. García Sánchez (0), J. González Álvarez (0), V. García (1).

(0) Hospital Universitario Fundación Alcorcon, (1).

slorenzo@fhacorcon.es

Antecedentes: la información es un recurso estratégico de que debe estar normalizado y dispuesto para ser utilizado de forma oportuna y consistente en todos los ámbitos del hospital. Nuestro centro disponía de fuentes de datos y conocimiento, ubicadas en diferentes bases de

datos, consideramos necesario ordenarlas y sintetizarlas a través de la elaboración de instrumentos de consulta ágiles y seguros.

Objetivo: diseñar y desarrollar un nuevo cuadro de mando que integrara, bajo un modelo estable y sintético de consulta la información sobre el desarrollo de la organización, para facilitar la toma de decisiones.

Material y método: Ambito: Hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 255.000 habitantes.

El trabajo se ha realizado en varias fases: 1. Análisis de cuadernos de mando previos para conocer la información de que se disponía. Revisión de definiciones y procedimientos de extracción y cálculo. 2. Identificación del conjunto de bases de datos y fuentes de información actuales. Análisis de validez y oportunidad para el CM (genérico) 3. Validación de los datos ya existentes en el sistema de información. 4. Análisis de uso de la información. 5. Definición de necesidades, propuesta de indicadores y consenso de los mismos con la Dirección del Hospital.

Resultado: El análisis inicial (fases 1-3) se realizó con ayuda externa y posteriormente la propuesta de indicadores se realizó desde Control de Gestión, que mantuvo reuniones sucesivas con todas las áreas de Dirección (Gerencia, Asistencial, Económico Financiera, Enfermería y RRHH) del centro hasta alcanzar el consenso sobre los contenidos necesarios.

Los indicadores se han dividido en 11 áreas de interés: hospitalización, área quirúrgica, área ambulatoria, urgencias, apoyo diagnóstico, lista de espera (quirúrgica, consultas y procedimientos), gestión de personal, gestión económica y satisfacción de pacientes. Se ha establecido un cuadro con un total de 107 indicadores, que han quedado definidos en fichas técnicas en las que se establece definición y fórmula de cálculo, área de interés, ámbito de cálculo, dimensión analizada, perspectiva a la que corresponde, periodicidad de su medida, acceso (general o reservado), valores de clasificación, formato de análisis, criterio del modelo EFM al que corresponde, fuente de datos y modelo de análisis, disponibilidad en la obtención y previsible demora.

P465

MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEZAS CONTAGIOSAS (EIC) EN EL HOSPITAL.

I. EnriquezdeSalamanca Holzinger (1), C. Millán Cachinero (2).

(1) Enfermero. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital POVISA. (2) Médico, Servicio de Medicina Preventiva. Hospital POVISA. VIGO. eci@povisa.es

INTRODUCCIÓN: La gestión de pacientes EIC en Hospitales es desafío creciente. Su gestión es un proceso complejo debido al progresivo aumento de casos, el retraso en diagnóstico, distintas estrategias preventivas y implicación de distintos colectivos. Todo lo anterior integrándolo en un escenario marcado por la rapidez y mayor percepción del riesgo.

OBJETIVO: Describir el proceso de gestión de pacientes con EIC en Povisa. Mostrar sus resultados en 2005-2007.

MÉTODOS: El Hospital Povisa dispone de los siguientes elementos para el proceso de gestión de pacientes con EIC.

Rapidez en el Diagnóstico: Todas las aislamientos microbiológicos de muestras con presencia de gérmenes de alerta se reciben en tiempo real por e-mail del SMP.

Diariamente se realiza una vigilancia epidemiológica revisando los motivos de ingreso, las solicitudes de microbiología y análisis clínicos como estimador de la sospecha clínica, los resultados de éstos. Igualmente, se rastrean los contactos y convivientes cuando esto es procedente así como exposición accidental de trabajadores.

Algunos casos "sensibles" se reciben automáticamente en el "busca". Cualquier sospecha de enfermedad infecciosa genera una llamada por teléfono o busca a SMP.

Feed Back de Información:

- Reunión semanal con Infecciosas para acordar actuaciones.
- Informe mensual al cuadro de mandos de calidad.
- Reuniones con los servicios para información.
- Plan de formación.

RESULTADOS: Estructura:

Existen un plan documentado y aplicación informática para entrar los datos.

Construcción de dos habitaciones con presión negativa.

Procedimiento:

Feed back de información a sobre la magnitud, frecuencia, ocurrencia y actuaciones realizadas.

Resultado: Se han identificado un total de 894 casos en 2005 -2007. Han generado hospitalizaciones con precauciones por aislamientos en 510 ocasiones. Las precauciones por Contacto son las mas frecuentes seguidas de las precauciones por vía aérea.

Los patógenos mas representados son (MRSA. 205, 22,9%) M. Tuberculosis (151 , 17%) Aspergillus (92 , 10.3%) y E. Coli R (62, 7%).

CONCLUSIONES: La vigilancia epidemiológica de pacientes con EIC es una oportunidad para expresar nuestro compromiso con la seguridad del Hospital. El uso inteligente de tecnologías de información junto a la capacidad de interacción con distintos estamentos hospitalarios son pilares fundamentales para la adecuada gestión de este procedimiento.

P466

METODOLOGÍA ITIL: MEJORA CONTINUA EN EL ÁMBITO DE INFORMÁTICA EN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

J. Martínez Gómez, N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, A. Colomer Rosas, P. Llopis López, R. Solano López.

SUMMA112.

jmartinez.summa@salud.madrid.org

Objetivos: Poner en marcha un Sistema de Gestión de Calidad basado en la metodología ITIL ("Biblioteca de Infraestructura de Tecnologías de Información") en un Servicio de Informática en un Sº de Emergencias.

Método: Adaptación de los procesos del Sº. de Informática al ciclo PDCA de la mejora continua con referencia la metodología ITIL. Se procede de la forma siguiente:

Fase de Control: Gestión de Incidencias. Monitorización la actividad y resolución precoz, en el ámbito de la Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC), a través de la recogida y tramitación de incidencias.

Fase de Actuación: Gestión de problemas. Investigar y diagnosticar las causas de las incidencias, y determinar las posibles soluciones. Proponer peticiones de cambio para restablecer la calidad del servicio. Revisiones Post-Implementación. Se abordan desde dos perspectivas: Reactiva, y Proactiva.

Fase de Planificación: Gestión de Cambios. Subproceso que tiene como entradas las peticiones de cambio propuestas por la fase anterior más nuevas demandas. Evaluar y planificar del proceso de cambio para asegurar la eficiencia, asegurando la calidad.

Fase de Realización: Gestión de Versiones. Implementación y control de calidad de todo el software y hardware instalado en el entorno de producción. Ejecutar la planificación saliente de la Gestión de Cambios.

Fase adicional: Gestión de Configuraciones. Controlar y gestionar los elementos de configuración de la infraestructura TIC a través de una Base de Datos de Configuración. Proporciona información sobre la configuración TIC a todos los diferentes procesos de gestión, y se relaciona los subprocesos optimizando el servicio.

Resultados: Desde el 1/01/2008 se reciben 763 incidencias, de las cuales 21 han sido entradas de la gestión de problemas. La revisión proactivas encontró 3: suman 24 problemas.

Estos problemas se han reconvertido en 24 errores conocidos, a las que sumamos 12 externas. Estas peticiones 25 han originado 18 nuevos proyectos y 12 actuaciones planeadas que están siendo gestionados por la gestión de versiones, que están siendo ejecutadas por Gestión de Versiones.

Conclusiones: Los resultados preliminares nos permiten afirmar que se realiza un proceso asintótico hacia la excelencia mejorando los servicios TIC en cuanto a personas, procesos, colaboradores y productos o servicios, consiguiendo plasmar el sentido común a un conjunto de prácticas que priorizan las acciones preventivas y la satisfacción del cliente mediante respuestas tempranas, pero con el rigor que ofrece el estudio previo de similares circunstancias.

P467

MÓDULO DE URGENCIAS: EL CAMINO HACIA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

P. Fernández Rodríguez, A. Moreno García, F. Lobo Santa María, V. Valera Barreda, C. Girabent Careta, J. Herrero Manso.

USP Hospital San Camilo.

paloma.fernandez@usphospitales.com

INTRODUCCIÓN: Uno de los principales valores con los que definimos la política de USP Hospital San Camilo es la Calidad, aspecto que resulta fundamental para desarrollar un buen servicio y por tanto lograr la confianza de los pacientes. En base a la mejora continua del servicio, se implanta el portal de urgencias.

OBJETIVO: Agilizar las gestiones del servicio para conseguir un menor tiempo de espera, mayor número de pacientes atendidos, acceso inmediato a la toda la información relativa paciente.

Se pretende conseguir que el paciente reciba una asistencia sanitaria adecuada, ágil y segura.

METODOLOGÍA: La metodología de trabajo en la nueva Urgencia ha experimentado un cambio radical, basándose en los sistemas informáticos y dejando de lado a los registros en papel.

Recursos materiales: Para la consecución de la implantación del nuevo portal se han incorporado ordenadores e impresoras en todos los box.

Se ha coordinado informáticamente el área de Urgencias con la Unidad de Diagnóstico por la Imagen y Laboratorio para que las pruebas aparezcan directamente evitando pérdidas de tiempo y ganando efectividad en el servicio.

Recursos humanos: Creación del puesto de triaje para identificar el nivel de gravedad de los pacientes tras su recepción así como la necesidad y prioridad de tratamiento y determinación del lugar de asistencia que se adecue a su patología.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- Menor tiempo de espera de los pacientes, mejorando así la calidad asistencial.

- Agilidad en la gestión de solicitud de pruebas (Laboratorio y Diagnóstico por la Imagen) así como la recepción de los informes.

Se ha conseguido que la Historia Clínica del paciente esté unificada y sea electrónica, de tal modo que la información sea legible no dando lugar a errores en la interpretación de las órdenes médicas. Además se evitan posibles pérdidas y deterioro de documentación imprescindible para desarrollar un buen servicio, protegiendo los datos de carácter personal de los pacientes (cumplimiento de la LOPD). También posibilita un cambio de archivo físico a informático, ahorrando así en espacio y confort.

Se promueve el desarrollo sostenible mediante el ahorro de papel.

Se ha evidenciado la mejora de la Calidad desde la implantación de este módulo mediante la constatación de la satisfacción de los clientes (pacientes, facultativos, aseguradoras), así como con la significativa disminución de las reclamaciones.

P468

MONITORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DEL PLAN DE SALUD A TRAVÉS DEL CUADRO DE MANDO OPERATIVO (DWH)

M. Buqueras Rovira, N. Navarro Casado, E. Escribano Herranz, R. Escribano Rodríguez, E. López Amat, X. Frías Garrido.

BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS, S.A.

mbuqueras@bsa.cat

Objetivos: Badalona Serveis Assistencials SA, es una organización sanitaria integral, concertada por el Servei Català de la Salut (CatSalut). Formada por seis centros de atención primaria, un hospital comarcal, un centro socio-sanitario, un centro de atención a la salud sexual y un servicio de atención integral a domicilio (SAID).

Se pretende presentar la información requerida en el Plan de Salud y poder mostrarla en el Cuadro de Mando Operativo en tiempo real.

Metodología: Cada año se establecen un conjunto de objetivos cualitativos y cuantitativos definidos por el CatSalut y acordados con la dirección de nuestra organización.

Se consensúan las distintas fuentes y criterios de explotación.

Los datos se integran en el Almacén de Datos Corporativo (DWH) mediante las herramientas del SQL Server donde reciben un tratamiento de homogeneidad, calidad, agregación y orientación de negocio.

Los resultados del cálculo de los indicadores referentes a dichos objetivos pueden ser observados a tiempo real por vía web en el Cuadro de Mando Operativo y en las herramientas de análisis/reporting.

Resultados: Se han calculado 68 indicadores referentes a accesibilidad, eficiencia, resolución y satisfacción. 22 de Atención

Primaria, 19 de Atención Especializada y 27 de Atención Socio-sanitaria y SAID, integrados en 3 cubos.
Se presenta la información en el Cuadro de Mando Operativo por centros y con posibilidad de desagregarla hasta el nivel de profesional. También es posible obtener estos resultados con las herramientas de análisis/reporting, donde podemos llegar al detalle del paciente.

Un total de 101 usuarios de nuestra organización tienen acceso a esta información mediante las aplicaciones nombradas anteriormente.

Conclusiones: Se da respuesta a los resultados de los objetivos que se acuerdan con el Calsalut.

Dado que los profesionales conocen los resultados de los indicadores cualitativos y cuantitativos durante el transcurso del año, pueden emprender acciones correctoras para el cumplimiento de los objetivos y para la mejora de la atención a sus pacientes.

La capacidad resolutoria del análisis de los datos, así como la navegación por la información, en tiempos reducidos de respuesta, aportan grandes expectativas y posibilidades en la toma de decisiones para la gestión clínica, aumentando la motivación por la eficiencia y la mejora continua de la calidad de los profesionales sanitarios.

P469

MORTALIDAD HOSPITALARIA, AUTOPSIA CLÍNICA Y CMBD
S. Hernández Gutiérrez*, P. Bravo Fernández, S. Pato Alonso, I. Cuesta Rodríguez, R. Iglesias Bermejo, P. Roncero Barreda.
Hospital La Paz.
shernandez.hulp@salud.madrid.org

OBJETIVOS: Describir características (tasas) de mortalidad hospitalaria en función de los datos recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y calcular tasas de autopsia clínica durante 2006.

MÉTODOS:

- Población estudio: altas y éxitos intrahospitalarios entre 1 de Enero y 31 de Diciembre.

- Diseño: estudio descriptivo observacional retrospectivo.

- Fuentes información: CMBD al alta 2006 e información en historia clínica y contrastada con Anatomía Patológica.

- Variables: tasas de mortalidad y tasas de autopsia clínica.

- Análisis datos: SPSS v.11.0 y analizador case-mix 3M EC v. 4.8.

RESULTADOS: La tasa bruta de mortalidad fue 3,03%. La mediana de edad de los éxitos fue 76 años (P25:63; P75:84). El 54,7% fueron hombres y el 45,3% mujeres. La mediana de estancia fue 10 días (P25:3; P75:21). El tipo de ingreso fue urgente en 90,3% y programado 9,7%.

La tasa de autopsia fue 4,72%. El mayor porcentaje de autopsias corresponde al Hospital Infantil con 47,06%, le sigue el Hospital General con 3,12%.

La Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) con mayor número de muertes fue 04 Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio (éxitos 402, letalidad 7,47%) seguida de CDM 05 Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio (éxitos 246, letalidad 4,97%) y CDM 06 Enfermedades y trastornos del aparato digestivo (éxitos 230, letalidad 4,63%).

Los GRD con mayor número de defunciones: 541 (Trastornos respiratorios, excepto infecciones, bronquitis, asma con comorbilidad y/o complicación mayor (CCM)) (éxitos 203, letalidad 15,96%), 544 (ICC y arritmia cardiaca con CCM) (éxitos 77, letalidad 19,30%), 557 (Trastornos hepatobiliares y páncreas con CCM) (éxitos 76, letalidad 29,69%), 533 (Otros trastornos sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con CCM) (éxitos 72, letalidad 36,73%), 584 (Septicemia con CCM) (éxitos 69, letalidad 46%). El 50,9% de éxitos se concentran en 14 GRD y el 62,3% en 25 GRD.

La tasa de mortalidad específica por tipo de GRD fue: 1,88% GRD quirúrgicos y 3,76% GRD médicos.

CONCLUSIONES: Los resultados sobre mortalidad hospitalaria son comparables con otros estudios similares en hospitales del mismo tipo. La revisión y análisis de mortalidad es un buen instrumento para detectar oportunidades de mejora de calidad asistencial, por parte de los propios servicios o de la Comisión de Mortalidad, mediante la revisión y análisis de los éxitos, y otros como, potenciar la realización de autopsia clínica, etc. El CMBD aunque con algunas limitaciones constituye una fuente de información económica y con utilidad en los programas de calidad asistencial.

P470

PERSONALIZACIÓN DE FORMULARIOS ELECTRÓNICOS PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DE RODILLA

V. León Muñoz, M. Castelo Marcos, M. López López, A. Buitrago Toledo.

Fundación Hospital, Cieza.
vleonmd@gmail.com

Objetivo: La presencia de sistemas de información en los Centros Sanitarios ha llegado a una madurez suficiente para cubrir las necesidades del entorno. El proceso asistencial refleja cada una de las relaciones del paciente con el sistema sanitario. Esta relación se produce en diferentes lugares y momentos y es necesario dotarla de unidad.

Material y método: Descripción de la organización y automatización del proceso asistencial mediante formularios en entorno SELENE (SIEMENS) en una Unidad de Cirugía de Rodilla para la gestión integral del proceso y la mejora del tratamiento de la información de la historia clínica.

Resultado: El volumen de datos útiles que mediante la personalización del entorno en formularios que aplican criterios de escalas internacionalmente aceptadas pueden ser capturados, procesados, analizados y consultados es enorme. En procesos en los que un conjunto de información amplio y complejo es la base de la toma de decisiones asistenciales y de la actividad científica representa una inestimable ayuda.

Conclusiones: La organización y automatización del proceso asistencial mediante una aplicación electrónica facilita el trabajo clínico y administrativo, rentabiliza el tiempo y los recursos y permite la explotación automatizada de la información clínica. El paciente percibe una mejora evidente en la calidad asistencial que está recibiendo.

P471

PORTAL DE ENFERMERÍA: EL PRIMER PASO HACIA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

P. Fernández Rodríguez, A. Moreno García, L. S. M. Fernando, V. Valera Barreda, C. Girabent Careta, J. Herrero Manso.

USP Hospital San Camilo.
paloma.fernandez@usp-hospitales.com

INTRODUCCIÓN: La Historia Clínica electrónica es un gran avance que supone incorporar las Tecnologías de la Información en el núcleo de la actividad sanitaria. La historia pasa de ser un registro de la información generada en la relación entre un paciente y un profesional o un centro sanitario a formar parte de un sistema integrado de información clínica, permitiendo de este modo una mayor protección de los datos de carácter personal de los pacientes.

OBJETIVO: Implantar el módulo de enfermería como primer paso a la Historia Clínica electrónica, unificando de los registros de enfermería, proporcionando a todo el equipo sanitario una información clara, continua y precisa sobre el proceso asistencial del paciente en cualquier punto del Hospital. Integración de la gestión asistencial a la aplicación global de gestión Hospitalaria (AHM).

METODOLOGÍA: Se nombra una coordinadora de portal de enfermería para que exista comunicación entre enfermería y Sistemas de la información y para favorecer la formación individualizada dentro de cada turno de trabajo.

Se desarrolló un periodo de transición de una semana de duración, que permitió que el cambio fuese gradual, menos drástico y muy eficaz.

Previamente y durante la implantación, se impartió formación específica al personal y a las nuevas incorporaciones para lograr una buena organización y operatividad del servicio.

Recursos materiales:

- Pasamos de uno a tres ordenadores (2 PCs + 1 portátil) por planta.
- Instalación del segundo servidor local.
- Mejora de la línea de BACK-UP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Registro de toda la información clínica del paciente en soporte informático (Historia clínica electrónica, constantes, órdenes médicas, registros de enfermería, tratamientos, peticiones de pruebas complementarias y datos administrativos y de facturación) siendo ésta accesible por todo el personal sanitario y

administrativo que la requiera.

Constituye un archivo de datos a medio y largo plazo que posibilita el empleo de los mismos en investigaciones, control de calidad, cálculos de tiempos de enfermería, análisis estadísticos de los datos y posibilita al paciente convertir sus datos asistenciales en cualquier otro Hospital del Grupo USP.

Gracias a este proyecto se consigue lo siguiente:

- Mejora de la calidad asistencial.
- Mejora del rendimiento personal.
- Mejora de la productividad.
- Avance en de la Historia Clínica Electrónica.

P472

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA Y PROTOCOLOS FARMACOTERAPÉUTICOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

V. León Muñoz, F. Valiente Borrego, I. Sánchez Martínez.

Fundación Hospital, Cieza.

vleonmd@gmail.com

Objetivo: Desarrollar e implantar protocolos de tratamiento farmacológico en pacientes sometidos a cirugía traumatológica y ortopédica (COT) empleando prescripción electrónica asistida.

Material y Método: Los protocolos son recomendaciones que pretenden estandarizar cuidados y mejorar la calidad del proceso asistencial, frente a la variabilidad en la práctica clínica. El tratamiento tras una intervención quirúrgica debe contemplar pautas analgésicas, antibióticas, antieméticas y antiinflamatorias distintas según la cirugía realizada y el tiempo de estancia esperado. La prescripción electrónica asistida ha sido reconocida, frente a la prescripción manual, como una herramienta básica para mejorar la seguridad y la eficiencia durante el proceso de utilización de medicamentos, disminuyendo los errores de medicación. Se analizaron la evidencia y recomendaciones disponibles sobre las pautas de tratamiento postquirúrgico empleadas en nuestra unidad. Posteriormente se inició el diseño de su prescripción, validación farmacéutica y dispensación a través del sistema de dosis unitaria, mediante la aplicación informática SAVAC.

Resultados: Atendiendo a las recomendaciones de las diferentes comisiones clínicas del hospital se han consensuado, junto con el servicio de farmacia, protocolos que cubren los diferentes procesos desarrollados por el servicio de COT: cirugía mayor ortopédica, raquis, cirugía menor, etc. Se ha contemplado la posibilidad de pacientes alérgicos a betalactámicos mediante un protocolo específico. Todos ellos permiten la planificación farmacoterapéutica durante la estancia del paciente, a través de diferentes líneas de prescripción que se activan o desactivan de forma automática en función del tiempo. Las líneas incluyen vía, dosis, duración y pautas de administración, así como vehículos y velocidad de infusión en caso de administración intravenosa. De igual forma, se han parametrizado prescripciones a demanda del paciente para el dolor o las náuseas.

No ha sido necesario el empleo único del soporte en papel de las órdenes de tratamiento, ya que no se ha producido caída del sistema informático y las operaciones de mantenimiento y actualización de éste se gestionan, cuando son necesarias, antes del inicio de la sesión de usuario.

Conclusiones:

1. El diseño de protocolos de tratamiento ha permitido sistematizar la atención prestada disminuyendo la variabilidad y mejorando la calidad de la práctica asistencial diaria.
2. La Prescripción y validación electrónicas, son herramientas útiles para la estandarización del tratamiento farmacológico, aportando seguridad para el paciente.
3. Sería necesario valorar el grado de aceptación de esta iniciativa por parte de los profesionales que participan en el cuidado del paciente.

P473

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y ERRORES DE MEDICACIÓN

O. Curiel García, L. Losa López, T. Fernández García, E. Dorca Badia.

HOSPITAL DE SANT CELONI.

ocuriel@hsceloni.es

Objetivo: Describir el impacto en los errores de medicación, después

de la implantación de un programa de prescripción electrónica, en el ámbito hospitalario.

Material y métodos:

1. Parametrización del sistema de soporte en la toma de decisiones sobre la utilización de medicamentos (Clinical Decision Support Systems o CDSS): dosis, frecuencias, dosis máximas, alertas en caso de alergias, interacciones, insuficiencia renal, uso restringido, estrecho margen, duración tratamiento, duplicidades, introducción de protocolos aprobados y guías clínicas.

2. Formación para un registro correcto de la prescripción electrónica (Computerized Physician Order Entry o CPOE).

3. Implantación del programa de prescripción electrónica: julio 2007.

4. Desde el año 2003, disponemos de un registro en una base de datos (Grupo Ruiz Jarabo 2000 ISMP-SEFH), de los errores de medicación notificados de forma voluntaria. Recogemos el medicamento implicado, el lugar donde se ha producido el error, la causa, la gravedad y quien notifica.

5. Comparamos los errores de medicación antes de la implantación del programa de prescripción electrónica (2003-2007) y después de la implantación (enero- junio 2008).

Resultados: Durante el periodo 2003-2007, se han recogido 1108 errores de medicación:

37% en la transcripción de órdenes médicas., 30% en la administración, 23% en la dispensación y un 3% de prescripción.

En cuanto a la gravedad del error: 50% no llega al paciente, 43% llega al paciente, sin lesiones y 0.4% necesita tratamiento y observación.

Lugar del error: 70% en hospitalización, 23% en farmacia, 3% en urgencias.

Después de la implantación del programa informático, se han notificado desde Enero a febrero 2008, 147 errores de medicación (pendiente introducir hasta junio 2008).

46,3% en la prescripción médica, 48% errores del sistema, 4.8% en la administración. En cuanto a la gravedad del error: 92,5% no llega al paciente, 7,5% llega al paciente, sin lesiones.

Lugar del error: 72% en hospitalización, 25% en urgencias.

Conclusiones: El registro de la prescripción electrónica (CPOE y CDSS) contribuyen a la mejora de la calidad del sistema sanitario, debido a su capacidad de prevenir errores y facilitar la toma de decisiones de los clínicos.

Sin embargo hay un importante incremento de los errores de prescripción y del sistema, ya que no es una herramienta fácil, con mejoras pendientes de resolver y que requiere una formación elevada previa a su utilización.

P474

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA ADECUACIÓN DE USO DE GUANTE SANITARIO EN EL MEDIO HOSPITALARIO

A. Vecino Soler, A. Laguia, O. Frisas y M. Félix.

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

avecino@salud.aragon.es

OBJETIVOS:

1. Definir los diferentes tipos de guantes sanitarios.
2. Identificar tareas sanitarias de riesgo en el medio hospitalario.
3. Adecuar el tipo de guante a cada tarea en función del riesgo, tiempo de exposición y posibles patologías en los trabajadores.
4. Minimizar el riesgo de exposición al látex en trabajadores, pacientes y medio ambiente.
5. Mejorar la información y formación del personal expuesto.

METODOLOGÍA: El estudio es realizado por profesionales de: Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales del sector 3, Medicina Preventiva y Recursos Materiales del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCU).

Fases:

- Identificación tipo de guantes sanitarios y frecuencia recomendable de cambio.
- Encuesta dirigida a profesionales usuarios de guante sanitario.
- Análisis del riesgo en cada tarea.
- Elaboración de procedimiento de trabajo relacionando tipo de guante y tarea, tiempo exposición al riesgo y posible patología alérgica al látex.
- Prueba piloto en 3 unidades, en función del riesgo, tareas realizadas y presencia o no de alergia al látex.
- Elaboración de cartel, información y difusión del mismo.
- Valoración cuantitativa de consumo mensual y ajuste de

consumo tras información y formación del personal implicado.

RESULTADOS:

Cuantificados:

1. Nº de unidades asistenciales en las que se ha realizado difusión del protocolo, 100%.
2. Nº de unidades en las que se ha realizado la implantación, 100%.
3. Control de consumos de forma mensual por unidades de enfermería, 100%.

No cuantificados:

1. Desaparición del látex con polvo no estéril en el HCU.
2. Disminución de la presencia de látex en el HCU, sin desproteger al trabajador.
3. Aumento de la frecuencia de cambio de guantes.
4. Unificación de criterios de uso higiénico.

CONCLUSIONES: La implantación del procedimiento de adecuación de uso de guante sanitario ha supuesto una minimización de los riesgos asociados a patologías asociadas con el uso de látex y a la nacionalización del uso de guantes en el medio hospitalario.

La información y formación de los trabajadores resulta un instrumento útil para la implantación de nuevas técnicas.

P475

REVISIÓN DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS VOLANTES DE INTERCONSULTA EN LOS PACIENTES DERIVADOS A URGENCIAS

M. A. Javierre Loris, C. Garcés San José, J. Povar Marco, E. Bustamante Rodríguez, J. M. Franco Sorolla, R. Marrón Tundidor.
Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
marianjavierre@comz.org

INTRODUCCIÓN: Muchos de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios, son derivados desde distintos puntos de asistencia sanitaria. En la mayoría de las ocasiones estas derivaciones se acompañan de un informe escrito que incluye el motivo de derivación y los antecedentes médicos del paciente. Esta información incluida en estos informes es fundamental para el médico de urgencias que no dispone de historial previo del paciente y supone un ahorro de tiempo y una disminución de errores diagnósticos y terapéuticos muy importante.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es inicialmente revisar la cumplimentación de estos informes de derivación con la finalidad de mejorar la calidad de los mismos. Detectados los posibles problemas más frecuentes, constituir un grupo de trabajo que junto a los servicios externos al hospital, puedan diseñar una vía de consulta uniforme que facilite tanto la derivación como la recepción del enfermo en los distintos niveles asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han recogido y analizado los datos de todos pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Miguel Servet entre el 1 y el 15 del junio del 2007. Estudio descriptivo transversal.

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 14.0 para el análisis de los datos.

RESULTADOS: Ap= atención primaria, Pp= petición propia. 7839 pacientes fueron recogidos para el estudio, 45,3 % varones. Incremento de las urgencias atendidas en 2007 de 8,4 % respecto a 2006 ($p < 0,005$) y 9,3% respecto a 2005 ($p < 0,014$).

642 pacientes fueron derivados, solo se recogieron informes de derivación en 348 de ellos. De estos informes el 70% provienen de atención primaria y el resto de otros niveles asistenciales (puntos atención continuada, consultas especializadas). El 40% incluyen toma de constantes, 70% exploración clínica, 82% impresión diagnóstica y en el 30 % de los casos se ha iniciado tratamiento. El 82% se dirigen a urgencias generales, 4% a traumatología, 3,7 % a cirugía general y 3% a cirugía vascular como especialidades más demandadas (no incluidas urgencias oftalmológicas, ginecológicas e infantiles por estar atendidas en otras áreas hospitalarias). El motivo más frecuente de consulta fue el dolor abdominal (15%), seguido de disnea (13,9%), focalidad neurológica (6,3%) dolor torácico (6%).

CONCLUSIONES: Hemos detectado una cumplimentación baja de alguna de las variables revisadas; el tratamiento habitual del paciente y los antecedentes medicoquirúrgicos, serían para nosotros el punto más importante a incidir en cuanto a la mejora de información a recoger en un volante de derivación.

P476

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LOS SERVICIOS CLÍNICOS

M. Latorre* (0), J. A. San Sebastián (0), I. Bilbao (1), A. M. Llamas (1), V. Sánchez (1), M. E. Elvira (1).
(0) HOSPITAL DE CRUCES, (1).
MIKEL.LATORREGUISASOLA@osakidetza.net

OBJETIVOS: Elaborar una aplicación informática de apoyo que permita recoger y analizar información de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Crear el equipo de trabajo (multidisciplinar, que incluya clínicos, unidad de calidad y gestor de base de datos) 2. Descripción gráfica del proceso asistencial (identificando los procesos de apoyo, las entradas y las salidas del mismo); 3. Elaborar los soportes de información y los vínculos entre ellos; y 4. Analizar, Evaluar y Difundir los resultados.

RESULTADOS: 1. El equipo se constituyó con once personas (dos especialistas clínicos, dos miembros de la Unidad de Calidad y un informático; 2. Se describió el diagrama de flujo con la secuencia de actividades del proceso clínico, desde que el paciente es ingresado hasta que se le da el alta; 3. Se identificaron los procesos de apoyo clave; 4. Se establecieron e incluyeron los formularios necesarios según la Norma ISO 9001:2000; 5. Se incorporó en el ordenador de un servicio piloto.

CONCLUSIONES: 1. La aplicación desarrollada facilita el registro, análisis y envío de la documentación requerida en el Sistema de Gestión del Servicio; 2. Permite organizar las actividades del Servicio, elaborar protocolos en las actividades clave, realizar el seguimiento de no conformidades y acciones de mejora y elaborar la memoria anual y el plan de mejora.

P477

SOPORTE DE SERVICIO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

N. Rodríguez Rodil, M. J. Medrano Martínez, J. Martínez Gómez, R. Solano López, J. A. Pajuelo Ayuso, R. Castillo Rubio.
SUMMA 112.
nrrodriguez.summa@salud.madrid.org

Objetivo: Establecer un proceso de gestión de cambios/planificaciones en un Servicio de Informática en el ámbito de las Urgencias Extrahospitalarias.

Métodos: Se establece un grupo de trabajo para la implantación del proceso de Gestión de Cambios /Planificaciones dentro del marco ITIL ("Biblioteca de Infraestructura de Tecnologías de Información"). Se recogen todas las peticiones y nuevos requerimientos que se realizan al Servicio de Informática.

Se establece que dos canales de entrada: directas a la Planificación, y a través de Incidencias / Gestión de Problemas. Para el usuario debe acceder por la misma vía que la entrada de incidencias, siendo un programa informático quien las diferencie.

Se agrupan las peticiones por su naturaleza y por su impacto. Se decide que únicamente serán tratadas por la gestión del cambio las peticiones no estándar. Aquellas que por cuya importancia sean gestionadas por este proceso, serán planificadas, priorizadas y se trasladarán a las áreas encargadas de ejecutarlas.

Se planificará un plan de "marcha atrás" para implementar en caso necesario.

Se acuerdan los puntos de control al proceso. Resultados: Se implementa el proceso definido con los indicadores siguientes: Nº de Cambios (total y por elementos afectados categoría CI), Lista de las causas de los cambios y las peticiones, Nº de cambios exitosos implementados, Nº de marchas atrás y motivos, Nº de incidencias relacionados con los cambios implementados (provocados por los cambios o resueltos por los cambios).

Desde 1 de enero de 2008, se han registrado 32 peticiones, 20 escaladas por la Gestión de Problemas y 12 peticiones directas de usuarios. De las peticiones totales se han priorizado 18 proyectos, de los cuales 9 se han finalizado con éxito y los restantes se encuentran en curso o en espera de realización.

Conclusiones: Se instaura el proceso en marzo en 2008, lo que permite implementar los cambios y las peticiones de servicio no estándar de forma controlada. Así se puede estimar diversos factores

que influyen en un cambio o una innovación o en una mejora como son la correcta asignación de recursos, la adecuada preparación, las dificultades iniciales y el análisis de impacto correspondiente.

P478

TELEMEDICINA: UNA HERRAMIENTA PARA LA CALIDAD

A. C. Sanjoaquin Romero, J. Coll Clavero*, Z. R. Miguel, M. Millaruelo.

Hospital de Barbastro, Barbastro.

acsanjoaquin@salud.aragon.es

OBJETIVOS: 1.- Analizar los resultados obtenidos en la evaluación del servicio por parte de profesionales y pacientes en la fase de validación de mercado y despliegue inicial del proyecto Health Optimum.

METODOLOGÍA: Se han utilizado servicios de software para videoconferencia para PC de Dialcom, y estaciones de videoconferencia Polycom VSX 3000.

Se ha llevado a cabo el estudio de evaluación del servicio (teleconsulta virtual de duración aproximada de 25-35 min) mediante encuestas realizadas a pacientes y profesionales del Sector: 15 pacientes y 15 profesionales en la fase de validación, 30 pacientes y 15 profesionales en la fase de despliegue.

RESULTADOS: Fase de validación: Evaluación de pacientes: Calidad de teleconsulta: 50% excelente, 25% buena, 25% regular, atención médica recibida: 100% similar, comodidad durante teleconsulta: 100% muy cómodo, más provechosa que el viaje al hospital: 75% más, 25% similar, dificultad para ver/oir al especialista: 100% ninguna, preocupación por privacidad: 100% ninguna, volverá a utilizar el servicio: 75% sí, 25% puede. Evaluación de profesionales: Calidad de video: 10% excelente, 40% muy bueno, 50% bueno, calidad de audio: 50% muy bueno, 40% bueno, 10% regular, sincronización video/sonido: 30% muy bueno, 50% bueno, velocidad/continuidad imagen: 70% muy bueno, 30% bueno, disponibilidad estación: 50% siempre, 30% casi siempre, valoración aprendizaje: 20% excelente, 30% muy bueno, 35% bueno, errores críticos: 100% ninguno, errores no críticos: 90% no.

Fase de despliegue inicial: Evaluación de pacientes: Calidad de teleconsulta: 45% excelente, 40% buena, 15% regular, atención médica recibida: 100% similar, comodidad durante teleconsulta: 90% muy cómodo, más provechosa que el viaje al hospital: 85% más, 15% similar, dificultad para ver/oir al especialista: 100% ninguna, preocupación por privacidad: 100% ninguna, volverá a utilizar el servicio: 90% sí, 10% puede. Evaluación de profesionales: Calidad de video: 55% muy bueno, 40% bueno, calidad de audio: 27% muy bueno, 36% bueno, 27% regular, sincronización video/sonido: 45% muy bueno, 45% bueno, velocidad/continuidad imagen: 18% excelente, 36% muy bueno, 36% bueno, disponibilidad estación: 78% siempre, 22% casi siempre, valoración aprendizaje: 20% excelente, 60% muy bueno, 20% bueno, errores críticos: 89% no, errores no críticos: 67% no.

CONCLUSIONES: La telemedicina ofrece comodidad, eficacia y calidad de atención sanitaria a los pacientes. Nos permite facilitar la transferencia de conocimientos bidireccional entre niveles asistenciales, mejorar la equidad del mundo rural en el acceso a los recursos, avanzar hacia la excelencia mediante la innovación y favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario gracias a la optimización de recursos sanitarios.

P479

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA

F. Nuño Morer, P. Alastruey Lasobras, M. J. Miravete Valiente, F. Uribe Comps, J. I. Domínguez Torres.

Hospital General San Jorge, Huesca.

FENUMO@YAHOO.ES

Objetivos: La Tomografía Axial computerizada (T.A.C.) ha supuesto una gran innovación tecnológica en los servicios de Radiodiagnóstico. La técnica es una parte importante del proceso sanitario, pero es necesario no olvidar que, la tecnología es un apoyo, una herramienta de trabajo y el eje central de los profesionales sanitarios es la persona. Diferentes estudios demuestran que los pacientes se enfrentan mejor a las incomodidades de un estudio diagnóstico o terapéutico si, previamente se les explica claramente y se les pide su colaboración. Las características de un Servicio Sanitario condicionan la

satisfacción o insatisfacción del paciente, y entre estas características están el trato, los cuidados administrados, la efectividad y eficacia, el confort, etc.; pero nunca deberíamos olvidar la información previa a la exploración y durante el desarrollo de la misma, si queremos lograr una adecuada calidad asistencial.

Creemos que una buena información previa a la realización de una T.A.C. la puede recibir el paciente desde 4 vías diferentes:

- 1.-La información sobre la prueba recibida por el facultativo que solicita la exploración.
- 2.-La información que pueda darle enfermería en el servicio donde se encuentre ingresado.
- 3.-La información visual que puede recibir en la sala de espera de T.A.C.
- 4.-La información aportada por el radiólogo/a y la enfermera/o que le realicen la exploración.

Nuestro trabajo pretende potenciar la información que va a recibir el paciente en la sala de espera de T.A.C.

Material y métodos: Se confecciona un póster informativo para ser colocado en la sala de espera de pacientes.

Se combinan imágenes con textos explicativos sobre los diferentes parámetros que intervienen en la realización de una T.A.C.

El software utilizado es el programa "Adobe Photo Shop", procesado con "Microsoft XP".

Resultados: Los parámetros desarrollados en el póster informativo son:

- El ayuno previo al estudio.
- Los objetos metálicos y prótesis que pueden artefactar la exploración.
- La contraindicación de un posible embarazo.
- Los tipos de contrastes que pueden ser administrados, contraindicaciones, sus vías de administración y la necesidad de un consentimiento informado.
- Colocación y respiración durante el estudio.
- Duración de la prueba y resultados.

Conclusiones: La finalidad de la información previa a la realización de una T.A.C., es proporcionar conocimientos al paciente acerca de cómo se le va a realizar esta técnica; con el objetivo de lograr una buena colaboración, obtener un estudio válido para un buen diagnóstico y alcanzar la calidad asistencial.

P480

TRANSPARENCIA EN LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN: EXTRANET

M. Gassó*, O. Campos, M. Viscasillas, L. Marzal, A. Abel Joel, A. M. Miró.

SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES.

montserrat.gasso@sem.gencat.cat

OBJETIVO: Establecer un canal directo de transmisión de información sobre la asistencia en urgencias y emergencias extrahospitalarias a los gestores sanitarios del territorio (Regiones sanitarias, Departament de Salut y hospitales).

MÉTODO: Realizar reuniones con los gestores sanitarios para monitorizar las necesidades de información.

Analizar los registros que consten en la base de datos del programa informático de la Central de Coordinación de SEM.

Implantación de una aplicación del portal y gestor de contenidos.

Elaboración del formato de presentación de la información necesaria para dar respuesta a las necesidades detectadas.

Control de acceso restringido y personalizado a los responsables sanitarios del territorio.

RESULTADOS: Ejemplo de la información que diariamente SEM facilita en la extranet (hospitales Barcelona):

- Incidentes totales.
- Incidentes sector.
- Tipo demanda.
- Accidente.
- Información.
- Enfermedad domicilio.
- Enfermedad lugar público.
- Transporte sanitario.
- Incidentes según resolución.
- Resolución sin movilización recurso asistencial.
- Resolución con movilización recurso asistencial.
 - intervención médico a domicilio (ACD)
 - intervención ambulancia medicalizada (SVA)

- intervención ambulancia sanitizada (SVI)
- intervención ambulancia asistencial (SVB).

Incidentes con consulta médica.

Intervenciones sector: ACD/SVA/SVI/SVB.

Traslados ambulancias (origen sectores hospital...).

Originados en el sector y trasladados hospital de referencia.

Originados en el sector y trasladados otros hospitales.

Traslados total a hospital (origen todos los sectores).

Tiempo transfer (hora llegada hospital-hora finalización) según franjas:

Inferior a 15 mín./Entre 15 i 30 mín./Superior a 30 mín./Media.

Ejemplo de información facilitada mensualmente servicio Sanitat

Respon por Región Sanitaria:

Número de llamadas.

Clasificación de las consultas.

Información de Centros Sanitarios.

Información Breve.

Información Tarjeta sanitaria.

Información Consejo al Medicamento.

Información Procedimientos Administrativos.

Información Consejos de Salud

Otros. Información Salud Pública : Vacunas Generales, Consejos al

Viajero, Listas de espera, Farmacias.

CONCLUSIONES Transparencia y agilidad en la información lo que ha permitido una mejor coordinación extrahospitalaria-hospital.

Mejora de los flujos de derivación hospitalaria.

Herramienta de trabajo para la mejora de la continuidad asistencial.

P481

¿RECOGEMOS LOS GESTORES LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE PLANIFICAR?

J. Á. Infantes Rodríguez*, M. C. Solano Villarrubia, M. J. Calvo Mayordomo, J. L. Martín Maldonado, P. Serradilla Cocheró.

SERMAS Gerencia Atención Primaria Área 1.

jinfantes.gapm01@salud.madrid.org

1.- Objetivos:

1.1.- Analizar las opiniones, imágenes y representaciones de los profesionales de un Área de AP sobre las funciones, roles y actividades de las enfermeras.

1.2.- Propiciar, mediante una investigación de tipo participativa, un proceso de reflexión, discusión en un Área de Atención Primaria que, incluyendo como grupos claves al equipo directivo del Área, a las comisiones directivas de los equipos y al total de las enfermeras, se convierta en un elemento motivador para el cambio y contribuya a desarrollar el "Plan de Mejora de la Calidad de los Cuidados Enfermeros" elaborado por la dirección enfermera.

2.- Método: Proyecto de investigación cualitativa tipo Investigación-Acción-Participación dirigido a todos los profesionales del Área, que va adaptando su diseño en función de los resultados que se van obteniendo y que, partiendo de las imágenes que cada uno de los profesionales tiene en cuanto al Rol actual de las enfermeras, identifica las dificultades para avanzar en esta línea y la motivación para el cambio.

Tras cada ronda de reuniones los investigadores presentan informes parciales que son sometidos a la discusión del equipo directivo de la que surgen nuevas propuestas al equipo investigador estableciéndose así un proceso "circular" en el que investigadores y equipo directivo van redefiniendo la propia investigación.

3.- Resultados:

- Se recogen y clasifican las opiniones de todos los profesionales participantes.
- Este proceso de interacción ha permitido detectar dificultades no identificadas previamente, para las que el equipo investigador hace propuestas concretas al equipo directivo del Área.
- El conjunto de este proceso ha servido para dar a conocer el Plan de mejora, actuando como un auténtico Plan de Comunicación.
- El debate interno que ha supuesto entre los miembros de la Gerencia del Área (toda la Dirección asistencial) ha propiciado un fortalecimiento en las relaciones del propio equipo directivo y una mayor claridad a la hora de liderar el plan de mejora propuesto.

4.- Conclusiones: A menudo no se conocen las opiniones e imágenes de los profesionales a los que va destinado un plan de mejora

profesional diseñado por gestores. Tener la oportunidad de contar con los profesionales, permitiendo que expresen sus opiniones y reflexionen sobre cómo se posicionan ante el plan de mejora y ante su propia práctica profesional, hace que se sientan partícipes y les implica en su desarrollo. Esto ha sido determinante para la puesta en práctica de las propuestas recogidas en el Plan de mejora.

P482

BUZÓN DE SUGERENCIAS DE PROFESIONALES EN UN SECTOR SANITARIO. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DESDE SU IMPLANTACIÓN

J. Rodríguez García, J. A. Zamora, P. Hernández, M. J. Calvo, C. Tosat, J. M. Morera.

Hospital San Jorge de Huesca.

jrodriguezg@aragon.es

OBJETIVOS: Describir cómo se ha desarrollado el diseño e implantación de un circuito de sugerencias para profesionales en el Sector de Huesca. Evaluación de las primeras acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir de la evaluación EFQM en el Sector en 2006, se identifica la falta de elementos facilitadores de la opinión de profesionales. La Unidad de Calidad del Sector en su priorización de áreas de mejora, decide extender el programa de buzón de sugerencias a todos los profesionales del Sector en varias fases: selección del grupo de trabajo y responsables en cada nivel, diseño del formulario, diseño del programa y selección de indicadores, diseño de aplicativo en intranet para todo el Sector que es gestionado desde cada nivel, compra e instalación de buzones físicos, difusión del programa, evaluación a los 5 meses, Introducción de acciones de mejora, evaluación a los 17 meses.

RESULTADOS: El modelo de formulario, incluyó: datos de Identificación, área afectada, aspecto afectado, descripción de mejora, descripción de beneficios.

Para monitorizar el proyecto y las acciones de mejora, se seleccionaron los siguientes indicadores: de cobertura: N° de sugerencias, % Profesional identificado, % mediante aplicativo Web, de efectividad: % aceptadas / presentadas, % desarrollo/ aceptadas, % implantadas / aceptadas.

Indicadores de calidad: % sugerencias con proyecto de Mejora definido/aceptadas. Se realizó la primera evaluación tras 5 meses, tras las acciones de mejora, se revaluó el proyecto a los 17 meses.

Los resultados comparativos entre el primer y segundo periodo: fueron enviadas 38 vs.66 sugerencias, profesional identificado 44,7% vs.60,6%, mediante aplicativo Web 55,3% vs. 59,1%, Aceptadas 80,55% vs.95,16, pasaron a fase de desarrollo 48,28% vs. 52,54%, de ellas fueron implantadas 14,29% vs 61,29%, con proyecto de Mejora definido 23,7% vs. 13,63%.

CONCLUSIONES: La aceptación del programa por los profesionales parece buena así como de las estructuras de apoyo (aplicativo, buzones etc).

El mantenimiento de reuniones periódicas, la colaboración de los profesionales y la gestión transparente y accesible mediante aplicativo Web así como las respuestas informatizadas mejora los indicadores de cobertura y eficacia del programa de gestión de sugerencias de los profesionales del sector.

P483

VÍA CLÍNICA DEL PARTO. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS MADRES

M. Gómez Santillana, D. García Fernández, M. D. M. Romero Duro.

Hospital Virgen de la Luz

marg@sescam.org

INTRODUCCIÓN: El plan de calidad del SESCAM del año 2007 establece como objetivo prioritario la realización de una vía clínica del parto eutócico (VCP), con el fin de disminuir la variabilidad existente y aumentar la satisfacción de las madres.

OBJETIVOS: Conocer la opinión de las madres sobre la asistencia recibida en el Hospital Virgen de la Luz, tras implantar la vía clínica del parto. Detectar posibles áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: La implantación de la VCP se llevó a cabo en Marzo de 2007. En Junio se realizó una evaluación de la vía (estudio piloto), utilizando, entre otros indicadores de evaluación, lo expresado por las madres en la encuesta de satisfacción. El cuestionario contiene preguntas con escalas ordinales, dicotómicas y

también preguntas abiertas. Los datos recogidos son demográficos y de satisfacción.

RESULTADOS: Período de estudio: Mes de Junio. Nº de partos eutócicos: 92. Tamaño muestral: 41 (error alfa del 5%, precisión del 10% y prevalencia esperada del 75%).

Indicadores de satisfacción:

* Conocimiento de los profesionales: El 73% de las madres refieren conocer el nombre de la matrona, el 45% el del obstetra y el 27% el nombre del anestesta.

* Información recibida: El 97% están satisfechas con la información del parto, un 77% con la información de la anestesia epidural y el 100% con las recomendaciones al alta.

* Alivio del dolor: Un 79% están satisfechas con el alivio del dolor en el parto y un 100% en la planta.

* Cuidados recibidos: El 97% están satisfechas con los cuidados en la planta y paritorio.

* Amabilidad del personal: El 97% están satisfechas con la amabilidad del personal médico y del paritorio y un 94% con el personal de la planta.

* Hostelería y limpieza: El 97% están satisfechas con la limpieza e higiene de las habitaciones y el 94% con la alimentación recibida.

* Expresión de sugerencias: Como sugerencia más frecuente, destacar la aplicación sistemática de la anestesia epidural; otras sugerencias son la demanda de habitaciones individuales, unificar el tiempo de las altas maternas y pediátricas, hacer cumplir los horarios de visitas y mejorar el vestuario de los bebés.

CONCLUSIONES: La encuesta informa de un alto grado de satisfacción en cuanto a la información recibida, cuidados y amabilidad del personal, pero también de aspectos contemplados en la vía que precisan mejorar: identificación del personal, cobertura universal de la anestesia epidural y razones de hostelería.

P484

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

V. Soria Aledo, A. Carrillo Alcaraz, E. López, J. Leal Llopis, B. Inés, J. M. Sánchez Nieto.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

victoriano.soria@carm.es

Objetivos: Analizar las características de la actividad científica desarrollada en un hospital universitario. y las variables asociadas a ella.

Métodos: Se ha solicitado por parte de la Unidad de Docencia Investigación y Calidad (UDICA) la memoria de la actividad investigadora del año 2007 a los responsables de servicio/unidad de todos los servicios hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. Se han estudiado variables relacionadas con el "producto" científico, el personal que lo ha desarrollado, los servicios implicados, la financiación recibida y el ámbito de exposición del resultado de la actividad. Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar y porcentajes. La comparación entre variables se ha realizado mediante la prueba Ji2 de Pearson o exacto de Fisher y mediante ANOVA de un factor.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 480 "productos" relacionados con la investigación, predominando comunicaciones a congresos: 206 (54% orales) y 70 artículos originales. El número de autores/investigadores por actividad fueron 5.9 $\pm$ 4.4. Los tres servicios con mayor producción investigadora fueron Oncohematología (157, 33.8%), UCI (65, 13.5%) y Cirugía (53, 11.4%). El 84.2% de la actividad fue realizado por médicos, 11.9% por enfermería, 3.5% por farmacéuticos y 0.4% por otros profesionales; el 8.3% de las actividades tenían carácter multidisciplinar. En el 31.2% de las veces había mas de un servicio clínico implicado y en el 11.8% era de carácter multicéntrico. El ámbito de la exposición fue regional: 15.1%, nacional: 61.2% e internacional en 23.7%. La UDICA estuvo implicada en la actividad en 21.6%, relacionándose con la presentación de comunicaciones a congresos (15.3%) y proyectos de investigación (14.3%) (p:0.001). Existía una relación entre el número de autores y el tipo de actividad científica (p<0.001) siendo máxima en la actividad "publicación como resumen": 11.6 $\pm$ 5.6. La relación entre actividad y ámbito de la exposición, mostraba que en reuniones internacionales se presentaban el 24.5% de la comunicaciones orales, el 11.6% de las comunicaciones en póster y el 55.7% de los artículos originales (p<0.001). De los artículos originales publicados, el 47.8%

pertenecían al servicio de Oncohematología seguido de Cirugía en 20.3%. Del personal implicado en la actividad científica, entre cinco médicos representaban el 9.3% del total de investigadores, y entre los primeros firmantes los 5 mas frecuentes representaban el 18% del total.

Conclusiones: La actividad científica de nuestro hospital se puede considerar importante, con predominio de comunicaciones a congresos, siendo frecuentemente comunicada en el ámbito internacional.

P485

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA.ÁREA DE SALUD DE TALAVERA DE LA REINA

L. Ruiz López, A. C. Marín Guerrero, J. J. Carbayo García, B. Valero Sanguino, A. Gómez Gregorio, Á. García Millán.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA TALAVERA DE LA REINA.

lruizl@sescam.jccm.es

OBJETIVO: Fomentar una investigación orientada a la mejora de la práctica clínica a través de la creación de una Comisión de Investigación Multidisciplinar en el ámbito de la Atención Primaria (AP).

METODOLOGÍA: Tras la elaboración del reglamento de la Comisión, se invitó a participar a distintos colectivos de profesionales que trabajan en el ámbito de la AP, asistenciales y no asistenciales. Respondiendo al objetivo de difundir aspectos relacionados con la investigación, se actualizaron los contenidos de la web de investigación. Para conocer el interés, la experiencia y las necesidades de formación sobre aspectos relacionados con la investigación, se elaboró una encuesta ad hoc difundida en diciembre de 2007.

RESULTADOS: La Comisión se constituye el 1 de octubre de 2007. Respondiendo a una visión multidisciplinar, entre sus 15 miembros cuenta con 9 profesionales asistenciales (4 médicos, 4 enfermeros y 1 fisioterapeuta) y 6 no asistenciales.

Respecto a la encuesta, se obtuvo una tasa de respuesta del 13% (n=46). 39,1% eran médicos y 45,7% enfermeros. El 39,1% trabajaban en un Centro de Salud Urbano, un 32,6% en un Centro Rural y un 10,9% en la Unidad de Apoyo a la Gerencia. Entre las respuestas válidas, el 30,4% no ha recibido ninguna formación sobre investigación, el 60,9% ha recibido formación básica y el 6,5% formación avanzada. El 52,2% no ha publicado nunca en revistas científicas, el 30,4% ha publicado artículos originales y el 17,4% ha publicado otro tipo de artículos. En una escala de 0 a 10, la pregunta "El desarrollo de actividades de investigación sobre mi actividad diaria puede contribuir a la mejora de mi desempeño profesional" obtuvo una media de 7,39 (IC95% 6,81-7,98). "Me interesan las actividades relacionadas con la Investigación" obtuvo una media de 7,33 (IC95% 6,75-7,9). "Me gustaría colaborar con grupos de investigación del área" obtuvo una media de 6,7 (IC95% 5,98-7,41). "Me gustaría recibir más formación sobre temas relacionados con la investigación" obtuvo una media de 7,2 (IC95% 6,5-7,89).

CONCLUSIONES: La creación de una Comisión Multidisciplinar que cuenta con una importante herramienta de difusión como es la página web, puede contribuir a mejorar la difícil situación que atraviesa la investigación en AP.

La baja tasa de respuesta encontrada es en sí misma un resultado, reflejando un bajo interés por parte de la mayoría de los profesionales. Aquellos que responden la encuesta dibujan un perfil de una minoría altamente motivada, con la que es necesario colaborar.

P486

DESARROLLO DEL PORTAL DEL EMPLEADO EN LA INTRANET CORPORATIVA DE SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

L. Marzal*, G. Montserrat, M. Viscasillas, M. Manuel, A. M. Miró.

SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES.

luis.marzal@sem.gencat.cat

OBJETIVO: Establecer un sistema de comunicación interactiva entre todos los profesionales de la organización.

Recoger las sugerencias de los profesionales en los distintos ámbitos de la empresa, para analizar los puntos débiles e implementar acciones de mejora que repercutan en un buen clima laboral, basado en mantener la transparencia y la participación. Difundir la cultura de la empresa.

MÉTODO: Análisis de las necesidades de información de los trabajadores (descripción de funciones, nóminas, convenio, calendario de trabajo, convenio colectivo, etcétera). Estudio de los trámites habituales (solicitud de permisos, vacaciones, beneficios sociales...).

Implantación de una aplicación del portal y gestor de contenidos. Desarrollo de un apartado específico dentro de la intranet corporativa para dar satisfacción a las necesidades de los profesionales "portal del empleado".

RESULTADOS: Incluye los datos de febrero de 2008 hasta mayo 2008.

Resultados cuantitativos:

Datos generales Intranet.

Número de visitas: 15.479.

Páginas vistas: 81.104.

Número de usuarios registrados: 758.

Portal del empleado	Visitas
Recibo de nómina	4934
Trámites habituales	2086
Retribuciones	1534
Oficina del empleado	1517
Carrera profesional	1211
Histórico económico	1099
Portal del empleado	1064
Tablas retributivas	941
Enlaces de interés	790
Comité de empresa	752
Convenio	734
Normativa y legislación	597
Certificado IRPF	528
Guía de acogida	486
Prevención y salud laboral	323

Resultados cualitativos:

Clara mejora en la accesibilidad de las consultas relacionadas con las hojas de salario. Actualmente se pueden consultar dos días antes del cierre del periodo salarial, anteriormente las nóminas se enviaban por correo convencional. Se estipula la mejora en 15 días.

Agilidad en las respuestas a las cuestiones realizadas. Tiempo de respuesta máximo 72 horas.

CONCLUSIONES: La intranet corporativa ha permitido difundir de manera continua los proyectos de la organización. Anteriormente era muy difícil de llevar a cabo debido a la dispersión geográfica de los trabajadores del SEM, en todo el territorio de Catalunya.

Conocimiento y registro permanente "on line" de las sugerencias realizadas por los empleados.

La puesta en marcha de la intranet corporativa ha supuesto un incremento de la eficiencia del servicio de Recursos Humanos (disminución de costes y de tiempo de ejecución trámites).

P487

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN OMI-AP EN ARAGÓN 2006-2007

G. Santana López (0), L. Casaña Fernández (1), T. Viñuales Soto (2), A. Cisneros Izquierdo (3), A. Lax Cacho (4).

(0) Hospital Miguel Servet, Zaragoza, (1) Unidad Docente Medicina Preventiva y Salud Pública Aragón, (2) Responsable de formación en Atención Primaria OMI. SALUD, (3) Técnica de salud. SALUD., (4) Directora de área de Atención Primaria. SALUD.

gsantana@salud.aragon.es

Objetivo: La introducción de una nueva herramienta informática de gestión clínica requiere de un programa de formación y capacitación de los profesionales. Todo programa de formación precisa evaluación para detectar puntos de mejora. El objetivo del trabajo es describir la calidad de los cursos, desde la perspectiva del profesional que ha recibido la formación, la calidad de los cursos.

Material y métodos: El programa OMI-AP se ha implantado en la Comunidad Autónoma de Aragón desde el año 2000 y a principios del 2008 ya se gestionaban con esta herramienta el 35% de los equipos de Atención Primaria. Para estos profesionales se ha diseñado el programa de formación específico del cual analizamos la encuesta de satisfacción que, al final de cada curso, se entrega a los asistentes. La encuesta está normalizada y validada para todos los cursos de formación del Gobierno de Aragón y consta de 4 preguntas (duración de la actividad, material utilizado, conocimientos adquiridos y si

recomendaría la actividad) con una escala de valoración de 1 a 10. Se realiza un análisis descriptivo de los resultados de la encuesta estratificados por sector, zona básica de salud y categoría profesional, sobre una muestra de 1817 encuestas.

Resultados: La pregunta mejor valorada fue "recomendar actividad" con una nota media de 7.93 (IC95%: 6.48-7.84) y la peor valorada "duración" con 6.58 de media (IC95%: 6.48-6.68). El sector que mejor ha valorado la formación ha sido Teruel (puntuación media: 8.34, IC95%: 8.22-8.47) mientras que el que ha dado las puntuaciones más bajas ha sido Zaragoza3 (6.79, IC95%: 6.68-6.89). Por sectores la pregunta mejor valorada ha sido "recomendar actividad" en Alcañiz con 8.9 (8.22-8.76) y la peor valorada "duración" en Calatayud 5.74 (4.86-6.62). Por zonas básicas de salud la más positivamente valorada fue "conocimientos adquiridos" en Utrillas con un 9.10 (8.90-9.30) y la más negativamente "duración" en Ejea de los Caballeros con 3.74 (3.13-4.35). Por categoría profesional, la pregunta peor valorada fue "duración" por el personal de admisión, 6.05 (5.52-6.59) y la mejor "recomendar actividad" por el grupo de enfermería, 8.05 (7.90-8.20).

Conclusiones: Si bien la opinión varía según sector, zona y categoría profesional, la calificación de la encuesta de satisfacción en general es buena. El área de mejora detectada es la duración de la actividad. Queda pendiente analizar estos resultados según el tipo de curso, así como la pregunta abierta que se incluye en el cuestionario.

P488

EVALUACIÓN DE LA ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

P. Uriarte Brizuela, K. Bujanda Etxebarria, M. S. Gallego Melero, J. Pastor Sanz, M. A. Urdampilleta Saracho, R. Villa Valle.

Hospital Galdakao Usansolo.

MARIAPILAR.URIARTEBRIZUELA@osakidetza.net

Objetivo: Definir y conocer el nivel de satisfacción de los nuevos profesionales que se incorporan a trabajar al Hospital Galdakao-Usansolo.

Método: Derivado de: 1) Documentación e implantación del Proceso de Gestión de RRHH, 2) Revisiones del proceso realizadas por el Equipo de Proceso, y 3) Técnicas cualitativas de consenso, se estableció un sistema de medición para conocer el grado de satisfacción con la acogida al HGU, para ello se implantó la realización de una Encuesta a las personas de nueva incorporación sobre la acogida recibida.

Resultados: Con la implantación de la Gestión por procesos en el ámbito de los recursos humanos se pretende dar un paso cualitativo y cuantitativo en la gestión de las personas del Hospital, para ello, 1) Se han identificado las distintas fases del proceso de acogida del personal de nueva incorporación al Hospital, 2) se ha definido y acordado la documentación a entregar al personal de nueva incorporación en la 1ª fase de la acogida, en el Departamento de Personal, 3) se ha confeccionado una encuesta de acogida al personal de nueva incorporación con el fin de recabar información, sugerencias y observaciones sobre dicho sistema para adoptar las medidas correctoras dirigidas a la mejora del sistema, 4) Implantación del plan y de la encuesta de acogida en setiembre del 2007, 5) Medición y análisis de los resultados obtenidos en el año 2007 (1er año de implantación) a partir de: a) encuestas realizadas telefónicamente al personal de nueva incorporación de enero a agosto 2007 y b) encuestas de auto cumplimentación, entregadas a partir de setiembre 2007. La muestra total ha sido de 101: 41 encuestas de autocumplimentación y 60 telefónicas, con un índice de respuesta de 56'43%, siendo más bajo el porcentaje de respuesta en las encuestas de autocumplimentación.

De este análisis surgió un Plan de Mejora con las siguientes líneas de acción: a) Redefinir la técnica de realización de la encuesta, b) Establecer un Plan de Acogida integral para el Hospital.

Conclusiones: 1) La técnica utilizada no ha resultado ser la más adecuada para el objetivo planteado. 2) Se evidencia la necesidad de revisar la utilidad de algunos ítems de la encuesta. 3) Conveniencia de adaptar y mejorar el Manual de Acogida. 4) Necesidad de crear un equipo multidisciplinar para el diseño y desarrollo de un Plan de Acogida Integral en el Hospital como primer paso hacia la implantación de una gestión por competencias.

P489

EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERNA COMO FACTOR IMPULSOR DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS

R. Herrero Heredero, J. Darpón Sierra, A. Lozano Otero.

Hospital de Basurto, Bilbao.

rafael.herreroheredero@osakidetza.net

Objetivos: La dirección del Hospital de Basurto tiene como objetivos: La mejora en la comunicación entre los distintos niveles de la organización convencida de que es un elemento tractor que influye en la mejora del resto de procesos.

Objetivar y cuantificar el grado de satisfacción de las personas, a partir de una medición directa de su percepción acerca de los distintos factores que lo condicionan y determinan.

Establecer unas orientaciones de mejora generales que permitan consolidar la satisfacción de las personas.

Método: se han realizado 4 Encuestas. Inicialmente a todo el personal y posteriormente se ha revisado el proceso y la metodología utilizada para la recogida, procesamiento y análisis de la información ha sido la basada en la realización de entrevistas personales mediante la utilización de un cuestionario semiestructurado, siendo la muestra recogida de 352 cuestionarios.

El número de preguntas realizadas fue de 51 más 1 sobre satisfacción general.

La evaluación de cada una de las preguntas se hizo entre los valores 0 a 10.

Se ha revisado el plan de comunicación interna llevando a cabo una definición exhaustiva de todas las acciones de comunicación interna que el hospital lleva a cabo definiendo qué es lo que se comunica, a quién se le comunica, quién lo comunica, cuando y como se comunica, y los tipos de comunicación (ascendente, descendente, horizontal).

Se ha creado un grupo focal para la evaluación de la comunicación interna donde a través de distintas reuniones con los componentes de dicho grupo se han definido diferentes acciones de mejora en las distintas áreas detectadas.

Resultados: Para la realización de la comparación de los resultados de la encuestas de satisfacción de las personas realizadas en el Hospital de Basurto, se han tenido en cuenta únicamente las preguntas comunes a ambos cuestionarios.

Los valores obtenidos en cada encuesta, se han ido superando en cada una de ellas obteniendo por tanto una tendencia positiva de los mismos.

Conclusiones: Tras el tiempo de implantación del Plan de Comunicación se han dado mejoras muy importantes en la valoración de dicho ítem por parte de las personas del centro. Es necesario seguir profundizando en esta área y llegar a homogeneizar las preguntas con el fin de poder realizar comparaciones con otros centros no pertenecientes a Osakidetza-servicio vasco de salud. Es un excelente instrumento para la identificación de áreas de mejora en la comunicación. Nuestra revista sigue siendo muy valorada.

P490

HÁBITOS SALUDABLES EN PROFESIONALES DE UN CENTRO HOSPITALARIO

J. Guasch Bosch (0), M. Carrascosa Carrascosa (0), M. González Peris (1).

(0) Clínica Terres de l'Ebre (Clínicas de Catalunya), (1) Hospital Sant Pau y Santa Tecla.

jguasch@clinicatortosa.com

OBJETIVOS: Conocer el estado de salud general y hábitos de vida saludables de los profesionales de nuestro centro y disponer de información útil que ayude a mejorar sus estilos de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal.

Encuesta autocumplimentada con 161 ítems.

RESULTADOS: Contestó un 53% de la plantilla (n=78), 70% de ellos mujeres, con una edad media de 40,5 años (+12 DE).

La percepción del estado de salud en el último año, fue muy buena, buena, regular y mala en el 30,00%, 48,60%, 17,1% y 4,3% respectivamente.

Las patologías más prevalentes, el 88,95% del total de referidas, por orden de mayor a menor fueron: varices, cefalea, cervicalgia, hemorroides, alteraciones de índole psicológico, lumbalgia, dislipemia, anemia, hipertensión arterial y procesos alérgicos.

El 28,36% presenta sobrepeso y un 5,97% obesidad, con diferencias estadísticamente significativas entre sexos (el 59,98 % de hombres tiene un peso superior al aconsejable, frente al 23,41% de las mujeres).

El 12,77 % se clasificó como sedentario y un 31,41% como muy activo. Un 65,71% realiza ejercicio físico en el tiempo libre, el 60,00% de los cuales lo practica con actividades de intensidad ligera, el 33,33% moderada y el 6,67% intensa. La frecuencia semanal de dicha práctica fue de 3 o más días por semana en el 45,30% de los casos. En cuanto a la actividad física en el ámbito laboral, el 34,78% permanece sentado la mayor parte de la jornada, el 58,57% utiliza el ascensor habitualmente y el 28,36% acude andando al trabajo.

El 75,71% refiere descansar lo suficiente, con diferencias significativas en el grupo que trabaja de noche, donde solo el 33,33% refiere descansar lo suficiente.

Un 44,93% de los encuestados se declaran no fumadores, un 27,54% ex-fumadores y el resto fumadores, con un 7,25% de forma ocasional. Consumen a diario fruta, verdura y derivados lácteos el 68,12%, 66,67% y 82,61% respectivamente, y un 13,43% y 20,59% dulces y bebidas azucaradas respectivamente. Un 14,29% consume bebidas alcohólicas a diario y un 12,86% son abstemios.

CONCLUSIONES: Salvo en el hábito tabáquico, donde tenemos un porcentaje sensiblemente menor de no fumadores y mayor de exfumadores, y en la distribución de peso por género, el resto de variables difiere poco de la población general.

Con estos datos como punto de partida podemos diseñar programas de intervención sobre los estilos de vida de nuestros profesionales, teniendo en cuenta que constituimos un modelo para la población a la que atendemos.

P491

IMPORTANCIA DEL RADIOLOGO EN LA CALIDAD DE UN PROGRAMA DE CRIBADO MAMOGRAFICO

M. Campo Diego, M. Elisa Operé, A. Fariña, T. Grande.

Servicio de Radiodiagnóstico. Unidad de detección precoz cáncer de mama. Hospital de Basurto. Bilbao.

mcampo@seram.org

OBJETIVO: El objetivo de un programa de cribado es reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama. Su éxito es mantener un alto nivel participativo y alto nivel de calidad radiológico.

Las guías radiológicas indican los procedimientos básicos para asegurar un estudio mamográfico de calidad. La labor del radiólogo es de capital importancia al depender de él la calidad de la imagen mamográfica y la interpretación del diagnóstico, su implicación se llevara mediante el desarrollo de unos objetivos:

Implantar un sistema de calidad con conocimientos básicos de técnica y lectura mamográfica.

Aplicar unos indicadores diana para valorar el rendimiento radiológico.

Garantizar el empleo de protocolos para valorar satisfactoriamente a la mujer derivada al hospital de referencia.

Garantizar la valoración adecuada de la mujer en hospital de referencia mediante radiólogos experimentados e implicados en el proceso.

Fomentar la creación de un comité disciplinar que participe en la evaluación global del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Consulta de guías radiológica sobre cribado mamográfico.

Análisis de los indicadores de calidad en el rendimiento del radiólogo. Analizar y revisar los procedimientos en el diagnóstico y su rendimiento como las condiciones de visualización (concentración mental, condiciones ambientales) la necesidad de mamografías anteriores, la implicación de la interpretación única o doble o de técnicas asistidas como CAD.

Analizar la importancia de revisar y clasificar los carcinomas de intervalo, tiempos de aparición y su registro.

CONCLUSIONES: El radiólogo responsable de los aspectos radiológicos del cribado mamográfico debe de tener experiencia en mamografía de cribado y diagnóstica, participar en mamografía sintomática, participar y acceder a las técnicas diagnósticas y participar en encuentros multidisciplinares y de gestión clínica.

P492

IMPACTO DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS EN DOS UNIDADES DE UN HOSPITAL DE NUEVA APERTURA

I. Garbisu Urdaniz*, M. Carrascosa Bernáldez, L. Martínez Muñoz, C. Pascual Fernández, S. Monsalve Gomariz, E. Mauriz Romero.
Hospital Infanta Leonor. Servicio Madrileño de Salud.
ignacio.garbisu@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: La Dirección de Enfermería del Hospital Infanta Leonor, de reciente creación, realizó un plan de acogida en las sucesivas incorporaciones de personal, tras lo cual se realizó encuesta de satisfacción para evaluar la opinión de los profesionales sobre el manual incluido en el plan. En todas las unidades se obtuvo una participación elevada en dicha encuesta salvo en el Bloque Quirúrgico y las unidades de Hospitalización donde ésta significativamente muy baja.

Transcurridos dos meses se evalúa la respuesta de los profesionales adscritos a esas áreas.

OBJETIVOS:

- Valorar el impacto que han tenido las acciones de mejora realizadas en ambas unidades desde su apertura.
- Conocer el índice de respuesta obtenida.
- Comparar el número de respuestas en este momento con las obtenidas entonces.

METODOLOGÍA: Se entrega el mismo Cuestionario de Satisfacción que se responde de manera anónima. Se informa a los profesionales de los objetivos de la misma y se solicita su participación.

Las supervisoras de las unidades han sido las encargadas de repartir dichas encuestas entre el personal. Los profesionales han entregado de forma anónima dichas encuestas en el buzón destinado al efecto. El plazo de entrega ha sido tres días. Las supervisoras han recogido las respuestas a la encuesta.

RESULTADOS: Se ha observado un aumento porcentual importante en el número de respuestas obtenidas fundamentalmente en las unidades de hospitalización y en menor medida en quirófano.

CONCLUSIONES:

- El Bloque Quirúrgico continúa con una baja tasa de respuesta, por lo que las medidas correctoras parecen insuficientes.
- Las medidas correctoras introducidas en las unidades de hospitalización han posibilitado una mayor implicación a la hora de responder la encuesta.
- Se va a realizar un análisis comparativo de los resultados obtenidos en esta encuesta, en cuanto al grado de satisfacción, con los obtenidos en la encuesta anterior.
- Existen signos indirectos de la voz de los profesionales que informan de aspectos relevantes que los gestores deben contemplar y analizar.

P493

PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS SOBRE SU GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES A MICROBIOLOGÍA

M. P. Palacián Ruiz, M. L. Monforte Cirac*, M. J. Revillo Pinilla, M. P. Egido Lizán, G. Teresa, G. M. Juan Ramón.
Hospital Miguel Servet.
ppalacian@salud.aragon.es

La información que se obtiene de una investigación microbiológica en un proceso infeccioso no será de ayuda si no existe comunicación fluida entre el personal asistencial y los facultativos del laboratorio. Además, es precisa una interpretación crítica de los resultados, más allá de la mera clasificación como positivos o negativos, que sólo se puede realizar si existe esa comunicación.

Objetivo: Conocer la percepción de los clientes internos sobre su grado de cumplimentación de las solicitudes a Microbiología.

Material y métodos:

1. Tras conocer que el 32,5% de las volantes recibidos en el Servicio de Microbiología no contenían datos clínicos, se utilizó el diagrama de Pareto para estudiar la influencia de cada servicio en este resultado e intervenir sobre aquellos con peor cumplimentación.

2. Intervención:

Diseño de una encuesta con cuatro ítems, tres de ellos con escala numérica (0 nada de acuerdo, 10 totalmente de acuerdo) y el cuarto como pregunta abierta.

Presentación de la encuesta en sesión clínica para su

cumplimentación por los miembros del servicio encuestado.

Recogida y análisis de datos.

Resultados:

1. Se realizaron 127 encuestas en los Servicios de Tocología-Ginecología, Urgencias, Neurología, Nefrología, Endocrinología, Neumología, Cardiología, Medicina Interna, Reumatología, Digestivo, Cardiología y Dermatología.

2. Preguntas:

a. "Aporto datos clínicos del paciente en la zona reservada para ello al cumplimentar la solicitud a Microbiología": media de 7,40.

b. "Me supone sobrecarga aportar datos clínicos en la solicitud de Microbiología": media de 3,34.

c. "Creo que es importante para el microbiólogo conocer los datos clínicos del paciente que motivan la solicitud": media de 8,98.

d. "¿Qué aspectos piensas que pueden verse influenciados si aportas datos clínicos del paciente en la solicitud?": Realización de pruebas suplementarias (78%), interacción con el microbiólogo (73.2%), elección del procedimiento microbiológico (70%), satisfacción del microbiólogo (55%), modificación de criterios de interpretación (53.5%) y rechazo de la muestra (6.3%).

Conclusiones:

1. Los clientes que con menos frecuencia aportan datos, piensan que sí los aportan.

2. A pesar de que creen que es muy importante para el microbiólogo disponer de datos clínicos mayoritariamente no los aportan, aunque expresan que no les supone sobrecarga.

3. Se ha procedido a intervenir sobre los servicios para trasladarles su percepción y la realidad de la cumplimentación de volantes.

P494

PERCEPCIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD A TRAVÉS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE SU IMPLEMENTACIÓN

I. Buixadera Escarp.

Clínica de Ponent.

ibuixadera@hotmail.com

Objetivo: Valorar la percepción de los profesionales directamente implicados, como propietarios de procesos, en la implantación de un plan de calidad en un centro hospitalario de titularidad privada, adherido al grupo asistencial sanitario Clínicas de Catalunya, que se aplicará a todas sus áreas, tanto asistenciales como no asistenciales.

Metodología: Distribución y posterior tratamiento, de una encuesta, compuesta de preguntas tanto abiertas como cerradas, a todos los propietarios de procesos, a través de la cual se valorará la percepción previa a la implantación del plan de calidad y posterior al primer año de aplicación.

Resultados: Se constata una clara evolución, en todo el personal directamente implicado en el plan de calidad, que, partiendo de posiciones de claro escepticismo, tanto de la efectividad del proceso, como de su propia viabilidad, llegan a la convicción que aporta valor al desempeño de las funciones, incrementa el sentimiento de grupo y, en conjunto, recibe una valoración positiva en cuanto a su utilidad.

Conclusiones: Se obtiene una valoración objetiva, tanto cuantitativa como cualitativa, de la percepción del personal sobre la utilidad de la implantación de un plan de calidad. Los resultados obtenidos sirven para constatar los aspectos que se perciben como más positivos, de cara a potenciarlos en el futuro y conseguir una mayor implicación de los profesionales y un mejor ejercicio del liderazgo en la aplicación de la política de calidad del centro.

P495

PLAN DE ACOGIDA PARA TÉCNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

N. Ron Martínez, Á. Otero Somoano*, J. Díaz Gigante, C. Chamorro Fernández, P. Chamorro Chamorro, R. Secades Romero.

Hospital del Oriente de Asturias.

gerencia.gae6@sessa.princast.es

OBJETIVOS: Los Técnicos Especialistas de Laboratorio en los años de su formación reglada no disponen de perfiles de especialización por áreas y, dadas las características de nuestro Hospital, los TEL de Urgencias han de disponer de una amplia formación multidisciplinar y muy específica en las cuatro secciones del Laboratorio: Microbiología,

Bioquímica, Hematología y Banco de Sangre. Por ello, a través del Plan de Acogida hemos intentado facilitar la incorporación de los Técnicos Especialistas de Laboratorio a su puesto de trabajo; garantizar su cualificación, habilitarles para el puesto que van a ocupar y, proporcionarles los conocimientos básicos sobre el sistema de gestión de calidad del Laboratorio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las actividades desarrolladas en la práctica para llevar a cabo estos objetivos han sido:

- 1) Diseñar la formación específica que ha de tener un TEL de Urgencias en cada área de nuestro Laboratorio.
- 2) Describir todo el trabajo de los TEL a través de Procedimientos, Instrucciones Técnicas, Protocolos, Manuales de trabajo, ..., que detallan sus funciones, las técnicas, el manejo de equipos, los controles a realizar y toda aquella información necesaria para el desarrollo de su trabajo.
- 3) Delimitar el tiempo necesario para la cualificación en dicho puesto y presentarlo a la Dirección del hospital para contratar a los TEL con ese tiempo de antelación (1 mes), poder formarles y evaluar su capacitación una vez transcurrido.
- 4) Definir un Catálogo de pruebas específico para el horario de Urgencias y proporcionar directrices claras a seguir en el caso de que se soliciten pruebas que no figuren en él.
- 5) Recopilar la información básica sobre la organización interna del hospital (convenio, uniformes, organigrama,...).
- 6) Elaborar el Plan de Acogida aunando toda esta información.

RESULTADOS: Se ha elaborado el Plan de Acogida recopilando toda la información referente a la formación, cualificación y evaluación de los TEL de nueva incorporación; la descripción del trabajo en el horario de atención continuada y la información institucional básica. A lo largo del mes de junio se llevará a cabo la primera habilitación de TEL de Urgencias según lo establecido en el Plan de Acogida para disponer de personal cualificado que realice las sustituciones del verano.

CONCLUSIONES: Los Planes de Acogida constituyen una herramienta básica para garantizar la formación específica requerida, aportan cohesión y coherencia al sistema de calidad implantado en el laboratorio y hacen que el trabajador disponga de la autonomía y seguridad necesaria para su incorporación.

P496

PROYECTO DE ESPECIALISTA CONSULTOR. EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DEL AREA7

S. Garrido Elustondo (0), C. López Gómez (0), A. Molino González (1), E. Cervera Barba (0), Y. Díaz López (0).

(0) Gerencia de Atención Primaria Area7, (1) Hospital Clínico San Carlos.

sgarrido.gapm07@salud.madrid.org

Objetivo: Conocer las expectativas y el grado de satisfacción ante el proyecto de especialista consultor de medicina interna implantado en el Area 7 de Madrid.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal,

Población de estudio:

Todos los médicos de familia del Area 7.

Periodo de estudio: febrero y abril de 2008.

La información se recogió mediante un cuestionario, anónimo y autoadministrado, elaborado ad hoc para el estudio. Consta de las siguientes variables:

Variables demográficas: (edad, sexo).

Variables relacionadas con la situación profesional: (años ejerciendo en atención primaria, titulación postgraduada, situación laboral).

Variables relacionadas con las expectativas ante el proyecto en el Area.

Variables relacionadas con la satisfacción con el proyecto en el Area.
Resultados: Han contestado un total de 170 médicos. Tasa de respuesta de 56%.

Características demográficas y profesionales:

El 31% son hombres, edad media de 46,1 años (DE=7,8), el 56% son especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR, y el 64% tienen plaza en propiedad. Años que llevan ejerciendo como médicos de AP: media de 12,5 (DE = 6,4).

Expectativas ante el proyecto (puntuación entre 1 a 10):

Utilidad del proyecto en el área, media 8,4 (DE= 2).

Necesidad del proyecto en el área, media 8,5 (DE= 2,1).

Prioridad del proyecto en el área, media 8 (DE= 2,3).

Beneficio potencial:

- para pacientes crónicos persistentemente sintomáticos, media 8,3 (DE= 2)
- para el proceso diagnóstico media 7,9 (DE= 2)
- para el proceso diagnóstico media 8,5 (DE= 1,8).

El 74% opinan que les resulta de interés la incorporación de un consultor de otra especialidad. Las especialidades que más se solicitan son: reumatología, traumatología, cardiología, y dermatología.

Satisfacción:

La puntuación global media, entre 1 a 10, que dan al proyecto es de 8,9 (DE: 1,4).

Al 83% les ha resultado fácil contactar con el especialista consultor.

Al 82% les ha parecido adecuado el tiempo en obtener respuesta.

Al 89% les ha parecido satisfactorio o muy satisfactorio el modo en que se han resuelto las cuestiones planteadas.

El 27 % han registrado siempre esta actividad y el 39% casi siempre. Las herramientas que contempla el proyecto para establecer comunicación, son valoradas de más a menos: correo electrónico, fax, teléfono.

Conclusiones: Las expectativas ante el proyecto son altas. La puntuación global es muy alta, y presenta poca variabilidad, así como los aspectos específicos. La utilización del sistema de registro es baja, siendo considerada un área de mejora.

P497

RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PROFESIONALES EN RELACIÓN A LAS VÍAS CLÍNICAS

M. Díaz López*, E. Lagos Pantoja, M. Armenteros Lechuga, V. Esteban Álvarez, A. I. Ponce Cano, T. Aparicio Ortega.

SESCAM, HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.

mariad@sescam.jccm.es

Objetivos: Conocer la opinión de los profesionales de los servicios implicados en relación a las vías clínicas implantadas en el servicio de cirugía vascular.

Material y Métodos: Se ha entregado una encuesta anónima de satisfacción a los profesionales implicados en la utilización de las vías clínicas implantadas en el servicio de cirugía vascular (vía clínica del tratamiento quirúrgico de las varices, vía clínica del acceso vascular para hemodiálisis y vía clínica de la arteriografía) incluyendo anestesiólogos; nefrólogos; radiología vascular; unidad de enfermería consultas externas, planta de cirugía vascular, planta de nefrología, cirugía mayor ambulatoria y quirófano. Se pregunta si han participado en la elaboración de la vía clínica así como su posible participación en la realización de nuevas vías clínicas. El resto de preguntas (14) se responden del 1 (nada) al 10 (mucho). Queremos saber si se mejora, simplifica y sistematiza la actividad diaria; si mejora la coordinación entre profesionales, el trabajo en equipo y el ambiente laboral; la comprensión de la vía clínica, la posibilidad de manifestar su opinión y si sus propuestas son escuchadas; si mejoran la atención y satisfacción del paciente; así como la satisfacción global con la utilización de las vías clínicas.

Resultados: La tasa de respuesta ha sido del 72% (43 profesionales); 25 enfermera/os, 9 auxiliares y 9 médicos. El 37% había participado en la elaboración de una vía clínica; sólo 2 enfermeras (4'6%) no participarían en la realización de una nueva vía clínica. El 50% valora como bastante (6-8) o mucho (9-10) la mejora y simplificación de su actividad diaria y el 63% valora como bastante o mucho la sistematización de su actividad diaria. En relación a la coordinación entre profesionales y mejora del trabajo en equipo el 70% lo valora como bastante o mucho. La dificultad de la comprensión de las vías clínicas ha sido valorada como nada o algo por el 74% de los encuestados; el 53% considera como bastante o mucho la posibilidad de manifestar su opinión y si sus propuestas son escuchadas. El 79% cree que se mejora mucho o bastante la atención al paciente. La satisfacción global está por encima del 6 en el 63% de los profesionales.

Conclusiones: La tasa de respuesta ha sido satisfactoria. Consideramos buena la satisfacción de los profesionales con las vías clínicas; así como su interés en la participación en la implantación de nuevas vías clínicas.

P498

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES MICROBIÓLOGOS RELACIONADA CON LAS SOLICITUDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

M. J. Revillo Pinilla, M. P. Palacián Ruiz*, M. P. Egido Lizán, J. R. García Mata, T. Giménez, M. Equipo De Mejora Información Clínica.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
mjrevillo@salud.aragon.es

Para que el microbiólogo pueda realizar una correcta interpretación de los resultados obtenidos en el Laboratorio es imprescindible que conozca con precisión el origen y tipo de muestra, el diagnóstico clínico de sospecha, los síntomas y signos, así como la administración previa de antibióticos.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los especialistas de Microbiología relacionado con la disponibilidad de datos necesarios en el volante de solicitud, con el fin de realizar una acción de mejora sobre los servicios peticionarios.

Material y Métodos:

1. Diseño de una encuesta para conocer el grado satisfacción.
2. Selección de una muestra aleatoria y estratificada por áreas funcionales (AF) del Servicio.
3. Cumplimentación por los profesionales responsables de cada AF.
4. Análisis de los datos.

5. El grado de satisfacción se expresó de acuerdo con las siguientes categorías: muy satisfecho, satisfecho, indiferente, poco satisfecho, nada satisfecho, no responde.

Resultados:

1. El grado de satisfacción con las solicitudes estudiadas fue el siguiente: muy satisfecho en el 19,7% de las ocasiones, satisfecho en el 32,7%, indiferente en el 14,5%, poco satisfecho en el 20,7%, nada satisfecho en el 9,60% y no respondieron en el 2,6%.
2. Con las solicitudes correctamente cumplimentadas se recogieron las siguientes percepciones: muy satisfechos el 30%, satisfechos el 49%, indiferentes el 13%, poco satisfechos el 5%, nada satisfechos el 2%; no respondieron en el 6%.
3. Con las solicitudes incorrectamente cumplimentadas: ninguno se sintió muy satisfecho o satisfecho; poco satisfechos en el 52% de las ocasiones y nada satisfechos en el 26%. No se manifestaron en el 2%.

Conclusiones:

1. El grado de satisfacción de los microbiólogos en relación con la forma en la que se solicitan nuestros servicios es baja.
2. Las solicitudes correctamente cumplimentadas se corresponden con un grado de satisfacción más alto, e inversamente, las peor cumplimentadas se relacionan con elevada insatisfacción.
3. El Grupo de Mejora ha puesto en marcha un programa de actuación con los servicios solicitantes con el fin de mejorar la información clínica en los volantes.

P499

SATISFACCIÓN LABORAL Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

M. I. Ríos Rísquez, C. Godoy Fernández.

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.
maribelrios7@yahoo.es

Objetivos: Estimar el nivel de satisfacción laboral en un colectivo de enfermería, y analizar su asociación con la percepción personal de autoeficacia generalizada y variables de tipo sociodemográfico y laboral de los profesionales estudiados.

Material y método: Estudio descriptivo transversal. Muestra: 55 profesionales del Servicio de Urgencias de un Hospital General Universitario de tercer nivel. Los instrumentos de medida utilizados han sido una encuesta diseñada ad-hoc para evaluar las principales variables sociodemográficas y laborales de la muestra, y dos cuestionarios validados: el cuestionario Font Roja (1988) para la medición de la satisfacción laboral y sus diferentes componentes, y la escala de Autoeficacia Generalizada (EAG, Baessler y Schwarzer, 1996).

Variables cuantitativas expresadas como media $\pm$ SD, comparada con U de Mann-Witney y test de kruskal-Wallis, cualitativas con χ^2 ; Correlaciones de Spearman para valorar la asociación entre

autoeficacia generalizada y la satisfacción laboral. Análisis de datos: SPSS 12.0.

Resultados: Se obtienen unos niveles moderados de Satisfacción laboral (3,38 $\pm$ 0,34) y la puntuación media en autoeficacia se sitúa también en unos valores medios-altos de 31,25 $\pm$ 4,75. De los distintos componentes de la satisfacción laboral la dimensión de satisfacción con el reconocimiento profesional es la que registra una menor puntuación media (2,64 $\pm$ 0,67).

Se obtienen diferencias significativas en satisfacción laboral global media según las variables de género ($p < 0,05$), registrando el género femenino una mayor puntuación media en satisfacción laboral. También se registran diferencias significativas entre categorías profesionales, observándose que las auxiliares de enfermería muestran una menor satisfacción que las enfermeras con la dimensión correspondiente a la tensión laboral ($p < 0,05$). Se observan correlaciones directas significativas entre la satisfacción laboral global media y algunas de las facetas laborales evaluadas por el Font Roja, y la variable de autoeficacia generalizada ($p < 0,05$).

Conclusiones: la satisfacción laboral obtenida se sitúa en valores medios, siendo la relación con los compañeros el componente laboral más satisfactorio. El análisis realizado indica que una mayor percepción de autoeficacia en los profesionales va asociada a una satisfacción laboral más elevada. Concretamente, los profesionales que se perciben como más autoeficaces refieren una mayor satisfacción con tres factores laborales: el puesto de trabajo desempeñado, la propia competencia profesional y las posibilidades de promoción profesional.

Estudio financiado por la Fundación para la Investigación y Formación sanitarias de la Región de Murcia y Caja Murcia.

Nº de proyecto: FFIS-CM/12/07.

P500

SIN FORMACIÓN NO HAY CERTIFICACIÓN

M. Villar Lastras*, R.R. Pérez Fernández, O. Llorente Ramos, A. Sánchez García, P. Aguado Manzanares, E. Velasco Valverde.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.
m.lastras@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Una formación adecuada y completa del personal de nueva incorporación y la formación Continuada son imprescindibles para obtener en nuestro proceso como resultado productos estériles de calidad.

Una formación escasa, demasiado rápida y la necesidad de tomas de decisiones sin la base de conocimientos necesaria provoca en el personal estrés e insatisfacción.

La falta de formación adecuada del personal de nueva incorporación sobrecarga al personal mas antiguo.

El establecimiento de un sistema de gestión de calidad conforme a norma 9001:2000 obliga a una planificación formativa.

Los periodos de adaptación de personal nuevo sin formación previa provocan conflicto ante los clientes.

OBJETIVOS:

- Formación y documentación de acogida del personal de nueva incorporación.
- Formación de alumnos dentro de la unidad de esterilización.
- Formación Continuada de los profesionales de la unidad.
- Actualización de conocimientos conforme a la normativa Vigente y la evolución de la tecnología.
- Disponer de una bolsa de trabajo con personal formado en los procedimientos específicos de esterilización.

METODOLOGÍA:

- Planificación de la formación para el personal de nueva incorporación y elaboración de documentación de acogida como toma de contacto.
- Manual de procedimientos Claro y Accesible para todo el personal de la Unidad.
- Comunicación de actualizaciones de la metodología de trabajo.
- Objetivos de Formación vinculados a calidad.
- Establecimiento de un periodo de adaptación previo a la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
- Ampliación de los periodos de prácticas del personal de escuelas de formación profesional en Esterilización.

RESULTADOS:

- Personal que se incorporará a la plantilla con seguridad y aplomo.
- Fluidez en el proceso si no se sobrecarga al personal antiguo.

- Contratación de personal con una base previa que facilitará su adaptación al servicio.
 - Conocimiento del proceso al disponer de un manual de procedimientos actualizado y adecuado a sus necesidades.
CONCLUSIÓN: La obtención de la certificación conforme a norma ISO 9001:2000 nos ha abierto los ojos hacia la necesidad de la formación bien planificada para poder mantener el nivel de conocimientos necesarios que esterilización precisa si queremos actuar conforme a nuestra política de calidad y mantenernos certificados tras posteriores auditorias de seguimiento y recertificación.

P501**¿DE QUÉ SE QUEJAN NUESTROS USUARIOS? ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

A. Martos Foladori*, J.M. Jover Casas, F.J. Huertas Martos, J. Contreras Sáez, S. Lanzarote Campos, E.A. Nuevo Lara.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.

aurora.martos.sspa@juntadeandalucia.es

Objetivos:

-Analizar las 1.211 reclamaciones escritas efectuadas por los usuarios del Complejo Hospitalario de Jaén durante el año 2007 para conocer de forma directa opiniones y expectativas de los ciudadanos.
 -Identificar las quejas más frecuentes y conocer la evolución de las mismas.
 -Disponer de información importante cualitativa y cuantitativamente como herramienta de gestión de planes de mejora.
 -Incidencia en el Acuerdo de Gestión por objetivos para el desarrollo de objetivos específicos (desarrollo del Contrato Programa).
 -Elaborar planes de mejora en función de los resultados, mediante medidas correctoras innovadoras que inciden tanto en una mejor actuación de los profesionales como en la calidad asistencial a los pacientes.

Material y métodos:

-Estudio descriptivo mediante el análisis retrospectivo de las reclamaciones presentadas durante el año 2007 en el C.H.J.
 -Hospital de Tercer Nivel con 776 camas, atiende a una población de 349.354 habitantes. Se recogieron las siguientes variables: motivo de la reclamación, área del Hospital implicada, sexo del reclamante y del paciente, lugar de residencia del reclamante, mes del año en que efectúa la queja.

Resultados:

1.Motivos con mayor incidencia y Servicios implicados.
 2.Precepción de la atención sanitaria percibida por el ciudadano.
 3.La creación de una Comisión específica de Reclamaciones en el C.H.J. como herramienta de calidad, se ha conseguido el examen periódico de las principales debilidades y fortalezas del funcionamiento del Hospital y la implantación de medidas (correctoras) que han incidido en la calidad asistencial.

Conclusiones:

1.- El Libro de Sugerencias y Reclamaciones es un medio efectivo de participación del ciudadano con el sistema sanitario, que ha desarrollado estrategias, incorporando sus opiniones como una herramienta fundamental.
 2.- Tras analizar las reclamaciones, se han podido conocer problemas asistenciales que requerían una pronta resolución, dando respuesta inmediata a las mismas. Se han adoptado medidas de mejora continua en función de los resultados obtenidos como instrumento de calidad, objetivo fundamental incluido en el Contrato Programa de Hospitales.
 3.- La implantación de un programa para la Gestión de Sugerencias y Reclamaciones permite conocer la situación de cada reclamación en cualquier momento del proceso.

P502**¿ESTÁN SATISFECHOS LOS USUARIOS DE ARAGÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA?**

M. A. García Orea, M. T. Ortega Maján*, J. C. García Aísa.

Gerencia del Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

magorea@aragon.es

Objetivos: Conocer los aspectos más relevantes sobre la satisfacción de los usuarios de Aragón con la asistencia sanitaria recibida y detectar las áreas de insatisfacción o de expectativas no cubiertas,

para introducir las medidas correctoras necesarias.

Material y métodos: Se envía por correo postal una encuesta a usuarios de los siguientes ámbitos asistenciales de Aragón: atención primaria; atención especializada: hospitalización, urgencias y consultas; unidades de salud mental; hospitalización sociosanitaria y 061 Aragón.

El periodo de estudio ha sido de enero a diciembre de 2007.

La encuesta tiene preguntas cerradas comunes a todos los niveles asistenciales, con respuestas con escala tipo Likert de 1 (nada satisfecho) a 5 (muy satisfecho), considerando satisfacción las respuestas superiores a 2. En cada ámbito se presenta el ítem con mayor y menor porcentaje de satisfacción.

Resultados: En conjunto, el porcentaje de respuestas fue del 19,8%. En atención primaria, la pregunta con mayor porcentaje de satisfacción (93,8%) fue el interés de enfermería y con menor (64,6%) el tiempo hasta entrar en consulta.

En hospitalización, urgencias y consultas de atención especializada, los ítems con mayor porcentaje de satisfacción fueron respectivamente, la amabilidad del personal (96,6%), la amabilidad (91,1%) y la preparación del personal (92,7%) y con menor porcentaje, el estado de las habitaciones (86,2%), el tiempo de espera para ser atendido (63,4%) y la demora para obtener cita (49,8%).

La satisfacción en salud mental osciló entre la amabilidad del personal (94,4%) y la demora para la cita (73,4%).

En atención sociosanitaria, la mayor satisfacción se obtuvo en la amabilidad del personal (97,5%) y la menor (83,4%) en el tiempo de ingreso.

Los usuarios del 061 Aragón destacaron el trato humano del equipo de emergencias (99,6%), siendo el tiempo hasta su llegada el aspecto menos valorado (94,3%).

Conclusiones: En general, la satisfacción de los usuarios con la asistencia sanitaria recibida fue elevada. Los aspectos mejor valorados fueron los relativos al personal (amabilidad, capacitación, trato) y los cuidados sanitarios, y los que menos los tiempos de espera para ser atendidos.

P503**¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO POR PARTE DE LOS USUARIOS Y DE LOS PROFESIONALES?**

M. D. G. Prado Serrano, J. Sanz Cortés, S. Almodóvar Alcaide, E. Germán Gómez, R. Arranz García, J. Erencia Serrano.

Gerencia de Área de Puertollano.

mprado@sescam.org

INTRODUCCIÓN: Entre los muchos cambios efectuados desde la puesta en marcha de la Gerencia de Área está la creación de un Servicio de Atención al usuario con más funciones y capacidad resolutoria. Desde su inicio, el SAU ha llevado a cabo diferentes encuestas sobre satisfacción entre los usuarios del sistema.

Nos planteamos conocer y evaluar la visión y conocimientos del Servicio de Atención al Usuario y de la actividad que desarrolla desde el punto de vista de los clientes internos y externos.

No disponemos en nuestro Área de un estudio comparativo de la visión del SAU. Esto nos ayudaría a mejorar no solo la opinión que ambos tienen de este servicio sino que nos ayudaría a poner en marcha acciones de mejora en nuestra actividad diaria, adaptándola a las nuevas necesidades planteadas por los clientes internos y externos.

OBJETIVOS: Evaluar conocimiento de usuarios y profesionales de las actividades desarrolladas por el SAU.

Conocer la opinión sobre dicha actividad.

Establecer criterio de mejora en los circuitos de las distintas actividades, basados en la opinión de usuarios y profesionales.

METODOLOGÍA: Encuesta estructurada con respuestas del 0 al 10, realizadas por personal del SAU. Análisis con STATA 10.

La comparación de medias se hace por medio de la t de Student.

RESULTADOS: Se recogen 107 encuestas procedentes de profesionales y usuarios del área. La selección de los encuestados se hizo de forma aleatoria.

El 57,41% de los encuestados fueron personal del área, el 41,67 % usuarios.

En todos los ítems de la encuesta se alcanzan resultados superiores a 5.

La satisfacción global con el servicio es mayor en usuarios (8,82) que

en profesionales (7,41) y es estadísticamente significativa $p=0,0011$. Se observan diferencias estadísticamente significativas en 4 de los 14 ítems, en todos ellos la valoración es superior por parte de los usuarios. Se trata de los ítems:

Valoración de la acogida.

Animación sociocultural.

Encuestas Accesibilidad del personal administrativo del SAU.

CONCLUSIONES: Tanto usuarios como profesionales conocen y valoran el SAU de forma positiva.

Existen no obstante diferencias estadísticamente significativas en diversos ítems.

Se aprecia una mayor satisfacción global en usuarios que en profesionales debido a la mayor utilización del servicio.

P504

CALIDAD PERCIBIDA: OPINIÓN DE LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN DURANTE EL PROCESO DE LA VÍA CLÍNICA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

E. Solà Miravete*, N. Jové Edo, J. Rebull Fatsini, M. T. Torrens Serra, M. Bonfill Esteller, P. Alegre Torres.

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

esola.htvc.ics@gencat.cat

Introducción: Las vías clínicas facilitan mejoran y estandarizan el proceso asistencial. Pretenden incrementar el grado de satisfacción del paciente. En 2006 se implantó la vía clínica de la colecistectomía. Actualmente está en pleno funcionamiento, integrada en la asistencia hospitalaria del centro.

Objetivos: 1. Conocer el grado de satisfacción global de los pacientes incluidos en la vía clínica colecistectomía.

2. Determinar los aspectos susceptibles de mejora a introducir en la atención dispensada según la opinión expresada por los pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo de evaluación de la percepción del paciente sobre la asistencia recibida. Población: se estudiaron las encuestas de todos los pacientes incluidos en la vía clínica de la colecistectomía durante el año 2007 y 2008. Instrumento de medida: cuestionario de satisfacción al paciente validado y aprobado. Integrado por 10 preguntas cerradas (escala de valoración de 1 a 10 puntos) i 2 preguntas abiertas. Se cumplimentaba por el paciente en el momento del alta. Variables analizadas: información recibida por médicos y enfermeras, atención profesional recibida, trato recibido, confort, identificación de los profesionales, grado de satisfacción global y valoración de los aspectos positivos y negativos observados. El análisis con SPSS (versión 14.1).

Resultados: 67 encuestas evaluadas. Del total de variables analizadas: Satisfacción en la información de los médicos 8.82. Satisfacción en la información de enfermería 8.85. Atención profesional médico 9.01. Atención profesional enfermera 9.01. Tracto dado por los médicos 8.99. Tracto dado por las enfermeras 9.04. Grado de confort 7.31. Grado de satisfacción global de atención 8.71. El 88.06 de los pacientes conocía el nombre del médico y el 70.14 conocía el nombre de la enfermera. Un 55.22% realizó comentarios positivos a las preguntas abiertas y en un 38.08% los comentarios fueron negativos. El comentario positivo más destacado fue la amabilidad y la profesionalidad de enfermeras y médicos. El comentario negativo confort ambiental (problemas de climatización). Conclusiones: El cuestionario es una herramienta excelente para valorar la aceptación de las curas integradas en una vía clínica. Permite conocer el grado de satisfacción del usuario de la atención recibida, pilar fundamental de la calidad. Ha servido para detectar aspectos ligados a la falta de confort durante la hospitalización, problemas de climatización, grado de conocimiento de los pacientes sobre la identificación del profesional y su atención, y hacer comparaciones en el tiempo.

P505

¿QUÉ INCIDENCIAS PROVOCAN QUE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS Y HOSPITALIZADOS EN PLANTAS DE MEDICINA NO RECOMIENDEN EL CENTRO DÓNDE HAN SIDO ATENDIDOS?

I. M. Navarro Soler (0), C. Nebot Marzal (1), B. Ortega Llavador (1), L. Ortiz Henarejos (2), M. Guilabert Mora (0), J. J. Mira Solves (0). (0) Universidad Miguel Hernández de Elche (Departamento de Psicología de la Salud), (1) Agencia Valenciana de Salud. Dirección General de Calidad y Atención al Paciente., (2) Universidad Miguel Hernández de Elche (Departamento de Estadística, Matemáticas e

Informática).

inavarro@umh.es

Objetivo: Determinar aquellas incidencias señaladas por los pacientes quirúrgicos y de medicina que contribuyen a no recomendar el hospital donde se ha estado ingresado.

Metodología: Se analizan un total de 8.051 encuestas válidas de opinión de la Agencia Valenciana de Salud durante 2007, 3.895 de pacientes quirúrgicos y 4.156 de pacientes atendidos en medicina. Se lleva a cabo un Análisis Discriminante con el fin de conocer los problemas señalados por los pacientes que inciden en su insatisfacción y, por tanto, en que no recomienden a otros pacientes el centro. Se tienen en cuenta dos grupos de clasificación, el primer grupo compuesto por los pacientes que "Sí recomendarían el centro" y el segundo por los que "No recomendarían el centro".

Resultados: La función discriminante obtenida clasifica correctamente el 82,6% de los casos originales en Cirugía y el 88,5% en Medicina, siendo significativa la validez predictiva del modelo. De las 15 incidencias consideradas, sólo 8 incidencias en Cirugía y 9 en Medicina ayudan a diferenciar a los pacientes que no recomendarían el centro (se muestran a continuación ordenadas de mayor a menor influencia en la discriminación, indicando entre paréntesis los coeficientes estandarizados de cada una de ellas dentro de la función discriminante canónica obtenida). Las incidencias que provocan que un paciente no recomiende el centro en Cirugía son, incomodidad de la cama (0,371), deterioro o suciedad de la ropa de cama o pijama (0,332), cambios de fecha para la intervención quirúrgica (0,329), insuficientes medios para el aseo personal (0,252), voces o ruidos por las noches (0,252), falta de limpieza en las instalaciones (0,212), dificultad de acceso al hospital con transporte público (0,194), y demasiadas visitas fuera del horario establecido (0,184). En el caso de Medicina: la falta de limpieza de las instalaciones (0,473), dificultad de acceso al hospital con transporte público (0,253), voces o ruidos por las noches (0,213), dificultad para hablar con los médicos (0,209), deterioro o suciedad de la ropa de cama o pijama (0,186), demasiadas visitas fuera del horario establecido (0,185), insuficiente ropa de cama o pijama (0,152) y la calidad de la comida (0,139).

Conclusiones: El confort durante la estancia hospitalaria y, concretamente, sobre todo incomodidades y ausencia de limpieza predicen la intención del paciente de no recomendar el hospital donde se ha estado ingresado.

P506

ACTUACIONES PARA MINIMIZAR EL ESTADO EMOCIONAL NEGATIVO EN EL PACIENTE

M. D. Guillén García, A. Palao Ibáñez.

USP HOSPITAL SAN CARLOS.

maria.guillen@usphospitales.com

Introducción: los estados emocionales en el paciente desempeñan un factor relevante en la percepción de su experiencia en el centro hospitalario y afectan directamente en la evolución de su recuperación.

Objetivos: identificar y minimizar las causas que tienen un impacto negativo en el estado emocional del paciente y que pueden ser controladas indirectamente por el Hospital.

Pacientes: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, pacientes de puesta de Urgencias y pacientes pediátricos.

Estados emocionales según pacientes:

Paciente ingresado: Ansiedad por la falta de información.

Acción: Acogida personalizada.

Información general.

Información sobre la cirugía.

Amabilidad.

Atención paciente ambulatorio: Ansiedad en tiempo de espera (retrasos).

Poca confortabilidad en sala de espera.

Ayuno.

Acción: Acogida personalizada.

Información de tiempo.

De espera.

Información de retrasos.

Distracción - entretenimiento.

Confortabilidad.

Persona de referencia paciente de Urgencias: Miedo al posible

diagnóstico.
 Malestar físico (dolor).
 Obsesión acción: Amabilidad.
 Escucha activa.
 Trato humano.
 Atención ágil.
 Diagnóstico eficaz.
 Tratamiento efectivo paciente pediátrico: Miedo.
 Aburrimiento.
 Dolor.
 No conocer el entorno físico y humano.
 Acciones: Atención especial.
 Distracción - entretenimiento.
 Acompañamiento de padres.
 Menú adaptado.
 Conclusiones - resultados: Tranquilidad.
 Confianza.
 Agradecimiento.
 Satisfacción.
 Fidelización

P507**ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA. PERCEPCIÓN DEL USUARIO**

H. Navarro Aznarez, R. Abad Sazatornil, M. C. Serrano Vicente, I. Varela Martínez, C. Lapresta Moros, A. Idoipe Tomás*.
 Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
 hnavarro@salud.aragon.es

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción manifestado por los pacientes que acuden a la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) del hospital e identificar los puntos fuertes y áreas de mejora.

Metodología: Estudio transversal realizado mediante una encuesta donde se recogieron datos demográficos, servicio clínico remitente, opinión de los usuarios sobre aspectos estructurales, tiempo de espera, atención farmacéutica, satisfacción general y preferencias para ser atendido. Se incluían tres preguntas abiertas donde el paciente señalaba los aspectos más positivos, los más negativos y sugerencias. Se calculó para una población máxima de 4000 pacientes, nivel de confianza 95%, error muestral 5% y probabilidad esperada 70%, resultando un tamaño muestral de 299. Se entregó la encuesta a todos los pacientes que acudieron a pacientes externos desde 15/10/2007 al 26/10/2007, excluyendo los pacientes con deterioro cognitivo y desconocimiento del idioma.

Resultados: El porcentaje global de respuesta in situ fue del 33%, 58% mujeres y edad media: 45,7 años (13-94). 38 % estudios primarios, 34% bachiller y 26 % universitarios. El Servicio médico remitente más frecuente fue infecciosos (34%) seguido de neurología (15%). El 35 % de los pacientes llevaban más de 5 años viniendo a la UFPE y el 32% entre 1-3 años. El lugar donde se encuentra la farmacia les parece bueno-muy bueno al 67 % y la comodidad de la sala de espera al 41% buena y regular al 35%. Tiempo de espera medio 10 minutos, valorado como tiempo corto por el 47% y regular por el 36%. Los aspectos mejor valorados fueron: comunicación y trato (98 % buena-muy buena) e información (97 %), pero no se identifica correctamente al profesional farmacéutico. El 92% está satisfecho con la atención recibida, el 92% recomendaría nuestro servicio y el 71% seguiría en la farmacia del hospital. El aspecto positivo más destacado es la amabilidad y negativo la ubicación y dimensiones de la sala de espera. Se sugieren modificaciones estructurales y de las bolsas de dispensación para mayor confidencialidad, modificar horario y condiciones ambientales de la sala de espera.

Conclusiones: La encuesta ha permitido valorar la opinión de los pacientes sobre la UFPE, siendo la puntuación global favorable pero se han detectado puntos débiles por lo que es necesario proponer un plan de mejora, cuyos resultados deberán ser evaluados. Las deficiencias estructurales puestas de manifiesto servirán para planificar la futura remodelación de las instalaciones del Servicio de Farmacia.

P508**CALIDAD ASISTENCIAL: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y ACTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**
A. M. Muñoz Ureña, M. I. Reigadas López, J. Fontcuberta Martínez, M. C. Santiago García, R. L. Manrique Medina, A. Barragán Pérez.

Consejería de Sanidad, Murcia.
 alfonsom.munos@carm.es

Introducción: La satisfacción de nuestros pacientes podría conseguirse si respondemos a sus expectativas. Son diversas las actividades asistenciales que desarrolla un médico de Atención Primaria. Sin embargo, "nuestra actividad asistencial responde a las expectativas de nuestros pacientes".

Objetivo: Conocer la relación existente entre las distintas cuestiones planteadas en una Encuesta de Satisfacción y los indicadores de Actividad Asistencial de los profesionales de Equipos de Atención Primaria Cartagena.

Material y Métodos: Tipo de estudio: Estudio Descriptivo Retrospectivo. Periodo de Estudio: año 2006.

Población: 19 Zonas Básicas de Salud. N= 100 personas. Tasa de Respuesta 49,15%.

Mediciones: Encuesta de Satisfacción Calidad Percibida (validada por el Programa EMCA de la Región de Murcia): 22 ítems estudiados. Indicadores Asistenciales: Promedio consultas/día, Urgencias/día, Minutos/Consulta. Prevalencia IT acumulada, nº de agendas, Agendas con demora. Análisis descriptivo y frecuencias, medidas de asociación no paramétricas (Rho de Spearman).

Resultados: Coeficiente de correlación: -0,604 (Cita por teléfono sin dificultad con nº de urgencias/día), -0,598 (Cita por teléfono sin dificultad con nº de agendas), -0,489 (Ayuda personal administrativo con nº de urgencias/día), -0,470 (Ayuda personal administrativo con nº de agendas), -0,536 (Mucho tiempo de espera en consulta con Minutos Atención en consulta), Todos estos resultados con p<0,05).

Conclusiones: Existe concordancia entre la satisfacción del paciente y los indicadores asistenciales en los siguientes ítems:

Mayor número de urgencias por día y mayor número de agendas en un centro de salud se relaciona con una percepción de mayor dificultad para conseguir cita telefónica.

Mayor número de urgencias por día y mayor número de agendas en un centro de salud se relaciona con una percepción de menor interés por parte de Administración al intentar resolver un trámite.

A mayor tiempo de atención del facultativo por paciente en consulta mayor percepción de éste en tiempo de espera para entrar en consulta.

En el resto de ítems (Todo en buenas condiciones, evaluación del centro, espera de resultados, atención de enfermería, confianza en el médico, etc.) no se ha podido establecer una asociación estadística.

P509**CALIDAD PERCIBIDA ¿QUÉ VALORAN LOS PACIENTES A SU PASO POR QUIRÓFANO?**

A. Duro Ruiz, A. B. Franco Guerrero, S. Lorenzo Martínez.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
 almuuro@hotmail.com

La cirugía de cataratas por ser una cirugía realizada con anestesia local nos permite interactuar con el paciente quirúrgico fácilmente. De esta manera podemos evaluar la calidad prestada identificando las necesidades individuales del paciente o calidad percibida por él, considerándose como referente global de calidad asistencial.

Objetivos: Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes intervenidos de cirugía de cataratas e identificar qué factores la determinan.

Material y método: Tipo de estudio: estudio transversal utilizando encuesta anónima tipo SERVQHOS modificado, consta de 11 preguntas con repuesta de 1 a 5 (1=mucho peor de lo que esperaba, 5= mucho mejor de la que esperaba) y 4 preguntas dicotómicas. Ámbito: hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid con una población de referencia de 255.000 habitantes. Periodo de estudio: mayo de 2007. Sujetos: pacientes sometidos a cirugía de cataratas utilizando anestesia local. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS, empleándose estadísticos descriptivos de frecuencia.

Resultados: Se entregaron 160 encuestas y se recibieron 121 (tasa de

respuesta 75,63%). El análisis de fiabilidad se realizó con el Alpha de Cronbach (0,96). La edad media de los pacientes fue $73,58 \pm 8,2$ años, 44,6% hombres y 50,4% mujeres. La media de la satisfacción global fue de 4,13. Las medias de los atributos valorados por los pacientes después de su experiencia quirúrgica fueron los siguientes: resultados (3,92), trato (4,27), amabilidad (4,43), información enfermera (4,24), información médico (4,13), atención (4,26), competencia (4,12) consulta de dudas (4,04), interés (4,18) y utilidad de la información (4,03). En los factores determinantes de calidad asistencial que ofreció el bloque quirúrgico para evaluar por el paciente las medias fueron: identificación de enfermería (80,5%), información al alta (99,2%), preferencia de información (95,8%) y recomendaría unidad (98,3%).

Conclusiones: La satisfacción global de los pacientes está determinada por el trato, amabilidad, información de enfermería y atención. La enfermera juega un papel primordial en la comunicación con el paciente, aclarando dudas, disminuyendo el miedo o la ansiedad y mejorando así la colaboración intraoperatoria. Por tanto la calidad final prestada por el personal y percibida por los pacientes supera la expectativa inicial antes de entrar en quirófano, es decir que el nivel asistencial prestado por el bloque quirúrgico es mejor de lo esperado.

P510

CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS DE COMIDA Y LIMPIEZA DEL HOSPITAL DE ALICANTE

M. T. Sánchez-Montahud (0), J. Cantó Miralles (0), F. Caballero Peña (0), M. Pomares Giménez (0), V. Ramírez Pastor (1), M. Guilabert Mora (1).

(0) Hospital General de Alicante, (1) Universidad Miguel Hernández (Departamento de Psicología de la Salud).

sanchez_marmon@gva.es

Objetivo: Conocer la opinión de los pacientes ingresados en el Hospital General de Alicante acerca de la prestación recibida en los servicios de comida y lencería.

Metodología: Encuesta realizada a 241 pacientes ingresados en los distintos pabellones del hospital General de Alicante. Para realizar los análisis se utilizaron estadísticos descriptivos.

Resultados: La mayoría de los pacientes encuestados tiene más de 60 años (46,8%). El 35,9% de los pacientes dicen estar ingresados en el hospital entre 1 y 6 días. El 93,7% de los pacientes opina que la presentación de la comida es satisfactoria; 77% opinan que el sabor es satisfactorio; un 96,2% valora positivamente la cantidad de comida en los platos y un 84,9% afirma que le llega a temperatura adecuada. El tipo de dieta más frecuente es la dieta Normal (42,9%), seguida de la dieta Blanda (21,4%) y de la dieta Sin Sal (19,7%). El 87% de los pacientes consideran adecuada o muy adecuada la hora a la que sirven la comida. Además, cuando pasa la hora de comer y el paciente no está en la habitación, el 98,5% dice que sí sirven la comida más tarde.

En cuanto a la limpieza de bandejas y cubiertos los pacientes opinaron que es satisfactoria para un 97,9%; lo mismo ocurre con la limpieza de las sábanas para un 98,0% y con la de las toallas para un 98,7%; independientemente del sexo, edad o pabellón donde se encuentre. Por otro lado el 99,6% afirma que el cambio de sábanas de las habitaciones es diario; lo mismo ocurre con el 95,2% que afirma el cambio diario de toallas y con el 97,4% que afirma que tiene pijama limpio todos los días.

Finalmente la opinión global que tienen los pacientes del hospital sobre el servicio de comida es muy buena para un 86% (IC: 81%-90%) e igualmente ocurre con el servicio de lencería para un 94% (IC: 91%-97%).

Conclusiones: La opinión general de los pacientes ingresados en el hospital de Alicante acerca de lo servicios de comida y lencería que ofrece es calificado como satisfactorio, la mayoría de los pacientes están satisfechos con el servicio recibido.

P511

CALIDAD PERCIBIDA EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO

N. Bañón Morón*, M.E. Caraballero Medina, E. Seral Muñio, C. Santos Ruiz, S. García.

Unidad de Calidad* y Servicio de Atención al Usuario Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

nbanmorw@gobiernodecanarias.org

OBJETIVO: La satisfacción de los usuarios atendidos en los centros sanitarios es uno de los indicadores mas importantes de resultado del proceso asistencial y su medida una herramienta imprescindible en el proceso de mejora continua de la calidad. El objetivo de este estudio es conocer el grado de satisfacción en los usuario que acuden al Servicio de Atención al Usuario (SAU) de nuestro Hospital para presentar una reclamación, una queja o una sugerencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró un cuestionario para autocumplimentación en el mismo centro, con 4 preguntas de respuesta dicotómica, 2 cerradas de escala categórica ordinal y una donde el usuario debía dar una puntuación global. Además se invitaba a los usuarios a que hiciesen las sugerencias que consideraran oportunas. Se realizó un pre-test con 20 encuestas antes de elaborar la versión definitiva. Las variables estudiadas fueron accesibilidad, organización, información suministrada y trato personal.

RESULTADOS La edad media de los pacientes que contestaron la encuesta fue 40 años (sd=18), con 66% de mujeres vs 33% de varones.

La variable mejor valorada fue la información suministrada, considerada como muy buena/buena por un 97,92% de nuestros usuarios.

Entre los clientes que acudían por primera vez al SAU (65%) encontraron fácil el acceso un 88%. El 67% de los usuarios esperaron menos de 10 minutos para ser atendidos.

La satisfacción global con el SAU fue de 10 para el 47,47% de nuestros usuarios y de 9 para el 20,20%, obteniendo una satisfacción media de 8.81 puntos sobre 10.

CONCLUSIONES: Las encuestas de satisfacción permiten conocer la percepción de nuestros clientes en relación con la asistencia prestada e implantar acciones de mejora. En nuestro centro sanitario se realizan numerosas encuestas en los distintos servicios médico hospitalarios, sin embargo, nunca se había encuestado a los clientes del SAU. Los resultados nos han sorprendido gratamente, ya que no esperábamos obtener una satisfacción global de tan alta, ya que los usuarios que atendemos se dirigen a nuestra oficina para manifestar su disconformidad con la asistencia prestada.

P512

CAMBIO DE MÉDICO COMO INDICADOR DE CALIDAD PERCIBIDA

N. Enriquez Martín, J. M. Abad Díez, M. J. Abad Subirón, B. González Álvarez, M. S. Corbacho Malo.

Gobierno de Aragón.

nenriquez@aragon.es

OBJETIVO: Analizar los cambios de médico de familia y pediatra producidos en centros de salud de Aragón durante el año 2007.

La libre elección es un vehículo de expresión de las preferencias de los ciudadanos que pretende fomentar una relación más personalizada entre médico y paciente. En Atención Primaria los cambios de médico pueden indicar una pérdida de confianza en dicha relación, y con ello, una disconformidad del paciente con la atención sanitaria.

El derecho a elegir médico se establece en la Ley 14/1986 General de Sanidad, el RD 1575/1993 que regula la libre elección de médico en Atención Primaria, la Ley 41/2002 sobre Autonomía del Paciente y en la Ley 6/2002 de Salud de Aragón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyen las actualizaciones de tarjeta sanitaria cuyo motivo es la libre elección de médico. Quedan excluidos del análisis las asignaciones iniciales, los cambios de domicilio, la reordenación de adscripciones y el paso de pediatría a medicina de familia.

La fuente de información es la Base de Datos de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón. Para el análisis estadístico se utiliza el programa SPSS 14.0.

RESULTADOS: Durante el año 2007 hay 28.691 cambios de médico, el 28 % de ellos suceden después de una reordenación de adscripciones. El resto se produce en el 85% de los CIAS de Medicina de Familia (MF) y en el 97% de los CIAS de pediatría (PD).

La tasa de cambio promedio por zona básica es de 13,8 cambios por 1000 habitantes (dt: 12,7). La tasa por sectores sanitarios tiene un rango entre 10,2 y 31,5 cambios por 1000 habitantes.

El perfil del usuario que elige cambiar es: MF: mujer (58,1%), edad

media 46,8 años (dt: 21,1), activa (66,6%) y nacional (87,4%). PD: hombre (50,9%), edad media 8,3 años (dt: 5,6), activo (93,7%) y nacional (88,5%).

El perfil de la libre elección tras reordenación de adscripciones es: MF: mujer (53,7%), edad media 56,6 años (dt: 19,2), pensionista (51,7%) y nacional (96,6%). PD: hombre (52,5%), edad media 5,9 años (dt: 3,9), activo (93,9%) y nacional (91,2%).

CONCLUSIONES: El cambio de médico afecta a la mayoría de los CIAS. Hay diferencias en la tasa de cambio entre sectores y también en el perfil de la libre elección tras reordenación.

La tasa de cambio de médico puede utilizarse para monitorizar la calidad percibida, la investigación de casos puede completar este método para escuchar la voz del cliente.

P513

CANALES DE RECOGIDA Y VALORACIÓN DE LA VOZ DEL CLIENTE EN LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

S. Barbero Tamayo, I. Aramberri Miranda, M. Garay Arostegui, M. C. Matthies Baraibar, E. Ibáñez Gorostiaga, M. Larrinaga Kortabitarte.

Hospital de Bermeo.

SARA.BARBEROTAMAYO@osakidetza.net

Objetivos: Dentro del campo de los trastornos psiquiátricos, la voz de los pacientes ha sido ignorada en muchas ocasiones desde la creencia de su falta de capacidad para emitir una opinión razonable. Afortunadamente, las perspectivas están cambiando, y cada vez se concede más importancia a la escucha y valoración de las opiniones de los pacientes, con el objetivo de traducirlas en acciones concretas. Además, en nuestro ámbito se consiguen beneficios terapéuticos añadidos al lograr de esta forma la colaboración e implicación del paciente en su tratamiento.

Material y métodos: En este trabajo se presentan en formato póster los diferentes canales empleados para la recogida y valoración de la voz del cliente (entendiendo como tales a los pacientes y a sus familias) dentro de las Unidades de Rehabilitación del Hospital de Bermeo.

Existen por un lado canales comunes a pacientes y familias: se han desarrollado encuestas anuales de satisfacción de pacientes y familiares (estructuradas por dimensiones comunes a otros hospitales, con una metodología específica para evitar sesgos, y con un procedimiento de aplicación protocolizado); se ha implantado el Servicio de Atención al Paciente y Usuario (SAPU), a través del cual pueden hacer llegar sugerencias, quejas, y propuestas, con compromiso de respuesta en un plazo máximo de tiempo; y se realizan consultas y entrevistas individuales o familiares (tanto programadas como puntuales) en las que se recaba su opinión.

En relación específica a los pacientes, queremos destacar la revisión del plan individual de rehabilitación (PIR) que se realiza con el paciente; así como la realización semanal de los grupos generales, conducidos por la psicóloga de la unidad. En ellos participan todos los pacientes, se discuten las incidencias surgidas y se exponen propuestas, sugerencias, quejas y soluciones. Se expondrá la metodología desarrollada para dichos grupos, así como los beneficios terapéuticos que se alcanzan mediante ellos.

Resultados: Todos estos canales conforman un proceso de mejora continua a través del cual se intenta recoger de la manera más amplia posible las opiniones de los pacientes y sus familias con el objetivo de favorecer la toma de decisiones. Finalizaremos con la exposición de los logros obtenidos en adherencia y sugerencias que nos permitan identificar líneas de futuro.

P514

CENTROS DE SALUD CON SISTEMA DE AUTOGESTIÓN PROPIO. ¿REPERCUTE EN LA SATISFACCIÓN DE SUS USUARIOS?

R. Fraile Castelao, A. Gómez Palmero, G. Del Caño Jiménez, F. Revilla Ramos, L. A. Sangrador Arenas, M. J. Pérez Boillos.

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

fracasro@jcyl.es

OBJETIVO: Comparar la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud de Castilla y León con plan de autogestión propio frente a los centros de gestión tradicional.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza en tres años consecutivos (2005, 2006 y 2007) una encuesta personal a una muestra representativa de usuarios de los servicios de medicina de familia y pediatría de los centros de salud de la comunidad con gestión tradicional, mediante la aplicación de un cuestionario a la salida de dichos centros. La muestra aleatoria y estratificada se calculó para que los resultados pudieran ser desagregados por Área de Salud.

En esos tres años se aplica la misma encuesta a una muestra representativa de usuarios de seis Centros de Salud que han sido dotados de un plan de gestión propio, creado a la medida de cada equipo de atención primaria y autogestionado por los propios profesionales (tres centros rurales y tres urbanos, de cinco provincias diferentes). La muestra aleatoria y estratificada se calculó para que los resultados pudieran ser desagregados por Zona Básica de Salud.

El cuestionario aplicado en todos los casos consta de 57 preguntas agrupadas en dimensiones de la calidad sobre aspectos como la accesibilidad, organización y tiempos de espera, información, trato y tiempo de dedicación, competencia profesional, y confortabilidad de las instalaciones.

A la hora de valorar si existen diferencias significativas entre los distintos indicadores de estudio, se ha utilizado la herramienta estadística del test de proporciones para muestras independientes bajo condiciones de normalidad.

RESULTADOS: No se encontraron diferencias significativas en las dimensiones analizadas entre los Centros de Salud con autogestión propia y la media de los Centros de Salud de la Comunidad.

Sí han podido identificarse diferencias significativas en algunos de los indicadores valorados dentro de cada dimensión.

CONCLUSIONES: No parece que, al menos a corto plazo, los centros de salud dotados de un sistema propio de autogestión, alcancen mejores resultados de satisfacción de sus usuarios que aquellos centros que son gestionados por el sistema tradicional. Al desagregar los resultados por zona el estudio ha sido capaz de detectar puntos fuertes y áreas de mejora concretas de cada centro, lo que le ha convertido en la práctica en un instrumento útil para la gestión particular de los mismos.

P515

CONCORDANCIA ENTRE LOS INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS

A. M. Muñoz Ureña, M. I. Reigadas López*, J. Fontcuberta Martínez, M. C. Santiago García, R. Manrique Medina, F. Pérez Aguilar.

Consejería de Sanidad, Murcia.

alfonsom.munos@carm.es

Introducción: La satisfacción por la calidad percibida es motivo de interés por pacientes y gestores. Anualmente se realiza en el Servicio Murciano de Salud una Encuesta de Calidad Percibida en Atención Primaria. Una cuestión que se plantea es la relación existente entre la percepción de los pacientes y la actividad asistencial de los profesionales.

Objetivo Conocer la relación existente entre los resultados de la Encuesta Calidad Percibida y los Indicadores del Actividad Asistencial de los profesionales sanitarios de Atención Primaria Cartagena.

Material y Métodos: Tipo de estudio: Estudio Descriptivo Retrospectivo. Periodo de Estudio: año 2006.

Población: 19 Zonas Básicas de Salud.

Mediciones: Encuesta de Satisfacción Calidad Percibida (validada por el Programa EMCA de la Región de Murcia) 5 dimensiones estudiadas (Accesibilidad, Estructura y Organización, Competencia Profesional, Relación Interpersonal, Calidad Científico-Técnica) y 1 resultado de Satisfacción Global. Indicadores Asistenciales: Promedio consultas/día, Urgencias/día, Minutos/Consulta. Prevalencia IT acumulada, nº de agendas, Agendas con demora. Análisis descriptivo y frecuencias, medidas de asociación no paramétricas (Rho de Spearman).

Resultados: Coeficiente de correlación: -0,579 (Urgencias/Día con Accesibilidad a Centro de Salud), -0,583 (Minutos/consulta con Accesibilidad a Domicilio), -0,518 (promedio consultas/día con Competencia Profesional Facultativo), -0,511 (Nº de Agendas con Calidad Científico Técnica del Personal de Apoyo), -0,414 (nº de agendas con Satisfacción Global). Todos estos resultados con p<0,05).

Conclusiones: En los centros con mayor número de urgencias/día,

promedio de consultas/día y mayor nº de agendas se aprecia una peor Calidad Percibida por los pacientes.
La Calidad Percibida es una evaluación subjetiva que refleja de nuestra actividad profesional, como puede comprobarse en los resultados obtenidos.

P516

EL IMPACTO DE LA LISTA DE ESPERA EN LA PRENSA

M. Oliveras Gil, M. Querreda Pallejà, R. Olmo González, M. Bustins Poblet, F. Brosa Linares.

Servicio Catalán de Salud.
moliveras@catsalut.cat

INTRODUCCIÓN: La unidad de lista de esperas del Servicio Catalán de Salud inició su actividad en el año 2000 con el registro nominal de lista de espera quirúrgica. Las listas de espera siempre existirán en un sistema con aseguramiento universal, ya que es imposible dar respuesta inmediata a toda la demanda. Lo que se debe intentar es su control, y que la espera no sea nociva para el usuario.

De todos es conocido el impacto que tiene el tiempo de espera en la satisfacción de los usuarios del sistema. Para su valoración disponemos del registro de reclamaciones, del plan de encuestas y el impacto en la prensa. Para éste último hemos querido analizar los artículos publicados sobre el tema en los últimos 2 años (julio 2006 a junio 2008) acotado a la Comunidad de Cataluña.

OBJETIVOS: Cuantificar el impacto de la lista de espera en la prensa: artículos publicados, temática, estacionalidad y otros.

Cuantificar en que medida los usuarios utilizan este canal para demostrar su preocupación o insatisfacción. Conocer el tema que desencadena la noticia.

MÉTODO: La fuente utilizada es el resumen de prensa de nuestra institución con una media de 300 artículos semanales.

Tras realizar la búsqueda sistemática en la documentación de estos 2 últimos años, se ha procedido a analizar y agrupar la información:

Los artículos se clasifican según la fuente desencadenante: a) la voz del paciente: cartas al director, defensor del pueblo, o a propósito de un caso o colectivo. b) la voz de la prensa: consecuencia de las ruedas de prensa de la Consejera de Salud, consecuencia de las publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, investigación periodística, etc.

Esta clasificación no pretende dar más o menos importancia, sino agruparlos para facilitar su explotación y análisis.

RESULTADOS: El número de artículos a analizar es aproximadamente de 365, de ellos un 32% estarían clasificados dentro del grupo de la voz del paciente. En el congreso se estará en disposición de presentar los resultados con detalle.

CONCLUSIONES: Los resultados de este análisis han de incorporarse como una fuente de conocimiento de las necesidades y expectativas de los asegurados, en el momento que la organización diseñe y desarrolle las líneas estratégicas del Departamento de Salud.

P517

EL PACIENTE COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

R. M. Solana Peña.

HOSPITAL GENERAL CIUDAD REAL.
rmsolana@sescam.jccm.es

INTRODUCCIÓN: La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria se implanta, en el Complejo Hospitalario de Ciudad Real en el año 1993 de forma piloto; y de manera continuada esta funcionando desde 1994.

En el año 2006 se pone en funcionamiento el Nuevo Hospital General, incluyendo nuevas especialidades quirúrgicas en su cartera de servicios, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Odontostomatología... aumentando sensiblemente la actividad en el Bloque Quirúrgico.

La preocupación por la Calidad Asistencial y atención al Usuario (decreto 129/2007, 17 de Julio, SESCAM) es objetivo específico y prioritario en nuestro Hospital.

OBJETIVO: Mejorar la atención y Calidad Asistencial de nuestros servicios, teniendo como indicador al propio Paciente.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis y estudio de las encuestas telefónicas domiciliarias, realizadas en las 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica.

Muestra : 225 Pacientes intervenidos en el periodo Febrero / Abril del 2008.

RESULTADOS: Total pacientes intervenidos: 1127. EDAD: de 0 a 93 años; Niños, menores 18: 71; Adultos mayores 18: 1059; Varones: 621, Mujeres: 506.

Muestra : 225 Pacientes tomados aleatoriamente durante este periodo

Datos y Gráficos estadísticos:

Nauseas-Vómitos: 22 ; Dolor: 98 (intenso 11, moderado 78, leve 9); Fiebre: 8; Sangrado-Manchado de apósito: 20 ; Problemas en la zona de incisión: 7 (escozor, prurito, hematoma); Estado General a las 24 h: Muy Bueno: 56; Bueno: 134; Regular: 24; Malo: 8; Muy Malo: 3; Satisfacción del trato Recibido: Muy Bueno: 54; Bueno: 137; Regular: 27; Malo: 5; M Malo: 2.

CONCLUSIONES: Posibilidad de modificación de pauta analgésica. Dolor, parámetro más significativo. Mantener la cobertura antibiótica actual según protocolos de Especialidades.

Relación directamente proporcional Satisfacción del trato recibido-Estado General del paciente.

AGRADECIMIENTO POR SU COLABORACIÓN A LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA UCLM DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL CURSO 2007/2008.

P518

EL PROCESO DE TRASLADO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CIUDAD REAL (CHCR) AL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (HGCR) DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL USUARIO

M. Armenteros Lechuga*, L. Calahorra Fernández, E. Lagos Pantoja, C. Sánchez-Mora Prieto, J. Ortiz Valdepeñas, J. Fernández Sanz.

SESCAM/ HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.
marmenteros@sescam.org

Objetivo: Analizar el impacto del proceso de traslado del CHCR al HGCR en la satisfacción de nuestros usuarios.

Material y Método: Para conocer la satisfacción de los usuarios se han utilizado las encuestas de satisfacción del SESCAM años 2003 a 2007. Se han establecido cuatro situaciones: CHCR (2003), inicio del traslado (2005), traslado e inicio de la actividad HGCR (2006) y HGCR consolidado (2007).

Las encuestas valoran la calidad percibida en hospitalización, consultas externas y urgencias. Dentro de estas se valoran aspectos relacionados con el personal médico, de enfermería y la imagen del servicio. En este análisis se han tenido en cuenta las variaciones que presentan significación estadística.

Resultados:

-Hospitalización: la puntuación de este área durante y tras el traslado es la más baja con diferencia significativa. En los aspectos valorados para el médico y la enfermería no hubo variaciones significativas hasta el traslado, objetivándose tendencias negativas en su valoración este último año. El traslado supuso una mejora en la percepción de la limpieza y la tecnología y un empeoramiento en la orientación y facilidad de acceso.

-Consultas Externas: las puntuaciones más altas se obtuvieron en los años del CHCR, con diferencia significativa. Los aspectos valorados del médico y la enfermera no presentan variaciones significativas hasta el traslado sin embargo en el 2007 se objetiva una tendencia a valorar favorablemente todos los aspectos relacionados con el médico. Contrariamente, la valoración de todos los aspectos de enfermería es desfavorable. La imagen del servicio mejora tras el traslado en aspectos estructurales (limpieza, tecnología y señalización), sin embargo los aspectos relacionados con los recursos humanos no asistenciales tienen una valoración desfavorable.

-Urgencias: su puntuación se mantiene estabilizada sin diferencias significativas. Algunos aspectos valorados del médico (eficacia, información) mejoraron durante el traslado. Todos los aspectos valorados de enfermería mejoraron durante el traslado incrementándose algunos en el último año. Todos los aspectos de la imagen del servicio mejoraron especialmente con el traslado, manteniéndose en los aspectos estructurales.

Conclusiones: El traslado ha supuesto una mejora en la percepción de los aspectos estructurales y de hostelería en las tres áreas estudiadas. La valoración de los profesionales en hospitalización ha disminuido significativamente durante la consolidación del HGCR.

En consultas externas durante la consolidación del HGCR hay una tendencia a valorar favorablemente al médico y desfavorablemente a enfermería y personal no asistencial. En urgencias destaca la valoración favorable enfermería durante el traslado y la consolidación.

P519

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA MUJER ATENDIDA CON UNA VÍA CLÍNICA DE PARTO O CESÁREA

A. C. Marín Guerrero, A. Biurrun Larralde, A. Miranda, J. A. Mestanza.

Hospital Nuestra Señora del Prado.
anac_1975@hotmail.com

Objetivo: Evaluar la satisfacción de las mujeres atendidas por parto o cesárea a través de una vía clínica.

Metodología: Se recogieron 76 encuestas voluntarias entre 165 mujeres atendidas del 17 de febrero al 28 de marzo de 2008.

La encuesta consta de 5 partes, una primera de datos demográficos básicos, una segunda de preguntas sí/no en relación al conocimiento del personal que la atendió y si deseaba /recibió anestesia epidural. En la tercera parte y con escala tipo Likert se les pedía que valoraran la información recibida durante el proceso, así como el grado de satisfacción con la amabilidad, la limpieza y la organización. En la cuarta parte se pedía puntuar de 0 a 10 del servicio en general y finalmente dos preguntas abiertas de exploración.

Resultados: El porcentaje de participación ha sido de 46%. El perfil de las mujeres que han participado en la encuesta ha sido: el 60% mayor de 31 años, el 68% con estudios de bachiller o superiores, el 56% empleadas y para el 53% se trataba de su primer parto.

El 82% conocían el nombre del ginecólogo que les atendió, el 65% el nombre de la matrona y el 50% de la enfermera.

El 90% de las madres estaba muy satisfechas con la información recibida sobre lactancia materna y las recomendaciones al alta.

El 65% de las encuestadas estaba bastante o muy satisfecha con la amabilidad del personal médico, el 76% con la amabilidad de las matronas y el 78% con la amabilidad de las enfermeras.

En general, las mujeres recomendarían el servicio con una nota media de 8.4/10.

De las encuestadas, 16 mujeres deseaban anestesia epidural y no la recibieron, estas mujeres calificaron el servicio con una nota media general de 6.9, que contrasta con el 8,7 del resto de mujeres. Y son las mujeres que con más frecuencia (62.5%) se mostraron poco o nada satisfechas con el alivio del dolor en el parto.

Conclusiones: Las mujeres se encuentran en general satisfechas con la atención del parto.

Aunque conocen menos el nombre de las enfermeras que le han atendido, su amabilidad es la mejor valorada. Lo peor valorado ha sido el alivio del dolor en aquellas que no recibieron anestesia epidural y lo deseaban. No se ha podido diferenciar las respuestas de las mujeres atendidas por parto o por cesárea, aspecto que se tendrá en cuenta en el futuro.

P520

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA. ¿ES DIFERENTE EL GRADO DE SATISFACCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO?. ¿ES DIFERENTE EL GRADO DE NO REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA SEGÚN EL DIAGNÓSTICO?

L. Lekuona Sanz* (0), A. Iruin Sanz (1), M. Aparicio Telleria (1).
(0) SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA / OSAKIDETZA, (1) SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA / OSAKIDETZA.

LIERNI.LEKUONASANZ@OSAKIDETZA.NET

OBJETIVOS: SMEG lleva realizando encuestas de satisfacción de pacientes desde el año 2002, cada dos años. Los resultados han mostrado niveles altos de satisfacción global, sin embargo, dadas las especiales características de nuestra especialidad, con frecuencia se alega en diferentes ámbitos el que las respuestas quizás no reflejen la realidad de la situación debido a la interferencia que la enfermedad mental provoca sobre los procesos cognitivos de los pacientes; añadiéndose de esta forma a la duda habitual sobre la utilidad de este tipo de encuestas.

Pretendemos afinar un poco más el análisis de estos datos relacionando los diagnósticos psiquiátricos con las diferencias, si las hubiera, en los niveles de satisfacción. Los objetivos son: Conocer la distribución porcentual diagnóstica en la muestra seleccionada y su distribución por Centros.

Conocer la categorización diagnóstica de los pacientes que rehusaron realizar la encuesta.

Análisis de los resultados globales en cada grupo de ítems, por grupos diagnósticos.

MÉTODOS: El cuestionario consta de 23 preguntas que cubren cinco dimensiones agrupadas: accesibilidad, tiempo de espera, habitabilidad, valoración de la consulta y valoración global. A los datos de la encuesta de satisfacción se añadió el diagnóstico, recogido en el sistema de información de salud mental (WRCP) codificado según el CIE-10.

Se analizaron los resultados considerando el porcentaje de pacientes satisfechos en cada ítem de la encuesta, en función de las categorías diagnósticas, utilizando la prueba estadística de X². Para ello, previamente, agrupamos los diagnósticos en 5 grandes categorías:

- 1.Trastornos del Humor (CIE10: F30).
- 2.Psicosis esquizofrénicas (CIE10: F20).
- 3.Dependencia (CIE10: F10-F19).
- 4.Trastornos Neuróticos (CIE10: F40).
- 5.Otros diagnósticos.

RESULTADOS: Se presentarán la siguiente información y datos:

Características de las personas encuestadas y no encuestadas.

Resultados de la encuesta en función de las 5 grandes categorías diagnósticas.

CONCLUSIONES: El grado de rechazo previo a la realización de la encuesta fue del 3% de los casos seleccionados. En este grupo, el diagnóstico más frecuente fue el de Esquizofrenia (7%).

El 25% de los casos no pudieron realizar la encuesta por motivos establecidos por el entrevistador (imposibilidad de contacto, dificultades de comprensión, etc). Este grupo no presenta diferencias significativas entre las grandes categorías diagnósticas.

No hemos encontrado diferencias significativas en el porcentaje de personas satisfechas entre las categorías diagnósticas.

En definitiva, el estudio muestra cómo el diagnóstico no condiciona ni la participación ni los resultados en las encuestas de satisfacción de usuarios de nuestros servicios de asistencia psiquiátrica extrahospitalarios.

P521

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LA UNIDAD DE COLONOSCOPIAS

J. R. Villagrasa Ferrer, C. Sanz, I. Calzas, L. Cid, D. Lin, M. Pavón, M. Molina.

Hospital Universitario la Princesa.
Jrvillagrasa@terra.es

OBJETIVO: El objetivo del trabajo es valorar la percepción del paciente sobre el procedimiento de colonoscopia larga, desde su indicación hasta su realización, enfatizando en las diferencias existentes entre la realización con o sin sedación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizaron encuestas telefónicas a 60 pacientes que se habían sometido a una colonoscopia larga en los meses de enero febrero y marzo de en el Hospital Universitario de la Princesa. Se dividieron en dos grupos de 30 personas eligiendo como criterio principal la presencia o ausencia de sedación. Las preguntas fueron extraídas de diversas encuestas validadas.

En la encuesta, además de los datos epidemiológicos, se incluyó la indicación en cada caso y se les propusieron cuestiones sobre la información recibida, las instalaciones, el trato por parte del personal, así como de la valoración del dolor, siendo éste punto el más importante. Una vez recogidos los datos, se procedió a realizar un análisis estadístico con el programa informático EpiInfo 2002.

RESULTADOS: La mayor parte de los pacientes la considera suficiente y comprensible la información recibida, es el médico el que la facilita en casi todos los casos. No obstante, se observa un déficit de información en cuanto a la sedación como procedimiento y concepto, realizándose la valoración del paciente por parte del anestesta minutos antes del comienzo de la prueba. Una de las quejas más reiteradas hace referencia a la falta de claridad en la explicación de la preparación preendoscópica (ajuste de medicación, dieta, ayuno) pudiendo tener consecuencias en los resultados.

Los pacientes consideran que el trato recibido por parte de todo el personal de la unidad ha sido bueno o muy bueno. Por otro lado, la valoración mayoritaria sobre las instalaciones ha sido calificada como aceptable, también se ha reseñado la poca intimidad y la masificación de la sala de espera.

Los que recibieron sedación encuadraron el dolor máximo en molestias, mientras que en el grupo que no la recibió fue más variable,

destacando un 30% que lo describió como dolor insoportable. En cuanto a las complicaciones no se encontraron diferencias durante y tras la prueba en ninguno de los grupos. En dos casos sin sedación el dolor fue motivo para interrumpir la exploración.

P522

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE UN GRUPO DE PACIENTES QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA

C. A. Montilla Morales* (0), P. Ayuso (1), N. Mariz (1), S. Gómez-Castro (1), C. Ceballos (1), J. Del Pino (0).

(0) Hospital Clínico Universitario. RETICEF, (1) Hospital Clínico Universitario.

montillamorales.carlos@gmail.com

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción percibido por los pacientes que acuden al Hospital de día de Reumatología.

Métodos: Durante el mes de mayo del 2008 los pacientes que acudieron al Hospital de día completaron un cuestionario autoaplicado que incluía variables demográficas (edad, sexo, medio donde habita) y relacionadas con la satisfacción.

Resultados: Treinta y cuatro pacientes completaron el cuestionario. La mayoría padecían Artritis Reumatoide (85%). El 70% tenían más de 50 años. El 52% vivían en la ciudad. El 94% no encontraron problemas para obtener la cita. El 84% encontraron cómoda la sala. Menos del 7% opinaron que el tiempo de consulta había sido escaso. El 100% de los pacientes coincidían que el trato había sido correcto. El 100% recomendaría el Servicio de Reumatología a sus familiares. Dentro de lo mejorable, lo más referido fue el tiempo de espera hasta la valoración médica. El grado de satisfacción global de los pacientes fue de 85 sobre 100.

Conclusiones: Estamos satisfechos con los resultados obtenidos. Sin embargo conocemos las limitaciones de los cuestionarios como instrumento para conocer el grado de satisfacción de los pacientes, por ello estamos planteando otras opciones con objeto de plantear acciones de mejora.

P523

EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)

A. C. Marín Guerrero, S. Martínez Cortijo, A. Biurrun Larrañe, J. Timón Peralta.

Hospital Nuestra Señora del Prado.

anac_1975@hotmail.com

Objetivo: Mostrar la evolución de la satisfacción de los pacientes atendidos en la UCSI a lo largo del tiempo con el fin de detectar posibles deficiencias que se deban mejorar.

Métodos: La UCSI es creada en el año 1999 y desde el año 2001 se entrega una encuesta de satisfacción anónima y de respuesta voluntaria.

De los 17.418 pacientes intervenidos hasta el 31 de diciembre de 2007, 2.320 pacientes enviaron sus respuestas. Se excluyeron 7 encuestas que no aportaban el dato de la fecha de intervención. No se tienen datos del año 2006.

La encuesta tiene 12 preguntas, dos relacionadas con la información, tres con la satisfacción del paciente, dos con la de sus familiares, cuatro relacionadas con la atención médica, enfermería, administrativa y anestésica. Por último una pregunta libre (¿Algún comentario?).

Resultados: El porcentaje de participación ha ido en aumento desde un 6.6% en el año 2001 hasta un 17.9% en el año 2007.

Desde el año 2001 hasta el año 2003 se observa una evolución positiva en las preguntas relacionadas con la atención de enfermería, médica y administrativa, así como con la información sobre el procedimiento. La tendencia positiva se mantiene por un año más en las preguntas relacionadas con la satisfacción personal y familiar y con la atención anestésica. En 2004 se observa un descenso en la calificación media global para todas las preguntas y en 2007 un leve ascenso.

Al evaluar la pregunta de respuesta libre, se observa un incremento de las respuestas que manifestaban quejas o problemas en relación con las respuestas con comentarios positivos. Se observa un aumento continuo en los comentarios negativos relacionados con el tiempo de espera prequirúrgico, información dada al paciente o familiares y

amabilidad del personal en general. Por el contrario se ha observado una disminución en los comentarios negativos respecto a las instalaciones y organización.

Conclusiones: La evolución en la satisfacción de los pacientes atendidos en la UCSI ha sido satisfactoria en general.

Pero en el periodo analizado se ha observado un aumento progresivo de los comentarios negativos de aspectos que se relacionan directamente con la atención del paciente y disminución de comentarios negativos relacionados con la infraestructura y organización del servicio.

P524

EXPECTATIVAS EN LA ASISTENCIA AL PARTO

P. Bejarano Lasunción, B. Vicente López, L. Casaña Fernández, J. Moliner Lahoz, A. Sanz López, M. García Martínez, B. Abadía Taira.

HCU LOZANO BLESA.

beji8@hotmail.com

OBJETIVOS: Conocer las preferencias con respecto a la asistencia al parto de las usuarias del área III de salud de Zaragoza.

MATERIAL Y MÉTODOS: Encuesta realizada a 222 gestantes de diferentes nacionalidades del área de salud. Evaluación mediante la misma de las necesidades de las pacientes en relación a distintos aspectos de la asistencia al parto, tales como el acompañamiento durante el proceso, entorno físico, recepción de información por parte del equipo asistencial, libertad de movimientos, episiotomía, lactancia natural, aspectos higiénicos como enema y rasurado perineal y aspectos médicos como la monitorización cardíaca fetal, la estimulación del parto mediante amniotomía u oxitocina, ingesta de alimentos, canalización de vía venosa o alivio del dolor haciendo uso de anestesia epidural.

RESULTADOS: Los resultados más destacados son:

- el 89,6% desean estar acompañadas, generalmente por su pareja
- al 77,5% les gustaría un ambiente tranquilo y protegido de ruidos
- el 88,3% prefieren estar informadas en todo momento de la evolución del parto
- el 69,8% abogan por el uso de medidas higiénicas de rutina tales como el uso de enema y el rasurado perineal
- al 75,2% les gustaría poder ingerir líquidos o comidas ligeras
- el 64,7% desean anestesia epidural lo antes posible
- el 53,4% prefieren que se evite la realización de episiotomía por rutina
- el 77,4% desean que no se separe al recién nacido salvo necesidad.

CONCLUSIONES: La mayoría de las usuarias muestran más interés en aspectos relacionados con el confort durante el proceso del parto. En lo que se refiere a aspectos médicos, no cuestionan las decisiones tomadas por el personal sanitario que las asiste.

Así mismo, se objetiva un alto porcentaje de respuestas "no contesta", que puede ser motivado tanto por las dificultades con el idioma de algunas pacientes extranjeras como por el desconocimiento acerca de ciertos aspectos sobre los que se pregunta.

P525

IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA HOSPITALARIO DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN EL ÁMBITO COMARCAL

D. Brun Guinda*, D. Gentile Lorente, E. Arasa Tuliesa, D. Bofill Montoro, M. Soler Fontanet, J. Rebull Fatsini.

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

db rung.htvc.ics@gencat.cat

INTRODUCCIÓN: La IC es un complejo síndrome, fin común de gran número de cardiopatías. Su historia natural y su relevancia epidemiológica la convierten en causa fundamental de sufrimiento individual y consumo de recursos sanitarios.

OBJETIVOS: Describir el proceso de creación e implantación y las características de una Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) de carácter multidisciplinar, en un Hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de implantación de un programa multidisciplinar asistencial en un hospital de segundo nivel (250 camas) y con una población de referencia de 200.000 hab. Periodos, marzo - junio 2007: creación del grupo de trabajo, elaboración del documento, definición de objetivos, servicios implicados y responsables. Julio 2007 - enero 2008: planificación y

descripción de los circuitos asistenciales, niveles de derivación y atención, definición de indicadores de evaluación de la unidad y creación de una aplicación informática específica (base de datos y estación de trabajo de la UIC).

RESULTADOS: La UIC entró en funcionamiento en febrero del 2008. Las funciones de coordinación son asumidas por un Cardiólogo. 2 Enfermeras han recibido formación especializada en IC y disponen de agenda monográfica; realizan labor educativa, gestionan la consulta y actúan como nexo de unión con el equipo médico. Servicios implicados con personal de referencia: Medicina Interna, Rehabilitación, psicología clínica, y asistente social. Establecimiento de criterios de inclusión y exclusión. Creación del mapa de circuitos asistenciales. Finalmente creación y puesta en funcionamiento de base de datos y estación de trabajo de la UIC, herramienta integrada de la asistencia del paciente, documentos informativos al paciente y formularios. Indicadores (I) definidos para la evaluación: I de efectividad del programa; I de aceptación paciente; I de calidad (aplicación del protocolo); I de efectividad clínica e I de efectividad terapéutica.

CONCLUSIONES: Los programas de intervención multidisciplinar en IC realizan un abordaje integral del enfermo y se han mostrado eficaces en términos de reducción de morbilidad. Su generalización está actualmente recomendada. En nuestra experiencia, su implantación, aunque compleja, resulta factible si se define con precisión la población diana, se plantean objetivos realistas y se adaptan los recursos disponibles a las circunstancias locales.

P526 **FACTORES DE RIESGO DE SUFRIR TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN. UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

J. M. Arroyo Cobo*, I. Escartín Duaso.

Centro Penitenciario de Zuera Zaragoza.

josemarroyo@auna.com

Objetivos: Se diseñó una actividad de promoción de la salud mental en prisión determinando las creencias de los internos sobre los factores de riesgo de sufrir trastornos mentales en prisión y los factores protectores de ese riesgo.

Material y métodos Se utilizó una técnica cualitativa de investigación, el Grupo de Discusión. Se realizaron 16 grupos en dos prisiones distintas, Zuera y Daroca. Los grupos estaban constituidos por 25 internos (22 varones y 3 mujeres), durante 8 semanas participaron una vez a la semana en una discusión abierta, moderada por un relator. Se evaluó la actividad mediante una encuesta de satisfacción y los datos de la asistencia. Los internos fueron elegidos al azar entre un grupo con capacidad para el diálogo, cualidades de liderazgo, motivación por el tema y más de dos años de reclusión, un perfil coincidente con el de mediador de salud. Se grabaron 20 horas de sesiones para su transcripción y se identificaron las ideas claves aportadas por el grupo sobre el tema.

Resultados: Se extrajeron 217 ideas básicas ó creencias que el grupo expresó y que se clasificaron en 5 grandes bloques temáticos que identificaban las necesidades de intervención:

1º- Dificultades en las habilidades de relación interpersonal, la convivencia y la capacidad de adaptación a ambientes adversos.

2º- Adicción a sustancias psicoactivas.

3º- Falta de habilidades cognitivo-conductuales:

- para enfrentar situaciones de estrés
- para la resolución de problemas
- para el autocontrol.

4º- Dificultades para mejorar la autoestima y las relaciones afectivas.

5º- Falta de información sobre la salud y la enfermedad mental.

La aceptación de las actividades fue muy alta, el 73% de los inscritos asistió a todas en Zuera y el 71% en Daroca. El 84% de los asistentes se declararon muy satisfechos de las sesiones.

Conclusiones:

1- Es posible diseñar un programa de promoción de la salud mental en prisión, fomentando los factores protectores de la salud mental y ayudando a desactivar los factores de riesgo.

2- Para dar respuesta a las demandas de los internos, el programa debe incluir actividades de psicoeducación sobre la enfermedad mental, desarrollo de habilidades de relación social, técnicas de relajación, solución de conflictos, desarrollo de una afectividad sana, cuidado de la autoestima y manejo de la impulsividad.

P527

FORMACIÓN EN HABILIDADES COMUNICATIVAS DE LOS PROFESIONALES, GARANTÍA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

M. A. Rodríguez Molina, M. E. Martínez Saorín, M. T. Ballesteros Juan, B. Caravaca Alcaraz, D. Iniesta Martínez, A. Carpio López, G. Muñoz Ríos.

Fundación Hospital de Cieza.

mariaa.rodriguez@carm.es

OBJETIVOS: En línea con los valores de nuestra organización, entre los que se incluye de manera especial el trabajo orientado al paciente, y conociendo que el nivel de satisfacción percibida por nuestros usuarios en relación al trato recibido durante su atención en el Servicio de Urgencias admitía un claro margen de mejora, se inicia una serie de acciones encaminadas a estrechar dicho margen.

MATERIAL Y MÉTODO: Aprovechando la instauración en el Servicio de Urgencias de un nuevo circuito de Información a Usuarios del mismo y en el que figura como pieza clave el colectivo de Auxiliares de Enfermería de la Unidad, se organiza una sesión previa dirigida exclusivamente a este grupo de profesionales en la que se incluye:

- Presentación del plan por parte de los Responsables Médico y de Enfermería del Servicio.
- Taller teórico-práctico de habilidades comunicativas impartido por la Responsable de Atención al Paciente del centro bajo el título "¿Cómo te gustaría si fueses tú?".
- Clausura de la sesión por parte del Director Gerente y la Directora de Enfermería quienes fomentan la participación directa del equipo en la implantación y evaluación del nuevo circuito de información y los instan a transmitir cualquier sugerencia que consideren oportuna.

(Se promovió la asistencia de la plantilla íntegra de auxiliares de enfermería del Servicio de Urgencias).

RESULTADOS: Desde la realización de la sesión formativa (13 de febrero de 2008) hasta la actualidad (31 de Mayo de 2008) NO se ha registrado ninguna reclamación por trato inadecuado en el Servicio de Urgencias (ni oral ni escrita).

CONCLUSIONES: La formación de la totalidad del colectivo profesional que con mayor frecuencia contacta con los usuarios del Servicio de Urgencias (tanto pacientes como acompañantes) unido a una implicación activa y directa de los líderes formales en el proyecto y el fomento de la participación de los trabajadores en el plan de acción, mejora la satisfacción percibida por el cliente en la dimensión trato.

P528

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO CIRCUITO DE RESPUESTA A LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS DEL CLIENTE

L. Abril Bisbal*, L. García.

Hospital Plató.

servei.atencio.client@hospitalplato.com

OBJETIVOS: Para el Hospital Plató la opinión del cliente es muy importante. Al escuchar la voz del cliente se recogen sus reclamaciones, sugerencias y agradecimientos.

Se ha diseñado un nuevo circuito con el fin de agilizar los trámites necesarios para responder al paciente y para implicar a las áreas afectadas mejorando la calidad y el tiempo de respuesta al paciente.

METODOLOGÍA: Se ha diseñado un procedimiento consensuado con el equipo directivo.

Se registra la opinión del cliente en una Base de datos vinculando las reclamaciones y sugerencias con las acciones de mejora que se derivan.

La Base de datos permite recoger el motivo de la reclamación y sugerencia, y explotar el tiempo de realización del informe por parte de las áreas implicadas y el tiempo de respuesta al cliente.

Se ha diseñado una plantilla de respuesta que incluye los apartados siguientes:

- Acciones realizadas para la valoración de los hechos.
- Valoración/conclusiones de la reclamación.
- Respuesta al cliente.
- Acción de Mejora sugerida por el servicio y relacionada con la reclamación.

RESULTADOS: Uno de los objetivos vinculados a la parte variable del contrato del CatSalut para el 2008 es responder un 80% de las

reclamaciones de los clientes antes de los 15 días. Los resultados en el Hospital Plató relacionados con este indicador son los siguientes: 2005; 62%, 2006; 83%, 2007; 85%.

CONCLUSIONES: El nuevo circuito de respuesta de la opinión del cliente se diseñó e implantó en el año 2006. La mejora de los resultados en el tiempo de respuesta antes de los 15 días está directamente relacionada con la implantación del nuevo circuito y con la implicación de los profesionales de la organización.

El diseño de la nueva plantilla separando la valoración y/o conclusiones de la reclamación y la respuesta al cliente ha permitido el desarrollo de las relaciones humanas entre profesionales.

P529

LA ATENCIÓN SANITARIA: NECESIDADES SENTIDAS POR EL PACIENTE

A. M. Ballesteros Pérez, M. J. Cáceres, F. J. Egio, C. Becerro, J. Castillo.

Servicio Murciano de salud.
anamballesteros@hotmail.com

OBJETIVOS: 1º.-Analizar las diferentes necesidades básicas de los pacientes hacia su Centro de salud(CS) y el centro periférico (CP).

MATERIAL MÉTODO: Estudio cualitativo. Sujetos: 63 pacientes del CS, diferenciando nivel social, pertenencia al CS/CP, edad. Grupo nominal (TGN), reclutados mediante bola de nieve. Se realizaron 9 TGN, identificando expectativas, problemas y soluciones, con las preguntas: ¿Cómo es tu CS ideal?; ¿Problemas más importantes y sus soluciones?.

RESULTADOS: Participaron:68,2%. Al explorar su CS ideal, los pacientes del CS valoran la necesidad: 1º.-Mejora cita telefónica; 2º.-Un CS no masificado, sin demora sanitaria; 3º.-Servicios de radiología(RX), traumatología. El CP, necesita: 1º.-Ambulancia en el CP; 2º.-Cita en el día; 3º.-Horario continuado. Cuando analizamos los problemas del CS y soluciones, para los pacientes del CS: 1º.-No cogen el teléfono; 2º.-No hay servicios como RX, cardiología; 3º.-Demora en las citas; 4º.- No visitas domicilio.

Soluciones: Aumentar el personal sanitario para urgencias y/o visita domicilio. Personal sólo para teléfono. Ambulancia continua en CS. Mejor organización y relación entre estamentos. Para los pacientes del CP, los problemas son: 1º.-Servicio sanitario todo el día; 2º.-Medico familia y Pediatra compartido con otros CP; 3º.-Demora en las citas. Sus soluciones: Equipo sanitario todo el día (ambulancia y médico para las "urgencias"). Turno deslizando para consultas.

CONCLUSIONES: 1º.-La técnica del TGN es muy adecuada para conocer las necesidades del paciente; 2º.-La diferencia principal en el perfil del CS ideal:atención continuada para el CP; otros servicios para CS. 3º.-Los dos coinciden en la demora para citar y en la dificultad del contacto telefónico. 4º.-El CP necesita consultas con turnos deslizando. 5º.-El CS indica una mejor organización del trabajo.

P530

LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO COMO BASE DE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE UN SERVICIO DE NEUROLOGÍA

C. Expósito Sánchez, A. M. Romeo Laguarda, V. Martín Ferrando, M. J. Langarita Ferrer, M. J. Chopo Alcubilla.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.
mjchopo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: Existe la necesidad de mejorar continuamente la organización del trabajo para prevenir problemas, corregir fallos y realizar mejoras para responder a las expectativas de calidad de los usuarios.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de satisfacción del usuario respecto a la atención asistencial durante el proceso de hospitalización en el Servicio de Neurología.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio prospectivo llevado a cabo en una planta de hospitalización (Servicio de Neurología) de un hospital terciario (Hospital Universitario Miguel Servet).

Para su evaluación se confeccionó una encuesta de satisfacción con tres apartados donde se valoraba la atención de enfermería, la atención del personal auxiliar de enfermería y la del personal facultativo. Una primera encuesta se proporcionó a todos los pacientes procedentes de urgencias ingresados en la planta de neurología durante un mes. A continuación se realizó una reunión con el personal sanitario donde se informó de los resultados de la

encuesta y, se plantearon actuaciones de mejora sobre las oportunidades detectadas, valorándose los resultados en una encuesta posterior.

RESULTADOS: El grado de satisfacción fue alto respecto a cada uno de los grupos asistenciales; para el grupo de enfermeras/os y auxiliares el 100% estaba bastante o totalmente de acuerdo con la atención recibida, en el caso de los facultativos este porcentaje bajaba al 93%.Este porcentaje se mantenía para cada grupo valorado, sin embargo vimos que se podía mejorar en cuanto a identificación del personal y una rápida atención en los tres grupos. Destacamos que en el grupo de los facultativos existía un 10% de pacientes que consideraba el trato recibido como no correcto.

CONCLUSIONES: Aunque el grado de satisfacción es alto, se aprecia en los resultados de la primera encuesta oportunidades de mejora que se plasman en medidas concretas valorables en posteriores evaluaciones.

P531

LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA (U.G.C.) DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

J. Contreras Sáez, M. A. Rodríguez García, C. Escribano González, M. L. Pérez Villar, A. Martos Foladori, E. Nuevo Lara.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.
jesus.contreras.sspa@juntadeandalucia.es

Introducción: En los Acuerdos de Gestión del Complejo Hospitalario de Jaén, contemplados en el Contrato Programa de Hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para el año 2007, se establece la orientación al ciudadano y la medida de la satisfacción como objetivo prioritario de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), de modo que puedan establecerse y monitorizar cambios, innovaciones y áreas de mejora, en función de los resultados de las Encuestas de Satisfacción. Objetivos: Se pretende comparar las medidas de satisfacción de los usuarios de las UGC del Complejo Hospitalario de Jaén con los resultados medios obtenidos en dicho Hospital y en el Servicio Andaluz de Salud en el año 2007, considerando la satisfacción como un indicador de calidad de la atención sanitaria.

Material y métodos: Se han aplicado a los pacientes dados de alta las encuestas de valoración de la atención hospitalaria, compuestas por trece preguntas cerradas, obteniéndose el porcentaje de satisfacción en base a los dos valores superiores de una escala de cinco respuestas.

Asimismo, se han realizado entrevistas telefónicas a una muestra aleatoria de 400 usuarios, seleccionados de entre la totalidad de ingresados del Complejo Hospitalario de Jaén en el primer semestre del año 2007. La muestra se ha calculado en función de una proporción de satisfacción estimada del 50%, para un nivel de confianza del 95,5 (dos sigmas) y un intervalo de error de un 5%.

Resultados: Se ha calculado la satisfacción en base a seis dimensiones establecidas: Tangibilidad, Empatía, Fiabilidad, Capacidad de Resolución, Seguridad y Otros.

Conclusiones: No hay diferencias significativas en la calidad percibida por usuarios de las Unidades de Gestión Clínica, con respecto al conjunto del Hospital, si bien en la dimensión Empatía destaca un porcentaje elevado de satisfacción, especialmente con respecto a la atención prestada por personal sanitario.

P532

LA VOZ DEL PACIENTE, PILAR BÁSICO EN UN HOSPITAL DE NUEVA APERTURA

M. Carrascosa Bernáldez*, L. Martínez Muñoz, I. Garbisu Urdaniz, S. De Juan García, E. Puente Benavides, M. Sotelo Martín.

Hospital Infanta Leonor. Servicio Madrileño de Salud.
jmanuel.carrascosa@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN: El Hospital Infanta Leonor de Madrid, concebido con un modelo de gestión innovador, la empresa pública, es un hospital de nueva creación que fue inaugurado hace tres meses.

Transcurrido este tiempo, la Dirección del Hospital desea conocer la opinión de los usuarios y su grado de satisfacción con la atención recibida, instalaciones, accesibilidad y buenas prácticas en el área de Consultas Externas.

OBJETIVOS:

- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de Consultas

Externas.

- Detectar puntos fuertes y áreas de mejora.
- Comunicar a todos los profesionales la opinión que los usuarios tiene de nosotros en este momento (calidad percibida).

METODOLOGÍA: Se ha elaborado y validado una encuesta anónima con cinco áreas distintas y un total de 32 preguntas mayoritariamente con respuesta de escala tipo Lickert para conocer la opinión del usuario de Consultas Externas.

Durante una semana, las enfermeras y Auxiliares de Enfermería ha entregado la encuesta a los usuarios una vez terminada su consulta indicándoles los buzones destinados a su recepción una vez cumplimentada.

Utilización de la aplicación informática SPSS para el procesamiento de los datos.

RESULTADOS La edad media de los usuarios que responden es 55 años (percentil 50), mayoritariamente españoles (90%) y al menos con estudios primarios.

Valoración:

1. Accesibilidad.

- Dos de cada tres usuarios consideran adecuada la ubicación del hospital.

2. Buenas prácticas

- Más del 90% de los profesionales médicos, de enfermería y administrativos están correctamente identificados.

3. Nivel de satisfacción.

- El 75% de los usuarios está satisfecho con la limpieza y del centro y del 25% restante la considera adecuada.
- Solamente un 5% de los usuarios atendidos considera poco satisfactorio el trato recibido por el especialista.
- La totalidad de los usuarios considera que el trato recibido por el personal de enfermería ha sido correcto.

4. Valoración general:

- El 80% de los usuarios considera adecuada la asistencia y, de ellos, el 50% muy satisfactoria.
- El 50% de los pacientes recomendaría el hospital a otra persona.

CONCLUSIONES:

- Los usuarios, en términos generales, están satisfechos con la atención recibida en el hospital.
- Son muy destacables la satisfacción con el trato dispensado por los profesionales sanitarios y no sanitarios y la correcta identificación de los mismos.
- Los datos de filiación de los pacientes (edad, estudios, etc.) son los menos cumplimentados de la encuesta.

P533

MODIFICACIÓN DEL CIRCUITO DE ADMINISTRACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL ÁMBITO DE LA DIETA. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

O. M. Montero García, N. Domingo, G. Iriondo, C. Prados, A. Valledado, M. Miquel.

Hospital de Sant Celoni.

omontero@hsceloni.es

Objetivo: Aumentar el nº de respuestas de las encuestas de satisfacción del usuario en el ámbito de la alimentación, en un 10% respecto al año anterior (2006-2007). **Objetivos secundarios:** Evaluar el grado de satisfacción en cuanto a cantidad, presentación, variedad, temperatura, higiene y sabor de los alimentos suministrados.

Material y métodos: Nuestro centro disponía de un modelo de encuesta general en el que se valoraba la calidad, cantidad y presentación de la comida, en una escala de puntuación del 1 al 10. El índice de respuesta era muy bajo. El estudio realizado por el "Servei Català de la Salut" en el año 2006-2007, recoge un índice más alto y define una valoración positiva para un estándar de calidad mayor o igual al 75% en alimentación. Los resultados obtenidos, nos hacen plantear la modificación del circuito de administración de encuestas, creando una encuesta independiente para las dietas. Definimos como respuesta positiva la obtención de un estándar de calidad mayor o igual al 90% de respuestas "bien" (opciones de respuesta: muy bien, bien, mal, muy mal) en cuanto a cantidad, presentación, variedad, temperatura, higiene y sabor. Asimismo, recogemos otros datos demográficos, no presentes en nuestra encuesta previa: edad, sexo, ingresos previos, conocimiento del tipo

de dieta, posibilidad de escoger menú y cumplimiento de la elección. Dejamos un espacio libre para observaciones.

Resultados: Los resultados que obtuvimos en nuestro centro en el 2006-2007 incluyen un índice de respuestas del 0.7% (23 respuestas de 3000 ingresos); la puntuación media en cuanto a calidad fue de 7.7 (rango 2-10); en cantidad, de 8.8 (rango 5-10) y en presentación de 8.1 (rango 5-10). No se recogían datos demográficos.

La encuesta del "Servei Català de la Salut" del mismo período, recoge un índice de respuestas del 2.6% (80 respuestas de 3000 ingresos). El 62.2% eran mujeres, el 37.8% de edades comprendidas entre 45-64 años y el 39% mayores de 65 años. Existe una sola pregunta referente a la alimentación, siendo el estándar de calidad una respuesta positiva superior o igual al 75%. La media obtenida en Cataluña fue del 76%, en nuestro centro del 72%, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

El nuevo circuito y la nueva encuesta se han implantado en nuestro centro el 1 de enero de 2008. Hasta el 31 de mayo, el índice de respuestas es del 17.7%. Presentaremos la explotación estadística de los resultados obtenidos el primer semestre de 2008.

P534

NICHOS DE DESINFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DE LAS MUJERES DE ARAGÓN Y POSIBILIDAD DE MEJORA

M. Bárcena Caamaño* (0), A. Lukic (1), I. Calvo Cebollero (1), M. V. Fustero Fernández (0), M. D. Ariño Martín (2), L. Escosa Royo (1).

(0) Centro de Salud Cariñena (Zaragoza), (1) Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza), (2) Centro de Salud San Pablo (Zaragoza). mbarcenac@semg.es

Objetivos: En Aragón, la enfermedad cardiovascular (ECV) supone el 32% de la mortalidad (28,6% en los varones y 35% en las mujeres). Existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en los varones, que no se está produciendo en las mujeres. Con el objetivo de planificar adecuadamente campañas de educación para la salud cardiovascular, saber a quien dirigirlas y cómo hacerlas, el grupo PAMYC (Programa Aragonés de Mujer y Corazón) realizó una encuesta para conocer el nivel de conocimientos de las mujeres en esta materia y la o las fuentes de información de donde proceden.

Material y métodos: Realizamos una encuesta telefónica, semiestructurada a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en Aragón. Error muestral de $\pm 3\%$, nivel de confianza del 95% y $p = q = 0,5$. Muestreo estratificado, con una selección aleatoria dentro de cada estrato, definido por dos criterios: grupos de edad y municipios por número de habitantes.

Resultados: El 51,9% de las encuestadas considera que su conocimiento de la ECV es escaso o nulo y el 4,9% no sabe o no contesta (ns/nc). Existe asociación estadística entre el grado de conocimiento y la edad de las encuestadas, se aprecia que las encuestadas con grado de conocimiento "escaso, nulo y ns/nc" se asocian con los grupos de edad de "18-35 años" y "mayor de 65" siendo $p\text{-valor}=0,000$ ($<0,05$) (Chi-cuadrado). Refieren como fuentes de información (respuesta múltiple) a los medios de comunicación como radio, televisión y revistas un 64,2% de las mujeres, a comentarios de familiares y amigos un 49,5% y al personal sanitario 24,6%. Existe asociación entre el grado de conocimiento sobre la ECV y las fuentes de información referidas, se aprecia que las encuestadas con grado de conocimiento "escaso, nulo, ns/nc" obtienen la información de fuentes no sanitarias y las encuestadas con conocimiento "muy bueno, bueno y suficiente" se asocian al grupo que obtiene la información de fuentes sanitarias, siendo $p\text{-valor}=0,000$ ($<0,05$).

Conclusiones: Las aragonesas dicen tener escasos conocimientos sobre la ECV y esto se acentúa en las que utilizan como fuentes de información las no sanitarias. Llama la atención que la desinformación sea mayor en el grupo de 18 a 35 años pese al superior nivel de estudios. Con estos resultados nuestras actuaciones, que mostrarán un interés especial por este grupo, procurarán aumentar el impacto educativo del personal sanitario que parece ser el mas efectivo.

P535

OPINIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES SOCIO-SANITARIOS

C. Nebot Marzal (0), B. Ortega Llavador (0), G. Garcés Zaragoza (1), M. D. Espuig Bulto (2), A. Pérez Martínez (3), C. Elvira Nicolás (4).

(0) Agencia Valenciana de Salud. Dirección General de Calidad y Asistencia al Paciente., (1) Hospital la Magdalena, (2) Hospital Dr Moliner, (3) Hospital Padre Jofre, (4) Hospital de San Vicente.

nebot_cri@gva.es

OBJETIVO: Conocer la opinión de pacientes ingresados en hospitales socio-sanitarios con respecto a la comodidad, entretenimiento y atenciones recibidas por parte del personal sanitario.

MÉTODO: Estudio descriptivo, basado en encuestas telefónicas de opinión a 186 pacientes o a familiares de pacientes ingresados en 4 hospitales socio-sanitarios de la Comunidad Valenciana. Estudio de campo realizado durante enero y febrero de 2008. Muestreo aleatorio proporcional al tamaño del hospital (precisión del 5%, $p=0,80$ al 95% de confianza).

RESULTADOS: 186 encuestados, 70,4% mujeres, 21,5% mayores de 70 años, el 60,8% de los pacientes estuvo ingresado menos de 30 días, el 80,6% de las encuestas se realizó a familiares de pacientes ingresados.

El 76,9% de los encuestados se sienten muy satisfechos con las atenciones recibidas por parte del personal sanitario. El 89,2% opinan que fue muy buena la amabilidad y el respeto de los médicos durante el ingreso y el 83,9% piensa en el mismo sentido sobre el personal de enfermería.

El 61,3% de los pacientes ingresados en el hospital estaba en condiciones de levantarse y asearse y el 17,2% de los encuestados declararon que se aburría durante su estancia en el hospital. De los pacientes que estaban en condiciones para levantarse, el 28,9% no encontró suficiente material de entretenimiento, como juegos de mesa, libros o revistas, y el 92,1% opina que el hospital tenía suficientes espacios para andar y conversar con otros pacientes.

El 33,3% recibió ayuda en el hospital del trabajador social, y de estos, el 67,7% consideró que fue muy buena la información recibida, también la ayuda en los trámites. El 21,5% de los pacientes recibió asistencia psicológica en el hospital, encontrándose el 88,0% muy satisfecho con dicha asistencia.

El 12,4% de los pacientes encontró algún problema con el sillón del acompañante, el 16,2% con voces o ruidos en la habitación que no le dejaban descansar, el 10,8% con el sabor de la comida, el 8,6% con la temperatura de la habitación, el 7,5% con la variedad de los menús, el 5,9% con el servicio de peluquería y el 4,8% con la falta de limpieza de las habitaciones.

CONCLUSIONES: Los pacientes ingresados en hospitales sociosanitarios, en su mayoría se sienten satisfechos con las atenciones que reciben del personal sanitario, aunque en ingresos prolongados, todavía existen ciertas carencias en las prestaciones para el entretenimiento y el confort de pacientes y familiares.

P536

OPINIÓN DEL PACIENTE COMO MEDIDA DE MEJORA DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE INFECCIOSOS

P. Arazo Garcés, M. J.s Ena, C. Díaz, D. Gil, E. Alejandro, J. M. Aguirre.

H.U. Miguel Servet.

parazo@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: En la actividad asistencial es importante mejorar de forma continua para conseguir la satisfacción del paciente, por ello hay que considerar la opinión de éste y así responder a sus expectativas.

OBJETIVO: Valoración de la opinión del paciente durante la hospitalización en relación con la atención recibida durante el ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio retrospectivo realizado en la Unidad de Infecciosos del Hospital Universitario Miguel Servet, con un periodo de cuatro años.

Para su realización se confeccionó una encuesta de satisfacción que se entregaba al alta del paciente durante dos ciclos de 2 meses por año. Se valoraron los siguientes ítems: acogida en la Unidad, trato recibido, accesibilidad del personal sanitario, valoración de la atención médica, información médica los familiares, información sobre el proceso y tratamiento médico, inteligibilidad del informe de alta,

claridad de la información recibida, valoración de la atención de enfermería, cuidados de higiene personal, descanso, calidad de las comidas, limpieza de la habitación y confort de las habitaciones. La valoración para cada uno de los ítems era de 1 a 4 puntos.

RESULTADOS: La puntuación media obtenida en cada uno de los ítems fue la siguiente: acogida en la Unidad 3.3 puntos, trato recibido 3.5, accesibilidad del personal sanitario 3.3, valoración de la atención médica 3.5, información médica los familiares 3.2, información sobre el proceso y tratamiento médico 3.2, inteligibilidad del informe de alta 3.0, claridad de la información recibida 3.2, valoración de la atención de enfermería 3.4, cuidados de higiene personal 3.4, descanso 3.2, calidad de las comidas 3.2, limpieza de la habitación 3.2 y confort de las habitaciones 3.0 puntos.

En la valoración comparativa de los cuatro años se ha observado en su mayor parte valores superiores a 3 puntos salvo en el descanso y en la inteligibilidad del informe de alta que en el año 2006 obtuvimos una calificación de 2.9 y 2.8 puntos respectivamente. Se implementaron medidas de mejora para estas actividades: disminuir la contaminación acústica y modificar el informe de alta.

CONCLUSIONES:

1. Se ha obtenido en los cuatro años del estudio un grado de satisfacción en general elevado, observado con la valoración del paciente oportunidades de mejora.

2. La observación y opinión del paciente de nuestra actividad, es una herramienta útil y debe ser continua en el tiempo.

P537

OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADAS POR LOS PACIENTES PARA MEJORAR LAS CONSULTAS EXTERNAS DE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD (SMS)

A. Más Castillo, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrián, T. Ramón Esparza, J. E. Calle Urra, P. Nieto Martínez.

Consejería de Sanidad Región de Murcia.

adelia.mas@carm.es

OBJETIVO: Para el Servicio Murciano de Salud la medida de la calidad percibida es una de las líneas estratégicas más importantes de gestión y evaluación de centros asistenciales.

El objetivo de este estudio es identificar y analizar las oportunidades de mejora manifestadas por los usuarios de Consultas Externas de los 9 hospitales de agudos del SMS.

MATERIAL Y MÉTODO: Población a estudio: Usuarios de Consultas Externas del SMS que han acudido a consulta durante los días 14, 16, 18, 22, y 24 de enero de 2008.

Muestreo: Sistemático con arranque aleatorio por día de la semana.

Tamaño de la muestra: 1800 entrevistas, 200 por hospital.

Instrumento: Cuestionario estructurado elaborado por la Subdirección de Calidad asistencial, cumplimentado mediante entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI). Las llamadas se realizaron a las 48h de haberse producido la visita.

Análisis descriptivo con agrupación en dimensiones de la calidad de los resultados obtenidos.

RESULTADOS: Del total de las 949 mejoras solicitadas, el 26,6% se refieren a la disminución de los tiempos de espera para entrar a la consulta, demandando más puntualidad; un 25,0% al tiempo transcurrido entre petición de cita y consulta; un 20,0% agrupa sugerencias para mejorar la organización de las consultas (horarios, masificación, interrupciones, coordinación con primaria...); un 12,2% piden que se mejore el trato, que sea más humano; las instalaciones son el punto dónde coinciden que deben haber mejoras el 8,2% de los encuestados; mientras que el 3,9% consideran la profesionalidad del personal como el aspecto que merece más atención; limpieza y la accesibilidad externa (más autobuses, eliminación de barreras arquitectónicas) son mejorables para el 1,8% y en 1,3% de los encuestados respectivamente; 0,1% piden mas cuidado con la intimidad y un 0,3% indican que hay que mejorarlo todo.

No hay nada que mejorar para 406 encuestados, en 30 casos la respuesta no procede al referirse a otros servicios asistenciales y 415 no saben que mejorarían.

CONCLUSIONES: La dimensión que más oportunidades de mejora presenta es la de "Tiempos de Espera" muy relacionada con el resto de problemas detectados en la organización de las consultas y es hacia donde se están orientando los esfuerzos de los responsables de los centros, reflejándose en los planes de mejora y en los contratos de gestión de cada centro.

P538**PERCEPCIONES, EXPECTATIVAS Y OPINIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA****P. Massó (0), J. Aranz (0), J. Vitaller (1), R. Limón (1), J. J. Mira (2), J. Requena (0).**

(0) Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, (1) Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche, (2) Departamento de Psicología Social. Universidad Miguel Hernández de Elche.

palomasso@hotmail.com

Objetivo: Conocer las percepciones, expectativas y opinión de los pacientes en relación a la calidad y la seguridad de la atención hospitalaria.

Material y métodos: Se seleccionaron las altas hospitalarias del Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant del 22 de mayo al 4 de junio de 2006. Se envió por correo a los pacientes seleccionados un total de 500 encuestas de opinión SERVQHOS, junto con una Encuesta de Opinión Complementaria (EOC) para evaluar la percepción de seguridad. Las respuestas se remitieron al Servicio de Medicina Preventiva, donde se analizaron los datos en SPSS 12.0.

Resultados: La mayoría de los pacientes se mostró satisfecha con la información que los médicos proporcionan a éstos (54,6%) y a los familiares (56,8%), la amabilidad del personal (69,5%), el trato personalizado a los pacientes (66,7%) y la disposición de ayuda del personal (66%). No obstante, algunos pacientes consideraron mejorable la puntualidad de las consultas médicas (27,8%), el tiempo de espera para ser atendido por un médico (22,7%), y la rapidez con que se consigue lo que se necesita (14,6%). En relación a su último ingreso, casi todos los pacientes refirieron que se les realizaron pruebas o intervenciones con su consentimiento (96,9%), se mostraron satisfechos con los cuidados (90,9%), y valoraron bien el tiempo de ingreso (90,8%). Sin embargo, algunos pacientes no conocían el nombre del médico que se hizo cargo de su ingreso (31,6%), mientras que la mayoría no conocía el nombre del enfermero que le atendía habitualmente (66,3%). Los pacientes con menor nivel de estudios, los solteros y los menores de 30 años o mayores de 71 años valoraron mejor su estancia en el hospital de forma significativa. La mayoría de pacientes contestó satisfactoriamente en la EOC, si bien algunos pacientes no recibieron explicaciones sobre el tratamiento que iban a tomar (13,5%), las pruebas o intervenciones realizadas (10,1%), o no pudieron hablar con el médico sobre sus preocupaciones (11,2%) con la intimidad necesaria (16,9%). La proporción de pacientes que refieren haber sufrido un EA es del 11,2%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes se encuentra satisfecha con la atención hospitalaria durante su último ingreso, encontrándose un gradiente según el nivel de estudios. Los pacientes refieren una tasa de EA similar a la obtenida mediante otros procedimientos, por lo que pueden considerarse una fuente fiable para su notificación, aunque puede variar su concepto de EA.

Investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (06/90318 y 06/90043).

P539**¿POR QUÉ CAMBIAMOS DE MÉDICO?****L. Ríos Valles, T. Bordell Sierra, O. Doblado López.**

cap Cambrils.

lrios@grupsagessa.com

Introducción: Ejercer el derecho a cambiar de médico ha ido en aumento los últimos años, siendo las causas expuestas las que no han sufrido gran variación, posiblemente porque los usuarios no describen el motivo real de su demanda, es por ello que hemos querido analizar los cambios de médico de nuestro centro.

Objetivo: conocer los motivos reales de solicitud de cambio de médico y su grado de satisfacción.

Material: estudio descriptivo transversal, de todos los cambios de médico solicitados durante el año 2007, en un centro de salud urbano, con dos puntos de atención en la misma población. Se registraron todas las hojas de solicitud de cambio de médico, con las variables: edad, sexo, médico del que solicita el cambio, médico nuevo solicitado, motivo del cambio.

Se realiza una encuesta telefónica validada, al año de conceder el

cambio, para comprobar si el motivo que escribió en la solicitud es el real y si está satisfecho con el cambio. La encuesta la realiza siempre la misma persona. Se realizan 3 llamadas días alternos en horario de mañana y tarde. En caso de no contestar, se excluyen del estudio.

Resultados: se solicitaron un total de 132 cambios de médico, excluidos 30 por no respuesta telefónica y 2 por falta de datos.

Cambios de médico analizados (n=100), el 58% mujeres, siendo la franja de edad más prevalente entre los 15 - 40 años (38%). Solo 2 de los 16 médicos del centro no han tenido ninguna solicitud de cambio. Motivos de cambio: 25% por horarios compatibles, 25% reagrupamiento familiar, 10% por proximidad al centro, falta de confianza 7%, siempre hay un suplente 5%, etc.

En cuanto a motivos reales: 25% por horarios compatibles, 23 % reagrupamiento familiar, 10% por proximidad al centro y un 10% por falta de confianza.

En el 71% de los casos los motivos de cambio descrito y real coinciden. En los que no coinciden suelen ser por falta de confianza con el médico y error diagnóstico, siendo el motivo esgrimido el horario incompatible en el 92% de los casos.

El 97% están satisfechos con el cambio.

Conclusiones: La mayoría de cambios de médicos son relacionados con la accesibilidad. Existe un porcentaje de cambios que responden a insatisfacción del usuario encubierta, siendo la mala relación médico-paciente la más frecuente. El seguimiento de los cambios de médico permite descubrir aspectos de mejora.

P540**PUESTA EN MARCHA Y VALORACIÓN DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN EL ÁREA DE PUERTOLLANO****M. T. Gallego León, M. G. Prado Serrano, J. Sanz Cortés, A. I. García Castellanos, A. Carrasco Blas, M. Laín García.**

Gerencia de área de Puertollano.

mtgallego@sescam.jccm.es

INTRODUCCIÓN: La unidad de Trabajo social de centros de salud y de Hospital constituye una única unidad englobada en el Servicio de Atención al Usuario. Nuestra actividad, en concordancia con la misión, visión y valor de nuestra Gerencia de Área, no sólo se desarrolla de manera individualizada, sino que desarrollamos una actividad proactiva, que pretende satisfacer de manera escalonada las necesidades de nuestros usuarios.

OBJETIVOS:

1. Enseñar a compartir experiencias con otras personas en la misma situación a través de los grupos de ayuda mutua (GAM).
2. Conocer las necesidades de los cuidadores.
3. Orientar la formación de acuerdo a las necesidades que manifiestan los cuidadores.
4. Formar y consolidar grupos de autoayuda en el Área de Puertollano.
5. Conocer la opinión de los usuarios sobre la actividad.

METODOLOGÍA: La captación de los cuidadores se realiza a través de las consultas de centros de salud y Hospital, y otras instituciones. Junto con la psicóloga de la Asociación de familiares de Alzheimer se organizan los GAM. Una vez constituidos, se les entrega una encuesta de satisfacción con escala de 0 a 10.

Se forman los grupos según orden de captación. Los temas que se tratan:

- Presentación y acogida esperanza y desesperanza
- sentido del día a día
- autoconciencia de sentimientos: ira, culpa, alegría, síndrome de burnout.
- Puedo con todo y no puedo con nada.
- Comunicación conocer al enfermo.
- Importancia de búsqueda de apoyos.

RESULTADOS: Hasta el momento se han realizado 12 reuniones. En ellas además de los temas referidos se ha informado a los participantes sobre recursos de respiro.

Se recogen 14 encuestas de los usuarios que participan en los grupos. El 100% son mujeres mayores de 40 años.

Todos los ítems reciben una valoración por encima de 9. El menos valorado es el referente a instalaciones con un 9,47.

CONCLUSIÓN: La puesta en marcha de los GAMs valorado de forma muy positiva por los usuarios.

Aunque las puntuaciones son muy elevadas, se puede apreciar que las instalaciones son un aspecto mejorable.

P541

RELACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA

S. Lorenzo, M. Checa, E. Gómez, F. García Sánchez, J. Ortigueira, J. González Alvarez.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
slorenzo@fhacorcon.es

Objetivo: Conocer que grado de satisfacción genera en el paciente la información para la seguridad clínica.

Ambito: Hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con un área de referencia de 255.000 habitantes.

Periodo de estudio: Enero-Marzo de 2008.

Sujetos: Altas durante el periodo de estudio en CMA.

Tipo de estudio: Estudio transversal que utiliza encuesta anónima, sin recordatorio, por correo.

Instrumento: Encuesta desarrollada ad-hoc de opinión sobre seguridad clínica (11 preguntas de fácil comprensión), con tres posibles respuestas (Escala: 1-3).

Análisis: Descriptivo y de regresión múltiple, utilizando el programa estadístico SPSS 14.

Se obtienen los porcentajes de las 3 posibles respuestas en cada una de las preguntas, mediante análisis descriptivo y de frecuencias.

Mediante regresión múltiple, se identifica que preguntas referentes a la información recibida, influyen en la Satisfacción Global. P2: ¿Le han explicado los posibles efectos y precauciones que debe tomar con el tratamiento?, P3: ¿Ha podido preguntarle al médico y enfermeros sus dudas o manifestarle sus preocupaciones con respecto al tratamiento? y P4: ¿Tiene la impresión que médicos y enfermeros han escuchado con atención sus explicaciones sobre lo que le pasaba?

Resultados: Se enviaron 650 encuestas y se recibieron 192 encuestas cumplimentadas (29,3%). Análisis de fiabilidad y validez de los datos mediante Alpha de Cronbach (0,965).

56,1 % varones. 43,9 % mujeres. Un 89,7 % respondió que se encontraba muy satisfecho con el resultado de la atención sanitaria recibida. A P2, el 79,5 % respondió "Sí, con detalle". A P3, el 65,9 % respondió "Sí, con detalle", el 26,0 % "Brevemente". A P4, el 82,3 % respondió "Sí, del todo". La Correlación entre la Satisfacción Global y las variables independientes es: P2 (0,363), P3 (0,176) y P4 (0,588). En análisis de regresión, una variable es significativa cuando su T Student es mayor de dos. Significativa es, que incide en mayor proporción con el resultado de la variable dependiente.

Las variables significativas son P4 con una T Student=7,712 y P2 con una T Student=2,289.

La ecuación de la Satisfacción Global es la siguiente:

Satisfacción Global=0,144P2 + 0,063P3 + 0,522P4

CONCLUSIONES: Los pacientes atribuyen la satisfacción con la información recibida en un 52 % a la sensación de sentirse escuchados, un 14 % correspondería a la información del médico sobre los efectos y precauciones con el tratamiento a tomar.

P542

RELACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS. LA BÚSQUEDA DEL PACIENTE INSATISFECHO

C. A. Montilla Morales* (0), M. Borao (0), A. García Mingo (0), R. López (0), C. Ceballos (1), J. Del Pino (0).

(0) Hospital Clínico de Salamanca. RETICEF, (1) Hospital Clínico Universitario.
montillamoraless.carlos@gmail.com

Objetivo: Relacionar el grado de satisfacción de los pacientes de la consulta de Reumatología con una serie de variables demográficas. Método: Durante los meses de abril y mayo del 2008 los pacientes que acudieron a la consulta de Reumatología rellenaron un cuestionario autoaplicado que incluía variables demográficas(edad, sexo, medio donde residen), primera consulta o revisión y tiempo de evolución de la enfermedad hasta acudir al Reumatólogo. El grado de satisfacción se midió por una escala numérica sobre 100 unidades. Resultados: Cincuenta pacientes contestaron el cuestionario. Treinta y uno tenían más de 50 años. Treinta eran mujeres. El grado de satisfacción no se relacionó con la edad (85,6 vs 78,8; p=0,4), ni con el sexo (83,8 vs 83,1; p=0,9), ni con la zona de residencia (85,4 vs

84,7; p=0,9). Del mismo modo tampoco encontramos diferencias entre los pacientes de primera consulta y revisión (78,0 vs 81,4; p=0,83). Los pacientes con un tiempo de evolución de la enfermedad de menos de un año hasta la primera consulta tuvieron un grado de satisfacción mayor (94,0 vs 74,2; p=0,02).

Conclusiones: El tiempo de evolución de la enfermedad hasta acudir a la consulta fue la única variable que influyó en la satisfacción del paciente. Se necesitan estudios con mayor número de pacientes y quizá con otros métodos para reconocer el perfil del paciente insatisfecho.

P543

SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON IAM EN LA PROVINCIA DE ALBACETE

T. Ruiz González (0), G. Vega González (0), M. A. Vega González (1), S. Martínez Cifuentes (0).

(0) Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, (1) null.
tereruiz@ono.com

INTRODUCCIÓN: La cardiopatía isquémica supone una prioridad sanitaria por su alta repercusión social y elevado consumo de recursos; aunque se desconoce el grado de satisfacción sobre la atención sanitaria recibida a largo plazo.

OBJETIVOS: 1) Describir la satisfacción de la atención sanitaria recibida a largo plazo después de un infarto agudo de miocardio (IAM). 2) Relacionar posibles diferencias en la valoración de la satisfacción, entre una metodología cuantitativa y cualitativa.

DISEÑO: Estudio de cohortes de 655 pacientes que sobrevivieron a los 28 días de un IAM (IBERICA_Albacete) con un seguimiento entre 5-7 años.

METODOLOGÍA CUANTITATIVA: Entrevistas telefónicas y encuesta de satisfacción por correo. Análisis estadístico descriptivo y comparativo (estimación poblacional, intervalo de confianza al 95% (IC95%). Significación estadística p<0,05.

METODOLOGÍA CUALITATIVA: Se realizaron 5 grupos de discusión. Variables muestrales: sexo, edad, situación laboral y nivel de estudios. RESULTADOS: Mediana de seguimiento de 5,7 años. El 21% eran mujeres. Se contactó con 623 pacientes: 568 realizaron la entrevista telefónica, de ellos 226 no quisieron participar, contestando el 96,5% de 173 como satisfechos. Los 160 que la cumplimentaron eran significativamente más jóvenes, trabajadores de empresas públicas, con mayor nivel de instrucción, más fumadores, menos diabéticos, sufrieron menos episodios de insuficiencia cardíaca y acudieron más a consultas externas). El grado de satisfacción fue alto para los profesionales en la atención hospitalaria y en urgencias, y peor en consultas externas; así como en tiempos de espera, masificación e instalaciones. La satisfacción global fue elevada: 94% volverían a utilizar dichos servicios, y el 95% los recomendarían.

El abordaje cualitativo nos confirma los resultados cuantitativos, permitiendo profundizar sobre el grado de satisfacción: éste está íntimamente relacionado con la relación médico-paciente, y dependiente de la capacidad comunicativa y explicativa de los facultativos.

CONCLUSIONES: 1) El perfil de pacientes con IAM que contestan las encuestas de satisfacción probablemente no sean representativos. 2) En los pacientes que han sufrido un IAM y realizan las encuestas de satisfacción, el grado de satisfacción es alto. 3) Los resultados del estudio cualitativo confirman los del estudio cuantitativo pero además, son más amplios y exploran mejor el grado de satisfacción de la atención recibida, que está íntimamente relacionado con la relación interpersonal entre médico y paciente.

P544

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA

I. Brando*, J. M. Sánchez, A. Carrillo, J. Alcaraz, P. Gozalo, D. López.

Hospital Morales Meseguer.
968246333@telefonica.net

Objetivo: Medir el grado de satisfacción de los pacientes incluidos en la vía clínica Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y ventilación no invasiva basada en la evidencia, ingresados en hospital, mediante una encuesta validada.

Métodos: Se han estudiado los pacientes con diagnóstico de EPOC ingresados en hospital tras consulta por parte del personal de planta. La realización de la encuesta de satisfacción se realizó en la habitación del paciente, por una misma persona, mediante la administración de la encuesta excepto a pacientes con dificultad para lectura o comprensión de preguntas. El momento de realizar la encuesta era al alta hospitalaria. La encuesta estaba formada por 41 ítems de respuesta múltiple, 4 preguntas sobre aspectos sociodemográficos y 2 preguntas de texto libre. Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar y porcentajes $\pm$ intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Tras la implantación de la vía clínica del paciente con EPOC y necesidad de VNI han sido evaluados 64 pacientes, a 23 de ellos (41.6%) se les pudo administrar la encuesta de satisfacción antes del alta. La población estudiada estaba formada por un 95.7% de hombres y la edad media era de 66.8 ± 15.3 años (rango: 37-83). El 81.9% de los pacientes tenían estudios básicos o primarios y el 86.9% ingresos previos hospitalarios. No existía diferencias en la puntuación global de satisfacción entre los pacientes sin ingresos previos con respecto a los que habían ingresado previamente (8.7 ± 0.6 y 8.6 ± 1.3 ; $p=0.929$). La puntuación media de la satisfacción global era de 8.6 ± 1.2 en los pacientes de la VC y 8.5 ± 1.4 en los pacientes de los servicios médicos del hospital ($p=0.711$). De los ítems analizados únicamente mostraron diferencias significativas en las respuestas en 2 de ellos; ante la pregunta "Si encontró en malas condiciones alguna cosa durante su estancia en el hospital" el 71.4% (IC-95%: 47.8%-88.7%) de los pacientes en la vía clínica respondió que todo en buenas condiciones y el 43.7% (30.8%-56.7%) en el grupo control ($p=0.050$) y ante la pregunta En relación a sus cuidados y tratamiento ¿cree usted que su opinión se tuvo en cuenta lo suficiente? las respuestas siempre/casi siempre fue contestada en 77.3% (54.6%-92.2%) y 96.0% (88.7-99.2%) respectivamente ($p=0.005$).

Conclusiones: La satisfacción de los pacientes EPOC incluidos en la vía clínica muestran un grado de satisfacción elevado, mostrando algunas diferencias con lo expresado por el resto de pacientes ingresados.

P545

SATISFACCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON RESPECTO A LA APLICACIÓN INFORMÁTICA DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

J. A. Ramírez Moreno, S. López, P. García, I. Arias, V. Cabezas, E. Mendoza, D. Galán.

Hospital San Juan de Dios de Córdoba.

jaramirez@cordoba.sjd.es

Introducción: Debido a la implantación del Sistema de Gestión de Calidad, el Hospital se ha visto sumido recientemente en el uso de herramientas que han provocado un impacto en la cultura del profesional y un cambio objetivo en la metodología enfermera aplicada al Centro. Es de gran interés medir dicho impacto en la cultura del profesional con respecto al uso de la aplicación informática, que nos ha permitido la estandarización de planes de cuidados.

Objetivo: Medir y valorar el impacto en los profesionales de enfermería provocado por el manejo de la aplicación informática.

Material y Métodos: Encuesta de satisfacción para el profesional que desarrolla su labor asistencial en unidades de hospitalización quirúrgica. Ha medido la satisfacción del profesional en el manejo de la aplicación, la calidad de los cuidados percibidos por el profesional, la aportación de nuevos conocimientos, valoración de los registros, recomendación de la herramienta en otro Centro y las variables básicas de edad, sexo y categoría profesional.

Las encuestas han sido realizadas por 36 profesionales, 21 DUE y 15 Auxiliares de Enfermería. Los resultados se baremaron con un análisis estadístico-descriptivo utilizando como medida de centralización la estimación de la media y análisis de sugerencias aportadas.

Resultados:

- Incremento de la Calidad de los cuidados:

DUE: 42% SI.

Auxiliares Enfermería: 53,3% SI.

- Satisfacción con respecto a la aplicación:

DUE: 4,7% muy satisfechos, 57,3% satisfechos y 38% poco satisfechos.

Auxiliares Enfermería: 76,6% satisfechos y 26,6% poco satisfechos.

Conclusiones: La mayoría de personal está satisfecho, aunque el porcentaje de incremento de la calidad de los cuidados está por debajo del 50% y el 63,3% considera que merma la labor asistencial. Las posibles causas son: falta de tiempo adecuado para dedicación a la aplicación, resistencia natural al cambio de cultura, la aplicación se usa como una herramienta de registro y validación y no para planificación de cuidados.

Las acciones de mejora deben de ir encaminadas a mantener acciones formativas de metodología enfermera en el Plan de Formación, cambios de organización y dinámicas, mejoras de la aplicación informática atendiendo las sugerencias del personal.

Bibliografía: CULTURA DEL CAMBIO: CAMBIO DE CULTURA. Ramos Rolón, G.; Ramírez Moreno J.A.; Raya Serrano, A.; Mohedo Caballero, M.; Ortiz Martín, M. Comunicación Congreso SECA 2005. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Johnson, M. / Bulechek, G.M. / Butcher, H. / Maas, M.L. / McCloskey Dochterman, J. / Moorhead, S. / Swanson, E. 2ª ed. © 2006 Elsevier.

ÍNDICE DE AUTORES



A		
Álvarez, N	423	Aibar Remón, C. 85, 199, 406, 426, 449
Anglés Segura, T.	141	Alarcón Aramburo, E. 393
Abad Babier, R.	409	Alastruey Lasobras, P. 472
Abad Bañuelos, B.	381	Álava Menica, J. A. 361
Abad Cebolla, J. C.	312	Alba Conejo, E. 233
Abad Diez, J. M.	141, 214, 212, 344, 483	Albaladejo Ortiz, M. 375
Abad Ruiz, A.	191	Albaladejo Pérez, L. 178
Abad Sazatornil, R.	179, 313, 482	Albarracín Marín-Blázquez, M. 386
Abad Subirón, M. J.	483	Alberdi Oyarzabal, M. J. 268
Abad, F. J.	140	Albero, R. 439, 466
Abad, J. M.	356, 461	Alberquilla Menéndez-Asenjo, Á. 300
Abad, R.	392	Albiñana Tarragó, J. 136
Abadía Corvinos, I.	132	Albizua Uriondo, O. 283
Abadía Taira, B.	126, 142, 153, 487	Albó Poquí, I. 171
Abadías, N.	285	Alcaine Villarroya, M. J. 142
Abel Joel, A.	472	Alcalde Bezhoid, G. 271, 276
Abellán García, C.	293	Alcalde Encinas, M. D. M. 279
Ablanado Suárez, J. M.	127, 294	Alcalde, G. 247
Abril Bisbal, L.	488	Alcántara Zapata, F. 314, 365
Acedo, AB.	253	Alcaraz Martínez, J. 140, 269, 320, 355, 392, 421, 453
Acha, B.	222	Alcaraz Quiñonero, M. 230, 261, 270, 293
Acha, J.	439	Alcaraz, J. 140, 161, 273, 493
Acha Pérez, J.	368	Alcaraz-Esteban, M. 171
Achaerandio, A.	271	Alcázar Casanova, F. 171, 387
Acín Gericó, M. T.	397, 404	Alcazar Espin, M. D. L. N. 365
Acón Royo, D.	142, 181, 225, 228, 246, 287	Alcolea Robles, L. 317
Adell Vidal, N.	165	Alconada E. 403
Aganzo López, F.	282, 359, 393	Alcorta, P. 247
Aginaga Badiola, J.R,	134, 218	Alcubierre Berges, C. 304
Aguado, C.	311	Aldazabal Muniategui, I. 276
Aguado, H.	201, 237	Aldazabal, I. 247
Aguado Manzanares, P.	214, 25, 330, 479	Aldea Molina, E. 337, 249, 451
Aguado Martín, J.	403	Alegre Torres, P. 481
Aguado Zardoya, L.	304	Alejandro Lázaro, G. 143
Aguarod Sediles, R.	412, 429	Alejandro, E. 491
Aguas, M.	421	Alejo Bru, N. 261
Aguayo Albasini, J. L.	151, 380, 417	Alejo Sánchez, M. 336
Aguayo Gredilla, F. J.	463	Alejos Tena, A. 417
Aguayo, J.L.	352	Alemaný López, A. 312
Agud Cardona, M.	319 329	Alende Sixto, M. R. 183
Aguerrí Martínez, M.	123	Alerany, C. 446
Aguilar Escalera, J.	260	Alfaro Cadenas, L. 224, 458
Aguilar Escobar, VC.	380	Alfonso Burrillo, M. 334
Aguilar Franco, F.	369	Alfonso Cortés, I. 355
Aguilar Hernández, R.	357	Alfonso Díaz, I. 418
Aguilar Lozano, J.	238	Algarate, A. 353
Aguilar Prados, A.	389	Alguacil Pau, A. I. 246
Aguilar, E.	340	Alguacil, A. 221
Aguilera Martín, C.	180	Aliaga, Y. 341, 395, 440
Aguilera Peña, M.	159	Alias Balbas, G. 410
Aguilera Póliz, Y.	319	Alija López, V. 197
Aguillo García, A.	187	Allúe Ciudad M. 223, 393
Aguirre Alberdi, L.	244	Allue Fantova, N. 397, 444
Aguirre De La Peña, E.	143	Allué, B. 266
Aguirre Errasti, J. M.	210	Almaida Fernández, M. B. 236, 277, 242, 424
Aguirre Larracochea, U.	154, 155, 208	Almansa-Capel, E. 176
Aguirre Lejarcegui, G.	157, 422	Almazán Del Pozo, M. 396
Aguirre, J. M.	292, 491	Almodóvar Alcaide, S. 446, 480
Aguirregomozcorta, C.	191	Alonso C. 124
Agulló, V.	206, 235	Alonso Álvarez, M. 175, 377
Agustín, M. J.	392	Alonso Calo, L. 259
		Alonso Carrasco T. 189, 288
		Alonso Carrión, L. 233
		Alonso Cruces, A. 288
		Alonso Duran, M. 125
		Alonso Durana, I. 289
		Alonso Fernández, M. A. 243, 280
		Alonso Formento, E. 121, 286
		Alonso Frías, M. A. 424, 453
		Alonso Gregorio, E. 161
		Alonso López, M. C. 261
		Alonso Martín, MS. 146
		Alonso Martínez, V. 83
		Alonso Ovies, Á. 121, 285
		Alonso Pacheco, M. L. 396
		Alonso Salazar, M. T. 168, 290, 396
		Alonso Tovar, A. R. 277
		Alonso Va llejo, M. M. 200
		Alonso, Y. 236
		Alonso, S. 246
		Alonso, M. 246
		Alonso, J. 262
		Alonso, A. R. 277
		Alonso, C. 391
		Aloy Duch, A. 176, 290, 297
		Aloy, A. 149
		Altaba Dolz, E. 399
		Altarribas Bolsa, E. 142, 153, 192, 215, 219, 264, 343, 346
		Altarribas, E. 170, 324
		Altred López, E. 243, 280
		Altemir Campo, L. 223
		Altube, E. 162
		Álvarez Albarrán, M. T. 345
		Álvarez Alegret, R. 352
		Álvarez Domínguez, G. 313, 317, 318, 343
		Álvarez Expósito, F. S. 447
		Álvarez García, A. 259
		Álvarez García, E. 413
		Álvarez González, L. C. 327
		Álvarez Hernández, A. 107
		Álvarez Lahuerta, R. 323
		Álvarez Lavin, M. 430, 441
		Álvarez Melgares De Aguilar, J. 415
		Alvarez Morezuelas, MN. 113
		Álvarez Morezuelas, MN. 307
		Álvarez Oviedo, R. 292, 294, 384, 426
		Álvarez Rodríguez J. 123, 121, 279, 285
		Álvarez Ruiz, B. 272
		Álvarez Suárez, A. 377
		Alvarez, N. 166, 420, 423
		Álvarez, A. 205
		Alzola, I. 326
		Amador Rodríguez, P. 381
		Amigo Fernández, J. 152, 201, 324
		Amondarain Goicoechea, M. A. 155
		Amorín Calzada, M. J. 212
		Amorós González, R. 355
		Anadón, E. 332
		Andino Palacios, A. 305
		Andres Arribas, I. 427
		Andrés Carretero, C. 299, 378, 379
		Andrés Sánchez, M. I. 268
		Andrés Soler, M. 131
		Andreu Fauquet, M. M. 355
		Andueza Artal, A. 278
		Andújar Espinosa, R. 129, 231
		Anglada Arisa, A. 129
		Angles Segura, T. 251, 296, 324, 331, 332, 390, 411

Anguix Bricio, M.	395	Arnau Alfonso, J. J.	148	Baeza Sánchez, F.	342, 344
Angulo Orue, J. L.	258, 386	Aroca Palencia, J.	234, 450	Bagnaresi, G.	296
Anna Maria, M.	325	Arpa Gutiérrez, F. J.	301	Báguena García, A.	193, 252
Ansa Orlegui, E.	170	Arranz Arana, L.	220, 254	Baiget, A.	303
Antolin Juarez, F. M.	405, 411, 436, 439	Arranz García, R.	446, 480	Bailac Costa, J.	223
Antón Basado, D. A.	200	Arranz Izquierdo, D.	206	Baile Estopañán, G.	451
Anton Boix, M. D. C.	144, 379	Arranz Martínez, A.	190	Bajador Andreu, E.	158
Antón Torres, A.	321	Arrazola Aranzadi, A.	204	Bajo, A.	383
Antón, MC.	253	Arribas, F.	356	Bajo Rodilla, R.	256
Antoñanzas Lombarte, A.	157, 245	Arribas Llorente, J. L.	442	Bajo Rubio, M. A.	370
Antoñanzas Lombarte, T.	172	Arribas, M. T.	251	Balaña, L.	229
Antoñanzas, T.	340	Arriacivita, A. L.	266	Balaña Fort, L.	267
Añino Alba, A.	290, 378	Arrieta, J.	383	Baldominos, R.	191
Aparicio Baeza, J.	374	Arrieta Lezama, J.	172	Baldrich Justel, M.	344
Aparicio Clavería, A.	301, 463	Arrieta Navarro, R.	313	Ballarín Bardají, M.	266, 291
Aparicio Ortega, T.	478	Arriola Larrarte, L.	248	Ballbé Casas, ...	R. 248
Aparicio Ortigosa, F.	442	Arrondo Beguiristain, M. A.	179	Ballester Fernández-Bravo, N.	267
Aparicio Santos, R.	232	Arroyo Cobo, J. M.	151, 488	Ballester Roca, M.	213, 296
Aparicio Tellería, M.	486	Arroyo Palomera, E.	314	Ballester, J. J.	401
Aparicio Tellería, M. D.	393	Arrufat Andreu, T.	331	Ballesteros Cavero, J. A.	435
Ara Launa, D.	131, 186, 258	Arrufat Nebot, F.	128, 129, 238	Ballesteros Juan, M. T.	488
Aragón Sanz, MA.	214, 251, 263	Artero Galán, J. M.	313	Ballesteros Pérez, A. M.	489
Araistegui Arana, M. J.	187	Artigas Lage, M. 371		Balugo Huertas, S.	285
Aramberri Miranda, I.	484	Artigas Marín, J. M.	405	Balzategi Garai, E.	258, 386, 404
Aramburu Lazcano, G.	445	Artigas Ramo, A.	402	Balzola Regout, B.	430
Aramburu Pataut, F.	248	Arto Serrano, A.	271	Bancalero Flores, J. L.	322, 323, 330, 353
Aranaz Andrés, J. M ^a	108, 203 425, 420, 441, 449	Artola, I.	363	Bandrés Liso, A. C.	179, 442
Aranaz Andrés, J.	162, 166, 206, 235, 278, 311, 420, 425, 423, 440, 449, 454, 492	Arzamendi Manterola, M. T.	268	Bañón Morón, N.	483
Aranda Cardenas, M. D.	345	Ascaso Martorell, C.	200	Bañón, N.	419
Aranda Cardenas, D.	345, 348	Ascaso Puyuelo, F. J.	337	Baqueda García, S.	200
Aranda Lorca, J. J.	261	Asenjo Gómez, V.	204	Baqueró Garcés, F.	232
Aranguren Martínez De Morentín, F.	132	Asenjo Hervás, P.	169	Bara Machín, G.	221, 242
Aranguren Ruiz, T.	441	Asensio Lahoz, A.	390	Barahona Orpinell, M.	160
Arantón Areosa, L.	253, 375	Asís, R.	352	Barandiaran Ozaeta, P.	170
Aranzabal Conde, A.	134, 218, 276	Astier Peña, M. P.	373	Barba, C.	227
Arasa Tuliesa, E.	487	Astillero Ortega, R.	439	Barba Calderón, M.	151
Arazo Garcés, P.	491	Astor, J.	131	Barba Miñano, M. C.	392
Arazo, P.	151, 292	Astudillo Alarcón, W.	445	Barbancho Ordoñez, O.	288
Arbonés, N.	281	Atutxa Aurteneche, I.	361	Barbancho, O.	189
Arbusá Gusi, I.	284	Aula Valero, C.	363	Barbero Tamayo, S.	484
Arch, O.	123	Aviles Amat, J.	206, 268	Barcelo Suarez, C.	209
Arejolaleiba Aguirrezabal, M. B.	194	Ayala Viguera, I.	421	Bárcena Caamaño, M.	133, 202, 232, 490
Arejula Torres, J. L.	199	Ayala, N.	237	Barco, M. P.	285
Arellano Morata, C.	230, 250, 293	Ayesa Álvarez, J. J.	410	Baringo Fuentes, T.	314, 352
Arellano Sánchez, C.	141	Ayuso Escribano, C.	154	Baro Díaz-Recio, M. J.	239
Arenaza Murua, S.	157, 422	Ayuso, P.	487	Barrado Narviñ, M. J.	211
Arias Estero, J.	358, 362	Ayuso-Fernández, B.	171	Barragán González, M. J.	294
Arias, I.	494	Aza Pascual-Salcedo M.	338, 394	Barragán Pérez, A. J.	184, 313, 314, 317, 318, 343, 465, 482
Arija Val, V.	448	Azanza Pardo J.	294	Barragán Sánchez, E.	189
Ariño Martín, M. D.	202, 373, 490	Azaola, B.	354	Barranco Domínguez, J. I.	360
Ariza, Y.	151	Aznar Carbonell, A.	319	Barrasa Villar, I.	142, 153
Arjona Gutiérrez, J.	402	Aznar Goyena, I.	445	Barrasa Villar, J. I.	213, 215
Arjona Ramírez, M. C.	361	Aznar Rico, V.	264	Barreda Hernández, D.	398, 431
Armada Gómez, L.	188, 421	Aznar Saliente, M. T.	353, 432	Barreiro Díaz, M. V.	199, 273
Armale, M. J.	271	Aznar Sauca, A.	323	Barreto Ramón, P.	319
Armengol, M.	321	Azpiazu Izaguirre, M.A.	276	Barriga Flores, V.	150
Armenteros Lechuga, M.	186, 256, 290, 375, 478, 485			Barril Molina, F. J.	459
Armisen, A.	284			Barrio, C.	415
Arnaiz Bustillo, B.	305			Barrio Bielsa, C.	353
Arnal Alonso, J. M.	410			Bartolomé Benito, E.	122, 183, 318, 388, 391
Arnal Barrio, A.	231			Bartolomé Casado, M. S.	266, 291
Arnal Selfa, R.	167			Bartolomé Ruibal, A.	278, 357
Arnalich Fernández, F.	81			Basabe Zapirain, M.	248

B

Babiera-Serrano, F.	173
Bacigalupe, M.	271
Bacigalupe Artacho, M.	276
Badia Perich, E.	224
Badía, E.	458
Baena-González, V.	134
Báez, I.	419

Baselga, M.	191	Bitrián del Cacho, A.	214	Buisán Giral, M. J.	338
Baselga López, E.	435	Biurrun Larralde, A.	170, 269, 486, 487	Buitrago Toledo, A.	469
Basora Gallisà, T.	344	Blabia Esteruelas, M.	244	Buixadera Escarp, I.	477
Basora Gallisà, J.	448	Blanch, J.M.	189	Bujanda Etxebarria, K.	475
Bassecourt Serra, M.	142	Blanch Malet, J.	137	Buñuel Granados, J. M.	451
Bavai Fernández-Sanguino, A.	352	Blanch Malet, J. M.	182	Buqué Cavalle, M.	413
Bayo, C.	216	Blanco, E.	419	Buqueras Rovira, M.	464, 468
Bayo Peiró, C.	257	Blanco, M.	458	Burgos Hernández, M.	425
Bayón Cabeza, M.	261, 405	Blanco Díaz, B.	127	Burgos Lunar, C. D.	300
Beamud Lagos, M.	131, 408, 422	Blanco Galán, M. A.	205, 298	Burgueño Jerez, M. D.	224
Becerro, C.	489	Blanco García, M.G.	89	Burgueño Jérez, D.	458
Beitia Fernández, C.	121, 122, 160, 178	Blanco González, J. A.	259	Busca Ostolaza, P.	134, 170, 187, 218, 248, 268, 276
Beito, M.	330	Blanco Martín, S.	384, 407	Busquet, J.	271
Bejarano Lasunción, P.	340, 487	Blanco Núñez, M. C.	289	Bustamante Rodríguez, E.	160, 346, 372, 471
Bejarano Romero, F.	448	Blanco Rodríguez, M.	224	Bustillo Alonso, M.	298
Belenguer Andres, N.	136	Blanco Suárez, C.	292, 294, 384	Bustinduy Bascaran, M. T.	258
Belinchón Loeches, C.	323	Blasco Beltrán, B.	212	Bustins Poblet, M.	485
Belio Gil, A.	410	Blázquez Garrido, R.	453	Busto Barrenechea, C.	361
Belizan, M.	412	Blázquez Giron, M. P.	190, 368	Bustos Lozano, G.	97
Bello Dronda, S.	210	Blecua Lis, M. J.	288		
Beloqui Lizaso, J. J.	179	Bleda, J. M.	171		
Beltrán, S.	338, 440	Bleda García, J. M.	203		
Beltrán Escura, E. M.	230	Bocos Terraz, P.	322, 323, 330, 353	C	
Beltrán Peribáñez, J.	204	Bofill Montoro, D.	487	C. Martínez Cocho, M.	283
Beltrán Peribáñez, J.	126	Bohor, D.	432	Caballero Espín, J.	138
Belver Villar, J.	179	Boix Ricart, M.	139	Caballero Mesa, A.	224, 278
Benedicto Fuertes, T.	331	Bolea Tobajas, R.	264	Caballero Peña, F.	483
Benedicto Lorenzo, I.	322	Boned Juliani, B.	329, 340	Caballero Rodríguez, J.	302
Benet, A.	216	Bonfill Esteller, M.	481	Cabañas Martínez, A.	377, 382, 460
Bengoetxea, E.	338	Boo Puente, M. J.	197	Cabañuz Latorre, M.	370
Benítez Negro, E.	360	Borao, M.	493	Cabezali Sánchez, R.	169, 260, 415
Benito, F.	272	Borbujo, J.	388	Cabezas, V.	494
Benito, F.	272	Bordell Sierra, T.	217, 492	Cabral Rodríguez, R.	406
Benito Aragón, M. D. C.	392	Bordera Bigorra, M.	165	Cabré Vila, J. J.	448
Benito, F.	272	Bordonada, M. J.	464	Cabrera Sorrosal, E.	156
Beramendi Linares, E.	438	Borlán Ansón, S.	426	Cabrero Claver, A. I.	265
Berasategi Orbegozo, M.	173	Boro Peiro, S.	126	Cáceres, M. J.	489
Bergareche Nuñez, A.	172	Borobio Lázaro, A.	151	Cáceres González, A.	423
Berisa Losantos, F.	215, 282	Borquez Estefo, G.	176	Cáceres Tejeiro, Y.	229
Beristain Etxabe, A.	173	Borrás Adam, J.	428	Cadenas Figueredo, J. M.	302
Bermejo Aznarez, S.	243, 280	Borrás Rocher, F.	374, 425	Cainzos Fernández, M.	447
Bermejo López, I.	312, 373	Borras, R.	254, 391	Calahorra Fernández, L.	186, 240, 256, 257, 267, 290, 375, 464, 485
Bermúdez, M.	440	Bosch López, M. A.	253	Calbo Maiques, J.	167
Bermudo Gracia, E.	314	Botello Manso, A.	390	Caldas Blanco, R.	150
Bernabe, S.	392	Botias Arnau, S. M.	365	Caldentey, M.	108, 192, 207
Bernabeu Lorenzo, G.	184	Botija, MM.	254	Caldentey Tous, M.	122, 153, 229, 253, 306
Bernabeu Mora, R.	129, 231, 278	Botta Santasuana, M.	290	Calderón De La Barca, A.	421
Bernad Pérez, P.	107	Bragado, M.	169	Calderón Durán, A. I.	126
Bernal Delgado, E.	126	Brando, I.	354, 493	Calderon Grau, P.	123
Bernal Laborda, M. T.	212	Brandstatter, R.	177	Calero Fuertes, M.	260
Bernal Romero, J. M.	178, 358, 365, 366, 460	Bravo Fernández, P.	469	Calle Urra, J. E.	136, 265, 454, 491
Bernal-Delgado, E.	204	Bravo Rodríguez-Barrero, J.	382, 377	Calleja Pérez, L.	135, 173
Bernués Sanz, G.	370	Bravo Urzay, F.	463	Calleja Sedano, P.	420
Bernués Vázquez, D. L.	169, 269	Bresme, E.	421	Calonge Cordovilla, R.	443
Berruete Cilveti, M. L.	179	Bretón Ibáñez, F. J.	371	Calonge Reillo, M. L.	439
Bertran, M. J.	461	Brianso Florencio, M.	204, 436	Calpe Gil, M. J.	286
Bes Franco, A.	190, 368, 433	Brihuega Gascón, G.	375	Calvo, M.	373
Bescos López, C.	271	Brosa Linares, F.	485	Calvo, M. J.	473
Besora Cunillera, A.	267	Brugos Llamazares, V.	390, 405, 411	Calvo Aguilar, M. J.	298
Biarnés Jornet, T.	156	Brull, M.	433	Calvo Bohajar, M.	361, 362, 424
Bielsa, F.	158	Brun Guinda, D.	487	Calvo Cebollero, J. A.	125
Bilbao, I.	401, 456, 471	Brunet India M. T.	262	Calvo Cebollero, I.	133, 202, 490
Bilbao Saez De Parayuelo, I.	357	Bruno Saltó, M. C.	440	Calvo Figueras, J.	182
Bilbao Sustacha, J. Á.	351	Brusint Olivares, B.	406		
Biosca Adzet C.	213, 296	Bueno Domínguez, M.	139, 385, 399		
		Bueno Domínguez, M. J.	281		

Calvo García, M.	464	306, 320, 321	Casado Ramón, B.	160, 255	
Calvo Martín, M. T.	142, 321	Carapeto Marquez De Prado, F. J.	293, 359	Casajus Lagranja,, P.	179
Calvo Mayordomo, M. J.	312, 473	Caravaca Alcaraz, B.	488	Casals Riera, R.	378, 379
Calvo Noguerras, C.	329	Carballo Almeida, A.	171	Casamartina Bach, R.	153, 253
Calvo Pardo, A.	186	Carballo Castro, A. M.	320	Casanova Cartié, N.	177
Calvo Pérez, M. D. P. A.	280	Carbayo García, J. J.	474	Casanovas Huguet, M.	171
Calvo Rojas, M. C.	124	Carbón Anchelergues, A.	249	Casaña Fernández, L.	141, 380, 475, 487
Calvo Ruata, M. L.	324, 326, 333	Carbonel Ramón, A.	175	Casas Díaz, M. R.	464
Calvo Salillas, M. J.	368	Carbonell, L.	196	Casas Tió, S.	176
Calvo Sánchez, B.	262	Carbonell Estape, R.	400	Casas Toral, A.	323
Calzada Gonzalez, L.	155	Carbonell Palau, S.	176	Casbas Vela, D.	311
Calzas, I.	486	Carcas De Benavides, C.	197	Cassinello Ogea, C.	405
Camacho Montero, L.	413	Carcas De Benavides, M. C.	338, 432	Castán, Y.	356
Camacho Romera, M. D.	353, 432	Cardenas Valladolid, J.	167, 185	Castán Mateo, S.	353
Cameo Rico, M. I.	132,325	Cardesa García, B.	288	Castán Ruiz, S.	243, 259, 449
Campayo Rojas, J.	386	Cardiel, A.	328	Castán Vives, F.	162
Campillo Soto, Á.	151, 380, 417	Cardiel, R.	170	Castaño Molina, M. A.	290
Campo, A.	353	Cardiel Gaspar, R.	250	Castaño-Sánchez, N.	175
Campo Angora, M.	456	Carlos Valdés Casas J.	363	Castedo Sal, J. J.	397, 402
Campo Diego, M.	476	Carmen, A.	128	Castejón Berenguer, M. D.	364
Campo Sanz, M.	161	Carmés Bouzán, J.	110, 238	Castell Benito, D.	260
Campos, C.	338, 341, 395, 440	Carmona-López, G.	134	Castellano Alarcón, J.	180, 207, 265, 300, 303
Campos, O.	472	Carnero Ruiz, M.	376	Castellano Ortega, M. A.	432
Campos Andreu, A.	240	Carnicero Bujarrabal, M.	144	Castellanos, I.	295
Campos Avellana, C.	258	Carnicero Sanz, A. M.	405	Castellanos De Mur, A.	131
Campos Carrasco, D.	156	Caro Nieto, M. E.	417	Castellanos Delgado, R.	442
Campos Gutiérrez, B.	340	Carod Benedico, E.	230	Castello, A.	195, 446
Campos Pena, A.	320	Caro-Martínez, A.	134	Castelló Gusi, J.	378
Camps Sañé, F.	129	Carpio López, A.	488	Castellsagué Montañés, R.	213
Canalejo Álvarez, A.	381	Carra Meana, B.	122	Castelo Marcos, M.	469
Canales Cortes, V.	130	Carracedo Ramos, G.	242	Castelo Zas, S.	173, 258, 438
Canales Ugarte, S.	398, 431	Carranza Rodríguez, E.	161	Castilla Cabanes, E.	184, 281
Canca Sanchez, J. C.	325, 334	Carrasco, G.	261	Castillo, F. J.	288
Cáncer, E.	272	Carrasco, G. M.	391	Castillo, J.	489
Cancio Fanlo, M.	218, 268, 276	Carrasco Blas, A.	492	Castillo, L.	134, 151
Candelario, J.	190	Carrasco Garijo, P.	156	Castillo Corrales, P.	360
Canet, M.	364	Carrasco González, L.	380	Castillo Fernández, G.	431
Canet Ponsa, M.	360	Carrasco Ramírez, O.	323, 416	Castillo Gómez, C.	148, 246
Cano, S.	145	Carrasco Rodríguez, J.	143	Castillo Rubio, R.	462, 471
Cano Del Pozo, M. I.	220	Carrascosa Bernáldez, M.	477, 489	Castrillo Rubio, J.	323
Cano Mateo, M. I.	211	Carrascosa Carrascosa, M.	476	Castro, M. J.	370
Cano Nieto, A.	421	Carrascosa Fernández, A. J.	174	Castro Copete, M. D. C.	376
Cánora Lebrato, J.	408	Carrascoso Camacho, A.	254	Cátena, M. J.	255
Canora, J.	159	Carrasquer Sesé, J. A.	214	Cavalle Ferre, C.	204, 436
Canovas, E.	131	Carrera Goula, R.	128, 129, 176, 238, 336	Cayuela Verdú, F. J.	456
Cánovas Inglés, A.	184, 465	Carrera Parte, S.	267	Ceballos, C.	391, 487, 493
Cánovas Pareja, C.	166	Carreras Viñas, M.	110, 183, 238, 306, 320, 402, 447, 127	Ceballos Pérez, B.	142
Cánovas Serrano, A.	290	Carreter Oróñez, C.	265	Cebollero Benito, P.	352, 360
Cantal Sánchez, M.	384, 407	Carrillo, A.	140, 161, 178, 236, 242, 255, 273, 277, 354, 373, 424, 444, 493	Cebrián García, C.	190
Cantalapiedra Obis, J. L.	245, 262	Carrillo Alcaraz, A.	129, 151, 224, 231, 312, 365, 414, 474	Cebrián Rubio, R.	339
Cantera Aracama, M.C.	248	Carrillo Garrido, A.	374	Cecilia Navazo, J.	208
Cantero Caballero, M.	404	Carrión Bolaños, M.	378	Cecilia Rodríguez, M.	145
Cantero González, D.	113, 128, 307	Carrión Pulido, C.	168	Cegarra García, M. S.	199, 273
Cantero Latorre, A.	272	Carroquino, M.	303	Celaya Lecea, M. C.	394
Cantero Sandoval, A.	320	Carruesco, M. P.	137	Celorrio Pascual, J. M.	194, 334
Cantin Golet, A.	418	Carulla, R.	237	Centellas, M. A.	128
Cantó Miralles, J.	483	Casademont Gou, J.	154	Cequier Alonso, M. L.	304
Cañada Dorado, A.	164, 167, 185, 194	Casado, M.	301	Cerdá, I.	201
Cañada Nogues, J.	423	Casado Jiménez, M.	341	Cerdán Pascual, R.	360, 405
Cañizares Ruiz, A.	181, 399	Casado López, M.	312	Cerdeira Varela, J. C.	389
Cañuelo Merino, T.	347, 464	Casado Martínez, J. L.	252	Ceresuela, A.	145
Capdevila Aguilera, C.	395	Casado Martínez, J. L.	255	Cerezuela, C.	266
Capdevila Gallego, C.	434			Cerpa, M.	234
Caraballero Medina, M.E.	483			Cerpa Calderón, M.	202, 222, 234, 235, 239, 240, 301, 341, 342, 450
Carabí Brunat, A.	248				
Caramés Bouzán, J.	108, 127, 183,				

Cerqueira, M.J.	321	Collazos, P.	364	Cuesta, I.	277
Cervantes Uran, E.	207	Collell, G.	195	Cuesta Presedo, S.	260, 436
Cervera Barba, E.	478	Colmenero Camacho, M. Á.	188, 289, 448	Cuesta Rodríguez, I.	469
Cervera López, E.	188, 421	Colomer Rosas, A.	377, 385, 389, 419, 431, 460, 468	Cuevas Alcañiz, A.	147
César Márquez, M. A.	322, 324, 326, 333	Colomé Figuera, L.	229, 281, 320, 351 385	Culiáñez Alenda, M.	364
Cestafe Martínez, A.	423	Coma, E.	145, 284	Curriel García, O.	470
Chacón Hernández, Y.	464	Comabella, R.	145, 284	Currás Mateo, M. D. C.	317
Chacón Vallés, E.	412	Comajuncosas, J.	198, 430	D	
Chamorro Chamorro, P.	477	Combalia, N.	139	Da Ponte Gonzalez, R.	145
Chamorro Fernández, C.	477	Comet Cortés, P.	216	Daniel Díez, J.	344
Charlo Bernardos, M.	464	Comet Martínez, B.	429	Darias Rodríguez, G. M.	399
Charlot Fernández, A.	282	Comisión, I.	128	Darpón, J.	363, 447
Chaverri Alaman, C.	123, 223	Compañ, A. F.	441	Darpon Sierra, J.	149, 215, 244, 441, 476
Chayán Zas, L.	165	Conesa González, A.	302	Daza De Toro, P.	213
Checa, M.	200, 493	Conesa Hernández, A.	313	De Allende Achalandabaso, A.	208, 241
Checa, M. L.	202	Contreras, J.	144	De Andrés Gimeno, B.	125, 171
Checa Villa, A.	210	Contreras Lorenzo, S.	207	De Arriba, A.	440
Chicharro Lezcano, F. T.	403	Contreras Nieves, J. A.	323, 416	De Arriba Guisande, I.	274
Chico Fernández, M.	243, 280, 280	Contreras Sáez, J.	424, 480, 489	De Bustos Guadaño, M.	180
Chinea Rodríguez, C. D.	447	Copete Gonzalez, M. T.	147	De Castro Hernández, P.	368, 373
Chopo Alcubilla, M. J.	489	Corbacho Malo, M. S.	483	De Diego, V.	301
Chuclá Cuevas, M. T.	402, 452	Corbalan Abril, M. D.	358	De Diego García, P.	368, 373, 437, 439, 466
Chueca, L.	193	Corbella, X.	267, 287	De Febrer Martínez, G.	278, 283, 359
Chueca Ajuria, A.	219, 225, 233, 284	Cordoba Ruiz, F.	379, 168	De Haro Orozco, M.	241
Chueca Rodríguez, R.	85	Cordón, F.	201, 237	De Hoyos Alonso, M. C.	404
ChuecaTorral, L.	443	Cored, R.	255	De Juan García, S.	489
Chumillas Herrero, R.	367	Cornejo García, I.	225, 228, 387	De La Cal López, M.	405, 411, 436, 439
Cía Lecumberri, J. J.	404	Coronas Fumanal, C.	415	De La Cámara Izquierdo, C.	369
Cibrián Sánchez, S.	122, 153	Corpas Ribera, L.	137	De La Haba, I.	145, 284
Cid, L.	486	Corrales Baz, E.	286	De La Hera Foncuberta, C.	362
Cid Artigas, M.	146, 174	Corretgé Núñez, L.	352	De La Hoz Aizpuru, F.	357
Cid Pañella, R.	154	Cortés, L.	134	De La Rosa Aguilar, C.	387
Cinza, R.	191	Cortes, S.	131, 145	De La Torre, V.	284
Cirera Segura, F.	390	Cortes Angulo, J.	367, 381	De La Torre De La Torre, M.	323
Ciria Torcal, A.	330	Cortés Azcoiti, P.	304	De La Torre Roa, R.	300
Cisnal, M.	123	Cortés Carmona, J.	274, 417	De La Vega Pérez, N.	458
Cisneros Izquierdo, A.	380, 475	Cortés Criado, C.	205, 298	De Lara Pasquin, F.	433
Cisterna, R.	447	Cortés Criado, M. C.	182	De Lora Novillo, P.	180, 359
Cisterna Cáncer, R.	361	Cortés Gracia, M. Á.	220	De Lucio De La Iglesia, P.	287
Ciudad Trujillo, S.	347	Cortés Urbán, F. J.	378	De Manuel Keenoy, E.	83
Ciurana, R.	145	Cortes Virtus, M. N.	258	De Miguel Aguirre, E.	150, 156
Civeira Murillo, E.	270	Cortina Garaigorta, C.	327	De Miguel Gimeno, S.	196, 427
Claramonte Porcar, R.	126	Coscujuela, A.	287	De Miguel, Angela Silvestre, J.	91, 94
Claveria Malo, J. M.	432	Cot, R.	195	De Oliveira Sousa, S. L.	342, 344, 353
Clavo Sánchez, A.	413	Coto Moreno, R.	292, 294, 384, 426	De Paz, P.	303
Clemente Arenere, A.	394	Crespan, A.	236	De Prada Otermin, B.	211
Clemente Laserna, M. J.	138	Crespo, C.	108, 306, 439	De Prado Díez, J. A.	238
Clemente Rodríguez, C.	345, 348	Crespo Carrión, M. J.	362	De Rojas, M.	149
Clemente Roldán, E.	199	Crespo Diz, C.	402	Del Amo, C.	186, 281
Clos Molins, R.	336	Crespo Mainar, M.	245	Del Baño Aledo, M. D.	242
Cme Ramón Y Cajal, G. D. M. D. L. C. D. C. R. Y. C.	301	Crespo Paesa, P.	278	Del Baño Aledo, M. E.	353
Cobián Martínez, J.	367, 437	Crespo Palau, J. M.	320	Del Campo Molina, E.	159
Coca, P.	124, 262	Cros Garrido, C.	283	Del Campo Rincón, J. F.	439
Coca Domínguez, P.	391	Cruells, M.	201, 237	Del Caño Jiménez, G.	311, 376, 484
Coca Moreno, J.	175	Cruz Román, M.	315	Del Castillo Pardo, M.	262
Codesido Miras, R.	218	Cruz Torres, R.	371	Del Corral, E.	442
Coello López De La Osa, D. M.	407	Cuadra Díaz, J. L.	240	Del Cura González, I.	148, 199
Colás Martínez, M. P.	332	Cuadrado Cenzual, M. A.	195	Del Nozal Nalda, M.	188, 273, 289, 297
Colina Alonso, A.	155, 179, 194, 220, 244, 254	Cuartero García, A.	181	Del Peso Gilsanz, G.	370
Coll Clavero, J.	472	Cubí, M T.	433	Del Pino, J.	487, 493
Coll Trullas, M.	299	Cubí Guillén, M. T.	445	Del Pino Montes, J.	391
Collado Cucò, A.	230, 320, 351, 356	Cubino, N.	391	Del Pozo Gil De Pareja, P.	417
Collado Vázquez, F.	371	Cucullo López, J. M.	142, 166		
Collados Arroyo, V.	422, 430, 444	Cuerda, E.	189		

Del Pozo Herranz, P.	218	E	Esquiros Rodríguez, M.	356	
Del Río Ligorit, A.	184, 281	Echarte Pazos, J. L.	345	Esquivias Jaramillo, M. C. ...	211, 343, 346, 350
Del Toro-Ruiz, R.	173	Echave Ruiz de Alegría, A.M.	155	Esteban, D.	193
Del Valle, M. L.	456	Echeverría Muguruza, M. A.	254	Esteban Álvarez, V.	478
Delgado, J. A.	180, 282, 359	Egido, B.	193	Esteban Fuentes, F. J.	286
Delgado Sanz, MC.	202, 336, 341	Egio, F. J.	489	Esteban Gascón, R. M.	331
Déniz Rodríguez, M. J.	343, 437	Egido Domínguez, B.	443	Esteban González, C.	154
Devesa Pardo, J.	137, 182, 188, 421	Egido Lizán, M. P.	325, 333, 341, 350, 389, 477, 479	Esteban Hernández, P.	292, 426
Devolx Neyra, V. M.	387	Eguileor Gurtubay, M.	414	Esteban Jiménez, Ó.	275, 451
Diarte Miguel, I.	125	Eguiluz López, M.	373	Esteban Lloret, C. N.	335, 336
Díaz, C.	491	Eguskiza Ortega, A.	404	Esteban Lorente, D.	443
Díaz Fernández, C.	222	Elena, M. P.	190	Esteban Pellón, J.	305
Díaz García, M.	363	Elfau Mairal, M.	338	Esteban Tudela, M.	143, 181
Díaz Gigante, J.	477	Elisa Operé, M.	476	Esteban Zarrasoa, M. J.	258, 386, 404
Díaz Lacalle, M.	375	Elisabet, M. N.	335	Estébanez Carrillo, M.	150, 156
Díaz López, Y.	195, 266, 290, 291, 478	Elola, P.	234	Estébanez De Miguel, E.	169
Díaz López, M.	375, 478	Elosegi Vallejo, E.	268, 283	Estelles, M.	445
Díaz Martínez, A.	204	Elvira, M. E.	471	Estepa Muñoz, M.	146, 174
Díaz Melé, M. C.	348, 450	Elvira Nicolás, C.	491	Estevan, M.	326
Díaz Pérez, J. M.	137	Emparan García De Salazar, C. ...	169, 196, 260, 345, 415	Estévez Botello, O.	182
Díaz Redondo, A.	234	Ena, M. J.	491	Esteve Arrien, A.	146
Díaz Sampedro, E.	179, 434, 438	Encinas, J.	191	Esteve Ferran, J.	209, 363
Díaz Zorita, T.	146	Encinas Monge, A.	388	Estevez Fernández, M.	387
Díaz Zuloaga, A.	360	Enguita, R.	130	Estevez Muñoz, J. C.	195
Díaz-Mendi, A. R.	181, 198	Enguix Martínez, L.	356	Estorach, J. C.	400
Díaz-Ordoñez, A.	175	Enri Fernández, E.	230, 356	Etxevarria Alfonso, A.	335, 386
Díaz-Sampedro, E.	198	Enriquez, N.	356, 461	Expósito Sánchez, C.	489
Dierssen Sotos, T.	398	Enriquez de Salamanca Holzinger, I.	444, 467	Ezkurra, A.	236
Díez Caballero, R.	267	Enriquez Martín, N.	483	Ezpeleta, C.	447
Díez Ojea, B.	426	Equipo Mejora Informacion Clinica M. ...	350	Ezpeleta Baquedano, C.	361
Díez Salvador, F.	458	Erencia Serrano, J.	446, 480	Ezquerro, V.	340
Díez-Tejedor, E.	272	Errazquin Ugarte, A.	185	F	
Doblado López, O.	217, 230, 320, 351, 356, 417, 418, 458, 466, 492	Esarte Muniaín, J. M.	360	Fabre González, E.	340
Dobón Rascón, M. A.	360	Escadadillo Canales, A.	227	Fabregas Vallverdú, M.	139
Dodero, J.	128	Escalada, H.	354	Facio Villanueva, A.	253
Domenech Senra, P.	404	Escartin Duaso, I.	488	Fajardo, R.	352
Domingo, N.	490	Escartin Martín, G.	383	Falomir Gil, C. G.	246
Domingo Blanco, Y.	207	Escarvajal López, E.	182	Farfán Sedano, F.J.	166
Domingo Gil, G.	396	Escobedo Sánchez, A.	150	Fariña, A.	476
Domingo Pozo, M.	293	Escolar Castelló, J. L.	243	Fariñas Álvarez, C.	142, 181, 198, 225, 390
Domínguez, M.	433	Escolar Martínez-Berganza, T.	250	Farré, C.	254
Domínguez, M. J.	170	Escolar Reina, P.	342, 344, 353	Fatjó, F.	351
Domínguez Arias, B.	425	Escosa Royo, L.	490	Fatjó Huriros, F.	154
Domínguez Bernal, M. D. L. Á.	417	Escobedo Sánchez, A.	121, 123	Faura Martínez, A.	135, 173
Domínguez Cuevas, C.	382	Escribá Bárcena, A.	397, 444	Faure Nogueras, E.	158
Domínguez Fernández, M.	420	Escriba Huguet, J. M.	340	Faus Felipe V.	334
Domínguez López, M. D. L. O.	445	Escribano, M.	172	Favia Alzolay, C. D. V.	218
Domínguez Lorenzo, C.	347	Escribano Catalán, M. T.	489	Febrel, M.	340
Domínguez Menéndez, J. A.	430	Escribano González, C.	464, 468	Febrel Bordeje, M.	172
Domínguez Muñoz, R.	255, 323	Escribano Herranz, E.	464, 468	Felez Minguillón, D.	255
Domínguez Plo, E.	220	Escribano Rodríguez, R.	138	Felip, C.	267
Domínguez Sanz, B.	250	Escribano Sánchez, G.	193, 207, 252	Felip Saborit, M.	283
Domínguez Sayago, E.	390	Escrache Ros, R.	287	Feliu Batlle, J.	342
Domínguez Torres, J. I.	472	Escrivá De Romaní, B.	122, 388, 459	Félix, M.	222, 470
Dorca Badia, E.	226, 455, 470	Escudero Batalla, F.	398, 431	Felix Martín, M.	163, 199
Dorransoro Goikoetxea, I.	248, 248	Escudero Brocal, A.	192	Fernández, A.	328
Doulattram Nanwani, A.	274	Escudero López, N.	239	Fernández, D.	351
Drake Canela, M. D. L. M.	370	Espada, M.	349	Fernández, G.	342
Duarte Clíments, G.	248, 249, 264, 299, 341, 356, 378, 379	Espallargas Doñate, M. T.	463	Fernández, M.M.	455
Dueñas Díaz, J. L.	297	Esparza Sádaba, Á. M.	230	Fernández, R.	316, 339
Duque Oliart, A.	85	Espejo Vidal, T.	209	Fernández, S.	342
Durango Horcajada, S.	268	Espelt Aluja, M. P.	491	Fernández Abellán, H.	138
Duro Martínez, A. M.	403	Espuig Bulto, M. D.	400	Fernandez Álvarez, S.	138
Duro Ruiz, A.	420, 482	Esquirol, J.			

Fernández Álvarez, J.	465	Ferrer Arnedo, C.	298	G	
Fernández Aparicio T.	293, 230	Ferrer Bas, P.	203, 291, 335, 337, 367, 372, 381	Gabarre, E. López - Reyes, C.	137
Fernández Arévalo, M.	404	Ferrer García, L.	207	Gabilondo Larrañaga, E.	420
Fernández Aviles, F.	100	Ferrer Gracia, M. C.	125	Galache Osuna, J. G.	125
Fernández Barreras, M. C.	241, 315, 377, 401	Ferrer Vizoso, E.	447	Galán, D.	494
Fernandez Busnadiego, M.	174	Ferreras Amez, J. M.	451	Galán-Artime, C.	175
Fernández Campos, M. J.	189, 382, 419, 460	Ferreras Valiente, M.	225, 287	Galán Doval, C. J.	159
Fernández Carretero, C.	203	Ferreres Oncins, J.	168	Galan Grajera, A.	382
Fernández Castelló, A. I.	276	Ferriz, C.	187	Galán Meléndez, I. M.	219
Fernández Causo, R.	282	Figuera Colomés, A.	440	Galbany, J.	229
Fernández Conde, J. A.	239	Figuera, P.	292	Galego, T.	389
Fernández de la Mota, E.	134	Figuera, X.	187	Galera, N.	149
Fernández Del Prado, C.	184, 281	Figuera Ara, C.	132	Galí López, J.	244
Fernández Díaz, R.	340	Figuera Juárez, A.	231, 290, 351, 375	Galiana Rodríguez, M. J.	216, 392
Fernández Díaz, E.	430	Flamarich, E.	321	Galimany, D.	267
Fernández Eroles, A. L.	127	Flecha Merino, M. C.	211	Galimany Masclans, J.	328
Fernández Esteban, I.	290, 378	Fleitas, G.	192	Galindo Fariña, M. A.	396
Fernández Fanega, R.	231	Fleitas, G. A.	207	Galindo Ortiz De Landázuri, J.	265
Fernández Fernández, B.	259	Flor García, A.	398, 431	Galisteo Fernández, C.	380
Fernández Fernández, M. A.	360	Flordelis Marco, F.	157, 260	Gallardo Martínez, D.	429
Fernández Ferreiro, Á.	456	Flores, E.	450	Gallardo Mena, J.	171
Fernández Gallegos, A.	160	Flores, L.	182	Gallart Fernández-Puebla, A.	254
Fernández García, M. A.	425	Flores Carrasco, M.	316	Gallastegui Ruiz de Eguino, I.	248
Fernández García, T.	470	Flores Herrera, J.	377	Gallego Benedicto, C.	317
Fernández Gil, M.	137	Flores Pastor B.	151, 380, 417	Gallego Caballero, R.	83
Fernández González, B.	224, 294, 377	Flores Sánchez, G.	146	Gallego Camiña, I.	208, 219, 225, 233, 241, 284
Fernández León, A.	377	Fluriache García-Caro, P.	159, 183	Gallego De La Cruz, F.	141
Fernández Letamendi, N.	166	Folguera Olías, C.	346, 452	Gallego León, M. T.	492
Fernández López, M. J.	157	Fonseca, M.	192, 207	Gallego Melero, M. S.	475
Fernández López, M.	199	Fonseca Miranda, Y.	265	Gallegos Braun, J. F.	336, 396
Fernández Lorencio, J.	313	Fontcuberta Martínez, J.	317, 343, 459, 482, 484	Galobart Roca, A.	259, 400
Fernández Mañero, N.	278	Fornes Vivas, R. M.	268	Galup, C.	325
Fernández Molina, M. A.	293	Fornos Toribio, M.	348	Galve Royo, F.	121
Fernández Moreno, A.	434	Fort Barbarà, X.	139	Galvez Alvarez, E.	141
Fernández Moyano, A.	232	Fortes Álvarez, J. L.	351	Gambo Grasa, P.	214, 263
Fernández Obispo, M.	339	Fortes Figuerola, F.	262, 263, 264	Gamboa, I.	295
Fernández Ojeda, R.	232	Fraga Sampedro, M. L.	253	Gamboa Huarte, B.	130
Fernández Pérez, M.	395	Fraile Castela, R.	133, 163, 484	Gamero Donis, D.	260
Fernández Pizarro, C.	294	Fraj García, B.	193, 443	Gamisel, E.	137
Fernández Puertas, R.	363	Francisca, M.	316	Garate Echenique, L.	200
Fernández Ramos, J. J.	327	Franco, Y.	32, 338	Garay Arostegui, M.	484
Fernández Redondo, C.	203, 337, 375	Franco García, M. E.	412, 429, 460	Garay Kortabarria, I.	258
Fernández Revuelta, A.	337	Franco Guerrero, A. B.	420, 482	Garbisu Urdaniz, I.	477, 489
Fernández Rico, E.	377	Franco Sorolla, J. M.	252, 471	García Palao, S.	246
Fernández Rodríguez, P.	204, 406, 468, 469	Franco Vidal, A.	137, 205, 259	Garcés Bielsa, S.	393
Fernández Rodríguez, T.	282	Freire Magariños, M.	433	Garcés Horna, V.	348, 450
Fernández Román, C.	360	Freire Ruiz, G.	390	Garcés San José, C.	160, 346, 471
Fernández Romero, E.	159	Frías Garrido, X.	464, 468	Garcés Zaragoza, G.	491
Fernández Salillas, R.	147	Frias Oyaga, O.	437	García Aisa J. C.	237, 215, 480
Fernández Salinas, A. B.	428	Frisas, O.	222, 470	García Alcaraz, J.	357
Fernández Sánchez, R.	294	Fuente Álvarez, M. E.	224	García Alonso, P.	357
Fernández Sánchez, M. A.	357	Fuentes, F.	292	García Alonso, M. L.	447
Fernández Sanz, J.	186, 240, 485	Fuentes-Fernández, M.	175	García Álvarez, G.	396
Fernández Simancas, A.	351	Fuentes Rodríguez, C.	156	García Álvarez, I.	442
Fernández Tamargo, E.	304	Fuentetaja, C.	255	García Amo, P.	383
Fernández Tellez, C.	185	Fullana Montoro, A. M.	413	García Aranos, J.	147
Fernández-Lasquetty Blanc, B.	439	Funes Hernandez, M.	203	García Arzac, I.	290
Fernando, L. S. M.	469	Fusté-Ballús, C.	176	García Benítez, J. A.	300
Ferrándiz Santos, J.	246, 378	Fuster Pardo, A.	367	García Bernabeu, C.	148
Ferrandiz, J.	221	Fustero Fernández, M. V.	133, 202, 232, 490	García Caballero, J.	202, 222, 234, 235, 239, 240, 272, 300, 301, 341, 342, 370, 396, 435, 450
Ferrando, J.	442			García Cachafeiro, L. V.	146, 153, 402, 408
Ferrante, D.	412			García Caravaca, J. C.	140, 269, 392
Ferrari Piquero, J. M.	456				

García Caro, Y.	383, 423	García Olmo, D.	342	Garrido Bravo, I. P.	337
García Castañón, S.	322, 324, 326, 393, 416, 458	García Orea, M. A.	237, 338, 480	Garrido Elustondo, S.	405, 478
García Castellanos, A. I.	492	García Ortega, D.	273	Garrido Gómez, J. C.	142, 227, 287
García Cebrián, V.	199, 200	García Ortega, T.	325	Garrido Martín, M.	162, 379
García Cepeda, B.	110, 127, 238, 306	García Palacios, D.	397, 402	Garrido, M.	206
García Colinas, M. A.	319, 394	García Palomo, M.	397	Garzón González, G.	285
García Collado, F.	375	García Pardo, R. M.	261	Gascón Brumos, J. L.	282, 190, 368, 393
García Cubero, M. C.	185	García Peña P.	278	Gascón Ferret, J.	303
García Cubero, M. D. C.	194	García Pérez, M.	278, 408	Gascón Vila, P.	290
García Cubero, C.	406	García Pérez, M. D. C.	322	Gassó, M.	325, 472
García De Jalón Comet, Á.	322	García Pérez, A.	203	Gastón Añaños, J. F.	397, 444
García De León González, R.	230, 293	García Pina, M. J.	207	Gay Pastor, M.	129
García De Luxan, M. J.	221, 264	García Puente, E.	274, 279	Gea Velázquez De Castro, M. T.	429
García Del Castillo Pérez De Madrid, C.	182, 467	García Ramis, C. N.	296	Gea, M.	162, 311, 425, 440, 449, 454
García Del Rosario, C.	343, 367, 437	García Ramos, R.	320	Gemma, D. R.	145
García Elorrio, E.	412	García Ribes, M.	282, 305	Gens Barberà, M.	125, 141, 152, 201, 251, 296, 324, 331, 332, 390, 411
García Encabo, M.	252, 255	García Riestra, G.	205	Gentile Lorente, D.	487
García Escudero, M. C.	433	García Rodríguez, B.	322, 324, 393, 416, 458	Germán Gómez, E.	446, 480
García Fernández, P.	149, 151	García Rodríguez, E.	460	Gil Agudo, A.	402
García Fernández, L. F.	181, 399	García Rodríguez, J. C.	269	Gil Arraibi, M.	280
García Fernández, D.	408, 473	García Rodríguez, JA.	380	Gil De Pareja Palmero, M. J.	300
García Fortea, C.	275	García Rodríguez, J. C.	269	Gil De Pareja, M. J.	396, 408
García Franco, M.	383	García Rodríguez, M. I.	143	Gil Luciano, A.	234, 235, 239, 240, 272, 301, 450
García Fuentes, C.	243, 280	García Ruiz, J. A.	325, 334	Gil Pérez, D.	151
García Galan, M. J.	272	García Sánchez Jirón, J.	300	Gil Tomás, J.	293, 359
García Gálvez, M. D. M.	123, 208	García Sánchez, F. J.	200	Gil Train, ...	M. J. 130
García García, M. J.	294	García Sánchez, J.	202	Gil, J.	288
García García, T.	318	García Sánchez, C.	299	Gil, D.	292, 491
García García, M.	359	García Sánchez, F.	465, 467, 493	Giménez, A.	328
García Gil, M.	166	García Sánchez-Gabriel, M.	217	Giménez, T.	479
García Giménez, M.	326, 338	García Santana, M. J.	343	Giménez Abadía, M. D. L. Á.	316, 339
García Gómez, P.	313, 317, 343	García Tejedor, A.	311	Giménez Allueva, C.	251
García González, J.	137	García Tenorio, A.	319, 329	Gimenez Baratech, A. C.	231
García González, M. Á.	227, 228	García Toledo, J.	265	Giménez Julvez, T.	139, 288, 350
García González, A. L.	313, 316	García Torralba, E.	366	Gimenez Lamban, P.	124, 372
García González, E.	322, 324, 333	García Torres, P.	129, 224, 231, 278	Giménez Sender, M.	131
García González, A. L.	339	García Urbaneja M.	113, 128, 307	Gimeno, E.	364
García González, E.	393, 416, 458	García Usieto, E.	246	Gimeno Feliu, L. A.	373
García Gutiérrez, C.	199, 299	García Verde, I.	347	Gimeno Garza, J.	184, 281
García Hernández, R.	364	García Vicente, A. M.	407	Gimeno Gurpegui, I.	436
García Hervás, E.	347	García Zapico, G.	224	Gimeno Orna, J. A.	340
García Jalencas, S.	296	García, A.	134, 151, 237	Gimeno Toribio, M. J.	448
García Jiménez, C.	247, 291, 335, 362	García, R.	162, 440, 449	Ginesta Galan, V.	447
García López, M.	140, 414, 421	García, M. J.	190	Girabent Careta, C.	204, 406, 468, 469
García Lucas, M.	362	García, F.	325	Giraldez García, C. D. V.	450
García Mallo, M.	249	García, I.	341, 338, 395, 440, 445, 466	Giraldo, P.	389, 460
García Márquez, J. M.	381	García, M.	338, 366, 440, 483	Girvent Vilarmau, M.	131
García Marrón, A.	282, 305	García, S.	454	Girvent, M.	145
García Martí, S.	412	García, V.	467	Gisbert Manero, J.	251
García Martín, J.	149	García, L.	488	Glez. Torrecillas, J. L.	369
García Martín, M. R.	153	García, P.	494	Godoy Berini, M. L.	199
García Martínez, M.	487	García-Aís, J. C.	213, 243	Godoy Fernández, C.	479
García Mata, J.	341, 395, 413	García-Amado García M. J.	122	Goikoetxea Iraola, X.	268
García Mata, J. R.	124, 139, 229, 350, 372, 479	García-Arilla Calvo, E.	143	Goldaracena Tanco, M.	313
García Menéndez, C.	156	García-Camba, E.	342	Gómez, C.	320
García Miguel, R.	454	García-Heras Delgado, S.	323	Gómez, E.	124, 261, 391, 493
García Millán, Á.	159, 474	García-Mateo, M.	176	Gómez, J.	206, 235
García Mingo, A.	493	García-Montero, J. I.	177	Gómez, J. A.	408
García Montero, J. I.	161	García-Orea, M. A.	243	Gómez Ahedo, E.	361
García Moya, B.	359	Garitano Telleria, B.	200	Gómez Albaladejo, M.	192, 252
García Noain, J. A.	418	Garófano Serrano, D.	243	Gómez Cadenas, C.	230
García Noáin, A.	249	Garrañaga, I.	191	Gómez Calatrava, C.	187
García Olert, A.	2741, 417	Garrañaga, I.	191		
		Garramone Ramírez, J. E.	278		
		Garrich Aumatell, T.	299		
		Garrido Ballesteros, P.	228		

Gómez Castro, S.	487	González Moro Prat, C.	246	Guardia Sancho, L.	451
Gómez Delgado, Á.	232, 233, 305	González Murga, J.	369	Guasch Badell, R.	189
Gómez Felipe E.	224, 322, 458	González Peña, O.	172	Guasch Bosch, J.	476
Gómez Gerboles, M.	241	González Pérez, A.	210	Guasch Ibáñez, B.	259, 400
Gómez Gómez, L.	121	González Peris, M.	476	Guell Ubillos, J. A.	137, 182
Gómez González, C.	103	González Plaza, C.	186	Güell, J.A.	189
Gómez Gras, J. M.	86	González Prieto, P.	218	Guerra Gómez, F. J.	377, 382
Gómez Gregorio, A.	474	González Puente, M. M.	179	Guerra Pérez, T.	389
Gómez Guijarro, F. M.	256	González Puente, M.	434, 438	Guerra Zaldúa, N.	149, 215, 244, 441, 447
Gómez Hernández, R.	427	González Quintana, M.	299	Guilbert Mora, M.	236, 413, 481, 483
Gómez Honorato, R.	422	González Reguero, A.	357	Guillaumes Furnes, S.	160
Gómez Ibáñez, Y.	232	González Revaldería, J.	370, 378, 433	Guillén, D.	277, 424
Gómez Inhiesto, E.	225, 241	González Rodríguez, G. C.	296	Guillén García, M. D.	481
Gómez Laso, E.	251	González Ros, A.	270	Guillen Pisa, A. M.	331
Gómez Martínez, P.	296, 411	Gonzalez Rubio, F.	275, 446, 451	Guillén Soriano, M.	349
Gómez Montero, G.	146, 174, 391	González Ruiz, JM.	279	Guillot Giménez, D.	384
Gómez Montes, C.	233	González Sánchez, M. D. P.	162	Guillot Giménez, D.	407
Gómez Navarro, R.	136	González Santana, M. D.	367, 437	Guirado Pérez, I.	268
Gómez Núñez, G.	363	González Sanz, G.	355	Guirao Sastre, J.	427
Gómez Palmero, A.	133, 163, 376, 484	González Saz, V.	442	Guiteras Mauri, C.	238
Gómez Peligros, A.	190, 359, 368, 433	González Setién, M. A. P.	295	Gumiel García, M. V.	163, 192, 219, 264
Gómez Pesquera, C.	195, 261	González Suárez, G.	377	Gurri Landi, M.	241, 315, 377, 401
Gómez Rodrigo, J.	171	González Taboada, L.	183	Gurrutxaga Arriola, I.	134, 218
Gómez Román, A.	384, 407	González Thomson, M. J.	333	Guspi Saiz, F.	387
Gómez Sandin, J.C.	284	Gonzalvo Liarte, C.	418	Gutiérrez, A. M.	246, 450
Gómez Santillana, M.	408, 473	Gordo Collado, S.	265, 303	Gutierrez, R.	186, 171, 281
Gómez Sarasa, C.	363	Gorgolas Ortiz, C.	295	Gutiérrez Alonso, A.	265, 454
Gomis Cebrian, R.	136, 230, 250, 293, 454, 455, 491	Gost Garde, J.	140	Gutiérrez Cía, I.	348, 426, 450
González, A.	186, 281	Gotor Colás, M.	353	Gutiérrez Fraile, E.	420
González, C.	281	Gotor Colás, M. L.	237	Gutiérrez García, C. V.	364
González, E.	353	Gotor Colás, S.	237, 353	Gutiérrez García, M.	366
González, I.	420	Gotor Lázaro, M. Á.	210, 332, 412, 414	Gutiérrez Larraya, F.	272
González, P.	144	Gotsens Vila, R.	226, 455	Gutiérrez Macías, A.	318
González, MP.	206, 253	Gozalo, P.	354, 493	Gutiérrez Martínez, J.	223
González, N.	433, 460	Gracia, C.	151	Gutiérrez Notario, M. J.	317
González Abelleira, O. M.	165	Gracia Arrendo, I.	276	Gutiérrez Pozuelo, M.	208
González Albalade, J.	182, 467	Gracia Arteaga, A.	358, 362	Gutiérrez Teira, B.	404
González Álvarez, B.	483	Gracia Bercero, C.	134	Gutiérrez Torre, M.	227, 228
González Álvarez, I.	167, 278, 376, 408	Gracia Bernal, C.	359		
González Álvarez, J.	200, 202, 493, 465, 467	Gracia Buesa, S.	200		
González Álvarez, J. M.	219	Gracia Casanova, M.	359		
González Ares, J. A.	259	Gracia Cenamor, A.	183		
González Arza, E.	291	Gracia Marco, M.	370		
González Asanza, C.	213	Gracia Ródenas, R.	337		
González Bravo, A. I.	152, 201	Gracia Solanas, J. A.	426		
González Bravo, D.	159, 218	Granado González, M.	232, 311		
González Conde, L.	248	Granados González, M.	158		
González Creus, M.	275	Granados Ulecia, C.	327		
González De La Cuesta, D.	211	Grande, T.	476		
González De San Pedro Saenz De Urturi, M.	200	Grande Arnesto, M.	234		
González Delgado, M.	353, 432	Grande Baos, C.	383		
González Fernández, C.	273	Grau Àvila A.	126		
González García, M.	211	Grau Barrull, A.	130		
González Gascón, R.	146, 174	Grau Cano, J.	214, 275, 302		
González Gómez, R.	200	Grau Farrus, I. C.	361, 367		
González Hinjos, J.	406	Grima Barbero, J. M.	393		
González Iglesias, J.	455	Grima Campos, L.	220		
González Irazabal, Y.	322, 326, 333, 393, 416, 458	Grima Aliacar, F.	161, 186, 266, 271		
González Llinares, R.	113	Griñán Soria, F.	298		
González Llinares, R. M.	167, 307	Gris, P.	198, 430		
González Lombide, E.	104, 165, 410, 462	Gros Bañeres, B.	160, 346		
González López, J.	402, 452	Guajardo Remacha, J.	154, 155, 219, 233, 284		
		Guallarte Herrero O.	123		
		Guardia, L.	251		

H

Hachem, N.	387
Haro, A.	272
Haro Martínez, A. M.	234
Hellin Monasterio, J.	247, 335, 337, 367, 372
Henar Esteras, L.	380
Henere, E.	109, 306
Heras De Los Ríos, E.	156
Hermosa Torrado, A.	187
Hermosa Villanueva, J. J.	228
Hernaiz Casas, E.	317
Hernández, A.	237
Hernández, L.	247
Hernández, P.	473
Hernández, S.	366, 466
Hernández, V.	345
Hernández Anguera, J. M.	448
Hernández Borges, A. A.	177
Hernández De Las Heras, T.	217
Hernández Díaz, R.	142, 153
Hernández Domenech, R. M.	299
Hernández Ferrandis, M. C.	151
Hernández Ferrandiz, M. C.	424
Hernández Gutiérrez, S.	469

Hernández Hernández, J.	371	Ibáñez Gorostiaga, E.	335, 386, 484	Jansà, M.	461
Hernández Hernández, J. M.	167	Ibáñez Puncel, T.	211	Jara, S.	283
Hernández Jaras, M.	389, 401	Ibáñez Torres, A.	280	Jara Vega, P.	222
Hernández Jaras, M. V.	385, 419, 431	Ibargoyen, J.	152	Jardí Manuz, JM.	387
Hernández Martínez, R.	168	Ibarmia Lahuerta, J.	441	Jarne Lanuza, O.	304
Hernández Navarrete, M. J.	215, 442	Ibarra Hernández, K.	149, 195, 215, 244, 441	Jasanada Flores, C.	333
Hernández Pascual, M.	149, 151, 312	Ibarzo Monreal, A.	242	Jaso, M.	272
Hernández Quiles, M.	355	Ibarzo Sánchez, C.	180	Jauregui Celaya, F.	155, 194, 244
Hernández Regalado, A. I.	422	Ibernón Zabala, M.	241	Jauregui García, M.	437
Hernández Ródenas, ...	270	Ibircu Barro, A.	217, 417, 418, 458, 466	Jaurieta, E.	287
Hernández Romero, C. R.	365	Idoipe, A.	392	Javier, M.	128
Hernández Salueña, C.	264	Idoipe Tomás, Á.	407, 482	Javierre Loris, M. Á.	160, 346, 405, 471
Hernández Sánchez, A. I.	274, 417	Iglesia Ara, S.	193	Jerez Basurco, B.	406
Hernández Sánchez, L.	276	Iglesias, C.	318	Jiménez, L.	443
Hernández Santana, A.	343, 367, 437	Iglesias, F.	171	Jiménez, P.	316
Hernández Serna, E.	362	Iglesias, M.	236	Jiménez Aleixandre, P.	213
Hernández Vidal, N.	125, 141, 251, 296, 324, 331, 332, 390, 411	Iglesias Bermejo, R.	469	Jiménez Arribas, M.	278
Hernando, M. J.	285	Iglesias Castro, M.	165	Jimenez Bea, L.	148, 175
Hernando, V.	260	Iglesias Diz, M. A.	222	Jiménez Belinchón, M.	256
Hernando Uzkudun, A.	134, 170, 206, 326	Iglesias García, C.	316	Jiménez Buñuales, M. T.	260
Herrador Rodríguez, A.	217	Iglesias Retamar, R.	170	Jimenez Callejo, E.	124
Herraiz Viñas, D.	176	Iglesias Rodríguez, R.	300	Jiménez Carmona, I.	407
Herran Prieto, M.	413	Iglesias Vázquez, J. A.	273	Jiménez Carnicero, M. P.	461, 462
Herranz García, R.	387	Ignacio, E.	136	Jiménez Carnicero, M. P.	463
Herranz González, J.	165	Ilarri Zuazola, L.	319	Jiménez Carramiñana, J.	266, 291, 405
Herranz González, V.	175	Illana Rodríguez, N.	203, 247, 291, 335, 337, 367, 372, 381	Jiménez Domínguez C.	151
Herranz Quintana, R.	370, 378	Illescas Escobar, J. C.	316, 318	Jiménez Gallardo, A. G.	399
Herrer Castejón, A.	274, 346	Inés, B.	474	Jiménez García, P.	225
Herrera Carral, P.	142, 225, 227, 228, 287	Infantes Rodríguez, JA.	312, 473	Jiménez Gregorio, R.	159
Herrera Viedma, E.	302	Iniesta Martínez, D.	358, 362, 488	Jiménez Júlvez, T.	314
Herrero, N.	163	Intxaurreaga, L.	363	Jiménez Marín, A.	272
Herrero Gil, M. A.	210	Intxausti Artesero, E.	276	Jiménez Moreno, R. M.	362
Herrero Heredero, R.	149, 476	Iranzo del Cura, R.	317	Jiménez Nuevo, C.	146, 408
Herrero Ibáñez, A.	142, 321	Iranzo Fernández, M. D.	429, 444	Jiménez Nuño, J.	129
Herrero Manso, J.	204, 406, 468, 469	Irene, L. G.	335	Jiménez Saenz, J.	410
Herrero Muñecas, M.	244	Iriarte Ramos, S.	464	Jiménez Sánchez, R.	148
Herreros, Z.	396	Irigoyen Iturri, F.	457	Jiménez Sosa, A.	177
Herreros De Tejada, A.	456	Iriondo, G.	490	Joaquín, E. T.	297
Hidalgo, I.	424	Iruin Sanz A.	486	Jordana Zorrila, J.	150, 438
Hidalgo, P.	196	Iruretagoyena Sánchez, M. L.	167	José Angel, S. I. R.	280
Hidalgo Vega, A.	150	Iruzun Larrañaga, I.	194	José María, T. A.	340
Hierro Llanillo, L.	222	Isaac Vázquez, S.	165	Jove, MA.	321
Hijazo Conejos, I.	250	Isanta, C.	349	Jové Edo, N.	481
Hijos Larraz, L. A.	131, 132, 258	Isart Bosch, O.	242	Jover, A.	189
Holguín Fernández, M. D. C.	208	Isasi De Isasmendi Pérez, S.	131	Jover Casas, J. M.	374, 382, 395, 424, 452, 480
Hormigos Agraz Orcasitas, A.C.S.	434	Iturburu Belmonte, I.	430	Jover Moreno, A.	288, 409
Hornero, A.	123	Iturrioz Martínez, A.	438	Jover Tiertz, N.	304
Hospital Ibáñez, M. L.	141	Ivárez, V.	272	Juan, N.	353
Hoyos Moreno, F.	304	Ivorra, F.	441	Juan Aguilar, M.	126
Huarte Lacunza, R.	313	Izarzugaza Iturrizar, E.	247, 393, 394	Juan Germán, M.	266
Huarte Sanz, I.	187	Izquierdo, I.	413	Juan Ramón, G. M.	477
Huerta Romero, O.	409	Izquierdo Álvarez, S.	142, 216, 321, 322, 323, 330, 353, 372, 392	Juanas Fernández, F. E.	312
Huerta Rroyo, A.	460	Izquierdo García, E.	456	Juarez, E.	221
Huertas, L.	130	Izquierdo García, N.	293	Juárez, M.	364
Huertas Alcazar, P.	215, 431	Izquierdo Mayordomo, J.	223	Judez Legaristi, D.	172, 426, 340
Huertas Martos, F.	374, 424, 480	Izquierdo Ros, M. T.	335, 336, 392	Julià Masip, R.	226
Huertas Paredero, M. V.	235	Izuel Rami, M.	179, 210	Julian Mauro J. C.	152
Huete Antón, B.	327			Julve García, M. A.	276
Hukelová, H.	455			Julve Sebastián, M. J.	230
				Juncosa, S.	216
				Juncosa Quilez, S.	257
				Jurado Serrano, J. M.	378, 379
				Juyol Rodrigo, M. C.	349
I		J			
I. Val Carrascón, M.	298	Jabalera, M.	196		
Ibáñez Amatriain, C.	457	Jabalera Contreras, M.	172, 409		
		Jaime Arilla, A.	250		

K			
Kalhil Kassem, H.	423	Latorre, M.	401, 456, 471
Keklikian, E.	152	Latorre Marco, I.	169
L		Latorre Martínez, J.	362
Labarta Mancho, C.	394	Laviana Fernández, A.	294
Laborda Ezquerra, C.	210	Laviana Fernández, M.	384
Laborda Ezquerra, R.	443	Laviana Fernández, M. Á.	292, 426
Lacambra Blasco, I.	184, 281	Lax Cacho, A.	380, 475
Lacarta Vicioso, M. P.	245	Layana Etxezuri, E.	140
Lacasa Díaz, C.	86	Lázaro Martínez, F. J.	304
Laclaustra Mendizábal, B.	197	Lázaro Melgar, M.	214, 255, 323, 330
Lacruz Arguedas, R.	194	Leal Llopis, J.	151, 361, 362, 362, 424, 474
Lafuente, M.	109, 306	Leal, J.	352, 373
Lafuente González, M.	398	Leal Luna, A.	185, 188
Lago Vázquez, M. L.	321	Leanibeaskoa Aguirre, E.	431
Lagos Pantoja, E.	186, 257, 290, 375, 478, 485	Leciñana Andrés, A.	280
Laguarta, T.	170	Ledesma Romano, M. D.	258
Laguia, A.	163, 222, 470	Legaz Hernández, M. A.	320
Laguna, C.	356, 461	Legido Fuente, P.	291
Laguna, M. A.	182	Lekuona Sanz, L.	247, 393, 394, 486
Laguna Berna, C.	212	Lema Devesa, C.	297
Laguna Lobato, M. A.	464	Lema Marquez, C.	165
Laín García, M.	492	León Martín, A.	351
Lainez Lorente, T.	230	León Muñoz, V.	135, 411, 457, 469, 470
Lalaguna Mallada, P.	298	León Olano, L.	393
Lalana Josa, M. P.	197, 338	León Villar, J.	422, 429, 430, 444
Lale Candal, M.	110, 238, 306, 320, 321	Lerma Merino, T.	425
Lallana Alvarez, M. J.	197, 260, 338, 432	Levy Abitbol, R.	274
Lama, M.	354	Leyva González, F. G.	296
Lamazares Cebrian, M. T.	250	Lillo García, I.	161, 273, 336
Lameiro Couso, F. J.	140	Limón, R.	162, 166, 420, 423, 492
Lamiquiz Linares, E.	426	Limón Ramírez, R.	425, 429, 454
Lamote Degrignon Alifonso, E.	130, 338, 372	Lin, D.	486
Lanao Senz, P.	368	Linacisoro Ibarra, A.	437
Landaluce Lauzurika, J. I.	244	Linares, X.	328
Lander, M. P.	376	Lineros, E.	131, 145
Langarita Ferrer, M. J.	489	Lizarazu, A.	376
Lanzán Sancho, M. T.	427	Llaberia Garrell, N.	189, 288
Lanzarote Campos, S.	480	Llagostera Español, M.	150
Lanzón Lacruz, R.	264	Llamas, A.	456
Lanzón Laga, A.	264	Llamas, A. M.	401, 471
Lanzuela Valero, M.	412	Llamas, N.	161, 273
Lapeña Lapeña, M.	312	Llamas Fernández, N.	365
Lapeña Lera, A. I.	263	Llamas Ramón, H.	347
Lapeña Ortega, C.	406	Llaneza, M. E.	245
Lapresta Moros, C.	130, 442, 482	Lledó Rodríguez, R.	290, 176, 297
Lara Fernández, R.	371	Llobet Barberí, E.	145
Lara Villanueva, M. A.	183	Llopart López, J. R.	259
Larrañaga, P.	338	Llopis Fernández, M.	422, 429, 430, 444
Larrañaga Aramburu, J.	187	Llopis López, P.	400, 462, 468
Larrañaga Garaikoetxea, N.	236	Llorens Nuñez, N.	458, 466
Larrazabal Bilbao, A.	197	Llorente Parrado, C.	240
Larrea, I.	295	Llorente Ramos, O.	479
Larrea Arechabaleta, I.	447	Lloret Maya, A.	434
Larrinaga Kortabitarte, M.	484	Llull Ferretjans, M. I.	229
Larrinaga Llaguno, M.	357	Llurba Asensio, A.	361, 367
Larrinaga Velez, M. A.	394	Lobete, M.	128
Larruce De La Rica, M.	463	Lobo Santa María, F.	204, 468
Laseca Garzón, E.	352	Lois Cámara, F.	398
Lasierra Monclús, A. B.	324, 326, 333, 393, 416, 458	Lombardía Iglesias, A.	127
Laso De La Vega Artal, S.	345, 345	Lombardo Murillo, J.	211
		López, A.	140, 161, 242
		López, D.	354, 493
		López, E.	373, 474
		López, I.	287
		López, J.	341, 395, 423
		López, L.	189
		López, P.	364
		López, R.	144, 206, 253, 328, 493
		López, S.	130, 494
		López Romero, J.	408
		López Álvarez, X. M.	218
		López Amat, E.	464, 468
		López Arbeloa, G.	154, 155
		López Barrachina, R.	137, 251, 285, 330
		López Bautista, C.	347
		López Blesa, M.	361, 367
		López-Boado Serrat, M. A.	302
		López Cabellos, M. A.	223
		López Cabezas, M. C.	128
		López Carrascosa, J.	227
		López Cordoba, C.	467
		López-Coronado Pérez, J. L.	412, 429
		López Coronas, L.	227, 288
		López Cotón, S.	406
		López De Munain Ormazabal, M. C.	194, 254
		López De Munain, B.	376
		López De Turiso, S.	438
		López Dicastillo, R.	449
		Lopez Escribano, A.	147
		López García, D.	206, 276
		López Garcia, E.	304441
		López García, J. A.	290
		López García-Franco, A.	317
		López Gómez, J. M.	276
		López Gómez, C.	478
		López Hernandez, M.	130
		López Ibáñez, M.	291, 372, 375, 381
		López Ibor, N.	219, 221
		López Lacoma, J. C.	313, 317, 318
		López López, E.	312
		López López, M.	469
		López Martínez, A.	365
		López Maza, R.	179, 434, 438
		López Menéndez, C.	464
		López Montero, E.	452
		López Morales, J.L.	135, 173
		López Moreno, J.	278, 408
		López Mudarra, L. C.	374
		López Muiños, A.	223
		López Negre, J. L.	198, 430
		López Niño, I.	259
		López Ortiz, M.	403
		López Palacios, S.	195, 261
		López Picazo, T.	414
		López Plaza, J. J.	369
		López Puech, I.	177
		López-Puente, C.	389
		López Ramírez, E.	448
		López Rebollo, M. J.	321
		López Sáenz, C.	219
		López Salazar, M.	418
		López Salgueiro, R.	240
		López Santo, I.	278
		López Sanz, R.	162, 379
		López Torres, A.	257
		López Tortosa, J.	168
		Lopez Vega, F. J.	390
		López Victoriano, S.	457
		Lorca Sánchez, E.	364
		Lorda De Los Rios, I.	135, 168

Lordan Ibarz, G.	123	Magdalena Fernández, C.	305	Martín Martínez, J.	274
Lorente, L.	254	Magro, B.	108	Martín Martínez, M. A.	435, 435
Lorente Fernández, M. F.	408	Magro Merino, B.	306	Martín Mateos, P.	416, 457
Lorente García, P.	316	Mainer Sanmartín, P.	211	Martín Mendiola, A. B.	225
Lorente Sanz, E.	363	Mairal Salinas, L.	271	Martín Montañés, M.	212
Lorente Ten, E.	125, 251, 411	Malillos Pérez, D.	195	Martín Recio, V.	262, 263, 264
Lorenzo, S.	80, 200, 202, 465, 467, 493	Mallo Pérez, J.	215, 431	Martín Rodríguez, M. D.	165, 199, 218, 273
Lorenzo Martínez, S.	127, 136, 198, 246, 482	Malo, M.J.	134	Martín Rubio, M. D. M.	156
Loris Pablo, C.	407	Malo Ferrer, M. Á.	251, 285, 330	Martín Sánchez, E.	176, 290, 297
Losa López, L.	470	Mancha Parrilla, M. L.	211	Martín Vega, A.	435
Losada Marrodan, B.	145	Manrique Medina, R. L.	459, 465, 482, 484	Martín Vicente, A. I.	126
Losfablos, F.	437, 466	Manso Montes, E.	457	Martín, J.	139
Losfablos Callau, F.	368, 373	Manuel, M.	474	Martín, I.	442
Lospitao Gómez, S.	208, 285	Manzano Anguas, J. M.	390	Martín, M.	364
Lou, M. L.	356, 461	Manzano Hernández, P.	363	Martínez, D.	351
Lou Alcaine, M. L.	212	Manzanos, F.	376	Martínez, E.	433
Lou Arnal, L. M.	340	Mañero Rey, C.	251	Martínez, F.	242
Loureiro Pérez, N.	375	Marañón Guillán, I.	393	Martínez, M.	275
Lozano, J.	352	Marcellan Narros, C.	155, 187	Martínez, P.	191, 277, 292
Lozano, S.	190	Marco Lamata, M. L.	325	Martínez, R.	262
Lozano Ballester, M. J.	192, 252	Marcos Bailón, R.	242	Martínez, R. M.	140
Lozano Barriuso, M. G.	395	Marcos Calvo, M. P.	275	Martínez S.	316
Lozano Del Hoyo, M. L.	271	Mareca Doñate, R.	199	Martínez Albaladejo, Y.	362
Lozano López, A. M.	339	Margalef Pallares, F.	217	Martínez Alonso, J. R.	125, 171
Lozano Lozano, E.	298	Margaleff Blas, A.	401	Martínez Álvarez, A. B.	304
Lozano Menor, A. M.	174	Maria Pilar, E.	180	Martínez Aranda, M. Á.	342, 344
Lozano Ortiz, R.	427	Marijuan Fernández, V.	423	Martínez Arberola, J.	227
Lozano Otero, A.	476	Marín, C.	354	Martínez Arce, M. J.	257
Lucas Gómez, J. M.	247, 291, 335, 337, 372	Marín Calvarro, F.	434	Martínez Bahamonde, F. J.	402
Lucas Hernández, A.	340	Marín García, M. T.	138, 358	Martínez Barreda, E.	137, 182
Lucas Salmerón, M. G.	138, 279	Marín Guerrero, A. C.	170, 183, 269, 474, 486, 487	Martínez Bermudez, A.	436
Lucha López, D. M. O.	169	Marín Llaurado, V.	361, 367	Martínez Blázquez, A.	279
Lucha López, A. C.	269	Marín Murillo, P.	443	Martínez Bueno, M. Á.	138, 429
Lucha López, D. A. C.	169	Mariné Blanco, M.	260	Martínez Caballero, M. L.	138, 279, 358, 362
Lucha López, M. O.	269	Marinero, O.	159	Martínez Casamayor, C.	360
Lucía Cuesta, J. F.	372	Marino Miguel, A.	157, 422	Martínez Castillo, J.	375
Lucio Pellón, R.	316	Mariz, N.	487	Martínez Cerezal, C.	260
Luengo Alarcia, M. J.	121	Maroto Del Río, C.	253	Martínez Cervantes, Y.	122
Luengo Sánchez-Paniagua, T.	177	Maroto, C.	144	Martínez Cifuentes, S.	493
Lueza Lampurlanes, C.	223, 286, 393	Marquez Campos, M.	207	Martínez Corbalán, J. T.	424
Lugo, J.	450	Marquinez Carrión, M. Á.	295	Martínez Cortijo, S.	487
Lukic, A.	133, 202, 490	Marrón Moya, S. E.	180, 190, 282, 359, 368, 393, 433	Martínez Cuenca, S.	446
Lumbierres Subías, C.	298	Marrón Tundidor, R.	160, 200, 220, 255, 274, 471	Martínez De Estíbariz Ochagavía, J.	457
Luna Díaz, S.	347	Marta, J.	161, 229, 303	Martínez De La Peña, M. J.	128, 176
Luna Sánchez, J. L.	290	Marta Moreno, J.	227, 297, 332, 412, 414	Martínez De Lizarrondo Apesteguía, P.	463
Lupión Mendoza, C.	273	Marta Sebastián, V.	329	Martínez Del Río, B.	436
Luquín Martínez, A.	184	Marti Usón, R.	366, 466	Martínez Escribano, M. P.	193
Luz, S.	445	Martín Álvarez, M. D.	406	Martínez Espín, C.	414
Luz De Travedo, J. F.	168	Martín Burriel, M. Á.	211, 343, 346, 350	Martínez Ferri, M. J.	329
Luzón Oliver, L.	373	Martín Delgado S.	122	Martínez Gallego, T.	211
M		Martín Fernández, J.	404	Martínez García, J.	313, 362
Macià, N.	237	Martín Ferrando, V.	489	Martínez García, J. F.	184, 314, 317, 318, 343
Macia Losada, J.	327	Martín García, M. D.	293	Martínez García, R.	178
Macías Cerrolaza, J. A.	444	Martín González, M.	339, 360	Martínez García, R. M.	453
Macipe, P.	245	Martín Gracia, A.	353	Martínez Gómez, J.	189, 382, 385, 400, 401, 431, 460, 462, 468, 471
Madariaga Estensoro, L.	113, 307	Martín Gracia, G.	443	Martínez González, J. L.	126, 243
Madrid, P.	109, 306	Martín Gracia, G. M.	210	Martínez Gorostiaga, J.	157, 422
Madrid Viamonte, P.	363	Martín Jiménez, M. D.	124	Martínez Gutiérrez, M. J.	449
Maeso Martínez, S.	435	Martín López, C.	352	Martínez Jiménez, J.L.	298
Maestre Olabarrieta, M. M.	327	Martín López, C.	352	Martínez Jiménez, E. M.	335, 336
Maestro, M.	352	Martín-Maestro Polo, P.	303	Martínez Juez, A. B.	174
Magallón Candela, A. I.	461, 462	Martín Maldonado, J. L.	217, 312, 473	Martínez Lao, M. D. M.	351
Magán-Tapia, P.	131	Martín Martín, M. A.	261	Martínez Lizaga, N.	126

Martínez Llorente, M.	134, 151	Medina Bustillo, B.	199	Miquel, M.	490
Martínez López, C.	147, 150	Medina Cáliz, I.	126	Miquel Gómez, A.	151, 225, 312, 404
Martínez López, J.	178, 365	Medina Cerezal, M. P.	194, 334	Miquel Perello, J.	380, 417
Martínez Martínez, M. V.	249	Medina Gracia, M. J.	432	Mira, J. J.	80, 203, 492
Martínez Matienzo, I.	414, 463	Medina I Mirapeix, F.	342, 344, 353	Mira Solves, J. J.	127, 136, 198, 236, 374, 481
Martínez Milian, J. A.	158	Medina Reina, A. M.	208	Miralles, J.	162, 166, 206, 235, 449
Martínez Montesinos, R. M.	339	Medrano Martínez, M. J.	382, 385, 400, 419, 462, 468, 471	Miralles Andújar, F. J.	274, 417
Martínez Montoya, J. A.	313	Megías García, J.	460	Miralles Bueno, J. J.	425, 429, 441, 454
Martínez Moya, I.	264	Mejon Bergés R.	305	Miramar Gallart, M. D.	142, 321
Martínez Muñoz, M.	371	Meléndez Muñoz, M. V.	387	Miramontes, P.	391
Martínez Muñoz, L.	477, 489	Melgar Mairal, M.	319	Miranda, A.	269, 486
Martínez Ochoa, E. M.	423, 442	Mellado Romero, J.	362	Miranda García, M.	163, 376
Martínez Ortega, R. M. I.	207	Melón, M. P.	349	Miranda García, E.	288
Martínez Ortega, C.	384	Mena Mateo, J. M.	164, 167, 185, 194	Miravete Valiente, M. J.	472
Martínez Oses, A.	167	Menchén Fernández-Pacheco, P.	213	Miró, A. M.	472, 474
Martínez Oviedo, A.	121, 286	Menchén Viso, B.	346, 452	Miró, E.	108
Martínez Piedrola M.	177	Menchero, F.	285	Miró Viamonte, E.	153, 306
Martínez Quintana, E.	343	Menchón Martínez, P. J.	224	Mirón Ortega, E.	348
Martínez Ramírez, M.	353, 432	Mendarte Barrenechea, L.	446	Misiego Peral, A.	243, 380
Martínez Redondo, C.	264	Mendez, C.	124, 391, 262	Modrego Aznar, M. F.	369
Martínez Rodríguez, V. J.	318	Mendez Gallego, D.	348	Modrego González, A.	194, 334
Martínez Romero, C.	291, 372, 381	Méndez Guillaumet, J. M.	122	Molina Eguren, I.	172
Martínez Sánchez, R.	258	Mendiguren Navascues, A.	437	Molas Cotens, J. R.	448
Martínez Santamaría, M. C.	442	Mendoza Díez, C.	414, 463	Molero Hernández, L.	283
Martínez Sanz, F. J.	191	Mendoza Escuer, A.	132	Molero Pérez, B.	453
Martínez Saorín, M. E.	488	Mendoza, E.	494	Molina, M.	486
Martínez Sesmero, J.	397	Menéndez Fernández, F.	205	Molina Aragonés, J. M.	226
Martínez Soriano, G.	148	Menéndez- Fraga, M.	175	Molina Baltanás, E.	347
Martínez Soriano, J.	293	Menéndez Hernández, L.	416	Molina Coll, P.	183
Martínez Suárez, M. Á.	387	Mengibar García, Y.	331	Molina Olivas, M.	183, 318, 388, 391
Martínez Tenorio, P.	189, 382, 419	Mengual Gil, J. M.	83	Molina Silva, R.	125
Martínez-Toledano Olaya, P.	300, 303	Merino Gómez-Serranillos, C.	183, 318	Moliner Laho, J.	215
Martínez Trivez, P.	135, 168	Merino Hernández, M.	326, 338	Moliner Lahoz, J.	141, 487
Martínez Valdivieso, L.	398, 431	Merino Marín, T.	457	Molino González, A.	478
Martínez Vergara, A.	160	Merlo González, T.	267	Mollá, J. M.	458
Martínez Villegas, J. J.	239	Mesa Lampre, P.	143	Mollar, J.	311
Martos Foladori, A.	374, 395, 424, 480, 489	Mesa Ortega, V.	378	Mollejo Martín, I.	348
Marzal, L.	325, 472, 474	Mesas, A.	180	Mollinedo González, M.	352
Marzal Baró, J. M.	357	Meseguer Frutos, M. D.	427	Mompó Avilés, C.	154
Marzuelo, P.	149	Mestanza, J. A.	269, 486	Monclus Muro, A.	123
Más Castillo, A.	136, 265, 454, 455, 491	Mestre Almarcha, M. J.	138, 430	Monclús Pagès, O.	455
Más Luzón, F. J.	178	Mezkorta Echaurren, K.	215	Monforte Cirac, M. L.	325, 333, 341, 389, 477
Mas Morales, A.	355	Mico Reyes, E.	283	Monforte Zafón, E.	135
Más Sánchez, A.	271	Miguel, G.	340	Monge Martín, D.	169
Masie Mebuy, A.	404	Miguel, Z. R.	472	Monge Mirallas, J. M.	390
Massó, P.	203, 492	Miguel Abanto, M. A.	223	Monreal, M.	437
Mataix Sanjuan, A.	199, 290, 378	Miguel Aguilar, C.	387	Monreal Hajar, A.	124, 372
Mateo, A.	338	Miguel Ascaso, C. D.	324	Monreal Villanueva, M.	373
Mateo Domínguez, J.	361, 367	Miguel Hernández, J.	383	Monsalve Gomariz, S.	477
Mateo Lázaro, M. L.	282	Miguel Sapela, G.	172	Montaña Raduà, R.	165
Mateo Rodríguez, A.	431	Miguelas Guerrero, C.	218	Montejo, I.	338
Mateos Rodríguez, A. A.	215	Millán, M. T.	108	Montejo, M.	247, 271
Mateos Rubio, J.	397, 404	Millán Cachinero, C.	444, 467	Monterde, J.	446
Matthies Baraibar, M. C.	247, 335, 386, 484	Millán Oller, M. T.	253, 306	Montero García, O. M.	490
Matute Najarro, M.	214	Millanes Gallinat, P.	263	Montero Miguel, R.	146, 402
Mauleon Echeverria, N.	206	Millaruelo, M.	472	Montero Villaseca, C.	388
Mauriz Romero, E.	477	Millaruelo Trillo, J.	133	Montes, A.	325
Mayol Canas, J.	149, 228, 312	Millaruelo Trillo, J. M.	202	Montes García, Y.	204
Mayor Arenal, M.	341	Mimó, N.	195	Montes Rubial, M. J.	360
Mayoral Carriazo, J. C.	439	Minaya Sainz, J.	146, 174	Montesinos, M.	423
Mayoral Sánchez, M. T.	421	Minguela, M. L.	196	Montfort Hera, J.	299
Mayoralas Alises, S.	327, 327	Minguet Arenas, M. C.	422	Montilla, C.	445
Mazo Casaus, S.	345	Minguez Sorio, J.	298	Montilla Morales, C. A.	391, 487, 493
Mediavilla Hernández, A.	183	Minguillón Cebrián, C.	445	Montilla Rivas, C.	227
		Miñana Amada, C.	412		

Montilla Sánchez, J.	317	Muelas González, S.	347	Nebot, E.	366, 466
Montis Pelegay, J. M.	205, 298	Muñio Bové, I.	125, 332	Nebot Marzal, C.	374, 481, 491
Montiu, J. A.	349	Mulet Alberola, A. M.	398, 431	Nebreda Urdiales, E.	457
Montolio Gracia, M.	230	Muñiz, R.	254	Nicolas, I.	400
Montón Dito, J. M.	135, 168	Muñoz, C.	180	Nicolás, J.	269
Montoya, M. J.	439, 466	Muñoz, J.	152, 247	Nicolás Lax, C.	453
Montoya Oliver, M. J.	368, 443	Muñoz, P.	206	Nieto Caballero, S.	336
Montserrat, G.	474	Muñoz Cacho, P.	179	Nieto Martínez, P.	136, 455, 491
Montserrat Capella, D.	125, 171	Muñoz Cariaga, P.	176	Nieto Moreno, M.	323, 387, 416
Montserrat Toran, M.	434	Muñoz Fernández, J.	276, 420	Nieto Romero, C.	390
Monzó Núñez, E.	336	Muñoz González, J. J.	290, 300, 378, 396	Nisa Canet, I.	241
Monzón Ferrer, A.	182, 439	Muñoz Miguel, C.	386	Noblejas Negrillo, T.	231
Mora Banderas, A.	211, 334	Muñoz Pérez, F.	167	Nofuentes, C.	454
Mora Banderas, A. M.	325	Muñoz Pérez, G.	358	Noguerol Álvarez, M.	317
Mora Lourido, C.	343	Muñoz Ríos, G.	488	Noya Castro, C.	141, 282
Mora Navarro, G.	215, 396, 408	Muñoz Ríos, G.	488	Nualart Berbel, L.	281, 320, 385
Mora Quintero, M. L.	447	Muñoz Romero, E.	159	Nuevo Lara, E.	374, 489
Mora Reberté, A.	428	Muñoz Sahagún, P.	379	Nuevo Lara, E.A.	395, 424, 480
Morales, D.	338	Muñoz Sánchez, M.	192, 207, 252	Núñez Crespo, F.	146
Morales, F.	339	Muñoz Sanchez-Villacañes, R.	147	Núñez, E.	166
Morales Socorro, P.	348	Muñoz Sanz, E.	314	Nuño Morer, F.	472
Morales Suárez, E.	230, 356	Muñoz Ureña, A.	184, 314		
Morata Crespo, A. B.	207, 272, 355	Muñoz Ureña, A. M.	357, 459, 482, 484	O	
Moraza Dulanto, I.	235	Murcia Nicolás, F.	193	Obiols, J.	331
Morcillo San Juan, M. S.	287	Murcia Sánchez, E.	174	Obón Azuara, B.	348, 450
Moreno, C.	124, 287	Murciano Rosado, A.	413, 413	Obradors Ascon, A.	248
Moreno, M.	140, 273	Murciano Sancho, S.	195	Oca, M.	245
Moreno, P.	153, 275	Murgui, L.	328	Ocete Manero, M.	230, 356
Moreno, S.	161, 191	Murillo, C.	201	Ochandorena Juanena, M. S.	131, 408
Moreno Alarcón, M.	225, 416	Murua Navarro, F.	156, 438	Ochoa, A.	360
Moreno Barba, C.	320	Muruaga Marín, J.	438	Ochoa Calvo, P.	143
Moreno-Chocano Gutiérrez, C.	231	Muruzabal Martínez, A.	457	Ochoa De Alda, T. Rilova, A.	376
Moreno De La Hidalga, M. Á.	142, 198 181,, 225	Mutua Universal, ...	182	Ochogavia Cánaves, J.	253
Moreno Esteban, E.	133			Ocón, J.	364
Moreno García, A.	204, 468, 469	N		Ojeda Perez, F.	131, 145
Moreno Gómez, N.	225, 227, 228, 287	Naberan, K.	303	Olaetxea Urizar E.	122, 121, 160, 178
Moreno Mancho, M.	367, 361	Nadal, O.	196	Olalde Arana, C.	167
Moreno Matías, J.	387	Nadal, N.	349	Olano Arancibia, O.	410
Moreno Pastor, A.	140	Nadal Castan, O.	172, 409	Olarte San Juan, M. J.	289
Moreno Pastor, A. D.	421	Nájera, I.	415	Oleaga, S.	209
Moreno-Planillo, C.	175	Navalón Cebrián, R.	232, 233, 305	Oliva Vicedo, J. A.	145, 168, 241
Moreno Pérez, C.	261	Navarro, A.	316	Olivar, M.	342
Moreno Ramírez, D.	297	Navarro, C.	221	Oliveras Arnal, C.	352
Moreno Rodríguez, J. M.	302	Navarro, G.	139	Oliveras Morales, J. M.	246
Moreno Vadillo, M. I.	256	Navarro, I.	436	Oliver, E.M.	193
Moreno Valero, M. A.	184, 313, 314, 318, 343, 459,465	Navarro, P.	256	Oliver Robres, A. F.	315
Moreno Vernis, M.	304	Navarro Aguilera, I.	392	Oliver Valcárcel, E.	443
Moreno Villanueva, J. A.	190	Navarro Aznarez, H.	482	Oliveras, M.	180
Morera, J. M.	473	Navarro Bayón, D.	323, 387	Oliveras Gil, M.	286, 485
Morera Guitart, J.	297	Navarro Bustos, C.	289	Oliveros Gonzalvo, P.	245, 262
Moret, L.	400	Navarro Calzada, J.	250	Olmedo Pujol, E.	458, 466
Morilla Bernal, Á.	205, 298	Navarro Casado, N.	464, 468	Olmo González, R.	485
Morillo Garay, M. F.	387	Navarro Gistau, C.	259, 449	Olóriz Rivas, R.	295, 398
Moron, J.	221	Navarro Juanes, A.	268	Omeñaca Teres, M.	333
Morón Merchante, J.	246	Navarro Julián, M. J.	136	Onandi, M.	447
Morso, P.	191	Navarro Lucía, M.	190, 282, 293, 359	Onandia Ocerín, M.	215, 363
Mosquera Torre, A.	452	Navarro Masegosa, I.	204, 278, 283	Onandia, M.	295
Motos, J. A.	190	Navarro Maurel, J.	166	Oncins Torres, R.	214, 263
Moure Fernández, L.	425	Navarro Moya, F. J.	265, 454	Ontañón Nasarre, A.	166
Moya, C.	328	Navarro Pardos, C.	333	Oñata Calvo, C.	158
Moya Escorihuela, T.	348	Navarro Pemán, C.	275, 446, 451	Orbegozo Alberdi, J.	276
Moya Gómez, P.	397, 404	Navarro Pujante, E.	353	Orcolaga Alba, K.	441
Mozota Duarte, J.	141, 249, 250, 418	Navarro Romero, C.	137, 182	Ordás Lafarga, O.	131, 132
Mozota Ortiz, J. R.	405	Navarro Royo, C.	246	Ordas Santo Tomas, J.	234, 450
		Navarro Soler, I. M.	374, 413, 481	Ordas, F.	415

Oria Ponce, C.	187	Palazón Rodríguez, ...	M. Á. 460	Peralta Viguera, L.	216, 392
Ormazabal Mugica, O.	155	Palazón Saura, P.	274	Perea García, M.	428
Orriols Galvé, L.	238	Palazón Secades, A. J.	304	Pereda, A.	271
Ortega, A.	236	Pallarés Sisamón, F.	282	Pereda Andonegui, C.	228
Ortega, C.	353	Palmero Palmero, C.	232	Pereda González, A.	292, 294, 384, 426
Ortega, M. T.	243	Palomera, L.	460	Pereira Leiva, A.	356
Ortega, N.	249	Palomino Gutiérrez, E.	370	Perella, M.	460
Ortega González, A. M.	203	Palomo, P.	392	Perera Díaz, P.	447
Ortega Durantín, A.M.	155	Pamplona, M. J.	437	Pérez, A.	275
Ortega Ferrández, J. A.	246	Paniagua Gómez, I. M.	233	Pérez, V.	422
Ortega Jiménez, N.	451	Pardo, J.	227	Pérez Aguilar, F.	318, 484
Ortega Llavador, B.	481, 491	Pardo, J. C.	236	Pérez Arbej, J. A.	132, 212, 250
Ortega Maján, M. T.	237, 412, 414, 426, 480	Pardo Berdún, J.	184	Pérez Arias, A.	224
Ortega Peinado, M.	182, 205, 298	Pardo Diez, M.J.	355	Pérez Bañasco, V.	382, 452
Ortega Solís, N.	304	Pardo Hernández, A.	128, 221, 246	Pérez Boillos, M. J.	163, 311, 484
Orti, N.	433	Pardo Laseca, C.	412	Pérez Bolea, L.	337
Ortiga, B.	395	Pardo López, M. A.	353, 432	Pérez Calvo, J.	270
Ortiga Zarazaga, N.	446	Pardo López-Fando, S.	199	Perez Cano, I.	148
Ortigueira, J.	200, 202, 465, 467, 493	Paredes, E.	441	Pérez Cano, R.	185, 188
Ortigueira Espinosa, J. A.	219	Paredes Sidrach De Cardona, A.	361, 362, 362, 424	Pérez Chamizo, M. D. M.	123
Ortillés, M.	272	Pareja Molina, C.	453	Pérez Colón, M. E.	363
Ortiz Castellón, C.	139	Parejo Guasch, S.	241	Pérez Costa, R.	414
Ortiz De Vigón, R.	172	Paricio Andrés, F.	332, 332	Pérez Díaz, A.	227
Ortiz De Zarate San Agustín, A.	289	Parra Hidalgo, P.	97, 136, 230, 250, 293, 454, 455, 491	Pérez Encinas, M.	426, 465
Ortiz González, O.	140, 392	Parra Ortuño, M. A.	265	Pérez Fernández, R.R.	479
Ortiz Henarejos, L.	127, 198, 236, 374, 481	Parrado Cuesta, M. S.	144, 221	Pérez Figuera, G.	429
Ortiz Martín A.	217	Párraga, M.	242	Pérez García, M. C.	138, 362, 453
Ortiz Otero, M. M.	159, 166, 232, 233, 254,, 255, 274, 279, 305, 330, 388	Parrilla Herranz, P.	252	Pérez Gonzalo, F.	401
Ortiz Ramírez, A.	401	Parrillas Moreno, A.	137	Pérez Gurpegui, M. F.	255
Ortiz Ros, P.	225	Pascau González-Garzón, M. J.	222	Pérez Iriondo, A.	155
Ortiz Ruiz De Loizaga, M.	121, 122	Pascual, F. 161		Pérez Jover, V.	127, 136 198
Ortiz Valdepeñas, J.	231, 467, 485	Pascual, L.	144, 253, 363	Pérez Layo, Á.	412, 429
Ortiz Villacín, E.	155, 268	Pascual Bastida, L.	162, 206, 379	Pérez Lázaro, A.	442
Osuna Nevado, N.	348	Pascual Fernández, C.	477	Pérez Maiquez, M.	312
Otal Arbizu, F.	210	Pascual Huertas, L.	168	Pérez Martín, A.	153
Otero Puime, Á.	239	Pascual Martínez, Ó.	459	Pérez Martínez, A.	491
Otero Santiago, M.	181, 198, 390	Pascual Pascual, I.	301	Pérez Medrano, M.T.	383
Otero Somoano, Á.	477	Pascual Reguera, D.	384, 407	Pérez Moreno, C.	262, 263 264
Oto Negre, A.	232	Pastor, A.	254	Pérez Muñoz, A.	330
Oto Terrer, J. M.	133, 163, 311, 376	Pastor Cano, J.	422, 429, 430	Pérez Oller, L.	128
Ots, J.	454	Pastor Rodríguez-Moñino, A.	131	Pérez Palomares, C. A.	197
Oyarzábal Uriarte, M. A.	422	Pastor Sanz, J.	475	Pérez Pérez, J.	210
P		Pastoriza Rivas, J. E.	165	Pérez Polo, M.	300
Padilla Llamas, C.	209	Pato Alonso, S.	469	Pérez Pomares, B. P.	211
Padilla Sánchez, A.	251	Pato Rodríguez, E.	316	Pérez Quintanilla, M.	226
Páez, A.	388	Pauner Gotor, C.	79	Pérez Ramírez, J.	312
Pàez Vives, F.	165	Pavón, M.	486	Pérez Resano, J. M.	167
Pajuelo Ayuso, J. A.	385, 400, 462, 471	Paz García De Mateos, J. A.	278, 357	Pérez Riba, N.	319
Palacián Ruiz, M. P.	325, 333, 477, 479	Paz Ramírez, L.	224	Pérez Rivas, F. J.	131, 168
Palacián Ruiz, P.	341, 350, 389	Pedraza Román V.	132	Pérez Riverol, E. N.	347
Palacín, C.	285, 349	Pedret Llaberia, R.	344	Pérez Rodríguez, A.	348
Palacín Ariño, C.	191	Pedrico, D.	229	Pérez Rodríguez, L.	376
Palacio Lafuente, F.	136, 165	Peinado Visanzain, R.	153	Pérez Romero, C.	134
Palacios Cristobal, M. J.	201	Pemán Muñoz, T.	193, 252	Pérez Sáez, A.	220
Palacios Llamazares, L.	125, 141, 251, 296, 324, 331, 332, 390, 411	Penas Penas, M.	218, 273	Pérez Salas, A.	357
Palacios López, M.	220	Peña Capsir, I.	417, 418	Pérez Sánchez, F.J.	173
Palacios Pérez, Á.	149, 196	Peña Giménez, A.	369	Pérez Sust P.	354
Palacios Pinilla, M. V.	275, 451	Peña Lackington, M. C.	176	Pérez Temprano, R.	185
Palao Ibáñez, A.	481	Peña Rodríguez, E.	143	Pérez Torralba, M. V.	192
Palau Figueroa, A.	336	Peñalver Celadrán, V.	270	Pérez Trueba, E.	325, 334
		Peñalver Guillén, C.	361	Pérez Vázquez, G.	349
		Peñalver Hernández, F.	362	Pérez Vilariño, J.	238
		Peñate Rodríguez, M. M.	367, 437	Pérez Villar, M. L.	489
				Pérez Villaroya, J. C.	157, 158, 262, 337
				Perfecto, J.	406
				Pericas Bosch, E.	354

Pernas Canadell, J. C.	328	Puente Pazos, V.	156	Ramos Negrín, P. M.	177
Peso Arenas, F.J.	284	Puértolas Hernández, T. D. J.	352	Ramos Pereito, J.	153
Pi Guerrero, M.	209	Pueyo Salavera, C. M.	158, 193, 252	Rams, M. A.	349
Picallo Piñón, M.	273	Pueyo Usón, J.	211	Rancaño Rodríguez, I.	304
Picazo Escribano, N.	376	Puig, D.	152	Rasal Lanao, M.	265
Pichón Riviere, A.	412	Puig Ferrer, F.	264	Rayón Del Barrio, O.	295
Picornell, C.	192, 207	Puig Padrós, J.	264	Real López, E.	330
Pie Diabético, G. D. M.	349	Puig Rossell, C.	244	Rebasa Cladera, P.	187, 187, 198, 430
Pilar, F. B.	247	Puiggali Ballart, M.	345, 348, 345	Rebollo Rodrigo, H.	405, 411, 436, 439
Pina Gadea, M. B.	197, 432	Pujana, M.	271	Rebull Fatsini, J.	126, 301, 481, 487
Pina Rodríguez, M. C.	355	Pujol, J.	189	Recarte, D.	254
Pinar López, O.	290, 378	Pujol, D.	400	Recasens, V.	389
Pinedo Salazar, Y.	280	Pujol Colomer, J.	288, 409	Recaséns Flores, V.	372
Piniella Collada, L.	127	Pulido, S.	285	Redin Espinal, J.	170
Pinilla Gustens, N.	448	Puyol Rami, E.	393	Redón Herrero, P.	395
Piñero Negrín, A.	447	Puyuelo Blecua, C.	397, 444	Regalado Iturri, A. I.	259
Piñol Monserrat, J.	293	Puzo, J.	406	Regalón Martín, P.	422
Piqué, J. L.	186	Q		Regidor Braojos, A. M.	379
Piqué Sánchez, J. L.	281	Quereda Pallejà, M.	485	Regidor Fuentes, I.	247, 291
Pirila Gómez E. F.	246	Queresi, A.	364	Regules Azuara, M. P.	405
Placer Peralta, L.	125	Quero González, P.	398	Regulez Ariño, P.	244, 441
Planas, D.	360	Quesada, O.	303	Reigadas López, M. I.	459, 482, 484
Planas, M. J.	172, 196, 409	Quesada Couceiro, X.	304	Reina Díaz, A.	352
Planas, M. D.	180	Quesada Martínez, D.	182	Rello Varas, L.	322, 333, 393, 416, 458
Playán Usón, J.	373, 437, 466	Quesada Ramos, C.	167	Remezal Solano, M.	241, 315, 377, 401
Plaza Bueno, R.	443	Quesada Sánchez, M. J.	124	Remón, C.	383
Plaza Hernández, V.	280	Quijada Monzó, Á.	391	Rendé A.	284
Poal, A.	306	Quiles, A.	321	Requena, J.	162, 166, 206, 235, 311, 420, 423, 423, 432, 440, 441, 449, 492
Poal-Manresa, A.	109	Quiles, J.	413	Requena Puche, J.	425
Polanco Grille, N.	265	Quilez, L.	389	Retes Saratxaga, A.	165, 410, 462
Polo, I.	353	Quintana, M. E.	236	Revilla Ramos, F.	133, 376, 484
Polo Herrador, M. J.	183, 318, 459	Quintas Rodríguez, J.	390	Revillo Pinilla, M. J.	325, 333, 341, 350, 389, 442, 477, 479
Pomares Giménez, M.	483	Quintán Mendez, M.	375	Revueña Arroyo, R.	197, 228
Ponce Cano, A. I.	478	Quintín Gracia, J.	243	Revueña Zamorano, M.	125
Poncel Falcó, A.	157	R		Rey, M.	425, 449
Pons, A.	216	Rababaque Hernandez, M. J.	86, 141	Rey Velasco, T.	213
Pons Porta A.	257	Rabanal Basolo, A.	223	Reyes Martínez, M.	176
Porras Leal, M. L.	290	Rabanal Retolaza, S.	208, 219, 225, 241	Reyes Perea, N.	410
Porras Leal, L.	375	Rabanaque Hernández, M. J.	344	Reyes, J.	240
Porta Rey, I.	124	Rabanaque Hernández, M. J.	84	Rezusta, A.	349
Portero Larragueta, I.	278, 357	Raigal, S.	140, 273	Rezusta López, A.	442
Portero Pérez, M. P.	184, 281	Raigal Jurado, S. M.	269	Riba, X.	400
Portilla Calva, I.	197	Ramakers, J.	152	Riba Cebrián, J.	124
Portuondo Jiménez, J.	357	Ramírez Alesón, M. V.	405	Ribas Sabate, J.	286, 383, 423
Povar Marco, J.	158, 252, 274, 332, 332, 346, 471	Ramírez Barba, A.	382	Ribera, M. V.	180
Prada Rocas, M. T.	127, 224	Ramírez González, C.	227	Ribera Coves, M.	376
Prado Serrano, M. D. G.	446, 480, 492	Ramírez Gorostiza, A.	156	Ricarte Urbano, E.	252, 274
Prados, A.	407	Ramírez Lopez, R. M.	143	Ricci, M.	420, 423, 425, 440, 450, 454
Prados, C.	490	Ramírez Moreno J. A.	217, 494	Ricci, M. A.	353
Prat, A.	461	Ramírez Pastor, V.	236, 483	Ricci Suzzara, A.	429
Prat Fabregat, S.	302	Ramírez Pizano, A. M.	375	Rico, M.	445
Prat Marín, A.	214, 275	Ramírez Sánchez, A.	438	Rico Villalba, M.	388
Prats Alonso, E.	281, 359, 385	Ramírez Soto, G.	448	Ridao March, A.	395
Preciado Barahona, M.J.	134, 187, 218, 268, 283	Ramiro Tena, E.	178	Riera Dalmau, R.	356
Prieto, P.	163	Ramón, R.	187, 187	Riesgo Fuertes, R.	336
Prieto Acedo, R.	333	Ramón Canton, C.	379	Rios, L.	229, 236
Prieto Andrés, P.	259	Ramón Esparza, T.	136, 250, 491	Ríos Riquez, M. I.	178, 479
Prieto Guerrero, M.	289	Ramos, E.	287	Rios Urrechú, A.	150, 438
Prieto Peraita, M.	291	Ramos Carrera, N.	272	Rios Valles, L.	217, 320, 492
Pros Poquet, R.	165	Ramos D'angelo, F.	410	Ripoll Pons, M.	448
Pscual Hernando, Á.	273	Ramos Martín, S.	249	Riquelme Bernal, M. J.	135
Puche Rubio, G.	172, 196, 409	Ramos Montes, J.	383, 423	Risco Otaoaurruchi, C.	271
Puente Benavides, E.	489	Ramos Nadal, G.	278, 283	Rius Rafecas, M. D. Á.	267, 399
Puente Palacios, I.	345, 348			Rivas, F.J.	159

Rivas Costa, G.	202, 222	Román Medina, I.	129	Saboya Sánchez, S.	169
Rivas Flores, F.J.	232, 233, 305, 388	Romeo Gutierrez, A.	252	Sadaba Garay, F.	327
Rivas Jiménez M.	250	Romeo Laguarda, A. M.	489	Saenz Arosa, M. T.	253
Rivera Álvarez, A.	149	Romera Hernández, J.	399	Sáenz Ortiz, P.	423
Rivera Sanz, F.	423, 449	Romero Arroyo, F.	422	Saez Carral, MT.	202
Rivero Montesdeoca, Y.	234	Romero Cuenca, F.	293, 359	Saez Diez Vea, B.	265, 303
Rivert Rufián, R.	264	Romero De Castilla Gil, R. J.	159, 432	Saez Lavilla, C.	260
Rizo Gómez, A.	434	Romero Duro, M. D. M.	408, 473	Sáez Sierra, C.	146, 402
Roa Almazán, Á.	262, 263, 264	Romero Mariscal, M. T.	133	Sáez Soto, A.	178
Robledillo Colmenares, P.	346	Romero Montenegro, C.	145	Sáez Soto, Á. D. R.	358, 364, 365, 366, 427, 460
Robledo González, A.	383	Romero Pastor, M. J.	320	Sagarra Álamo, R.	344
Robles, A.	170	Romero Tierra, C.	272	Sagastiberri Arruabarrena, M. J.	393
Robles Antúnez, D.	302	Romeu Antelo, M.	187	Sahagún Pareja, J.	333
Robles García, M.	398	Ron Martinez, N.	477	Sahun C.	328, 349
Roca Vela, y grupo, M. A.	394	Roncero Barreda, P.	469	Sahuquillo Bartolomé, S.	311, 376
Roche Rebollo, E.	160	Ropero, C.	195	Sainz, E.	152
Ródenas Checa, J.	371	Ros García, V. M.	178, 358, 365, 366	Saiz Gonzalez, P.	185
Rodero Álvarez, F.	286	Ros Martrat, T.	216	Sala Ayma, J. M.	369
Rodrigo, M. I.	126	Ros Muñoz, B. F.	252	Sala Vilajosana, N.	422, 429, 430
Rodrigo Conde, C.	264	Ros Tristan, C.	286	Salamanca Rivera, E.	185
Rodrigo Rincón, I.	204	Rosell Salvado, G.	244	Salas Valero, M.	449
Rodrigo Yudego, R.	285	Roses, E.	170, 163	Salas Verdugo, G.	323
Rodríguez, L.	421	Rosés Monfort, E.	192	Salazar, A.	267, 287
Rodríguez, M.	181, 198, 236	Rossello Urgell, J.	436, 439, 405, 411	Salazar De La Guerra, R. M.	144, 146, 174, 249
Rodríguez, M. I.	233	Royo Serrano, M.	271	Salazar Vellido, A.	154
Rodríguez Baño, J.	273	Ruano, J.	400	Salcedo Aguilar, F.	81
Rodríguez Cabello, F.	153, 402, 408	Ruano Ríos, M. L.	364	Saldaña Casado, R.	174
Rodríguez Cano, T.	186, 240	Rubial Bernardez, F.	110, 183, 127	Saldaña Fernández, T.	123
Rodríguez Cobos, M.	452	Rubio, M. C.	245, 288	Saldaña Lusarreta, M. L.	354
Rodríguez Cundín, P.	398	Rubio Álvarez, J.	447, 127	Salgado, E.	354
Rodríguez De La Torre, R.	222	Rubio Benito, E.	317	Salinas, M.	450
Rodríguez De Lucas, A. M.	217	Rubio Buisán, L.	258	Salinas Gargía, S.	231
Rodríguez García, A.	420	Rubio Cavero, R.	373	Salles Creus, M.	214, 275
Rodríguez García, J.	186, 285, 473	Rubio Escuin, R.	372	Salmerón López, E.	135
Rodríguez García, L. C.	396, 408	Rubio Manzanares, J. A.	240	Salmerón Lucas, M. G.	358
Rodríguez García, M. A.	489	Rubio Martínez, A.	372	Salvador, P.	278
Rodríguez González, L.	155, 241	Rubio Salvador, A.	397	Salvador Guadayol, C.	299
Rodríguez Gutiérrez, G.	197	Rubio Sastre, P.	135, 173	Salvador Verges, A.	400
Rodríguez Huertas, A.	336	Rueda García, M. J.	192	Salvans Sánchez, Q.	418
Rodríguez Idígoras, M. I.	126, 243	Ruescas Redondo, M.	143	Salvo, S.	245, 288
Rodríguez Luna, J. M.	442	Ruibal Morell, Á.	321	Salvo Gonzalo, M. S.	293, 359
Rodríguez Martínez, M. Á.	122, 174	Ruiz, Al.	254	Samaniego Díaz De Corcuera, M. E.	210
Rodríguez Martínez, M.	146, 391	Ruiz Alonso, S.	391	Samaniego Prieto, J. M.	300
Rodríguez Martínez, C.	416	Ruiz Alvarez, E.	155, 179, 244	Sambola Ferre, G.	436
Rodríguez Molina, M. A.	358, 362, 488	Ruiz Clavijo Díez, M. T.	442	Sambola Figueras, G.	204
Rodríguez Morales, D.	167, 185, 194	Ruiz De Zárate, I.	166	Samper Saura, M. Y.	357
Rodríguez Moreno, C.	447	Ruiz Echevarria, A.	244, 441	Sampietro Nuñez, E.	462
Rodríguez Muñoz, M.	200, 202, 467	Ruiz Esteban, P.	126	San Antonio Marinas, M.	387
Rodríguez Ortega, A.	147	Ruiz González, F.	257	San Miguel Arbués, D.	232
Rodríguez Palomino, M. A.	180	Ruiz González, T.	493	San Miguel Martín, N.	305
Rodríguez Pérez, S.	193	Ruiz López, L.	183, 474	San Miguel San Martín, J.	351
Rodríguez Revilla, O.	416, 457	Ruiz López, M.	251	San Román, A. M.	196
Rodríguez Rodil, N.	189, 382, 385, 389, 400, 419, 462, 468, 471	Ruiz Martínez, C.	213	San Sebastián, J. A.	401, 456, 471
Rodríguez Santana, J.	260	Ruiz Nicolás, B.	423	Sánchez, J. M.	373, 493
Rodríguez Torrente, M.	286	Ruiz Romero, V.	232	Sánchez, L.	366, 466
Rodríguez Valle, A.	142, 321	Ruiz Ruiz, F.	250	Sánchez, M.	255
Roige, J.	321	Ruiz Sainz, E.	278, 283	Sánchez, V.	401, 456, 471
Roige Sole, J.	321	Rumbo Prieto, J. M.	253, 375	Sánchez Alonso, S.	121
Rojas, B.	251	Ruy Díaz Cobos, F.	211	Sánchez Bernal, R.	150, 156
Rojo Roldán, F.	411			Sánchez Brunete Ingelmo, V.	189, 382
Rojo Santos, E.	295			Sánchez Cabezudo, A.	348
Roldán, M. A.	190	S		Sánchez Calzado, J. A.	297
Roldán, J.	342	Saavedra Quirós, V.	346	Sánchez Cuadal, B.	379
Rolón Aguilar, E.	256, 257	Sabate Aguila, Y.	204, 436	Sánchez De Las Matas Garre, M. J.	357
Román, B.	287	Sabater Raga, R. M.	149, 283, 297		

Sánchez Fernández, A. M.	138, 258, 279	Santamaría, L.	222	Serra Genís, C.	336
Sánchez Fernández, M.	371, 386, 404	Santamaría Laín, R.	242	Serra Pascual, J.	399
Sánchez Ferragut Rojas, G.	192, 252	Santamarina Montila, S.	316	Serradilla Cocheró, P.	312, 336, 473
Sánchez Ferrer, C.	220	Santana López, G.	312, 380, 475	Serrano, P.	159, 388
Sánchez García, A.	479	Santaolaya Cesteros, M.	202, 222, 370	Serrano Balazote, P.	232, 233, 279, 305
Sánchez Garre, J.	342, 344	Santas Muñiz, J.	381	Serrano Del Río, C.	220
Sánchez Garrido Escudero, R.	243, 126	Santiago García, C.	314, 318, 343	Serrano González, A.	413
Sánchez Gómez, M. B.	248, 249, 264, 299, 341, 356, 378, 379	Santiago García, M.	313	Serrano Mislata, N.	313
Sánchez González, L.	256	Santiago García, M. C.	317, 459, 482, 484	Serrano Moya, P.	289, 297, 448
Sánchez González, P.	467	Santiñá, M.	461	Serrano Peris, D.	157, 158, 260, 337, 432
Sánchez González, R. P.	182, 256, 257, 407	Santiñá Vila, M.	214, 275, 286, 302	Serrano Pérez, D.	197
Sánchez Guerrero, A.	346	Santiveri, E.	242	Serrano Plou, M. A.	272
Sánchez Guisande-Jack, D.	321	Santlaya, F.	261	Serrano Ruiz, A.	169
Sánchez Haya, E.	283	Santolaya, F.	262, 391	Serrano Trillo, I.	141
Sánchez Ibáñez, M. J.	304	Santorromán, E.	349	Serrano Vicente, M. C.	482
Sánchez Izquierdo Riera, J. A.	280	Santorroman Jovellar, E.	130	Servera Gornals, M.	122
Sánchez Labrador, E.	348	Santos, A. C.	419	Sese, A.	227, 303, 229
Sánchez Lorenzo, M.	259	Santos, P.	287	Sesé Sánchez, M. A.	344
Sánchez Martín, R.	167	Santos Álvarez, P.	262	Sevilla Gimeno, A.	265
Sánchez Martín, M. D. M.	215	Santos Gómez, Á.	181, 203, 399	Sevilla Hernández, E. A.	316, 339
Sánchez Martínez, A.	427	Santos López, L.	352	Sevilla Hernández, G.	316
Sánchez Martínez, I.	386, 470	Santos Ruiz, C.	483	Sevillano González, N.	207
Sánchez Martínez De La Peña, A.	458	Sanz, C.	342, 486	Sierra Bergua, B.	418
Sánchez Monge, V.	168	Sanz Amores, R.	134	Sierra Prefasi, F. J.	140, 414
Sánchez Montahud, M. T.	483	Sanz Bayona, M. T.	223	Sierro Petrerena, S.	457
Sánchez Mora Prieto, C.	485	Sanz Cortés, J.	181, 399, 446, 480, 492	Silvestre Busto, C.	140, 165
Sánchez Navarro, M. R.	384, 407	Sanz Cuesta, T.	148, 189, 199	Simón-Riazuelo, J. L.	297
Sánchez Nieto, J. M.	224, 231, 278, 312, 474	Sanz De Icaza, L.	414, 463	Sirvent, J.	450
Sánchez Nieto, J.	129	Sanz De Miguel, E.	148	Smilg Vidal, F.	241, 315, 377, 401
Sánchez Paniagua Aguado, M.D.C.	369	Sanz Del Oso, J. J.	459	Smits Cuberes, A.	426
Sánchez Paredes, A.	438	Sanz Gómez, A. I.	464	Sobrados Ferradal, M. D. C.	408
Sánchez Parrilla, M.	326	Sanz López, A.	487	Sobral Ferreira, M.	353
Sánchez Pérez, M. T.	203	Sanz Salvador, X.	351	Sobreviela Celma, M. N.	252
Sánchez Perruca, L.	167, 185	Sanz Virseda, A.	164	Sol, L.	189
Sánchez Polo, C.	135, 168	Sarabia Lavín, R.	295	Sola Antón, J. F.	314
Sánchez Polo, M.T.	162	Saras Piedrafitá, D.	232, 311	Sola Miravete, E.	126, 481
Sánchez Rey Castro, E.	397, 402, 407	Sarrión Paños, N.	397, 402	Solana Peña, R. M.	485
Sánchez Robles, L.	135, 173	Sarrión Paños, N.	407	Solanas Murillo, J. M.	390
Sánchez Rodríguez, D.	348	Sarrionandia Azaola, S.	233, 241, 284	Solano López, R.	400, 468, 471
Sánchez Rovira, P.	395	Sauque, M.	421	Solano Villarrubia, C.	124, 312
Sánchez Rubio Lezcano, J.	125	Saura Pizarro, M. D.	192, 207, 252	Solano Villarrubia, M. C.	473
Sánchez Rus, J.	152, 201	Saura, R. M.	237	Solas, O.	171
Sánchez Salido, L. T.	395	Schmidt Fernández, G.	313	Solas Gaspar, O.	231
Sánchez San Martín, M. J.	331	Sebastiá Benet, M.	359	Solduga, C.	455
Sánchez Sánchez, C.	297	Sebastián Fernández, C.	336	Solé, M.	364
Sánchez Uria, L.	415	Sebastian Palomino, A.	146, 174	Solé Orsola, M.	360
Sánchez Valdepeñas, M.C.	383	Sebastián Poza, N.	401	Soler Fontanet, M.	487
Sánchez Vicente, J. M.	249	Sebastián Viana, T.	218	Soler Gallego, P.	362
Sancho Gómez, M.	124	Secades Romero, R.	477	Soler Gimeno, T.	161
Sancho Madrid, B.	189	Segovia Escribano, M. D.	303	Solozabal Orbegoza K.	208, 219, 225, 233, 284
Sanclemente, S.	193	Segovia Gómez, T.	125	Sols, P.	189
Sanclemente Giménez, S.	443	Seguí Llorens, J. A.	278	Sols Lladó, P.	288
Sancosmed Ron, M.	339	Seguridad Clínica, C.	139	Sommer- Álvarez, E.	175
Sandoval Sabater, F.	270	Selgas, R.	383	Soria Aledo, V.	151, 380, 417, 474
Sangrador Arenas, L. A.	133, 163, 311, 484	Senosiain Ibáñez, I.	260	Soria Cabeza, G.	272
Sanjoaquin Romero, A. C.	130, 191, 472, 349	Sepúlveda Muñoz, J.	126, 243	Soria Ruiz, D.	272
Sanjoaquin, A. C.	328, 330	Seral, A.	151	Soriano A.	123
Sanmartín Allue, H.	220	Seral, C.	288	Soriano P.	191
Sans Blanco, M.	455	Seral, E.	419	Soriano, Z.	389
Sans Boix, A.	237	Seral Muñio, M. E.	296, 483	Soriano Gil-Albarellos, P.	169, 196, 415
Santa Ursula Tolosa, J. A.	357	Serano Peris, D.	142	Soriano Hernández, F. J.	367
		Serena, J.	460	Soro Alcubierre, G.	194, 334
		Sergio, N. C.	335	Sotelo Martín, M.	489
		Serna Rodríguez, F.	121, 122, 160, 178, 185	Sotillos, E.	191

Suárez Aleman, G.	325, 334
Subías Rocabert, A.	299
Subirá Ríos, J.	212
Suriñach, A. Aloy, D.	283

T

Taboada Gómez, J.	173, 258, 438
Tabuenca Espada, M. P.	216
Tafalla Bordonada, C.	327, 327
Tahoces Bastida, C. J.	219
Tajada Duaso, M.	340
Talegón Pinilla, C.	228
Tamayo, A.	153
Tamborero, G.	108, 192, 207
Tamborero Cao, G.	122, 153, 253, 306
Tapia, A.	255
Tarí García, A.	142
Teixidó Planas, C.	363
Tejada Barrigón, F.	213, 412, 414
Tejada Haffman, A. I.	414, 463
Tejero, M.	171
Tejero López, E.	304
Tella, C.	439, 443, 466
Tella Madorrán, C.	368
Tello, A.	303
Tello García, M. L.	208
Tenas Miró, L.	328
Teresa, G.	477
Teresa, S.	204
Teron Martínez M. J.	358, 365, 366, 460
Terrón Cuadrado, M.	166, 279
Tevar López, C.	323
Thomson Llisterri, C.	121
Timón Peralta, J.	487
Timoner, E.	192, 207
Tiscar González, V.	360
Tojeiro Lorente, S.	151, 312
Tolosana, T.	303
Tomás Almazán, P.	269
Tomás Aragones, L.	180, 190, 282, 359, 368, 393, 433
Tomás Cedó, R. M.	229, 267
Tor, S.	275
Tor Aguilera, J.	213
Toral Vázquez, D.	243, 280
Toribio Montero, J. C.	211
Toribio Prieto, M.	423
Torrijano Casalengua, M. L.	159
Toro Chico, P.	426
Torralba Arranz, A.	346
Torrano García, R.	247, 335, 381
Torrens	123
Torrens Serra, M. T.	481
Torrente, S.	407
Torres Berdonces, M.	433
Torres Celda, A.	121
Torres Clemente, E.	286, 393
Torres Donaire, J.	397
Torres Donoso, A.	361, 367
Torres Esparza, N.	171
Torres González, G.	177, 447
Torres Macías, V.	258
Torres Sopena, L.	333
Torrijo Solanas, R.	433
Torrijo Veintemillas, L.	334

Tosat, C.	473
Tosat Mancho, C.	186
Tourís Lores, M.	402, 452
Tous González, J. L.	157
Tovar, AR.	242, 424
Toyas, C.	442
Triana Hernández, M. M.	399
Tricás Moreno, J. M.	269
Tricás Moreno, D. J. M.	169
Triguero Triguero, M. A.	432
Trilla García, A.	214, 275, 461
Trincado, P.	437
Trincado Aznar, P.	373
Trinidad Trinidad, R.	276
Tris Ara, M. J.	272
Tristan Fidalgo, M.	224, 294
Troyano Del Barco, A.	188, 421
Trueba Costas, M.	282
Tudela Soler, A.	356
Turón Alcaine, J. M.	215, 319, 329, 331
Tusquellas-Oto, C.	297

U

Ubach, R.	254
Ubierno, M. J.	285
Ubis Diez, E.	130, 191
Ubis González, A.	289
Udez Legaristi, D. J.	141
Ugalde, M.	116
Ugarte Aróstegui, I.	172
Unanue Rodríguez, S.	206
Unidad De Calidad, L. M. D. L. C.	270
Urbietta Sanz, E.	427
Urcelay Echeverría, M. A.	254
Urcola Carrera, J. A.	173
Urdampilleta Saracho, M. A.	475
Ureña Ramírez, I.	351
Urgelles, J.	187, 430
Urgelles Bosch, J.	198
Uriarte Brizuela, P.	475
Uribe Comps, F.	472
Urralburu Tainta, J.	414
Urrechú Reboiro, L.	150, 438
Urruela Olivan, M.	431
Urrutia Johansson, I.	149, 215, 244, 327, 441
Urtubia Palacios, A.	200
Usandizaga De Antonio, E.	168
Usandizaga Endaya, A.	445
Usandizaga Uranga, M.	386, 404
Usón Abenia, A.	409
Utande Vázquez, A.	405

V

Vadrí, J.	328
Val Carrascon, I.	205
Val Carrascón, M. I.	182
Val Pérez, J.	158
Valdés, JC.	306
Valdés-Casas, JC.	109
Valdivia Barrales, F.	223
Valdivinos Mahave, M. C.	135, 168
Valenzuela Anguita, M.	178
Valera Barreda, V.	468, 469
Valera Gil De Pareja, A.	178, 365

Valero Sales, J.	351
Valero Sanguino, B.	474
Valiente Borrego, F.	386, 470
Valiente Martínez, C.	418
Vall, E.	415
Valle Garrido, P.	155
Valle Gerhold, J.	212
Valle Madrazo, T.	398
Valladolid, A.	490
Vallés Gállego, V.	263
Valles Gracia, M. L.	194
Vallespi Cantabrana, A.	372
Vallespin Meseguer, M.	301
Vallina, O.	246
Valls, C.	256
Valls Montal, C.	128
Valverde Cartie, H.	187, 198, 275, 430
Valverde Alcántara, Y.	147
Valverde Citores, R. M.	155, 179, 220, 244, 254
Vaquerizo Alonso, C.	121
Vaquerizo Galán, M. I.	289
Vaquero, S.	260
Vaquero Álvarez, P.	355
Vara, M.	311
Varela González, A.	234, 239, 240, 272, 301
Varela Martínez, I.	482
Varela Soto, B. G.	463
Varela Soto, M. G.	414
Varez Pastrana, M. A.	331
Vargas Padial, J. C.	467
Vasco Rodríguez, Y.	417
Vázquez, E.	205
Vázquez Pérez, M. S.	459
Vázquez Quiroga, B.	377
Vázquez Valdés, F.	175, 304
Vecino Soler, A.	192, 219, 264, 470
Vega, G.	316
Vega González, G.	493
Vega González, M. A.	493
Vega Toca, V.	282
Vegas Gómez, E.	189
Vela, M.	229
Vela Marquina, M. L.	124, 333, 372, 409, 463
Velamazan Rama, A.	317
Velasco Carrasco, M.	387
Velasco Rocés, L.	205
Velasco Tarrero, S.	396
Velasco Valverde, E.	214, 255, 330, 479
Velasco Zamorano, G.	146, 408
Velayos Amo, C.	123, 285
Velilla Pozancos, A.	427
Ventura, T.	227
Ventura Huarte, I.	187
Vera Espartero, J. M.	256
Vera Garcés, A.	443
Vera Rodríguez, M. A.	329, 371
Veras Sanz, J. A.	268, 283
Verdaguer Gorchs, J.	238
Verde Colinas, C. M.	460
Vernet Moya, P.	156
Vial Escolano, R.	143
Vicente, A.	249
Vicente, C.	392

Vicente Aedo, M. M.	347
Vicente De Vera Bellostas, B.	405
Vicente Edo, M. J.	216
Vicente Gaspar, C.	288
Vicente Gómez, I.	264
Vicente Hernández, C.	416, 457
Vicente Iturbe, C.	313
Vicente López, B.	340, 487
Vidal, T.	123
Vidal, X.	189
Vidal Esteve, E.	125, 141, 152, 201, 251, 296, 324, 331, 332, 390
Vidal Maroño, M. E.	253
Vidal Milla, A.	286
Vidal Peracho, D. C.	169, 269
Videla, S.	109, 306
Vigueras Paredes, P.	261
Vila Balcells, B.	209
Vila Santasuana, A.	244
Vilalta Freixa, A.	248
Vilanova, F.	256
Vilanova Cardenal, F.	286
Vilaplana García, A. M.	163, 289, 297
Vilarasau Farré, J.	154
Vilches Martínez, M. A.	189
Villa Gazulla, M. T.	210, 229, 317
Villa Ruiz, I.	406
Villa Valle, R.	208, 219, 225, 233, 284, 475
Villa Villa, E.	148
Villada, P.	144, 253
Villagrasa Ferrer, J. R.	486
Villalonga, R.	267
Villalonga Vadell, R.	287
Villamor Borrego, M.	164
Villán, J.	419
Villanova Lanuza, A.	245
Villar Arnal, M. T.	242
Villar Caramés, A.	13, 311
Villar Eceiza, M.K.	248
Villar Fernández, I.	210, 179
Villar Lastras, M.	479
Villar Sánchez, M. I.	285
Villarroya Font, C.	226
Villarroya Font, M.A.	226
Villasevil Llanos, E. M.	396
Villaverde Royo, M. V.	157
Villaverde Royo, V.	158
Viniegra Ros, T.	200
Vinuesa Sebastián, M.	327
Viñuales Armengol, C.	381
Viñuales Soto, T.	475
Viscasillas, M.	472, 474
Visedo López, J.	270
Visedo López, J. A.	261
Vitaller, J.	203, 492
Vitaller Burillo, J.	127, 198, 454
Vitores Picón, M. P.	189
Vitoria García, E.	157, 422
Vivanco, M. D.	324
Vivancos, J.	139
Vives Maffiotte, C.	152, 201
Vives Vives, E.	171
Vivet Ferrer, R. M.	176

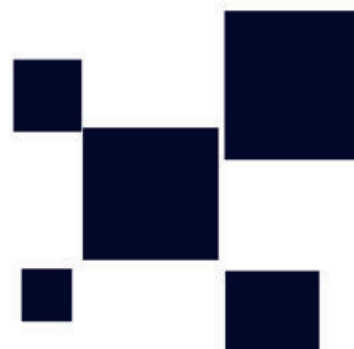
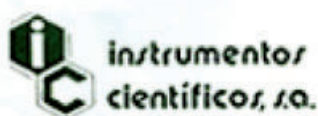
Y

Yagüez Rubio, C.	359
Yetano Laguna, J.	154, 155
Yurrebaso Ibarreche, M. J.	430

Z

Zamora, J. A.	266, 473
Zamora Rodríguez, M. J.	199, 259, 449
Zamorano Andrés, M. C.	415
Zapata Adiego, C.	319
Zapata Jiménez, J. C.	397
Zapico Baragaño, M. J.	127, 294
Zaragoza Fernández, J. L.	167
Zaragoza, C. E.	153, 402, 408
Zarate Riscal, L.	361
Zarate Soloeta, M.	403
Zarazaga, G.	395
Zayas, S.	145
Zayas, S.	284
Zazo Romojaro, M.	330
Ziadi, M.	136
Ziadi Trives, M.	127, 198
Zorita Ramos, A.	462
Zuazo, M.	363
Zuazo Onagoitia, M.	157
Zuazo Zamalloa, E.	220
Zubiri Ara, M. L.	352
Zueco, E.	222
Zumajo-Gijón, V.	131
Zurutuza Orthous, M.	194

Con la colaboración de:





MSD

El lado humano de la medicina
www.msd.es

