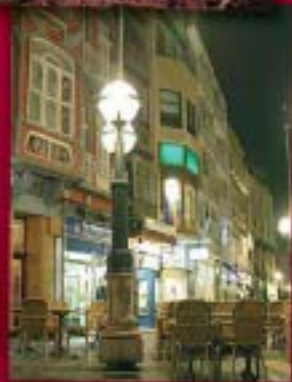
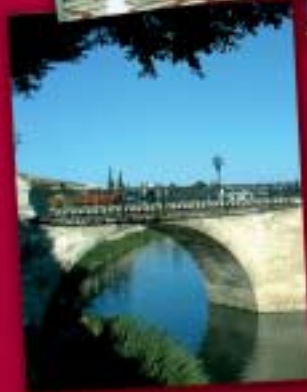


V Congreso regional de Calidad Asistencial

Murcia, 15 y 16 de junio de 2005



V Congreso Regional de Calidad Asistencial

Murcia, 15 y 16 de junio de 2005

www.somuca.org



Declarado de Interés Sanitario por la
Consejería de Sanidad de la Región de Murcia

Edita: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial
Editores: Ortún J, Parra P, Gómis R, Ramón T, Más A.
Imprime: Cordisur, S.L.
D. L. : MU-1108-2005.

ÍNDICE

■ BIENVENIDA	5
■ JUNTA DIRECTIVA, SECRETARÍA TÉCNICA Y COMITÉS	7
■ PROGRAMA CIENTÍFICO	11
■ COMUNICACIONES ORALES.....	21
Mesa 2.....	23
<i>Comunicaciones C-01 a C-12</i>	
Mesa 3.....	47
<i>Comunicaciones C-13 a C-23</i>	
Mesa 4.....	67
<i>Comunicaciones C-24 a C-34</i>	
Mesa 5.....	85
<i>Comunicaciones C-35 a C-46</i>	
■ COMUNICACIONES PÓSTER	103
Comunicaciones Póster P-01 a P-48	
■ PONENCIAS	171
MESA 1	
Experiencia en Andalucía sobre diseño/gestión de procesos	173
<i>Antonio Torres Olivera.</i>	
Proyecto EMCA-OMS: rediseño global de cuidados de salud	175
para enfermedades crónicas.	
<i>Pedro J. Saturno Hernández.</i>	

MESA 6

Control estadístico de procesos para gestionar un hospital sin dolor 179
Francisco López Soriano.

¿Variabilidad o desconcierto?: el proceso de atención a mujeres con sospecha
clínica de cáncer de mama en la región de murcia 185
José Aguilar Jiménez.

La iniciativa hospital amigo de los niños (IHAN): un camino hacia la salud. 193
Ricardo García de León González

MESA 7

Efectos adversos ligados a la hospitalización. Una aproximación epidemiológica 197
Jesús M. Aranz Andrés.

Proyecto para la seguridad de pacientes y profesionales en la Región de Murcia 203
Julián Pedro Paredes Martínez

BIENVENIDA

La Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA) nació en 1997 con el espíritu de integrar a todos los profesionales sanitarios y sociosanitarios de la Región en torno a una meta común: la de mejorar la calidad de los servicios que prestamos, promoviendo y orientando la investigación y formación en materia de gestión de la calidad, así como promover el debate y el intercambio de experiencias en todos los aspectos relacionados con la calidad asistencial.

Este es el V Congreso Regional que se organiza y, a la luz de los resultados obtenidos, puede afirmarse que se ha conseguido el objetivo primordial, que no era otro que el de consolidar un lugar de encuentro de los profesionales sanitarios regionales interesados en los temas relacionados con la Calidad Asistencial.

En este Congreso se presentan 46 Comunicaciones Orales, 48 Comunicaciones Posters, 10 Ponencias y 2 Conferencias, lo que es un indicador tanto del importante número de actividades que sobre Calidad Asistencial se realizan en la Región, como del reconocimiento del encuentro bienal que promueve SOMUCA.

Como Sociedad queremos darte la más cordial bienvenida, y estamos a tu disposición para que conjuntamente consigamos mejorar, edición a edición, este foro científico.

La Junta Directa de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

JUNTA DIRECTIVA
SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Presidente:

Pedro Parra Hidalgo

Vicepresidente:

Juan Miguel Sánchez Nieto

Secretario-Tesorero:

Rafael Gomis Cebrián

Vocales:

J. Miguel Bueno Ortiz

José Eduardo Calle Urra

Julián Alcaraz Martínez

M^a Dolores Egea Romero

Andrés Carrillo González

Pedro Jesús Saturno Hernández

Tomás Fernández Aparicio



SECRETARÍA TÉCNICA
DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

CEDES, S.L.

C/. Arquitecto Cerdán Martínez, 1.

Edif. Casino, 2º A. 30001 Murcia

Teléfono: 968 210 684

Fax: 968 211 899

e-mail: congresos@cedes.es

www.somuca.org

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Pedro Parra Hidalgo

Secretario:

Jesús Ortín Montero

Coordinador Ejecutivo:

Rafael Gomis Cebrián

Vocales:

Manuel Alcaraz Quiñonero

Andrés Carrillo González

M^a Dolores Egea Romero

Tomás Fernández Aparicio

Francisco López Soriano

Mercedes Martínez-Novillo González

Adelia Más Castillo

Manuel Ángel Moreno Valero

Teresa Ramón Esparza

Manuel Villegas García



COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Pedro Jesús Saturno Hernández

Secretario:

José Miguel Bueno Ortiz

Enlace Comité Organizador:

Rafael Gomis Cebrián

Vocales:

Eva Abad Corpa

Julián Alcaraz Martínez

José Eduardo Calle Urra

Carmen Castillo Gómez

Pedro González Martínez

Rosario Hernández Vera

Julio López-Picazo Ferrer

María Saturnina Martínez Pérez

Mariano Martínez Fresneda

M^a Carmen Santiago García

V Congreso Regional de Calidad Asistencial

Murcia 15 y 16 de junio de 2005

PROGRAMA





PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES, 15 DE JUNIO DE 2005

- **16'00 horas**
Recepción y entrega de documentación.

- **17'00 horas**
Inauguración Oficial del Congreso.

- **17'30 horas**

MESA 1 (Sala 10)

DISEÑO DE LA ATENCIÓN CLÍNICA EN LA PRÁCTICA: CÓMO HACER LO CORRECTO, CORRECTAMENTE Y A TIEMPO.

Moderador:

Pedro Parra Hidalgo. *Presidente de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial.*

Experiencia de vías clínicas del Hospital Morales Meseguer de Murcia.
José Luis Aguayo Albasini. *Jefe de Servicio de Cirugía.*

Experiencia en Andalucía sobre diseño/gestión de procesos.
Antonio Torres Olivera. *Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.*

Proyecto EMCA-OMS: Rediseño global de cuidados de salud para enfermedades crónicas.
Pedro J. Saturno Hernández. *Universidad de Murcia.*

- **19'30 horas**

CONFERENCIA (Sala 10)

ESTRATEGIAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS.

Rafael Bengoa Rentería. *Director, Health System Policies and Operations for the World Health Organization.*

- **20'30 horas**
Fin de la Sesión.



PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES, 16 DE JUNIO DE 2005

- **09'00 horas. Comunicaciones temáticas y libres.**
- **MESA 2 (Sala 13). Comunicaciones C-01 a C-12.** (simultánea con Mesas 3, 4 y 5).

Moderador:

Manuel Ángel Moreno Valero. *Director Gerente. Gerencia de Atención Primaria. Cartagena.*

- C-01** Indicadores compuestos sobre la encuesta de calidad percibida en Atención Primaria.
López-Picazo Ferrer JJ, Lázaro Agustín MD, Sanz Mateo G, Villaescusa Pedemonte ME, Alarcón Sabater P, Alarcón González JA.
- C-02** Programa de atención al fumador sanitario. Área de Salud de Lorca. Encuesta.
Valero Delgado F, Bravo Martínez G, Manuel Sánchez AI, López Peñas C, Lozano Semitiel MF, Valero Sánchez I.
- C-03** Deshabitación a benzodiazepinas en la población: ¿es posible?
Ballesteros Pérez AM, Martínez Andreo MC, García Sánchez I, Tolino MJ, Galindo Fernandez D, López Castilla IM.
- C-04** Prescripción inadecuada de antibióticos en el resfriado común. ¿hemos mejorado?
Gomariz García JJ, Toledo Campillo F, Ruiz Navarro C, Pérez Periago R, Soriano Ibarra J, Jiménez Herrera CM.
- C-05** Utilización de antibióticos en Atención Primaria de Lorca.
Salas Martín E, Rausell Rausell V, Jaldo Alba F, Guerrero Sánchez G, Maldonado Martínez B, Fernández Carbajal.
- C-06** Atención a personas con hipertensión arterial: ciclo de mejora en un área de salud.
Santiago García MC, Barragán Pérez AJ, Fontcuberta Martínez J, Moreno Valero MA, García González AL, Martínez García JF.
- C-07** Atención a personas con dislipemias: ¿en que tenemos que mejorar?
Santiago García MC, García González AL, Barragán Pérez AJ, Moreno Valero MA, Fontcuberta Martínez J, Pérez Aguilar F.
- C-08** El ABC de la diabetes.
Jimenez Martínez J, Baeza Alcaraz A, Gutiérrez Gabriel S, Nicolás Orenes G, Cabrera Bravo A, Vicente López JI.
- C-09** La Diabetes tipo 2, un reto asistencial no superado.
Santo González A, Huertas Sánchez MJ, López Marín M, Cazorla Mendez A.
- C-10** Incapacidad temporal: ¿cómo estamos respecto a los estándares recomendados para los procesos más frecuentes?
Barragán Pérez AJ, Santiago García MC, García González AL, Alcántara Zapata F, Moreno Valero MA, Martínez García JF.
- C-11** Las demoras para acceder a consulta médica. Una oportunidad de mejora en Atención Primaria.
Santiago García MC, Barragán Pérez AJ, Moreno Valero MA, Martínez García JF, Fontcuberta Martínez J, García González AL.
- C-12** Mejora en el seguimiento de las reparaciones de averías en una gerencia de Atención Primaria.
Furió Ibáñez JA, Martínez Hernández A, Barroso García JA, Díaz Lorente M, Anza Aguirrezabala I.

■ **MESA 3 (Sala 12). Comunicaciones C-13 a C-23.** (simultánea con Mesas 2, 4 y 5).

Moderadora:

María Saturnina Martínez Pérez. *Directora de Enfermería. Hospital Rafael Méndez. Lorca.*

C-13 Evaluación de la calidad de la información a los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica.

Lozano Marín MJ, Navarro Viudes F, Maestro Garrido MA, Guzmán P, Soria Aledo V, Aguayo Albasini JL.

C-14 Calidad de atención en consultas externas medida por encuesta telefónica.

García Ahlers C, Cano Nieto A, Bataller Peñafiel E, Alcaraz Martínez J.

C-15 Mejora de la información de los pacientes sometidos a punción guiada por TC.

Blanco Barrio A, García Gerónimo A, Bustillo Busalacchi PJ, Escudero Cárcelos F, Marín Marín JM, Sánchez Torres A.

C-16 Mejora de la comunicación en la entrevista clínica de pacientes ingresados.

Campillo Guerrero N, Vicente Calderón J, Martínez Montiel P, Alemán Lorenzo A, Pretel Serrano L, Andreo Martínez JA.

C-17 Ciclo de evaluación de la técnica de extracción de sangre en Atención Primaria.

Navarro Moya FJ, Rodríguez González MC, Nicolás Viguera AB, Nicolás Viguera MD, Viguera Lorente MD, Galiana Gómez de Cádiz MJ.

C-18 Charla de fortalecimiento del suelo pélvico para gestantes en el embarazo y postparto en Caravaca.

López-Sánchez Sánchez R, Olmo Navarro JE, Pérez Juan CL, Pulido Fernández I, Sánchez Palacios C, Serrano Rojas PP, Velázquez Marín J.

C-19 Hacia una feliz lactancia natural.

Romera Navarro MA, Martínez García MC.

C-20 Evaluación de prácticas curriculares en enfermería.

Cantero González ML, Cayuela Fuentes PS, Molino Contreras JL, Segura López G.

C-21 Experiencia de autoevaluación para calidad y acreditación (ANECA) en la titulación de enfermería de la Universidad Católica San Antonio (UCAM).

López Arroyo MJ, Echevarría Pérez P, Morales Moreno I, García Sánchez MC, Fortea Gorbe MI, Lorente Gallego AM.

C-22 Evaluación y mejora del cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección de material quirúrgico en unidades hospitalarias.

Abad Corpa E, Leal Llopis J, Pérez García MC, Calvo Bohajar M, Paredes Sidracha de Cardona A, Cortés Parra C.

C-23 Ciclo de calidad de un programa de prevención de tabaquismo en la escuela.

García Martínez P, Carrillo Alcaráz A, Fernández Fernández A, Sánchez Nieto JM, García Martínez A.

■ **MESA 4 (Sala 11). Comunicaciones C-24 a C-34.** (simultánea con Mesas 2, 3 y 5).

C-24 Intervenciones farmacéuticas en la prescripción de medicamentos citostáticos.

Aranda García A, León Villar J, Tobaruela Soto M, García García T, González Billalabeitia E, García Martínez E.

C-25 Evaluación y mejora de la calidad de prescripción de citostáticos en oncología.

Tobaruela Soto M, Aranda García A, León Villar J, Villamayor Blanco L, Jorge Vidal V, Antequera Lardón MT.

- C-26** Evaluación y mejora del uso de fármacos genéricos en Urgencias.
Alcaraz Martínez J, Cano Nieto A, Pérez García R, Ayala Viguera I, Moreno Encabo IA, Abenza Jiménez P.
- C-27** Evaluación y mejora del cumplimiento de la profilaxis antibiótica en un servicio de Cirugía.
Martínez Gómez DA, Lirón Ruiz RJ, Aguayo Albasini JL, López Guillermo MD, Martínez Albaladejo Y, García Maiquez C.
- C-28** Analgesia epidural obstétrica: el mejor estandar de calidad.
Hernando Sáez J, Hernández Méndez FA, Cárcelos Barón MD, Roqués Escolar V, Verdú MT, García Ferreira J.
- C-29** Mapa de procesos nivel 0 del Hospital Morales Meseguer.
Fernández Aparicio T, Herranz Marín MT, Novoa Jurado A, Carrillo González A, Paredes Sidrach de Cardona A, Alcaraz J.
- C-30** Valoración del riesgo social en mayores de 65 años ingresados en la U.M.C.E.
García Martínez M, Brando Asensio I, García Fernández N, Gálvez Martínez MT, Carrión Martín R, Carrillo Alcaraz A.
- C-31** Evaluación y mejora de la identificación del informe de alta en urgencias.
Abenza Jiménez P, Moreno Encabo IA, Ayala Viguera I, Pérez García R, Cano Nieto A, Alcaraz Martínez J.
- C-32** Evaluación y mejora en el CMBD del Hospital Virgen del Castillo de Yecla, Murcia.
Olivares Morales JM, Martín Pérez MA, Rodríguez Navarro PJ, Muñoz Soto A, Palao Ferrándiz IM, Alcaraz Quiñonero M.
- C-33** ¿Dónde están los datos?
Muñoz Soto A, Aranda Lorca JJ, Olivares Morales JM, Viguera Paredes P, González-Moro Prats LJ, Alcaraz Quiñonero M.
- C-34** Nuevos fármacos: potencial terapéutico, variabilidad en su uso y coste.
Rausell Rausell VJ, Salas Martín E, Tobaruela Soto M, Aranda García A.

■ **MESA 5 (Sala 10). Comunicaciones C-35 a C-46.** (simultánea con Mesas 2, 3 y 4).

- C-35** Evaluación de protocolo solicitud endoscopias en un centro de salud.
Muñoz Ureña AM, Morales López R, Perez- Crespo Gómez C, De Casas Fernández X, García Arzac RM, Avellaneda Molina PJ.
- C-36** Evaluación de una vía clínica de marcapasos definitivo en una UCI polivalente.
Salvestrini Rodríguez M, Guerrero Sánchez MD, Martínez Andreo MJ, Martín Granados J.
- C-37** Evaluación de la vía clínica del neumotórax espontáneo primario.
Soria Aledo V, Coll Salinas A, Flores Pastor B, Leal Llopis J, Hernández Ferrandis MC, Aguayo Albasini JL.
- C-38** Amputaciones mayores en diabéticos. Resultados del plan de actuación en área VI.
Martínez Gomez DA, Aguayo Albasini JL, Morales Cuenca G, Aguiran Romero L, Illan Gomez F.
- C-39** Cumplimiento del protocolo de estudio de extensión del carcinoma colorrectal.
Miguel J, Soria V, Coll A, Palazón P, Campillo A, Aguayo JL.
- C-40** Mejora de los tiempos de espera de resultados de gasometrías en la consulta de Neumología.
Veracruz Coll I, Pérez Maiquez M, Sánchez Nieto JM, Carrillo Alcaraz A, Belmonte López C, Abellán Nogueira T.
- C-41** Resultado de protocolo diagnóstico de dolor torácico de Urgencias y Cardiología.
Martínez Jiménez E, Ruiz Ros JA, Alcaraz Martínez J, Jiménez Cervantes D, Capitán Guarnizo E, Carnero Varo A.

- C-42** Guía de práctica clínica para la profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios.
Munilla Das A, Soria Aledo V, Ventura López M, González Ortega J.
- C-43** ¿Qué esperan de sus especialistas en patología mamaria l@s "clientes" ?
Aguilar J, Lázaro MD, Novoa A, Martínez-Gálvez M, Ayala F Grupo Proyecto EMCA 02/04
- C-44** Percepción de los profesionales que trabajan con un sistema de vías clínicas en un servicio hospitalario.
Soria Aledo V, Flores Pastor B, Leal López J, Aznar M, Hernandez Ferrandis MC, Aguayo Albasini JL.
- C-45** Experiencia de coordinación entre niveles en la atención a la cefalea en un área de salud.
Novoa Jurado AJ, Alías Linares E, Lazaro MD, López Picazo J, Fernández Aparicio T, Sánchez Bautista S.
- C-46** Sistema de puntuación POSSUM. Una valoración de la calidad asistencial en cirugía.
Campillo Soto A, Flores Pastor B, Soria Aledo V, Candel Arenas MF, del Pozo Gil de Pareja P, Aguayo Albasini JL.

■ **11'00 horas**

Pausa Café.

■ **11'30 horas**

DEFENSA DE PÓSTERS.

■ **12'00 horas**

MESA 6 (Sala 10)

MEJORES EXPERIENCIAS REGIONALES EN CALIDAD ASISTENCIAL

Moderadora:

María Asunción Tormo Domínguez. *Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud.*

Control estadístico de procesos para gestionar un hospital sin dolor.

Francisco López Soriano. *Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz*

¿Variabilidad o desconcierto?: El proceso de atención a mujeres con sospecha clínica de cáncer de mama en la Región de Murcia."

José Aguilar Jiménez. *Unidad de Mama. Hospital José María Morales Meseguer". Murcia".*

La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños(IHAN): un camino hacia la salud.

Ricardo García de León González. *Gerencia de Área de Salud del Altiplano. Yecla.*

■ **14'00 horas**

Almuerzo de trabajo. Restaurante Karting.

■ **16'00 horas**

MESA 7 (Sala 10)

SEGURIDAD DEL PACIENTE: SITUACIÓN ACTUAL E INICIATIVAS ACTUALES

Moderador:

Abel Jaime Novoa Jurado. *Director General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Murcia.*

Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Una aproximación epidemiológica.
Jesús M^a Aranzaz Andrés. *Universidad Miguel Hernández. Elche.*

La estrategia del Ministerio de Sanidad y Consumo en Seguridad de Pacientes.
Enrique Terol García. *Subdirector de la Agencia de Calidad. Ministerio Sanidad y Consumo.*

Estrategias en seguridad de los pacientes: El Centro de Seguridad Clínica de los Pacientes.
Rosa Suñol Sala. *Directora General de la Fundación Avedis Donabedian. Barcelona.*

Proyecto para la seguridad de pacientes y profesionales en la Región de Murcia.
Julián Pedro Paredes Martínez. *Coordinador Regional de Programas para la Seguridad del Paciente. Murcia.*

■ **18'30 horas**

CONFERENCIA DE CLAUSURA (Sala 10).

La Gestión de la Calidad como factor crítico de éxito.
María Teresa Herranz Marín. *Consejera de Sanidad de la Región de Murcia.*

■ **19'30 horas**

Entrega de Premios y Clausura del Congreso.

■ **20'00 horas**

Cóctel de Clausura.

COMUNICACIONES PÓSTER

- P-01** Evaluación del procedimiento: cura y mantenimiento de los accesos venosos en el H.G.U. Reina Sofía.
Arellano Morata C, Hernández Ruipérez MM.
- P-02** Estrategias de un grupo de mejora en la implementación del lenguaje NANDA.
Hernández Ruipérez M^a M, Sáez Soto AR, Arellano Morata C.
- P-03** Evaluación del procedimiento: administración de medicación vía parenteral intravenosa en el H.G.U. Reina Sofía.
Sáez Soto AR, Arellano Morata C, Hernández Ruipérez MM.
- P-04** Protocolo del cuidado de vías venosas centrales en el Hospital Arrixaca.
Hernández Pérez F, Flores Pastor B, Bernal Valverde I, Soria Aledo V, Ruiz López FJ.
- P-05** Plan de acogida para el personal de enfermería de nueva incorporación.
Sanz Peñalver MA, Juana María Gutierrez Aranda JM.
- P-06** Control de la glucólisis en la extracción periférica.
Ródenas García V, Valdés Richart F, López Yepes ML.
- P-07** Medidas correctoras. Evaluación y evolución en el tiempo.
Pascual Costa RM^a, Alvaro Meseguer A, Gómez Gómez AE, Egea Caparrós JM, García Rocamora MD, Pérez Martínez A.
- P-08** Plan de mejora de la calidad en la contención mecánica.
Ros Romera B, Vera Piernas J, Jiménez Murcia JM.
- P-09** Análisis de la continuidad de cuidados a través del Informe de Enfermería al Alta en un hospital de tercer nivel.
Abad Corpa E, Ortells Rodríguez MJ, Paredes Sidrach de Cardona A, Inclán Ponce de León MJ, Cortés Parra C.
- P-10** Cumplimentación de la solicitud analítica en atención primaria (Área V de la Región de Murcia.)
López Yepes ML, Ródenas García V.
- P-11** Implantación de un ciclo de mejora de la calidad (prueba de la tuberculina).
Ferrer Cañabate J, García-Villanova Ruiz J, Gallego Ramírez MC, Ruiz López A, Sánchez Vera MM, Zarauz García JM.
- P-12** Revisión del seguimiento de salud bucodental en atención primaria. ¿es posible mejorar?
Ruiz Navarro C, Gomáriz Gacia JJ, Toledo Campillo, Hormigo Julio E, Perez Periago R, García Fernández MT.
- P-13** Importancia del origen de los datos al evaluar el servicio hiperlipemias: ¿distinta realidad?
Ramírez Espin F, Manrique Medina RL, García González AL, Reigadas López MI, Alarcón Saez C, Mellado Mesa P.
- P-14** Adecuación de la indicación de autocontrol de glucemia en el Área de Lorca en diabéticos tipo II.
Mota Segura MA, Bravo Martínez G, Pérez Periago R, López Torrecillas E, Gris Peñas A, Martínez Maurandi J.
- P-15** La coordinación Atención Primaria - Atención Hospitalaria es posible y mejora la calidad de los servicios.
Santiago García MC, Barragán Pérez AJ, Alarcón González JA, Moreno Valero MA, Álvarez Gómez J, García González AL.
- P-16** Adherencia relativa a la frecuencia de realización de programas domiciliarios recomendados de fisioterapia. Estudio preliminar.
Escolar Reina P, Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Orden Peralta MP, García Díaz A, Montilla Herrador J.

- P-17** Fiabilidad de la medición de la adherencia a los ejercicios domiciliarios en fisioterapia. Estudio preliminar.
Meseguer Henarejos AB, Escolar Reina P, Gascón Cánovas JJ, Medina i Mirapeix F, Montilla Herrador J, López Martínez S.
- P-18** Prevención primaria con antiagregantes en DM tipo 2 en un colectivo de atención.
Valera Alonso P, Parreño Caparrós E, Graña Fernández S, Garrote Moreno L, Cano Nieto A, López-Picazo Ferrer J.
- P-19** Uso de antiagregantes orales en DM tipo 2 en Atención Primaria.
Gutiérrez Gabriel S, Muñoz Pastor J, Baeza Alcaraz A, Jimenez Martínez J, López Nicolás A, Ferre Larrosa F.
- P-20** Obesidad y alteraciones hidrocarbonadas en la población adulta de Yecla (Murcia).
Martínez Candela J, Romero Ortiz J, Cánovas Domínguez C, Gallardo Martín A, Rebahi O.
- P-21** Prescripción antibiótica inducida en el área del altiplano (Jumilla y Yecla).
Martínez Candela J, Nohales Requena V, Rebahi O, Gallardo Martín A.
- P-22** Efectividad en el manejo clínico de pacientes EPOC hospital Área V (Altiplano).
Navarro Fernández JA, Retuerto Martínez E, González Navarro MD, Agero Morínigo C, Aguilera Maldonado MJ, Balaguer Lopez B.
- P-23** Atención al paciente hipercolesterolémico ¿mejoramos su atención?
García Molina J, Luquín Martínez R, Piñas Bermúdez E, Salguero Merino AB, Moral Zapata AB, Manzano Cano NJ.
- P-24** Factores asociados a la satisfacción en Fisioterapia.
Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Hidalgo García MC, Fernández Martín AM, Montilla Herrador S.
- P-25** Evaluación del nivel de información del paciente sobre normas de funcionamiento.
Rodríguez Molina MA, Marín Moreno ME, Sánchez Fernández AM.
- P-26** Reclamaciones en Atención Primaria: ciclo de mejora en un área de salud.
Barragán Pérez AJ, Santiago García MC, Moreno Valero MA, Fontcuberta Martínez J, Manrique Medina RL, García González AL.
- P-27** Problemas de calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia.
Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Hidalgo García MC, Orden Peralta MP, Montilla Herrador S.
- P-28** Encuesta a los usuarios en Otorrinolaringología. Estudio previo para la implantación de ciclos de mejora.
Sánchez Celemín FJ, Soler Valcárcel A, Mínguez Merlos N, Rodríguez Domínguez F, Navarro Paule P, Amoros Rodríguez LM.
- P-29** Validez del informe del usuario en la evaluación de la calidad científico-técnica.
Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Fernández Martín AM, Hernández Cascales N, Ramírez Pérez EI.
- P-30** Prescripción, preparación y administración de citostáticos: gestión de riesgos.
León Villar J, Aranda García A, Tobaruela Soto M, Iranzo Fernández MD, Ayala de la Peña F, Macías Cerrolaza JA.
- P-31** Protocolo de detección de incidencias en la recepción de medicamentos.
González González S, León Villar J, Iranzo Fernández MD, López Fernández M, Espinosa Díaz JR, Fernández García A.
- P-32** Calidad de las prescripciones de quimioterapia en aspectos que implican la seguridad del paciente.
Díaz Carrasco MS, Blázquez Álvarez MJ, Espuny Miró A, Pareja A, Menéndez Naranjo L, San Miguel Zamora MT.
- P-33** Evolución de indicadores de calidad en la selección de medicamentos.
Blázquez Álvarez MJ, Menéndez Naranjo L, Bovaria García MJ, Lorente Fernández, L, Pareja Rodríguez de Vera A, Díaz Carrasco MS.

- P-34** Proyecto de implantación de gestión de calidad en oficinas de farmacia y COFRM.
Marsilla de Pascual EG, Juan Fita MJ, Morales Arnau JM, Moreno Bravo JC, Casanueva Luis A, Maurandi Guillen AM.
- P-35** Intervenciones de farmacia para contribuir a la seguridad de los pacientes.
Nájera Pérez MD, Iranzo Fernández MD, León Villar J, Ventura López M, Plaza Anioerte J, Munilla Das A.
- P-36** Atención farmacéutica en oficinas de farmacia de murcia: definición de indicadores.
Juan Fita MJ, Marsilla de Pascual EG, Tovar Zapata I, Sabater Galindo M, Franco Campello MJ, Oruezabal Moreno L.
- P-37** Gestión de calidad en el Centro de Información-Estudios del Medicamento de Murcia.
Aguirre Martínez O, Sabater Galindo M, Marsilla de Pascual EG, Juan Fita MJ, Oruezabal Moreno L, Tovar Zapata I.
- P-38** Implantación criterios de calidad en bioseguridad ambiental en un hospital en obras.
Castillo Gómez C, López Yepes ML, Alcaraz Quiñonero M.
- P-39** Implantación de un plan de seguridad clínica en urgencias hospitalarias.
Alcaraz Martínez J, Martínez García JA, Serrano Martínez JA, Ramiro Tena E, Martínez Jiménez E, Abad Navarro AL.
- P-40** Hitos en nuestro hospital para desarrollar la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN).
Martínez Soriano GM, Maestre Martínez MI, García Beltrán R, Hernández Martínez M, García de León González R, Peñas Valiente A.
- P-41** Estandarización de la exploración analítica del semen.
Ortolá Devesa JB, Benedito Rodríguez JE, Gallardo Molina MJ, Martín Martínez JJ, Nicolás Serrano V.
- P-42** Factores relacionados con las ausencias a la formación continuada en el colectivo sanitario.
López López E, Sánchez Nieto JM, Abad Corpa E, Carrillo Alcaraz A, Leal Llopis J, Novoa Jurado A.
- P-43** Análisis coste-efectividad del cribado de la hemocromatosis hereditaria.
Murcia Alemán T.; Cañizares Hernández E; Tovar Zapata I.; Martínez Hernández P; Ferrándiz Gomis R.
- P-44** Sistema de Información Perinatal como herramienta de calidad en lactancia materna.
García de León González R, García de León Chocano R, Hernandez Martínez M, Mercader Rodríguez B, Peñas Valiente A, Gómez Ortigosa MA.
- P-45** Indicador de la calidad del proceso de cultivo de orina en Microbiología.
Zamorano Andrés MC, Álvarez Melgares de Aguilar J.
- P-46** Indicador de calidad fase preanalítica. Rechazo muestras hemolizadas.
Zamorano Andrés MC, Álvarez Melgares de Aguilar J, Sánchez-Bolea Pérez JC, Escudero Molina R, Zaragoza Campos AI, Bernal Puche B.
- P-47** Factores que influyen en la variabilidad de los cirujanos en Urgencias.
Carrasco Prats M, Sánchez de la Villa G, Montoya Tabares M, Martín JL, Carrillo A, López Espejo J.
- P-48** Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un Servicio de Cirugía.
Flores Pastor B, Soria Aledo V, Candel Arenas MF, Andrés García B, Campillo Soto A, Aguayo Albasini JL.

COMUNICACIONES ORALES

V Congreso Regional de Calidad Asistencial

Murcia 15 y 16 de junio de 2005



MESA 2

Comunicaciones C-01 a C-12

Moderador:

Manuel Ángel Moreno Valero

*Director Gerente. Gerencia de Atención Primaria.
Cartagena.*

■ SALA 13



C-01 INDICADORES COMPUESTOS SOBRE LA ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

López-Picazo Ferrer JJ, Lázaro Agustín MD, Sanz Mateo G, Villaescusa Pedemonte ME, Alarcón Sabater P, Alarcón González JA.

Palabras clave:

Indicador, EFQM, clientes.

Objetivos:

GAPMU inició su autoevaluación EFQM en 2004. Sólo podíamos evaluar resultados en clientes desde datos indirectos (reclamaciones) de validez cuestionable. La aparición reciente de resultados sobre la encuesta de calidad percibida en centros de salud nos permite disponer de datos directos, aunque difíciles de interpretar.

Pretendemos conocer los resultados en clientes mediante su análisis elaborando indicadores compuestos que nos permitan una autoevaluación y monitorización ágiles y útiles para detectar y priorizar áreas de mejora.

Metodología:

Decidimos usar indicadores compuestos para optimizar la información ofrecida y realizamos:

- Elaboración de subindicadores tipo proporción para las preguntas de la encuesta, orientados a mostrar la existencia de problemas.
- Selección de subindicadores según relevancia, validez facial para mostrar áreas de mejora y factibilidad hipotética de GAPMU para emprender iniciativas de mejora.
- Valoración de la relación existente entre ellos.
- Agregación tipo “porcentaje simple” en su forma de “tasa problemas”
- Cálculo de valores e IC95%
- Análisis de resultados.

Resultados:

Seleccionamos 35 subindicadores (78%). Valoramos sus relaciones y agregamos en 6 tasas de problemas:

- Accesibilidad (7 subindicadores): preguntas 1, 5-8, 27, 29
- Estructura-organización (7): 4, 9, 13, 26, 35, 36, 39
- Medicina (11): 11, 12, 14-20, 28, 41m, 42m
- Enfermería (3): 30, 41e, 42e
- Área Atención al Cliente (AAC) (4): 31, 33, 41a, 42a.
- Calidad Global (3): 25, 43, 44.

Resultados para GAPMU: Accesibilidad, 33,7%; Estructura, 36,4%; Médico, 9,4%; Enfermería, 2,5%; AAC, 9,9%; Calidad Global, 10,8%. Obtenemos datos por centro, para

el resto de Gerencias y total regional. Analizamos mediante comparaciones intranivel y Paretos. Detectamos oportunidades de mejora y priorizamos intervenciones.

Conclusiones:

Usar indicadores compuestos ofrece una visión global y facilita el análisis y toma de decisiones. Reduce los indicadores a monitorizar y facilita la comparación entre organizaciones y centros. EL método “tasa de problemas” otorga mayor valor al suceso frecuente y por ello simplifica la interpretación, priorización y despliegue de iniciativas.

Para captar de forma válida y completa la situación debería modificarse la encuesta, pues apreciamos información insuficiente para AAC y de enfermería, y ausencia de la pediatría.

C-02 PROGRAMA DE ATENCIÓN AL FUMADOR SANITARIO. ÁREA DE SALUD DE LORCA. ENCUESTA

Valero Delgado F, Bravo Martínez G, Manuel Sánchez AI, López Peñas C, Lozano Semitiel MF, Valero Sánchez I.

Fundamento:

El Tabaquismo es el principal problema de Salud Pública susceptible de prevención. Siendo en nuestra Comunidad Autónoma frecuente entre los profesionales que trabajan en el área de la Salud: Médicos, enfermeros, auxiliares, administrativos, celadores, etc.

Objetivos:

Conocer cuantos de los profesionales estarían dispuestos, en la Gerencia de Atención Primaria de Lorca, a dejar de fumar si se les ofertara un programa de deshabituación Tabaquica incluida la medicación de manera gratuita.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal, realizando una encuesta autoadministrada de ocho preguntas, después de efectuar una charla breve sobre: Tabaquismo y ventajas de abandonar el hábito tabaquico, en cada uno de los Centros de Salud del Area.

Resultados:

Población total sobre la que se hace el estudio 320 profesionales, de estos contestan la encuesta 163, con una participación de un 51 %. Participan 8 Centros de Salud, el personal de la Gerencia de AP y parte del personal del Centro de Salud Mental del Arca de Lorca. Entre los que contestan la encuesta: Edad entre 30-49 años, Sexo V: 56 H: 106, Profesión: Médicos 52 Enfermeros 40 Administrativos 40 Otros 29, Estado Civil: Casados 120 Solteros 41 NC 2, Lugar de Trabajo: Centro de Salud 142 SUP 1 Otros 20, Existe en tu lugar de trabajo zona exclusiva para fumadores: Si 8 No 154 NC 1, Fuman: Si 82 No 81, Numero de Cigarrillos/día: Mas de 16 e136%, Estaría dispuesto a dejar de Fumar: 80% Si 16% No.

Conclusiones:

Una vez realizado el estudio se objetiva que el 80% de los encuestados estaría dispuesto a entrar en el programa de deshabituación Tabaquica, llama la atención que un 16% no estarían dispuestos, a pesar de que se les den todas las facilidades para hacerlo, incluida la financiación del tratamiento. Se establece una relación estadísticamente significativa entre el número de cigarrillos/día y el deseo de dejar de fumar, a mayor numero de cigarrillos consumidos mayor deseo de dejarlo. La relación Profesión/fumador Médicos 30% Administrativos 28% Enfermeros 21% Otros 21%. Vistos Los resultados se decide Comenzar el Programa.

C-03 DESHABITUACIÓN A BENZODIACEPINAS EN LA POBLACIÓN: ¿ES POSIBLE?

Ballesteros Pérez AM, Martínez Andreo MC, García Sánchez I, Tolino MJ, Galindo Fernandez D, López Castilla IM.

Palabras clave:

Deshabitación, benzodiacepina, atención primaria.

Objetivos:

Conseguir la deshabitación a benzodiacepinas(BZD), en la población mayor de 14 años adscritas a un centro de salud(CS) con consumo indiscriminado de dichos fármacos y que asiste a consulta, por cualquier causa, durante el periodo del estudio.

Metodología:

Diseño: Cuasi-experimental. Sujetos, material y método: Población >14 años de la zona básica salud(ZBS) consumidora excesiva de BZD que acuda a consulta por cualquier motivo en los 6 primeros meses del estudio y que lleve más de 4 meses consumiendo. Criterios exclusión: Paciente en fase terminal, llevar menos de 4 meses consumiendo, no querer participar en el estudio, en tratamiento con Salud mental o Unidad Dolor, extoxicómano, paciente en tratamiento por Atención Especializada que precise BZD. Fuente de información: Hª Clínica. Los datos, mediante entrevista semiestructurada, en consulta demanda/programada inicial y sucesivas. Variables: socio-demográficas, test dependencia a BZD, consumo actual, patología causante del consumo, efectos secundarios del abandono. Análisis estadístico: distribución frecuencias, ji-cuadrado, t-Test independiente y apareado, análisis varianza, regresión simple.

Resultados:

Pacientes adheridos al protocolo: 65 (73,9%). Se les informa al 100% de los pacientes que consumen (N:88). Edad media: 65,06(50,6-79,5); 78,4% mujeres. Test dependencia: 6,62(5,04-8,2): alto riesgo, que es inversamente proporcional a la edad. Los pacientes que no abandonan el consumo tiene una puntuación mayor ($p=0,028$). Fármaco consumido: bromazepam ($p=0,029$). Abandono total de consumo: 49,2%. 7,6% recaídas, por insomnio. Tiempo-consumo: 39,3meses.

Conclusiones:

1.-Ha recibido información el total de los consumidores excesivos; 2.- Hay un “elevado riesgo de dependencia”; 3.-La BZD normalmente más prescrita en Atención Primaria: bromacepam; 4.- Perfil consumo: mujer 3ª edad con elevado riesgo dependencia y 3 años de consumo. 5.-La mitad de los pacientes han abandonado el consumo durante el periodo del estudio.

Fuente financiación: Consejería Sanidad. Comunidad Autónoma Región Murcia (EMCA/03).

C-04 PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE ANTIBIÓTICOS EN EL RESFRIADO COMÚN. ¿HEMOS MEJORADO?

Gomariz García JJ, Toledo Campillo F, Ruiz Navarro C, Pérez Periago R, Soriano Ibarra J, Jiménez Herrera CM.

Palabras clave:

Prescripción de antibióticos, calidad asistencial, resfriado

Objetivos:

Realizar una evaluación de la calidad asistencial en IRA virales tras cinco años de la primera para determinar si se sigue haciendo un uso inadecuado de antibióticos en esta patología.

Metodología:

Se ha realizado un estudio retrospectivo en un centro de salud con una muestra de 308 historias clínicas informatizadas (OMI-AP, V. 5.0) evaluándose 3 criterios que con anterioridad se consideraban de buena calidad asistencial. Previamente se disponía de un ciclo completo de mejora de la utilización de antibióticos en IRA del que surgió entre otras medidas correctoras la protocolización y formación del personal médico. Se utilizan como en el ciclo anterior criterios explícitos normativos sobre registro y tratamiento. Se comparan los resultados obtenidos en este ciclo con los anteriores, con una precisión estimación de cumplimiento para una confianza del 95%.

Resultados:

Existe un alto nivel de cumplimiento en el registro de los tratamientos (98,04 %) con una mejora absoluta del 6,86% y un nivel de cumplimiento alto en el caso de prescripción adecuada de antibióticos (89,22%), con una mejora absoluta del 25,98 % respecto al primer estudio, siendo la diferencia estadística entre las dos evaluaciones significativa. La elección adecuada del antibiótico cuando este debe prescribirse presenta más dificultades, aunque también existe una mejora absoluta con el estudio anterior del 36,52 %.

Conclusiones:

En nuestro trabajo evidenciamos que en la actualidad y en nuestro centro se ha mejorado en cuanto al uso de antibióticos en esta patología viral, tras asumir el equipo procesos de evaluación y mejora de la calidad asistencial y sobretodo la protocolización de la actuación en patología infecciosa de vías altas.

C-05 UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LORCA

Salas Martín E, Rausell Rausell V, Jaldo Alba F, Guerrero Sánchez G, Maldonado Martínez B, Fernández Carbajal.

Palabras clave:

Antibióticos, utilización de medicamentos, atención primaria.

Objetivos:

Realizar un estudio de utilización de medicamentos para conocer la situación de la prescripción de antibióticos en el Área de Lorca y su evolución en los últimos años.

Metodología:

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de la prescripciones de antibióticos sistémicos (grupo J01 de la clasificación ATC) en el Área de Lorca. Como fuente de datos se utiliza la información sobre facturación de recetas médicas del periodo 2000-2004. Como unidad de análisis se utiliza la Dosis Diaria Definida (DDD) y la Dosis Diaria Definida por 1000 habitantes y día (DHD) por principio activo y subgrupo terapéutico usando la clasificación ATC de la OMS. Los valores de las DDD son los proporcionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Nomenclator Digitalis que se corresponden con los del Collaborating Centre for Drug Statistic Methodology de la OMS. Con el objeto de conocer las diferencias de prescripción entre Atención Primaria y Especializada se realiza un análisis de la prescripción del grupo J01 en el Hospital Rafael Mendez de Lorca durante el año 2004.

Resultados:

El consumo de antibióticos derivado de las prescripciones médicas de Atención Primaria en el Área de Lorca ha sido de 26,66 DHD (2001); 27,72 DHD (2002); 27,39 DHD (2003) y 25,64 DHD (2004). La evolución por subgrupos terapéuticos muestra un descenso en los consumos de Penicilinas de amplio espectro (J01CA de 7,47 DHD en 2000 a 5,62 DHD en 2004), Macrólidos (J01FA de 4,31 DHD en 2000 a 3,53 DHD en 2004) y Cefalosporinas y similares (J01DA de 3,12 DHD en 2000 a 2,79 DHD en 2004); un mantenimiento de Fluorquinolonas (J01MA de 2,61 DHD en 2000 a 2,60 DHD en 2004) y un aumento en la prescripción de Asociaciones de penicilinas incluido inhibidores de betalactamasas (J01CR de 7,03 DHD en 2000 a 9,31 DHD en 2004). Los anteriores subgrupos terapéuticos representan el 93% del total de DHD del grupo J01 en 2004. Los principios activos más utilizados en 2004 son: Amoxicilina clavulánico (9,31 DHD, 36,33% del total), Amoxicilina (5,60 DHD, 21,86% del total), Cefuroxima (1,61 DHD, 6,27% del total), Claritromicina (1,43 DHD, 5,58% del total) y Azitromicina (1,39 DHD, 5,43% del total). En Atención Especializada los grupos más prescritos son: Cefalosporinas y similares (25,58%), Fluorquinolonas (19,72%), Macrólidos (14,97%),

Asociaciones de penicilinas incluido inhibidores de betalactamasas (13,89%) y Tetraciclinas (12,74%). Los indicadores de calidad de prescripción utilizados actualmente para monitorizar el uso de antibioticos son: "DDD antibióticos de primera línea en Atención Primaria / total DDD de antibióticos" (2004 Atención Primaria de Lorca 73,79%) y "% Adecuación a la Guía de Antimicrobianos del Area en DDD" (2004 Atención Primaria de Lorca 94,65%).

Conclusiones:

La prescripción de antibioticos mantiene una linea descendente globalmente, esta tendencia es más acusada en grupos como macrolidos, penicilinas de amplio espectro y cefalosporinas. Se evidencia un importante incremento en la prescripción de amoxicilina clavulanico. El perfil de prescripción de antibioticos en Atención Primaria y Especializada tiene diferencias en cuanto a la selección de grupos terapéuticos.

Resulta necesario la incorporación de indicadores relacionados con la adecuación al diagnostico para poder hacer una valoración mas real de la adecuación a la Guía de Uso de Antibióticos del Área.

C-06 ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL: CICLO DE MEJORA EN UN ÁREA DE SALUD

Santiago García MC, Barragán Pérez AJ, Fontcuberta Martínez J, Moreno Valero MA, García González AL, Martínez García JF

Palabras clave:

Hipertensión arterial, ciclo de mejora, atención primaria.

Objetivos:

- 1.- Determinar la prevalencia diagnosticada de HTA en el Área de Salud de Cartagena.
- 2.- Analizar el grado de seguimiento y de control de los pacientes con HTA según las normas de proceso de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP) pre-post introducción de medidas correctoras.

Metodología:

Se realizó un ciclo de mejora del servicio "Atención a Personas con HTA" (Metodología de R.M. Palmer), evaluándose 3 criterios:

- Criterio de accesibilidad (cobertura): número de pacientes incluidos respecto al total de población mayor de 14 años.
- Criterio de proceso (seguimiento): número de pacientes diagnosticados de HTA con, al menos, 3 determinaciones de la T.A. en el período 1-10-2002 al 30-09-2003.
- Criterio de Resultado (control): número de pacientes diagnosticados de HTA con, al menos, 3 determinaciones de TA en el período descrito y cuyas cifra de TA (promedio) eran inferiores a 140/90.

Las fuentes de datos fueron todas las historias clínicas de los pacientes (tanto en formato papel como en soporte informático) para el primer criterio, y sólo las historias clínicas en soporte informático (85% del total) para los otros dos criterios.

Tras la primera evaluación, se pusieron medidas correctoras referidas a mejorar el registro, la organización interna dentro de los Equipos de Atención Primaria (EAP), formación y sensibilización en el tema.

Posteriormente se hizo una segunda evaluación del período 1-10-2003 al 30-09-2004.

Resultados:

- Primera evaluación (2002-2003)

Cobertura:	36.314 (14,3% de los > de 14 años)
Seguimiento:	12.173 (42,3%)
Control:	5.790 (20,1%)

- Segunda evaluación (2003-2004)

Cobertura: 37.546 (14'13% de los > de 14 años)

Seguimiento: 14.767 (47'7%)

Control: 7.316 (23,6%)

Conclusiones:

1.- La prevalencia diagnosticada de HTA en nuestro área de salud es del 14% de la población, que dista de la prevalencia esperada del 20% de la población mayor de 14 años.

2.- El número de hipertensos seguidos y controlados con TA controlada es mejorable.

3.- Las intervenciones para mejorar el Servicio posiblemente necesiten tiempo para ver resultados y deben basarse en registrar la actividad de los profesionales, mejoras organizativas y de formación.

4.- Nuestro área de salud es una comarca de gran incremento de población, que crece a mayor velocidad que las detecciones de hipertensos, lo que difumina las mejoras establecidas.

C-07 ATENCIÓN A PERSONAS CON DISLIPEMIAS: ¿EN QUE TENEMOS QUE MEJORAR?

Santiago García MC, García González AL, Barragán Pérez AJ, Moreno Valero MA, Fontcuberta Martínez J, Pérez Aguilar F

Palabras clave:

Dislipemias, ciclo de mejora, atención primaria.

Objetivos:

- 1.- Determinar la calidad de la asistencia que recibe el paciente con hiperlipemia (HLP) en un área de salud.
- 2.- Establecer medidas correctoras para mejorar dicho servicio.

Metodología:

Se analizaron las coberturas y cumplimientos de cada una de las Normas Técnicas (NT) del Servicio "Atención a Personas con Hiperlipemia" (> 14 años incluidos en dicho Servicio) por parte de los Equipos de Atención Primaria (EAP) del Área de Salud.

Período evaluado: entre el 1 de junio de 2003 y el 31 de mayo de 2004.

Fuentes de datos: Historias Clínicas en soporte informático o papel. Se hizo un muestreo sistemático estratificado por cupo de los pacientes adscritos a los Médicos de Familia, que permitieron estimar el cumplimiento de los criterios con un nivel de confianza del 95% y un error de precisión máximo del 10%.

Las Normas Técnicas (NT) evaluadas fueron:

Criterio 1: Diagnóstico.

Criterio 2: Antecedentes personales, familiares y hábitos tóxicos.

Criterio 3: Peso, talla, tensión arterial (TA) y glucemia.

Criterio 4: Recomendaciones higienico-dietéticas y consejo antitabaco (en fumadores).

Criterio 5: 1 Colesterol Total/año, adherencia al tratamiento y plan terapéutico.

Criterio 6: Tratamiento con medidas higienico-dietéticas previas al tratamiento farmacológico.

Criterio 7: TG, HDL y LDL.

Criterio 8: Colesterol total < 240 mg/dl. (en la última determinación), Hubieron 2 modalidades de evaluación. A) Completa (8 criterios): Los 7 correspondientes a las NT de la Cartera de Servicios de AP y un criterio de resultado (control cuando la última determinación del Colesterol Total < 240 mg/dl). B) Abreviada (3 criterios): el 1 (diagnóstico), el 7 (seguimiento) y el 8 (control).

Resultados:

Colaboraron 12 EAP de los 19 existentes en el Área lo que supone una población de referencia de 241.136 usuarios. 7 EAP eligieron la evaluación completa y 5 EAP la abre-

viada. Los resultados de los criterios 1, 7 y 8 son de todos los EAP participantes y el resto de los EAP que eligieron la modalidad completa. Los resultados fueron devueltos por la comisión de calidad a cada EAP con un diagrama de barras y otro de Pareto correspondiente a sus datos y a los globales del Área, así como con las sugerencias de medidas correctoras.

C-1: 94,8% (IC 95%: 92,72-93,88)

C-2: 64,5% (IC 95%: 59,81-68,08)

C-3: 61,5% (IC 95%: 56,03-65,17)

C-4: 62,6% (IC 95%: 54,10-64,90)

C-5: 50,3% (IC 95%: 48,36-57,24)

C-6: 72,9% (IC 95%: 68,53-76,87)

C-7: 59,9% (IC 95%: 55,83-64,84)

C-8: 50,2% (IC 95%: 45,92-55,28)

Criterios menos cumplidos: C-8 (Control), C-7 (Seguimiento), C-6 (Perfil lipídico previo al tratamiento farmacológico, C-4 (Recomendaciones higiénico-dietéticas). Estos cuatro criterios ocasionan el 62,06% de los problemas de calidad del servicio.

Se han instaurado medidas correctoras de tipo organizativo, de registro, formación, etc.

Conclusiones

1.- Sólo la mitad del número de pacientes hiperlipémicos están controlados (última determinación de Colesterol Total < 240 mg/dl).

2.- Sólo a la mitad del número de pacientes hiperlipémicos (1 Colesterol Total/año, adherencia al tratamiento y plan terapéutico) se les realiza seguimiento.

3.- Las recomendaciones higiénico-dietéticas y el consejo antibiótico se realizan poco (60%).

C-08 EL ABC DE LA DIABETES

Jimenez Martínez J, Baeza Alcaraz A, Gutiérrez Gabriel S, Nicolás Orenes G, Cabrera Bravo A, Vicente López JI.

Palabras clave:

Diabetes, calidad asistencial, atención primaria.

Introducción:

El programa ABC de la diabetes tiene como objetivo: Educar al paciente diabético para el autocuidado. Implicarle en los controles de su diabetes. A es por HbA1c. B es por la Tensión (del inglés Blood Pressure). C es por el Colesterol.

Objetivos:

1. Conocer el nivel de conocimiento de la Diabetes por parte del paciente, basado en el programa ABC de la diabetes. 2. Analizar la asistencia prestada por el EAP.

Metodología:

Ciclo de Mejora. Lluvia de Ideas. Elaboración de diagrama causa-efecto. Selección de 12 criterios de evaluación. Siete son recomendaciones de la ADA:

1º. Petición de HbA1C cada 6 meses.

2º. HbA1C <7 %.

3º. Toma de la presión arterial cada 6 meses.

4º. Valores de la TA < 130/80 mm de Hg.

5º. Petición de cLDL cada 6 meses.

6º. Niveles de de cLDL < 100 mg/dl.

7º. Niveles de Triglicéridos < 150 mg/dl. Los cinco restantes vienen recogidos en una encuesta dirigida al paciente:

8º. ¿ Sabe que su TA debe ser menor de 130/80 ?

9º. ¿ Sabe que su colesterol malo (LDL) debe ser menor de 100 ?

10º. ¿ Conoce la HbA1C o el control del azúcar a largo plazo ?

11º. ¿ Sabe que su HbA1C debe ser < del 7 % ?

12º. ¿ Sabe que tienen que hacerle analíticas en el centro de salud cada 6 meses ?

DIMENSIÓN ESTUDIADA: Calidad científico-técnica: Criterios del 1 al 7.

Formación y competencia profesional. Accesibilidad:

Criterios del 8 al 12. Nivel de acceso a la información del paciente.

UNIDADES DE ESTUDIO Receptores del servicio:

Pacientes Diabéticos (hombres o mujeres) de cualquier edad, atendidos en el C.S. de Torre Pacheco, incluidos en la cartera de servicios de Diabetes.

Proveedores: Equipo de Atención Primaria que trabaja en el Centro de Salud de Torre Pacheco. Período evaluado de proceso: Incluidos en el programa más de 1 año.

Marco temporal: 1 mes, Febrero de 2005.

IDENTIFICACION Y MUESTREO DE LOS CASOS: Fuente de datos: Selección mediante muestreo aleatorio según historia clínica de OMI-AP. Población total a estudio:

Diabéticos tipo 2, con más de 1 año de evolución incluidos en cartera de servicios del C.S. Torre Pacheco. Muestra: 50 pacientes.

COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN: RELACIÓN TEMPORAL DE LA ACCIÓN CON LA ACCIÓN EVALUADA: Retrospectiva. Durante Febrero de 2005. TIPOS DE DATOS: Proceso asistencial.

FUENTES DE DATOS: Historia clínica a través de OMI-AP.

Encuesta a Pacientes. TIPO DE REVISIÓN: Interna.

TIPO DE CRITERIOS: Criterios explícitos normativos.

MEDIDAS CORRECTORAS PREVISTAS: Educativas.

Resultados:

Los incumplimientos más frecuentes fueron 11º, 10º, 9º, 6º, 4º y 8º que presentan una frecuencia acumulada de 62.21%

Conclusiones:

Existe un gran desconocimiento de la Diabetes por parte de los pacientes. Evidencia de mayor cumplimiento de criterios de resultado que de proceso. Tras la obtención de los resultados se transmiten a todos los profesionales del EAP para el conocimiento de la calidad asistencial en nuestro centro y proponer medidas de mejora.

Se inicia educación a pacientes. Reevaluación a los 12 meses.

C-09 LA DIABETES TIPO 2, UN RETO ASISTENCIAL NO SUPERADO

Santo González A, Huertas Sánchez MJ, López Marín M, Cazorla Mendez A.

Palabras clave:

Diabetes, atención primaria, asistencia.

Objetivos:

Los diabéticos tipo 2 se consideran, al igual que la población general que ya ha desarrollado una enfermedad cardiovascular, como pacientes de alto riesgo cardiovascular. En ellos es preciso poner en marcha actividades de prevención que minimicen el efecto de los factores de riesgo cardiovascular conocidos.

En el presente estudio pretendemos analizar la calidad de la asistencia prestada en el manejo y control de los factores de riesgo cardiovascular más relevantes en estos pacientes (Tabaquismo, HTA, DL, Micro albuminuria) como paso previo al diseño de una estrategia de mejora, así como el efecto conseguido tras la aplicación de las medidas planteadas.

Material y método:

Se diseñó un estudio de calidad siguiendo el modelo de ciclo de mejora adoptando indicadores basados en las últimas evidencias y consensos existentes sobre el manejo de la diabetes tipo 2 que nos permitieran medir la calidad alcanzada. Los indicadores seleccionados fueron:

Constancia en la historia clínica de:

CRT 1: Antecedente familiar de enfermedad coronaria prematura CRT 2: Antecedente personal de hábito tabáquico CRT 3: Antecedente personal de hipertensión arterial CRT 4: Det. Colesterol Total y Triglicéridos en los últimos 6 meses CRT 5: Det. LDL y HDL en los últimos 6 meses CRT 6: Det. microalbuminuria en los últimos 6 meses CRT 7: Mantenimiento de HbA1c inferior al 7,5% en los cuatro últimos meses.

CRT 8: Mantenimiento de LDL inferior a 100 mg/dl en los seis últimos meses CRT 9: Mantenimiento de TA en los tres últimos meses inferior a 140/85 Se procedió a un muestreo aleatorio estratificado de los casos, realizando posteriormente un análisis estadístico descriptivo. Tras el análisis de los resultados de la primera evaluación se plantearon una serie de medidas correctoras, estructurales y formativas, y se procedió a reevaluar la asistencia al cabo de seis meses siguiendo la misma metodología RESULTADOS Se obtuvo una muestra de 96 casos de un total de 488 pacientes diabéticos. Los resultados más destacados obtenidos en la primera y segunda evaluación fueron:

Los criterios con mayor incumplimiento fueron tanto en la evaluación como en la reevaluación el 6, 8 y el 1 (92.7-91.7%, 88.5-88.5% y 78.1-67.7%) Es de destacar que en la reevaluación el cumplimiento de los criterios 6 y 8 prácticamente no cambió. El nivel

global de calidad alcanzado fue del 37.9% en la evaluación y de un 47.2% en la reevaluación conseguida esta mejora con el mayor cumplimiento de los criterios 2, 3 y 9 (43.8-15.6%, 30.2-15.6%, 64.6-44.8%)

Conclusiones:

Hemos conseguido en el plazo de seis meses elevar el nivel de calidad del 37.9% al 47.2%.

Es necesario plantear nuevas estrategias de abordaje de este problema ya que, a pesar de la mejora obtenida, la calidad ofertada dista mucho de la que los propios profesionales consideran como aceptable.

C-10 INCAPACIDAD TEMPORAL: ¿CÓMO ESTAMOS RESPECTO A LOS ESTÁNDARES RECOMENDADOS PARA LOS PROCESOS MÁS FRECUENTES?

Barragán Pérez AJ, Santiago García MC, García González AL, Alcántara Zapata F, Moreno Valero MA, Martínez García JF

Palabras clave:

Incapacidad temporal, sistemas de información, atención primaria.

Objetivos:

- Identificar los procesos más frecuentes que ocasionan Incapacidad Temporal (IT).
- Comparar sus promedios de duración con las recomendaciones institucionales.

Metodología:

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Emplazamiento: Centros con la aplicación informática OMI-AP del Area de Salud de Cartagena, con 281.358 H^aC^a informatizadas sobre 327.919 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) a 31-12-2004 (85,80%). Criterio de inclusión: IT con fecha de inicio entre el 1-5-2004 y el 30-4-2005. Se excluyeron: IT sin cumplimentación de fecha de alta, de código de proceso (Clasificación CIAP) y con errores en fecha de nacimiento o alta. Variables estudiadas: código y grupo CIAP, sexo y duración de la IT. Se realiza análisis descriptivo obteniendo medidas de tendencia central y dispersión de variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Los resultados se compararon con los estándares recomendados por la "Guía Práctica de estándares de duración de procesos de I.T." (Manual de Gestión de la I.T. INSALUD. 3^a ed. Madrid, 2001).

Resultados:

Total IT: 30.832

Excluidas: 3.207(10,40%). 72 por errores (0,23%). 5 sin CIAP (0,01%). 3.130 (10,16%) permanecían en IT.

Incluidas: 27.625 (89,60%)

Hubieron 415 entidades diferentes causantes de IT, que ocasionaron 628.275 días.

Las 10 más frecuentes y sus promedios de duración fueron:

- 1.- 3.511 por Resfriado Común, con 21.217 días (6,04 días, dt. 9,25)
- 2.- 1.970 por Gripe, con 12.349 días (6,26, dt. 5,53)
- 3.- 1.562 por Gastroenteritis Infecciosa Inespecífica, con 7.523 días (4,81, dt. 7,04)
- 4.- 1.436 por Lumbalgia, con 36.939 días (25,72, dt. 36,6)
- 5.- 918 por Cervicalgia, con 32.817 días (35,74, dt. 40,99)
- 6.- 765 por Bronquitis Aguda, con 8.033 días (10,5, dt. 13,84)
- 7.- 737 por Lumbociática, con 26.753 días (36,29, dt. 46,59)
- 8.- 615 por Depresión, con 34.590 días (56,24, dt. 60,31)
- 9.- 553 por Golpe/Contusión, con 14.680 días (26,54, dt. 39,73)

10.- 535 por Artrosis, con 18.513 días (34,60, dt. 46,57).

Diferencias significativas ($p < 0,05$) respecto al sexo por: Resfriado Común (7,01 ♀ - 5,50♂), Gripe (6,99 ♀ - 5,83♂), Lumbalgia (30,04 ♀ - 21,79♂), Cervicalgia (38,21 ♀ - 33,13♂), Lumbociática (39,50 ♀ - 33,03♂), Depresión (60,09 ♀ - 51,08♂) y Artrosis (43,41 ♀ - 29,38♂).

Todos los promedios de duración superan los estándares recomendados por la Guía excepto los de Gripe y Depresión.

Por grupos de entidades (CIAP), el orden de frecuencia fue: Respiratorio, Locomotor y Digestivo.

Conclusiones.

- 1.- La duración media de la mayoría de los procesos más frecuentes supera los estándares recomendados.
- 2.- La duración media es mayor en mujeres que en hombres.
- 3.- Más de la mitad de los episodios de IT (53,18%) se deben a enfermedades respiratorias y del aparato locomotor.
- 4.- La calidad de la cumplimentación informática de los datos de IT es alta.

C-11 LAS DEMORAS PARA ACCEDER A CONSULTA MÉDICA. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Santiago García MC, Barragán Pérez AJ, Moreno Valero MA, Martínez García JF, Fontcuberta Martínez J, García González AL.

Palabras clave:

Demoras, atención primaria, oportunidad de mejora.

Objetivos:

- Evaluar la accesibilidad a los servicios sanitarios en Atención Primaria.
- Analizar las agendas de consulta médica en un Área de Salud.

Metodología:

Ámbito y emplazamiento: Centros de Salud y Consultorios informatizados del Área de Salud de Cartagena. Valoración de la demora para obtener cita para consulta médica a través de todas las agendas informáticas del Área creadas con la aplicación OMI-AP. Se consideró agenda potencialmente generadora de demora (en adelante demora) a la agenda sin hueco libre a citar por el personal administrativo. La búsqueda del hueco libre se realizó mediante procedimiento automatizado lanzado durante la noche previa al día analizado. Se determinaron en todas las agendas cuales eran los códigos de hueco considerados como de libre acceso por el personal administrativo.

Se evaluaron las siguientes situaciones-problema:

- 1.- Demora actual: Agendas de Médicos de Familia (MF) y Pediatras (P) que en la última evaluación (Marzo-2005) presentaban demora.
- 2.- Demora continua: Agendas de MF y P que presentaban demora en más del 50% de las evaluaciones (4 de las 8 efectuadas en 2004).
- 3.- Número de días de demora.

Se analizó el problema de demora con el diagrama de causa efecto (Ishikawa), relacionándolas con sus causas potenciales. Se propusieron 10 medidas correctoras, abordando cada una: medidas de tipo organizativas, liderazgo, registros, informatización, etc.

Análisis estadístico: Distribución de frecuencias.

Resultados:

Número de agendas informatizadas en Enero-2003: 112 de MF y 33 de P (145 en total).

Número de agendas informatizadas en Octubre-2004: 128 de MF y 38 de P (166 en total).

Intervención: Noviembre-2003

Agendas con demora:

Enero 2003: 58,1 %

Marzo 2003: 33,1 %

Julio 2003: 39 %

Octubre 2003: 57,4 %

Enero 2004:	42,8 %
Marzo 2004:	32,9 %
Julio 2004:	18,7 %
Octubre 2004:	24,7 %
Enero 2005:	28,3 %
Marzo 2005:	27,7 %

Conclusiones:

- 1.- Las intervenciones sobre las demoras en el acceso a consulta han contribuido a disminuir su frecuencia.
- 2.- El diagrama de Ishikawa ha permitido el análisis global del problema y el conocimiento de su pluricausalidad.
- 3.- La demora en Atención Primaria debe ser inexistente, por lo que es preciso continuar con la aportación de soluciones para la consecución de éste objetivo.

C-12 MEJORA EN EL SEGUIMIENTO DE LAS REPARACIONES DE AVERÍAS EN UNA GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA

Furió Ibáñez JA, Martínez Hernández A, Barroso García JA, Díaz Lorente M, Anza Aguirrezabala I.

Palabras clave:

Gerencia de atención primaria, centro de salud, servicios internos, mantenimiento.

Introducción:

En los centros asistenciales (CA) de Atención Primaria se generan multitud de averías que dificultan la prestación de servicios sanitarios de calidad. La calidad de la prestación de los servicios de reparación están en relación con su rapidez, eficacia y coste. Para la gestión de cada avería existe entre los CA y la Gerencia de AP (GAP) un circuito administrativo basado en la cumplimentación de un parte de mantenimiento que a la finalización del proceso queda archivado. Su análisis permite la evaluación de la calidad de los servicios de averías. Sin embargo la calidad de la información contenida en los partes no permite valorar la calidad del servicio. En 2001 se realizó en Lorca una evaluación de la calidad del cumplimiento de los partes y en 2002 una reevaluación. Se han realizado hasta 2005 varias intervenciones.

Objetivos:

Evaluar y mejorar la calidad del cumplimiento de los partes de avería.

Metodología:

Se analizó el problema en la primera evaluación y se definieron cinco criterios (c1 a c5) de calidad, especificando aclaraciones y excepciones para cada uno. Se mejora c4 para definir más funcionalmente sus excepciones.

La fuente de datos ha sido el registro de averías de la GAP de Lorca y el marco muestral los partes de las averías notificadas durante enero y febrero de 2005. Se han seleccionado 80 casos (para una precisión del 10% y una confianza del 95%), mediante muestreo sistemático aleatorio.

La dimensión estudiada es científico-técnica y la evaluación es interna, retrospectiva y autoevaluada.

Resultados

Los cumplimientos han sido de 100% (79,73% en 1ª evaluación) para "c1", 100% (55,41%) para "c2", 85,54% (26,09%) para "c3", 41,38% (7,35%) para "c4" y 100% (10,14%) para "c5".

La reducción de incumplimientos ha sido de un 78,68%. C3 y c4 acumulan el 100% de los incumplimientos.

Conclusiones:

La gestión informatizada de las averías y cambios en los métodos de gestión han significado una mejora relevante en la recogida de información. Los criterios 3 y 4 tienen relación con el registro de la información suministrada por los proveedores externos del servicio, y es donde aún queda margen de mejora.

MESA 3

Comunicaciones C-13 a C-23

Moderadora:

María Saturnina Martínez Pérez

*Directora de Enfermería. Hospital Rafael Méndez.
Lorca.*

■ SALA 12



C-13 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES QUE SE SOMENTEN A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Lozano Marín MJ, Navarro Viudes F, Maestro Garrido MA, Guzmán P, Soria Aledo V, Aguayo Albasini JL.

Palabras clave:

Información, satisfacción, cirugía.

Objetivo:

Evaluar la calidad de la información prestada a los pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica.

Método: Se ha realizado un cuestionario breve a una muestra 60 pacientes consecutivos que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica programada de urología o de cirugía general en el Hospital Morales Meseguer de Murcia. Las preguntas han sido: 1. ¿Conoce la patología de la que va a ser intervenido?; 2. ¿Conoce en qué consiste la intervención a la que va a someterse?; 3. ¿Conoce el nombre del médico que lo va a intervenir? y 4. ¿Conoce el tipo de anestesia que se le va a practicar?. Los datos de la encuesta se han relacionado con los datos reales para comprobar si hay concordancia y con las variables edad, sexo, nivel de estudios, tipo de intervención y si han sido vistos previamente en la consulta de preanestesia. La encuesta ha sido realizada por el personal de enfermería del quirófano en la antesala del mismo.

Resultados:

Se han entrevistado 60 pacientes consecutivos con una edad media de 56 años de los cuales 46 son hombres y 14 mujeres. A la primera pregunta hubo concordancia en el 95% de los casos. En la segunda el 54% sabían el tipo de intervención. El 52% de los pacientes conocían el nombre del médico que los iba a intervenir. El 66% sabían el tipo de anestesia que se les iba a practicar. Excepto en la primera pregunta hubo diferencias significativas entre sexos, siendo las mujeres las mejor informadas respecto a los hombres. Con respecto al nivel de estudios también hubo diferencias significativas entre los pacientes con nivel básico o nulo de estudios y los pacientes con estudios medios, siendo éstos últimos los mejor informados en todas las preguntas excepto en la primera donde no hubo diferencia. Tampoco hubo diferencias entre el nivel medio y el superior en ninguna pregunta. Con respecto a los grupos de edades ha habido diferencias significativas en el grupo de pacientes! > 65 años, los cuales poseen menos información respecto a los otros grupos.

Conclusión:

Los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica están bien informados de la patología que les conduce a dicha intervención, aunque desconocen información básica relacionada con la intervención quirúrgica. Este desconocimiento es mayor en los varones con bajos niveles de estudios y mayores de 65 años.

C-14 CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS MEDIDA POR ENCUESTA TELEFÓNICA

García Ahlers C, Cano Nieto A, Bataller Peñafiel E, Alcaraz Martínez J.

Palabras clave:

Encuesta, telefónica, consulta externa.

Introducción:

Para conocer algunos aspectos de la atención prestada en Consultas externas se han puesto en marcha diferentes métodos en este Hospital, obteniendo resultados insuficientes. Una nueva iniciativa es la realización de un cuestionario telefónico a los pacientes que acuden a las mismas con el fin de obtener una información desde el punto de vista del usuario. No se trata de realizar una encuesta de satisfacción sino de obtener un informe de usuarios sobre aspectos de la calidad de la atención incluidos en el contrato programa.

Material y método:

Basándose en una encuesta telefónica de 45 preguntas, validada y usada actualmente en otras instituciones, se han seleccionado 7 cuestiones que parecen más relevantes y no muy sujetas a la subjetividad.

Se realizó un muestreo de 13 casos de pacientes atendidos en cada consulta y la encuesta se llevó a cabo en la tarde del citado día, con el fin de evitar sesgos por tiempo transcurrido. Esta muestra permite aplicar la técnica de muestreo por bloques (LQAS) para comprobar si se cumplen objetivos pactados en uno de los apartados.

Se disponía de un listado de pacientes alternativo para sustituir la no respuesta.

Resultados:

Se realizaron un total de 488 llamadas de las cuales fueron válidas 213. (tasa de respuesta de 43,6%). La encuesta se realizó por 4 personas, durante 4 días, con una duración total de 17 horas.

De las preguntas realizadas, la peor valorada fue “entró en la consulta a la hora establecida a su hora” con un resultado afirmativo de 61 pacientes (28,6%±6%). La de resultado positivo más alto fue “les hicieron la receta del fármaco nuevo en la consulta”: 33 recetas (53,2%±12,4%) La consulta fue valorada como excelente o muy buena por más de la mitad de los encuestados (52,1%).

Conclusiones:

Se ha puesto en marcha un nuevo método para recogida de datos en consultas externas que permite obtener datos mediante la información aportada por los usuarios.

C-15 MEJORA DE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A PUNCIÓN GUIADA POR TC

Blanco Barrio A, García Gerónimo A, Bustillo Busalacchi PJ, Escudero Cárcelos F, Marín Marín JM, Sánchez Torres A.

Palabras clave:

Punción, TC, información.

Introducción:

La punción guiada por TC (tomografía computarizada) se emplea para la obtención de muestras de tejido procedente de lesiones para su caracterización citológica. Dado que es una técnica invasiva, el paciente debe conocer con antelación sus ventajas, riesgos y complicaciones, detallados en la hoja de consentimiento informado. El objetivo de esta comunicación es presentar un análisis del grado de información percibida por los pacientes que se someten a una punción diagnóstica en la TC, la identificación de sus puntos débiles y sus oportunidades de mejora, aplicación de medidas correctoras y los resultados obtenidos después de una reevaluación.

Pacientes y métodos:

Se ha evaluado una serie consecutiva de pacientes sometidos a punción en el servicio de Radiodiagnóstico del hospital Morales Meseguer durante un periodo suficiente para alcanzar un tamaño de muestra con significación estadística (n=70). El método ha consistido en la identificación del problema mediante un diagrama de causa-efecto. Se han elaborado unos criterios de evaluación del grado de información de los pacientes (conoce: C1: la prueba que se le va a realizar; C2: que pueden producirse complicaciones; C3: que se realizará con anestesia local; C4: el tiempo aproximado de duración; C5: que tiene que estar en ayunas las 5 horas previas; C6: la hora aproximada de realización; C7: que la posición puede ser incómoda). Se ha evaluado el cumplimiento de los criterios mediante la realización de una encuesta; se han identificado las oportunidades de mejora y se han aplicado medidas correctoras. Finalmente, se han reevaluado los criterios comparando los resultados de ambas mediciones.

Resultados:

El cumplimiento de los criterios fue: 94,3% (C1), 48,6% (C2), 74,3% (C3), 34,3% (C4), 97,1% (C5), 14,3% (C6), 48,6% (C7). Como medida correctora se diseñó una hoja explicativa haciendo referencia a todos los puntos de información relevante considerados en los criterios. El cumplimiento de la reevaluación fue del 97,14% (C1), 77,14% (C2), 85,71% (C3), 82,85% (C4), 100% (C5), 71,42% (C6), 82,85% (C7), con una diferencia estadísticamente significativa en los criterios 2, 3, 4, 6 y 7, con respecto a la primera evaluación.

Conclusiones:

La aplicación de medidas correctoras sencillas permite mejorar de forma significativa el grado de información de los pacientes que van a ser sometidos a una punción diagnóstica en la TC.

C-16 MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA CLÍNICA DE PACIENTES INGRESADOS

Campillo Guerrero N, Vicente Calderón J, Martínez Montiel P, Alemán Lorenzo A, Pretel Serrano L, Andreo Martínez JA.

Palabras clave:

Comunicación, entrevista.

Objetivos:

Evaluar y mejorar la calidad de la entrevista clínica, en la información recogida de los pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna.

Metodología:

Se aplica un ciclo de mejora, con metodología del Programa EMCA. Se definen criterios de calidad. Unos referidos al paciente (P): P1.- Nivel cognitivo normal. P2.- Habla castellano. P3.- Conoce historia médica (antecedentes, tratamientos, enfermedad actual). P4.- Tiene informes previos. Otros referidos al cuidador (C): C1.- Está presente en primera visita. C2.- Es cuidador principal. C3.- Habla castellano. C4.- Estuvo presente en ingreso. C5.- Conoce historia médica (antecedentes, tratamientos, enfermedad actual). Se realiza una primera evaluación, con muestra aleatoria de pacientes ingresados en Medicina Interna. Tras implantación de acciones de mejora, se realiza una segunda evaluación y se comparan resultados.

Resultados:

En la 1ª evaluación (195 pacientes), se aprecia cumplimiento completo de P en 23,5 (± 5) % y de criterios: P1 75%, P2 96%, P3 24% (antecedentes 40%, tratamientos 22%, historia actual 61%) y P4 44%. Cumplimiento completo de C en 31,2 (± 6) % y de criterios: C1 75%, C2 73%, C3 98%, C4 88% y C5 43% (antecedentes 54%, tratamientos 49%, enfermedad actual 79%). Cumplimiento completo de P o de C en 42,6 (± 6) %. Como acción de mejora se establece una hoja informativa recomendando la presencia del cuidador principal, con informes y tratamientos previos, en la primera visita medica. En la 2ª evaluación (32 pacientes), se obtiene cumplimiento completo de P en 43,7 (± 17) % (mejora absoluta 20%, relativa 25%, $p = 0,008$), de criterios: P1 71%, P2 93%, P3 53% (mejora 29%), P4 84% (mejora 40%). Cumplimiento completo de C en 87,5 (± 11) % (mejora absoluta 56%, relativa 81%, $p < 0,001$), de criterios: C1 93% (mejora 14%), C2 100% (mejora 27%), C3 100%, C4 100% (mejora 12%), C5 93% (mejora 50%). Cumplimiento completo de P o de C en 90,6 (± 10) % (mejora absoluta 48%, relativa 82%, $p < 0,001$).

Conclusiones:

1.- En la primera evaluación se constata cumplimiento completo del paciente o del cuidador solo en 42% de casos, con niveles bajos de cumplimiento tanto del paciente (23%), con menor cumplimiento de criterios P3 (conoce historia) 24% y P4 (tiene informes previos (44%), como del cuidador 31%, con menor cumplimiento del criterio C5 (conoce historia) 43%.

2.- Tras aplicar acciones de mejora, en la segunda evaluación se aprecian mejoras significativas en cumplimiento de paciente o cuidador (90% con mejora 48%), cumplimiento del paciente (43% con mejora 20%), cumplimiento del cuidador (87% con mejora 56%) y de criterios y subcriterios con mayor incumplimiento previo.

C-17 CICLO DE EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE SANGRE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Navarro Moya FJ, Rodríguez González MC, Nicolás Viguera AB, Nicolás Viguera MD, Viguera Lorente MD, Galiana Gómez de Cádiz MJ.

Palabras clave:

Calidad asistencial, extracciones sanguíneas.

Introducción:

Diariamente se realizan en nuestro Centro de Salud una media de 97 extracciones de sangre por parte del personal de enfermería. De estas son devueltas por el laboratorio de referencia un 8% de peticiones por defecto en la muestra, lo que supone un elevado coste sanitario y un motivo de insatisfacción por parte de los pacientes que tienen que volver a someterse a una extracción sanguínea.

Objetivos:

- Medir los errores atribuibles a la técnica de extracción de sangre
- Establecer las medidas correctoras necesarias para mejorar esta técnica entre el personal de enfermería.
- Reevaluar la efectividad de las medidas correctoras.

Material y método:

Ciclo de evaluación de la calidad de la técnica de extracción sanguínea. Se midió la calidad científico-técnica del personal de enfermería utilizando 13 criterios normativos y explícitos. En las dos evaluaciones se recogieron datos de proceso de una muestra de 31 pacientes seleccionados aleatoriamente. La recogida de datos fue realizada mediante observación directa por evaluadores previamente entrenados. Como medida correctora se realizó una reeducación de la técnica entre el personal implicado secundaria a búsqueda bibliográfica y sesión clínica. La reevaluación se realizó una semana después de la intervención correctora.

Resultados:

1ª evaluación: cinco criterios reunieron el 61% de los defectos de calidad detectados, dos relativos a la técnica de compresión mediante ligadura, dos sobre el proceso de desinfección y uno sobre el correcto orden de llenado de los tubos. Se detectaron en total 240 incumplimientos sobre 403 posibles.

2ª evaluación: se detectaron 150 incumplimientos. Siete criterios experimentaron una mejora estadísticamente significativa. La mayor parte de los problemas detectados eran relativos a la técnica de compresión mediante ligadura. La mejora global también fue significativa ($p < 0.001$).

Conclusiones:

Las técnicas más frecuentes no son a veces las que mejor se realizan y vemos como son olvidadas en la formación continua. La mejora de la calidad de estos procesos estará necesariamente ligada a la mejora de los resultados y por tanto intervenciones sencillas podrán provocar grandes mejoras, un incremento en la satisfacción de nuestros usuarios y un importante ahorro sanitario.

C-18 CHARLA DE FORTALECIMIENTO DEL SUELO PELVICO PARA GESTANTES EN EL EMBARAZO Y POSTPARTO EN CARAVACA

López-Sánchez Sánchez R, Olmo Navarro JE, Pérez Juan CL, Pulido Fernández I, Sánchez Palacios C, Serrano Rojas PP, Velázquez Marín J.

Palabras clave:

Suelo pélvico, incontinencia urinaria, matrona, gestante, postparto, Kegel.

Introducción:

Alrededor del 40% de mujeres padecen incontinencia urinaria de esfuerzo. La causa principal es el parto vaginal. En muchos casos leves y moderados, no es percibido como un problema, por lo que no se consulta o se hace tarde. En ocasiones acompañan prolapsos y alteraciones sexuales, que merman la calidad de vida. Los ejercicios de Kegel han demostrado su eficacia e inocuidad en muchos tipos de incontinencia.

Objetivos:

1. Que las mujeres tomen conciencia de la importancia de mantener el suelo pélvico en forma.
2. Que el máximo número de mujeres haga estos ejercicios, como prevención primaria o secundaria.
3. Que las mujeres con lesiones en el periné tras el parto consulten antes de 3 meses.
4. Que la mujer tenga a la matrona como figura referente a la hora de recibir educación para la salud, consultar ante signos y síntomas, y para que entre en los circuitos de atención-derivación.

Metodología:

Presentación al Jefe de Servicio Obstetricia-Ginecología.

Materiales: Salón de actos, PC con proyector, conos vaginales.

Charla grupal en el tercer trimestre de gestación en el hospital. Duración: 20-25 minutos.

Periodicidad: quincenal. 12 charlas entre 25-11-2004 y 28-04-2005. Encuestas respondidas: 308 válidas y 5 no válidas.

Puede asistir su pareja y otros familiares.

Resultados:

El 54,5% de gestantes no había oído hablar nunca del suelo pélvico ni de la existencia de ejercicios específicos para éste. Tras la charla, un 47,7% de gestantes reconoce que tiene o puede tener algún factor de riesgo que le debilite el suelo pélvico en el postparto. Un 59,1% de gestantes no sabía que su matrona trataba estos temas y podía ayudarla. El 98,6% manifiestan que la charla le ha parecido interesante o muy interesante.

Conclusiones:

Las gestantes muestran desconocimiento de su anatomía y la importancia del Suelo Pélvico para el futuro. Un alto porcentaje de mujeres reconoce que posee alguno de los factores de riesgo citados, aunque no eran conscientes de su relevancia ni de que podían consultar con su matrona de AP o AE.

Los resultados solo podrán medirse en la consulta de Ginecología y Rehabilitación tras un largo período de tiempo. Es factible la ampliación del plan con nuevas medidas, como la creación de una consulta de suelo pélvico llevada por matronas para casos leves (grados 1 y 2) de incontinencia de esfuerzo, tal y como existe ya en otras Comunidades Autónomas.

C-19 HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

Romera Navarro MA, Martínez García MC.

Palabras clave:

Obstetricia, Lactancia natural.

Objetivos:

Aumentar los conocimientos de embarazadas y madres sobre la lactancia materna. Ayudar a superar las dificultades que puedan surgir a lo largo de la lactancia. Trabajar el aumento de la autoestima materna. Informar sobre la existencia de grupos de apoyo a la lactancia materna.

Metodología:

Formación de formadores. Charla-coloquio impartida por profesionales. Muestra de imágenes mediante poster murales. Medios audiovisuales: video sobre lactancia materna.

Resultados:

Desde 1999 a Abril de 2005 se han realizado 3723 encuestas. De 1999 a 2001 se mantenía la lactancia natural hasta el 4º mes, en un 15%, entre 2002 y 2003 en un 25%, entre 2004 y Abril de 2005 un 38 %

Conclusiones:

Al aumentar la información de la embarazada, puerperas y familiares, sobre la lactancia materna, sus cualidades y manejo así como la formación de los profesionales que le asesoran en esta época de su vida, aumenta la lactancia natural un 23 %.

C-20 EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS CURRICULARES EN ENFERMERÍA

Cantero González ML, Cayuela Fuentes PS, Molino Contreras JL, Segura López G.

Palabras clave:

Tutor, valoración, objetividad.

Objetivo:

Actualizar el sistema de evaluación de créditos práctico-clínicos, según criterios de mejora propuestos por tutores de empresa, académicos y alumnos, como resultado de una jornada de trabajo.

Metodología:

El primer estudio se realiza a los tutores de empresa responsables de la formación práctica de los alumnos de enfermería de la E.U.E. de Cartagena, que realizan su labor en Centros socio-sanitarios de referencia. Al inicio del curso académico y a través de las unidades docentes, se envió un cuestionario anónimo de opinión, de elaboración propia, con los ítems siguientes: datos de identificación del alumno, número de áreas/parámetros a valorar, escala numérica de valoración, claridad en las instrucciones de evaluación, importancia percibida del apartado observaciones. Además, se pedía que, de forma abierta, expresaran sus opiniones o sugerencias respecto al Sistema de Evaluación.

Resultados y conclusiones:

a) De las respuestas obtenidas, los tutores de prácticas consideran que los datos que les permiten identificar al alumno son claros o muy claros (94,4%)

b) El 45% consideran que son insuficientes o muy insuficientes el número de áreas/parámetros a valorar.

c) Existe una divergencia en la percepción de la adecuación de la escala numérica de valoración.

d) El 44% consideran que las explicaciones sobre la forma de valoración de las áreas/parámetros son poco o muy poco claras.

e) El 94% consideran que el apartado observaciones tiene una especial o muy especial importancia.

f) El 61% consideran que con este sistema se obtiene una evaluación mala o muy mala de la formación práctica del alumno.

Teniendo en cuenta, que el aprendizaje práctico supone, más o menos, el 50% de la formación, la importancia de la mejora ha supuesto un estudio de la realidad, mediante el análisis de este cuestionario de opinión. Como medida de mejora, se ha implantado un nuevo sistema de evaluación consensuado, del que se obtendrán resultados al final del curso lectivo, esperando que posibilite una evaluación objetiva y completa del aprendizaje en términos de resultados alcanzados por cada alumno.

C-21 EXPERIENCIA DE AUTOEVALUACIÓN PARA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (ANECA) EN LA TITULACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO (UCAM)

López Arroyo MJ, Echevarría Pérez P, Morales Moreno I, García Sánchez MC, Fortea Gorbe MI, Lorente Gallego AM.

Palabras Clave:

Calidad, autoevaluación, titulación enfermería, UCAM.

Introducción:

La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) está llevando a cabo un programa de Evaluación Institucional, que permite la mejora de la calidad de las enseñanzas conducentes a la obtención de títulos universitarios de carácter oficial, a través del autodiagnóstico y de la visión externa aportada por expertos. Este proceso de Evaluación Institucional es obligatorio para todas las Universidades Públicas y voluntario para las Universidades Privadas. La Universidad Católica San Antonio se incorporó a este proceso en el año 2001.

Objetivos:

Describir el proceso de Autoevaluación que la Titulación de Enfermería de la UCAM ha desarrollado para la mejora de la calidad de la enseñanza.

Metodología:

La Titulación se evalúa a través de un comité de Autoevaluación que describe y valora su situación respecto a los criterios establecidos en la Guía de Autoevaluación desarrollada por la ANECA, identificando propuestas de mejora a partir de las cuales se elaborarán los planes de actuación que deberán ponerse en marcha una vez concluido todo el proceso. Los criterios evaluados son seis: programa formativo, organización de la enseñanza, recursos humanos, recursos materiales, proceso formativo y resultados.

Resultados:

- Análisis de la situación de la titulación tras siete años desde su inicio, cumpliendo el 90% de los criterios de los subcriterios evaluados.
- El total de fortalezas es superior a las debilidades que presenta la Titulación
- Establecimiento de propuestas de mejora en el 52% de los subcriterios, que son competencia de la Titulación .
- Creación de cultura de calidad dentro de la titulación.

Conclusiones:

- Diagnostico situacional de la Titulación tras siete años de desarrollo.
- El proceso de autoevaluación ha dado un balance positivo.
- El proceso de autoevaluación ha generado cultura de calidad en la Titulación, permitiendo el establecimiento de estrategias para la mejora continua de la calidad de la enseñanza de la profesión enfermera.

C-22 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO EN UNIDADES HOSPITALARIAS

Abad Corpa E, Leal Llopis J, Pérez García MC, Calvo Bohajar M, Paredes Sidracha de Cardona A, Cortés Parra C.

Palabras clave:

Desinfección, material quirúrgico, enfermería, ciclo de mejora.

Antecedentes:

La Unidad de Calidad y Docencia de nuestro hospital detectó una mala praxis en la preparación del material quirúrgico para su posterior esterilización. Dicho problema es generalizado en el centro pero se acentúa en las plantas de hospitalización.

Objetivo:

Evaluar el cumplimiento del protocolo de desinfección y limpieza del material quirúrgico en plantas de hospitalización de un hospital general universitario, detectar áreas de mejora y mejorar el cumplimiento de dicho protocolo.

Metodología:

Diseño: Ciclo de mejora. Medio: Unidades de hospitalización del Hospital Morales Meseguer. Criterios: C1. La solución de limpieza y desinfección se desechará diariamente, C2. Se utilizarán guantes de vinilo o goma, C3. Se sumergirá completamente todo el material, C4. Se conoce el tiempo que debe permanecer sumergido el material, C5. Se conoce la solución con la que cepillar el material, C6. El material está exento de residuos, C7. El paquete está correctamente identificado, C8. El registro está correctamente cumplimentado. Período: Durante el mes de abril de 2004 se realizó la 1ª evaluación, seguida de la intervención (revisión y difusión del protocolo) y dos semanas después la 2ª evaluación. Casos: Se evaluaron la totalidad de las unidades de hospitalización en cada una de las mediciones lo que supuso 17 casos en cada medición.

Resultados:

1ª Evaluación: Los criterios C6, C7 y C8 alcanzaron un cumplimiento de 100%. Los criterios con mayor incumplimiento eran el C4 (88,2%), el C2 (76,5%) y el C1 (64,7%), seguidos del C5 (35,3%) y C3 (5,9%). Tras la revisión del protocolo y su posterior difusión en las unidades se realizó otra medición. 2ª Evaluación: Los criterios C6, C7 y C8 mantienen el cumplimiento de 100%. Se mejora en los criterios C4 (11,7% de cumplimiento vs. 82,3%), C1 (35,3% de cumplimiento vs. 52,9%), C2 (23,5% de cumplimiento vs. 47,1%). El cumplimiento del C3 se mantiene (94,1%) y disminuye el cumplimiento del C5 (64,7% vs. 52,9%).

Conclusiones:

Los resultados muestran un mayor cumplimiento en 3 criterios, un mantenimiento en 4 (3 de ellos con un cumplimiento del 100%) y un empeoramiento en uno de los criterios. A pesar de que el área de mejora conseguida es considerable, sería recomendable monitorizar el cumplimiento del protocolo y apoyar los criterios en los que no se obtuvo mejoría.

C-23 CICLO DE CALIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TABAQUISMO EN LA ESCUELA

García Martínez P, Carrillo Alcaráz A, Fernández Fernández A, Sánchez Nieto JM, García Martínez A.

Palabras clave:

Tabaco, escolar, prevención.

Introducción:

La eficacia de los programas de prevención de drogodependencias en la escuela muestra diferencias entre su administración por docentes u otros profesionales. Este estudio propone comparar la aplicación de un mismo programa de prevención de tabaquismo por docentes o sanitarios en un mismo centro educativo.

Material y método:

Ensayo controlado y aleatorizado no coincidente en el tiempo de un año de duración. Se aplica un programa de cuatro sesiones de una hora de duración, de carácter mensual, entre enero y abril a alumnos de 1º de ESO. El grupo 1 (n=115) lo recibe de docentes en el curso 2001/02 y el grupo 2 (n=92) de sanitarios durante 2002/03. La evaluación se realiza mediante el cuestionario FRISC en dos momentos: la inicial en diciembre y la final al año de la primera.

Resultados:

Grupo 1 (G1): responden 107 alumnos (66 chicos), edad media 12.2±0.4 en evaluación inicial; 100 alumnos (71 chicos) en evaluación final. Grupo 2 (G2): responden 86 alumnos (42 chicos), edad media 12.1±0.4 en evaluación inicial; 86 alumnos (42 chicos) en evaluación final.

La experimentación con el tabaco aumenta en 12.5% en G1 y 8.1% en G2 (p=0.161). El consumo diario aumenta 7% en G1 y 2.3% en G2 (p=0.230) y el tabaquismo semanal se eleva un 0% en G1 y 4.6% en G2 (p=0.019).

Conclusiones:

La evaluación anual del programa preventivo por profesionales sanitarios muestra menor inclusión en consumo diario y experimentación, aumentando el consumo semanal. La incorporación al tabaquismo se retrasa más en el grupo dirigido por sanitarios que en el de los docentes.

MESA 4

Comunicaciones C-24 a C-34

Moderador:

José Miguel Bueno Ortiz
Centro de Salud de Fuente Álamo

■ SALA 11



C-24 INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

Aranda García A, León Villar J, Tobaruela Soto M, García García T, González Billalabeitia E, García Martínez E.

Palabras clave:

Intervención, errores, quimioterapia.

Objetivos:

El objetivo fue analizar el tipo y número de intervenciones farmacéuticas realizadas sobre la prescripción de medicamentos citostáticos y estimar como esta medida contribuye a aumentar la seguridad de los tratamientos, a mejorar la calidad de la asistencia, así como a optimizar los recursos.

Metodología:

Se evaluaron las intervenciones farmacéuticas realizadas desde enero de 2004 a marzo de 2005 (ambos inclusive) clasificándose éstas por tipos: 1.-adecuación a presentación comercial, 2.-estabilidad, 3.-disponibilidad de principio activo, 4.-administración, 5.-información, 6.-indicación, 7.-confirmación de seguridad y 8.-detección de error. Las intervenciones fueron realizadas por teléfono, ante algún posible problema en la prescripción de citostáticos, con el facultativo responsable y/o enfermería.

Resultados:

Durante el periodo estudiado se administró tratamiento quimioterápico a 987 pacientes que generaron 9385 estancias, realizándose 363 intervenciones farmacéuticas, (en un 37% de los pacientes y un 4% de las estancias). El 32% de las intervenciones se realizó por ajuste de dosis a viales completos, suponiendo un ahorro económico de 22235 euros, así como una disminución de posibles errores y/o accidentes al disminuir la manipulación de los medicamentos citostáticos. El 22% de las intervenciones fueron para la confirmación de fechas de administración, el 19% para la confirmación de dosis y el 15% al detectarse un error en la prescripción. Los fármacos que propiciaron mayor número de intervenciones fueron Rituximab (76) y Paclitaxel (40), la mayoría de ellas por ajuste de dosis a viales completos. De los 53 errores prevenidos 34 se refirieron a dosis erróneas (extra o infradosificación).

Conclusiones:

La intervención farmacéutica, previa a la preparación de fármacos tan tóxicos como los citostáticos, se muestra como una clara herramienta de seguridad para la prevención de errores de medicación y, por tanto, para la mejora en la calidad asistencial. Su eficacia es difícil de evaluar en términos económicos, no obstante, en ocasiones, como en el ajuste de dosis a presentación comercial, se puede estimar fácilmente. Aún así, los costes evitados en cuanto a seguridad, tiempo de preparación, posibles efectos de extra o infradosificaciones, entre otros, son difíciles de valorar en términos económicos.

C-25 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE CITOSTÁTICOS EN ONCOLOGÍA

Tobaruela Soto M, Aranda García A, León Villar J, Villamayor Blanco L, Jorge Vidal V, Antequera Lardón MT.

Palabras clave:

Calidad, prescripción, citostáticos.

Objetivo:

Evaluar el efecto de una intervención en la mejora de la calidad de prescripción de citostáticos.

Método:

Estudio retrospectivo de nivel de calidad en la prescripción de citostáticos en Hospital de Día Médico (HDM). Se consensuaron con el Servicio de Oncohematología los requisitos de calidad que debían cumplir las hojas de prescripción de citostáticos para evitar potenciales errores de medicación definiéndose nueve criterios: C1 nombre-apellidos, C2 historia clínica (NHC), C3 fecha nacimiento, C4 diagnóstico, C5 peso, C6 talla, C7 superficie corporal, C8 dosis prescrita y C9 fecha/s de administración. Se analizó el cumplimiento de estos criterios en dos periodos: Enero-Abril 2004 (previo a la intervención) y Mayo-Agosto 2004 (postintervención). La dimensión estudiada fue la calidad científico-técnica, siendo los datos de proceso en todos los criterios. Las fuentes de datos fueron las prescripciones de HDM de oncología. Tamaño de la muestra: 100 casos en ambas intervenciones (grado de confianza 95%, precisión 0,1) y método de muestreo aleatorio simple. Para el análisis estadístico se empleó el valor z, realizándose un diagrama Pareto para priorizar las oportunidades de mejora.

Resultados:

Grado de cumplimiento de los criterios en los periodos estudiados: Enero-Abril 04: C1 100%, C2 100%, C3 98%, C4 76%, C5 11%, C6 11%, C7 11%, C8 98% y C9 80,39%. Mayo-Agosto 04: C1 100 %, C2 100%, C3 99%, C4 89%, C5 19%, C6 18%, C7 18%, C8 100% y C9 98,31%. Hay una mejora estadísticamente significativa en tres de los nueve criterios: C4 ($p=0,008$), C8 ($p=0,022$) y C9 ($<0,001$). De los criterios seleccionados se observa un bajo cumplimiento en C5, C6 y C7, que suponen en el gráfico de Pareto el 93,51% de los defectos de calidad observados. La mejora de nivel de calidad obtenida fue del 20%.

Conclusiones:

El cumplimiento de los requisitos de calidad en las prescripción supone un incremento del nivel de calidad del proceso. Es necesario monitorizar de manera continua su estado, y reincidir en la mejora de los defectos de calidad observados especialmente (peso, talla y superficie corporal) pues éstos afectan de manera directa a la prevención de errores de medicación.

C-26 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL USO DE FÁRMACOS GENÉRICOS EN URGENCIAS

Alcaraz Martínez J, Cano Nieto A, Pérez García R, Ayala Viguera I, Moreno Encabo IA, Abenza Jiménez P.

Palabras clave:

Ciclo mejora, genéricos, urgencias.

Introducción

Una de las dimensiones de calidad asistencial es la eficiencia, y dentro de esta la mejor utilización del presupuesto sanitario. En el año 2004 se planteó evaluar y controlar el uso de fármacos genéricos recetados al alta en Urgencias.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es evaluar el uso de fármacos genéricos en Urgencias al alta y en función del resultado, realizar actividades de mejora Metodología Se escogió una muestra de 180 casos entre octubre y diciembre del 2004 mediante muestreo aleatorio sistemático, estratificado en función de los 6 grupos de médicos de guardia establecidos en el servicio (10 casos por mes y grupo). Dimensión estudiada: proporción de fármacos genéricos recetados al alta de urgencias. El estándar o nivel de cumplimiento mínimo fijado fue el 10%. La fuente de datos fue el archivo de asistidos en urgencias.

Posteriormente, tras conocer los resultados de cumplimiento se envió una carta con los resultados a los médicos de Urgencias y se comentaron en sesión clínica. En Mayo de 2005 se tomo una muestra de 60 casos con la misma metodología que el primer muestreo. Se utilizó el test de la Chi cuadrado para comparación de proporciones.

Resultados:

En la primera fase se recetaron un 39 fármacos genéricos del total de 326 fármacos recetados, $12,04\% \pm 3,5\%$, pasando al $16,6\% \pm 6,8\%$ tras las actividades de mejora. En las dos fases del estudio se observaron diferencias entre grupos de guardia, siendo significativas entre dos de ellos en el segundo muestreo ($< 0,05$). No se han evidenciado diferencias significativas entre residentes y adjuntos ($< 0,05$).

Los genéricos más recetados fueron Ibuprofeno y omeprazol, en las dos fases Conclusiones Se ha evidenciado un discreto aumento del uso de genéricos, que aunque no llega a ser significativo estadísticamente, se mantiene por encima del estándar de cumplimiento fijado.

C-27 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

Martínez Gómez DA, Lirón Ruiz RJ, Aguayo Albasini JL, López Guillermo MD, Martínez Albaladejo Y, García Maiquez C.

Palabras clave:

Profilaxis antibiótica, tiempo máximo cobertura, evaluación y mejora.

Objetivo:

Detectamos alargamiento del tiempo entre la administración de la profilaxis antibiótica y el inicio- final quirúrgico. Analizamos este problema como una oportunidad de mejora, introduciendo las modificaciones pertinentes y evaluar el resultado final, basándose en la Metodología propuesta por el programa EMCA de la Región de Murcia.

Metodología:

Los pacientes operados provienen de: Urgencias, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y Hospitalización programada. Se estudiaron a) pacientes operados por apendicitis aguda (con datos fiables), b) todos los pacientes de CMA con profilaxis antibiótica y c) el primer paciente programado de cada mañana ya que si tenía profilaxis se realizaba a las 7h45´.

Como norma general se repite la profilaxis, si no ha concluido la cirugía, dos horas después de la dosis inicial soliendo aplicar este criterio a la Cefazolina. Como norma específica, superada 2 veces la vida media del antibiótico y no finalizada la intervención, debe de repetirse la dosis. Con estos criterios y los recomendados por el Laboratorio, se determinó el “tiempo máximo de cobertura” de las profilaxis más comunes 1)Primera evaluación (1/02/2004 - 31/05/2004) N° pacientes: 111. Criterios a evaluar: C1, profilaxis administrada en quirófano, antes de la anestesia. C2, profilaxis antes de la cirugía. C3, dosis correctas. C4, intervalo adecuado entre profilaxis y final quirúrgico. Documentos estudiados: Hoja de tratamientos de enfermería y hoja de anestesia (fin de operación).

Acciones de mejora: Discusión del problema en Sesión Clínica Quirúrgica (cirujanos, representantes de Comisión de Infecciones y Anestesia, Supervisores de Enfermería implicados), acordándose administrar la profilaxis en pre-quirófano, antes de la anestesia.

2)Segunda evaluación (1/09/2004-31/12/2004). N° pacientes:128.

Resultados:

1ª evaluación . Porcentaje de cumplimientos por criterios (IC 95%) fue:

C1: 0±0; C2: 96±0,04; C3: 100±0; C4: 68±0,09.

Segunda evaluación : C1: 97±0,02; C2: 98±0,02; C3: 100±0; C4: 89±0,05.

Mejora absoluta: C1: 97; C2: 2; C3: 0; C4: 21.

Mejora relativa: C1: 97; C2: 5; C3: ---; C4: 65.

Significación: C1 $p < 0,001$. C2 $p < 0,05$. C3 -----. C4 $p < 0,001$.

Conclusiones:

Tras la mejora introducida se ha conseguido reducir la profilaxis antibiótica inadecuada en el tiempo, desde casi 1/3 a una décima parte de los pacientes estudiados.

C-28 ANALGESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA: EL MEJOR ESTANDAR DE CALIDAD

Hernando Sáez J, Hernández Méndez FA, Cárcelos Barón MD, Roqués Escolar V, Verdú MT, García Ferreira J.

Palabras clave:

Epidural, obstétrica, calidad.

Objetivos:

El dolor del parto ha sido considerado desde siempre como una experiencia negativa en la mujer respecto al nacimiento de su hijo. Hoy día se acepta que la analgesia epidural obstétrica es un método útil para un gran porcentaje de gestantes. Existen muy pocos trabajos que reflejen la opinión de las gestantes en relación a la técnica epidural.

El objetivo de este estudio ha sido conocer las expectativas de las parturientas en nuestra región respecto al dolor en el parto y la mejoría obtenida con la técnica epidural.

Metodología:

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, aleatorio y ciego. Se estudiaron 200 pacientes con analgesia epidural para alivio del dolor de parto.

Un observador distinto del anestesiólogo que realizó la técnica llevó a cabo una encuesta a la paciente sobre una serie de ítems que reflejan su conocimiento y actitud previa frente a la epidural. Además se ha valorado la analgesia recibida, estableciendo la eficacia y calidad del proceso.

Resultados:

De las 200 pacientes incluidas en el trabajo, un 77% tienen estudios, aunque sólo el 37% había recibido preparación al parto. El 79% de los pacientes refiere que el parto fue mejor o igual de lo que ella esperaba.

Respecto al desconocimiento previo de la técnica epidural, decir que el nivel de información previo fue en un 68% de los casos mucho o regular. Sólo el 7% de los casos no sabía nada respecto a la técnica. La actitud previa fue favorable en un 89%.

En la evaluación posterior de resultados, el 93% la técnica cumplió las expectativas que las pacientes tenían al respecto, o incluso mejor de lo que esperaba (46%). Todas las pacientes repetirían la epidural en un parto futuro y la recomendarían a sus familiares.

Su valoración global según la escala de satisfacción visual de 0 a 10 fue 9.3 ± 0.02 respecto al anestesiólogo y 8.9 ± 0.15 respecto a la técnica epidural.

El 20 % de nuestras pacientes fueron extranjeras, el 80% desconocían la práctica de esta técnica, ya que en su país es excepcional y suele ser realizada en régimen privado.

Conclusiones:

Los resultados de este trabajo reflejan el elevado grado de satisfacción y el cumplimiento de las expectativas de nuestras pacientes. Coincidimos con lo expresado por Dickinson respecto a la mayor satisfacción de las pacientes que han recibido analgesia obstétrica epidural. Curiosamente un elevado porcentaje de pacientes considera igual de satisfactorio el hecho de no haber tenido dolor, como el momento de ver a su hijo.

La opinión de nuestras pacientes es clara a la hora de considerar la analgesia epidural obstétrica como algo imprescindible en el parto y no dudarían en repetir en el 100% de los casos.

C-29 MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

*Fernández Aparicio T, Herranz Marín MT, Novoa Jurado A, Carrillo González A,
Paredes Sidrach de Cardona A, Alcaraz J.*

Palabras clave:

Procesos, gestión.

Objetivos:

Elaborar el mapa de procesos nivel 0 del Hospital Morales Meseguer (Proyecto becado por la Fundación SENECA, identificador PRSAN/01/FN/03).

Metodología:

Durante el año 2004 y el primer trimestre de 2005 se ha desarrollado el mapa de procesos nivel 0 en nuestro Centro bajo los siguientes principios:

- Dinámica de grupos a partir de 40 profesionales voluntarios del Centro de diversas categorías.
- Plan de formación tutorizado por expertos en calidad y en la gestión de procesos a través de 4 sesiones de trabajo.
- Identificación de los procesos clave, estratégicos y de apoyo a través de los grupos de trabajo y del equipo Directivo del Centro, así como de las actividades en ellos incluidas y los indicadores básicos de monitorización.
- Identificación de procesos emergentes tras la realización de la autoevaluación EFQM.
- Desarrollo de la matriz de interrelaciones.
- Dibujo del mapa de procesos nivel 0 mediante la metodología IDEFO.

Resultados:

El 40.5% de los profesionales implicados fueron facultativos, el 40.5% personal sanitario no facultativo y el 19% personal no sanitario. La participación global en las sesiones de trabajo fue del 94%.

Los grupos identificaron la mayor parte de los procesos clínicos y asistenciales, integrados todos ellos en la categoría de "procesos clave". En total, los profesionales señalaron 20 procesos. Prácticamente en todos ellos se elaboró la definición correspondiente y sus actividades; en algún caso emblemático fue desarrollado el diagrama de vías paralelas.

El equipo investigador y directivo del Centro identificó asimismo otro conjunto de procesos no mencionados por los profesionales (25), en su mayor parte estratégicos o de soporte.

Conclusiones:

La motivación y el ejercicio de participación de los profesionales del Centro ha sido excepcional.

La elaboración final del mapa ha permitido objetivar la indudable orientación hacia el paciente de nuestra organización, acercando aún más el concepto de calidad total a la cultura del Centro desde un abordaje práctico.

C-30 VALORACIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN LA U.M.C.E.

García Martínez M, Brando Asensio I, García Fernández N, Gálvez Martínez MT, Carrión Martín R, Carrillo Alcaraz A.

Palabras clave:

Valoración, ancianos, U.M.C.E.

Resumen:

En Enero de 2005, se creó en el Hospital J.M. Morales Meseguer, la Unidad Médica de Corta Estancia (U.M.C.E.), siendo uno de los criterios de exclusión que los pacientes presenten riesgo social. Desde la Unidad de Trabajo Social, se pensó en crear un instrumento que, de alguna forma, valorara el riesgo social que presentaran los pacientes ingresados en dicha unidad, ya que no existía ninguna herramienta concreta para detectar el criterio de exclusión mencionado.

Objetivos:

1-Detectar el Riesgo Social en los pacientes de más de 65 años ingresados en la UMCE 2-Establecer un protocolo de valoración de Riesgo Social en pacientes de más de 65 años ingresado en la UMCE

Metodología:

Estudio: Prospectivo mediante encuesta validada para valorar riesgo social.

Herramientas: Escala Gijón.

Muestra Estudiada: Todos los pacienets ingresados en UMCE de forma consecutiva con mas de 65 años.

Periodo: 3 Meses

Resultados:

106 pacientes. Edad media 79 años, 44.3% hombres y 55.7% mujeres. El 58.5% de las encuestas se realizaron a acompañantes y el 53.8% de los encuestados vivían en ambiente rural. Únicamente un 3.8% presentaban problema social, pero en un 45.3% existía riesgo social. En el análisis univariante los factores asociados a riesgo o problema social fueron el género femenino ($p < 0.001$), la convivencia sin pareja ($p = 0.001$) y la edad ($p = 0.002$). En el análisis multivariante, únicamente el sexo (OR=4.72, IC-95%:1.99, 11.19) y la edad (OR:1.09, IC-95%: 1.02, 1.17) fueron los predictores de riesgo o problema social.

Conclusiones:

A través de este estudio se ha constatado la necesidad de incorporar una herramienta de valoración del riesgo social al ingreso en la UMCE, puesto que los resultados reflejan que la mitad de pacientes ingresados en dicha unidad presentan riesgo social, siendo variables definitorias el sexo (mujer) y la edad (mayor edad más riesgo social).

C-31 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL INFORME DE ALTA EN URGENCIAS

Abenza Jiménez P, Moreno Encabo IA, Ayala Viguera I, Pérez García R, Cano Nieto A, Alcaraz Martínez J.

Palabras clave:

Identificación, informe alta, urgencias.

Introducción

Los informes de alta, y los de Urgencias no son una excepción, deben ir firmados y el médico responsable debe indicar el nombre y número de colegiado.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es evaluar la correcta identificación del médico responsable del alta en Urgencias y realizar actividades para mejorar su cumplimiento.

Metodología

En los meses de octubre y diciembre del 2004 se seleccionó una muestra de 10 casos seis días de cada mes mediante muestreo aleatorio sistemático, estratificado en función de los 6 grupos de médicos de guardia establecidos en el servicio (180 casos).

Tras conocer los resultados de cumplimiento se envió una carta con los resultados a los médicos de Urgencias y se comentaron en sesión clínica. En Mayo de 2005 se tomo una muestra de 60 casos con la misma metodología que el primer muestreo. Se utilizó el test de la Chi cuadrado para comparación de proporciones.

Resultados

En el muestreo realizado de 180 informes, 4 no pudo identificarse al responsable del alta. En 53 casos (29,44% \pm 6,6%) faltaba el nombre del médico, en 5 casos (2,8% \pm 2,4%) el número de colegiado y en todos aparecía la firma.

Tras las actividades de mejora, el porcentaje de informes donde no constara el nombre fue del 23,3% (\pm 10,6%) y el cumplimiento de la firma y el número de colegiado fue del 100%. Pudieron identificarse todos los responsables del alta.

Conclusiones

Se ha evidenciado una mejora en la identificación del informe de alta en Urgencias.

C-32 EVALUACIÓN Y MEJORA EN EL CMBD DEL HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO DE YECLA, MURCIA

Olivares Morales JM, Martín Pérez MA, Rodríguez Navarro PJ, Muñoz Soto A, Palao Ferrándiz IM, Alcaraz Quiñonero M.

Palabras clave:

CMBD, CMA, mejora.

Objetivos:

Mejorar el informe de calidad del CMBD hospitalario y de CMA del año 2004.
100% de episodios codificados.
Menos del 0,5% de errores inespecíficos.

Metodología:

Una vez estudiados los 31 criterios del CMBD en el año 2003, los autores deciden constituir un grupo de mejora. Se obtiene un diagrama de Pareto y se acometen las siguientes intervenciones:

- 1.- Creación de la Comisión del CMBD.
- 2º.- Se solicita una descarga de la base de datos de tarjeta sanitaria.
- 3º.- Se elabora listado de pacientes ingresados de urgencias en los que no conste el CIAS-PRO y el CIP, y tomar medidas para su corrección.
- 4º.- Se elabora un impreso en el que figuran los datos demográficos de cada paciente de nuestra base de datos y se contrasta con los reales ante una eventual visita a la puerta de urgencias.
- 5º.- Se cambia el circuito de las historias de éxitus, para que todas pasen por la unidad de codificación.

Resultados:

- CMBD hospitalaria:
Datos demográficos:
 - La ausencia o error de CIP, se redujo del 26,75% en el año 2003, a un 10,73% en el 2004.
 - La ausencia de CIAS_PRO o inválido, se redujo del 23,68% en el 2003, a un 7,56% en el 2004.
- Datos clínicos:
 - El DX secundario/s inexistente/s se consiguió reducir de 115 casos a 0 en 2004.
 - La ausencia de DX principal se redujo de 71 casos a 8 en 2004.
- CMBD CMA:
Datos demográficos:
 - La ausencia o error de CIP, se redujo del 18,18% en el año 2003, a un 6,28% en el 2004.

-La ausencia de CIAS_PRO o inválido, se redujo del 19,86% en el 2003, a un 3,72% en el 2004.

Datos clínicos:

-El episodio no codificado se consiguió reducir de 64 casos a 2 en 2004.

-La ausencia de DX principal se redujo de 64 casos a 2 en 2004.

Conclusiones:

La mejora en el informe de calidad del CMBD hospitalario y de CMA del año 2004, ha sido ostensible, consiguiéndose en algunos ítems el 0% de errores, lo que nos abre la puerta para dar un paso más hacia la consecución del 0 en todos los casos.

C-33 ¿DÓNDE ESTÁN LOS DATOS?

Muñoz Soto A, Aranda Lorca JJ, Olivares Morales JM, Viguera Paredes P, González-Moro Prats LJ, Alcaraz Quiñonero M.

Palabras clave:

Seguridad, sistema de información.

Objetivos:

Mejorar la seguridad de los sistemas de información.

Metodología:

Hemos aplicado la Metodología de Análisis y Gestión de Riesgos en los Sistemas de Información (MAGERIT). La metodología identifica activos, amenazas, vulnerabilidades y medidas que se han de adoptar para proteger los activos. Se divide el sistema de seguridad en cuatro subestados: 1) Subestado A de autenticación, 2) Subestado C de confidencialidad, 3) Subestado I de integridad, y 4) Subestado D de disponibilidad. En cada uno de estos subestados se decide actuar sobre los activos más vulnerables que representan mayor amenaza sobre la organización y menor coste de la solución.

Resultados:

- Subestado A de autenticación: Identidad de los usuarios del sistema de información. Porcentaje de usuarios del sistema de información que entran en la aplicación con un login único: 17%. Se implementaron dos medidas: se dejó de asignar usuarios genéricos y se estableció un procedimiento de sustitución de login genérico por personalizado. En un corte un año después, porcentaje de usuarios del sistema de información que entrena en la aplicación con login único: 91%

- Subestado C de confidencialidad: Número de usuarios del sistema de información que han firmado el “documento de confidencialidad” : 0. Se diseña un plan de formación en materia de confidencialidad, así como de novedades legislativas sobre el tema, de tal forma que el usuario disponga de toda la formación e información necesaria para firmar el documento de confidencialidad con total garantía. En un corte un año después, número de usuarios que han firmado el “documento de confidencialidad”: 280.

- Subestado I de Integridad: Previene contra la modificación o destrucción no autorizada de activos. La integridad está vinculada a la fiabilidad funcional del sistema de información. Puesto que las aplicaciones informáticas que se utilizan son de empresas externas, no se puede incidir en este punto. Se realizaba una única copia de seguridad de todos los sistemas en una misma cinta. Se decide mejorar el sistema de copias de seguridad: se hace 1 copia de seguridad por cada sistema todos los días de la semana (cinco días a la semana) y se guardan en caja ignífuga.

- Subestado D de disponibilidad: Se identifica que la tasa de averías de los PC que se deben a entrada de virus era un 69%. Porcentaje de PC con sistema de detección y desinfección de virus: 23%. Medida de mejora puesta en marcha: implantación de un sistema centralizado de instalación de programa antivirus así como de actualización automática de antivirus, de tal forma que con el menor tiempo posible se extiende sobre todos los ordenadores del hospital las actualizaciones del programa antivirus como la actualización del fichero de firmas. En un corte un año después, porcentaje de tasa de averías de los PC debidas a entradas de virus: 6%, porcentaje de PC con sistema de detección y desinfección de virus: 91%.

Conclusiones:

Conseguir un sistema de información seguro es una tarea compleja donde la técnica y el usuario han de ir de la mano. La aplicación de la metodología MAGERIT puede ser una herramienta útil para dirigir los esfuerzos de la organización a mejoras eficientes en la seguridad de los sistemas de información.

C-34 NUEVOS FÁRMACOS: POTENCIAL TERAPÉUTICO, VARIABILIDAD EN SU USO Y COSTE

Rausell Rausell VJ, Salas Martín E, Tobaruela Soto M, Aranda García A.

Palabras clave:

Novedades, fármacos, atención primaria.

Objetivo:

Estudio de utilización de novedades terapéuticas sin aportación relevante a la terapéutica (NTSAR) en Atención Primaria de la Región de Murcia en 2004 y su incidencia sobre el gasto farmacéutico.

Metodología:

Se consideran nuevos fármacos aquellos comercializados en los últimos 5 años, por estar sometidos a un seguimiento especial por el Sistema Nacional de Farmacovigilancia. Los criterios de clasificación e informes de evaluación de los nuevos fármacos están disponibles en <http://www.murciasalud.es>. Se estudió la utilización de NTSAR en el año 2004 por Zona Básica de Salud (ZBS) y el global de la Región de Murcia, monitorizando el indicador %NTSAR = (Envases de especialidades farmacéuticas con fármacos clasificados como NTSAR / Total de envases prescritos) x 100. Fuente de datos: sistema de información de la prestación farmacéutica del Servicio Murciano de Salud (SMS). Se analizó la relación de este indicador con indicadores cuantitativos de gasto farmacéutico independientes de la población asistida: gasto por persona protegida ajustado (GPA) y precio medio por receta (PMR), mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró que la asociación entre indicadores era estadísticamente significativa con un intervalo de confianza del 95% cuando $p < 0,05$.

Resultados:

En el periodo 2000-2004 se comercializaron 75 fármacos, de los que el 58,67% fueron NTSAR y sólo el 8% supuso una importante mejora terapéutica. Los subgrupos terapéuticos más representados fueron los AINE con 5 fármacos y Antipsicóticos con 4. El %NTSAR en 2004 en la Región de Murcia fue del 2,45% y varió entre ZBS en un rango de 1,52% a 3,98%. Se obtuvo una dependencia directa y estadísticamente significativa del GPA y PMR con el %NTSAR. El grado de correlación para el GPA fue $r = 0,2965$, $p = 0,0279$ y para el PMR $r = 0,4850$, $p = 0,0002$.

Conclusiones:

La mayoría de nuevos fármacos no mejoran las opciones terapéuticas disponibles con anterioridad. La utilización de NTSAR presenta una variabilidad destacable por ZBS. Una mayor utilización de NTSAR se asocia con un mayor gasto farmacéutico y precio medio por receta. Las estrategias dirigidas a mejorar este indicador pueden incidir positivamente sobre el gasto farmacéutico.

MESA 5

Comunicaciones desde la C-35 a C-46

Moderador:

Rafael Gomis Cebrián

*Secretario de la Sociedad Murciana de Calidad
Asistencial*

■ SALA 10



C-35 **EVALUACIÓN DE PROTOCOLO SOLICITUD ENDOSCOPIAS EN UN CENTRO DE SALUD**

*Muñoz Ureña AM, Morales López R, Perez- Crespo Gómez C, De Casas Fernández X,
García Arzac RM, Avellaneda Molina PJ.*

Palabras clave

Endoscopia, atención primaria, digestivo.

Introducción:

En febrero de 2002 se puso en marcha un protocolo de solicitud de endoscopias digestivas altas en Atención Primaria, Área de Salud de Cartagena, incluida nuestra Zona de Salud.

Objetivos:

Determinar la idoneidad de la solicitud de endoscopia realizada en la población de nuestra zona de salud (San Antón Cartagena) desde febrero 2002 a enero 2005, comparando con las indicaciones establecidas por consenso por la American Society of Gastrointestinal Endoscopy,

Conocer el perfil de los pacientes incluidos en el protocolo de derivación en función de la edad, género, indicación, diagnóstico y anatomía patológica.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisamos las Historias Clínicas en soporte informático y papel para registro de las variables, de toda la población incluida en el protocolo de solicitud de endoscopia. Estudio descriptivo y frecuencias, t-student y chi-cuadrado mediante paquete estadístico spss.

Resultados:

N=91 endoscopias solicitadas. Edad media 48.08 años (desvstd: 16.49), 50% de pacientes menores de 44 años y 75% menores de 70 años. 40.7% varones, 59.3% mujeres. 98.9% cumplen indicación de derivación. 52.7% indicados por persistir síntomas abdominales altos pese a tratamiento apropiado, 18.7% síntomas de reflujo persistentes o recurrentes, 1.1% seguimiento esófago de barret. 16.5% de las endoscopias solicitadas no se realizaron. 27.5% realizadas en 2002, 46.2% realizadas en 2004. 22.7% endoscopia con lesiones en esófago, 28% en cuerpo gástrico, 8% en bulbo duodenal, 18.7% varias localizaciones, 22.7% no lesiones. Anatomía Patológica (42 muestras): 19% normal, 38% lesión en antro y cuerpo, 40.5% helicobacter positivo, 2.4% lesión varias localizaciones. En año 2002 43.33 días de demora hasta realización endoscopia, en 2003: 73.19 días, 2004: 131.04 días, con una $p < 0.05$.

Conclusiones:

La solicitud de endoscopias desde Atención Primaria cumple con las indicaciones recomendadas por la Sociedad Americana de Endoscopia, aumentando la calidad asistencial por su repercusión diagnóstica y terapéutica en nuestros pacientes por ser el primer nivel de acceso al Sistema Sanitario. Apreciamos un aumento progresiva en los días de demora en la realización de la prueba solicitada. Predominan mujeres, menores de 60 años, con síntomas abdominales altos y reflujo gastroesofágico con mala respuesta a tratamiento o recurrentes, con alteraciones en esófago, cuerpo y antro.

C-36 EVALUACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN UNA UCI POLIVALENTE

Salvestrini Rodríguez M, Guerrero Sánchez MD, Martínez Andreo MJ, Martín Granados J.

Palabras clave:

UCI, vía clínica; marcapasos definitivo.

Objetivos:

Valorar la calidad percibida por los pacientes incluidos en la Vía clínica de implantación de Marcapasos definitivo ambulatorio y valorar la aplicabilidad de una vía clínica en un ámbito como una UCI.

Metodología:

Se incluyeron en el estudio los 35 pacientes incluidos en la Vía clínica de implantación de Marcapasos definitivo ambulatorio entre Enero de 2004 y Abril de 2005, haciendo un análisis descriptivo de las encuestas al paciente/familiar recogidas a estos pacientes y de los criterios de evaluación establecidos en la Vía Clínica.

Resultados:

Las desviaciones registradas fueron de un 8,3 %, cumpliéndose la trayectoria prevista en el 81,7 % restante. Se recogieron 21 encuestas de las 35 entregadas. El 81 % de los pacientes da mucha importancia y el 19 % bastante a estar bien informado del proceso, considerando el 90,5 % del total de los casos suficiente la información recibida. En el 100 % de los casos el nivel de trato fue entre bueno y muy bueno. El 71,4 % considera que la atención recibida fue muy buena, manifestando el 100 % que recomendaría nuestro servicio.

Conclusiones:

El informar sobre la cronología y previsibilidad del proceso quirúrgico al que van a ser sometidos los pacientes, disminuye el grado de ansiedad así como aumenta la sensación de seguridad, tanto de los familiares como de los propios pacientes. Aporta solidez a la aplicabilidad de la vía clínica en la UCI la poca incidencia de desviaciones registradas. Destaca también que, en grandes rasgos, la satisfacción con la atención recibida es muy alta, tanto por parte de enfermería como por parte de los intensivistas, de modo que la mayoría de los pacientes encuestados no dudaría en recomendar nuestro servicio.

C-37 EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO

Soria Aledo V, Coll Salinas A, Flores Pastor B, Leal Llopis J, Hernández Ferrandis MC, Aguayo Albasini JL.

Palabras clave:

Vía clínica, cirugía, neumotórax.

Introducción:

El neumotórax espontáneo primario (NEP) es una patología frecuente que se trata de forma variable en los diferentes sistemas sanitarios e incluso entre los médicos dentro de un mismo servicio. En nuestro servicio de cirugía general se atienden entre 30 y 40 pacientes al año con NEP existiendo una significativa variabilidad en su asistencia, lo que motivó la iniciativa de elaborar una vía clínica (VC) basada en el análisis del proceso, la búsqueda de estudios con la mayor evidencia científica y el consenso de los profesionales. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados tras un año de evaluación de la VC.

Material y método:

Se analizó una serie previa de 34 enfermos tratados durante el año previo a la elaboración de la vía para identificar los puntos débiles y las áreas de mejora. Para dar respuesta y solución a los puntos débiles identificados, la VC incluye protocolos asociados y documentos principales de la VC. Durante un año se han atendido 31 pacientes incluidos en la VC cuyos resultados se han comparado con los de la serie previa.

Resultados:

La estancia media de los pacientes antes de la implantación de la vía ha sido de 7.3 días y los pacientes incluidos en la vía tuvieron una estancia de 5.0 días. El número de radiografías ha disminuido también de 4.3 a 3,2. La tasa de complicaciones y reingresos es similar en ambos grupos. El coste medio por proceso ha disminuido de 1863 a 1168 euros.

Conclusión:

La VC del neumotórax puede conseguir disminuir la variabilidad de las actuaciones profesionales y una disminución de los costes hospitalarios que justifica el esfuerzo de su elaboración e implantación.

C-38 AMPUTACIONES MAYORES EN DIABÉTICOS. RESULTADOS DEL PLAN DE ACTUACIÓN EN ÁREA VI

Martinez Gomez DA, Aguayo Albasini JL, Morales Cuenca G, Aguiran Romero L, Illan Gomez F

Palabras clave:

Pie diabético, amputaciones mayores, plantas asistenciales.

Objetivos:

La incidencia de amputaciones no traumáticas es 30 veces mayor en pacientes diabéticos que en el resto de la población. Los objetivos respecto al pie diabético (PD) son: evitar la amputación y mantener una correcta calidad de vida en un paciente ambulatorio. Para conseguirlos decidimos valorar la situación en nuestra área de salud, elaborar un plan de actuaciones y reevaluar los resultados tras la aplicación de dicho plan.

Metodología:

Nuestro plan de actuaciones incluyó: 1) protocolización del manejo intrahospitalario mediante la implantación de la vía clínica del PD, 2) puesta en marcha de una clínica del PD para mejorar el manejo ambulatorio de los pacientes y 3) garantizar la continuidad de los cuidados extrahospitalarios mediante el fortalecimiento de la relación primaria-especializada a través de reuniones periódicas y cursos de formación. Para conocer la situación de partida se analizaron los ingresos por PD en nuestro servicio entre 1998-2000. Para la evaluación de los resultados de nuestro plan se analizaron los ingresos entre 2001-2003. En ambos periodos estudiamos: número de ingresos/año, edad, sexo, estancia media, mortalidad, coste anual y porcentajes de amputaciones mayores/menores, reingresos, arteriografías, pacientes valorados por rehabilitación. Ambos grupos fueron comparados estadísticamente.

Resultados:

Durante el periodo de partida se recogieron 227 casos de PD. Tras la puesta en marcha de nuestro plan se estudiaron 259 pacientes. Al comparar ambos grupos no se observaron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, estancia media, mortalidad, y % de reingresos y amputaciones menores. Por el contrario, sí que observamos un descenso estadísticamente significativo en los % de amputaciones mayores. El número de arteriografías y de valoraciones por rehabilitación también se incrementó. Asimismo hubo una disminución del coste anual.

Conclusiones:

Nuestro plan de actuación sobre el manejo del pie diabético (vía clínica intrahospitalaria, consulta ambulatoria monográfica y mejora de la relación primaria-especializada) ha conseguido una mejora del proceso: se ha reducido el porcentaje de amputaciones mayores. También se ha incrementado el control arteriográfico y rehabilitador, sin elevar la estancia media ni el índice de reingresos. Los costes se han mantenido estables o incluso han disminuido.

C-39 CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO DE EXTENSIÓN DEL CARCINOMA COLORRECTAL

Miguel J, Soria V, Coll A, Palazón P, Campillo A, Aguayo JL.

Palabras clave:

Protocolo, carcinoma, colorrectal

Objetivo:

La estadificación preoperatoria del carcinoma colorrectal tiene como misión determinar la extensión tumoral para planificar adecuadamente el tratamiento. Se ha detectado que algunos pacientes que se intervienen con este diagnóstico no tienen un estudio preoperatorio y de extensión adecuado. El objetivo de nuestro trabajo es mejorar dicho estudio en los pacientes que se intervienen de forma programada con el diagnóstico de cáncer colorrectal en nuestro hospital.

Métodología:

Se han elaborado cuatro criterios para evaluar la calidad del estudio preoperatorio del proceso carcinoma colorrectal: Criterio 1, radiografía de tórax; Criterio 2, estudio completo del colon; Criterio 3, estudio de extensión abdominal; y Criterio 4, analítica general y antígeno carcinoembrionario. El tamaño muestral ha sido de 63 pacientes y se ha introducido y difundido un protocolo de estudio entre los miembros del Servicio de Cirugía. Posteriormente se ha evaluado la repercusión de las medidas de mejora introducidas con una nueva evaluación.

Resultados:

En la primera evaluación el criterio 1 se cumplía en el 98,4% de los casos, siendo el cumplimiento de los demás criterios más bajo: criterio 2: 79%, criterio 3: 80,9%, criterio 4: 84,1%. Después de introducir las medidas de mejora los resultados obtenidos muestran un cumplimiento de del criterio 1 del 100%, criterio 2: 95%, criterio 3: 93,3% y criterio 4: 88,3%.

Conclusiones:

La implantación y la difusión de un protocolo de estudio preoperatorio y de extensión del cáncer colorrectal ha supuesto una mejora en la atención de los pacientes que se intervienen con este diagnóstico, así como una disminución de la variabilidad en la práctica clínica por parte de los cirujanos del Servicio.

C-40 MEJORA DE LOS TIEMPOS DE ESPERA DE RESULTADOS DE GASOMETRÍAS EN LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

Veracruz Coll I, Pérez Maiquez M, Sánchez Nieto JM, Carrillo Alcaraz A, Belmonte López C, Abellán Nogueira T.

Palabras clave:

Demora, gasometrías, consultas.

Introducción:

Los pacientes en consulta de neumología (NML) son evaluados mediante gasometrías arteriales (GA). Los resultados, tras procesarse en laboratorio, son remitidos a la consulta. Se ha observado en esta secuencia un tiempo de demora excesivo en los resultados.

Objetivos:

Aplicar un ciclo de mejora en el problema detectado.

Material y métodos:

Medición cuatro criterios explícitos relacionados con tiempos. Criterio 1: Tiempo entre extracción y envío a laboratorio no >5 minutos. Criterio 2: Tiempo entre envío a laboratorio y emisión de resultados no >8 minutos. Criterio 3: Tiempo entre emisión de resultados y recepción en consulta no >15 minutos. Criterio 4: Tiempo total entre petición inicial y recepción por el facultativo no >28 minutos. Dimensión estudiada: accesibilidad. Tipo de datos: de estructura y de proceso. Unidades de estudio: muestras de gasometría obtenidas de los pacientes. Fuente de datos: Hoja de medición de tiempos. Identificación de casos: pacientes de consulta con petición de GA. Muestreo: consecutivo. Periodo de tiempo evaluado: de enero 2005 a abril 2005.

Resultados:

47 muestras primera evaluación y 34 muestras (re)evaluación. Criterios primera: Cr1: 9 (19,1%), Cr2: 28 (59,5%); Cr3: 6 (12,8%), Cr4: 22 (46,8%). Medidas de intervención: Cambio en el circuito de información de resultados, con sustitución del informe impreso en papel por visualización en intranet a tiempo real. Criterios (re)evaluación Cr1: 5 (14,7%), Cr2: 25 (73,5%), Cr3: 0 (0%), Cr4: 12 (35,3%).

Conclusiones:

1ª.- Existe mejora significativa en el criterio tres, que es el relacionado directamente con la medida de intervención aplicada. 2ª.- Los criterios uno y dos al estar más relacionados con aspectos estructurales (ajenos a los profesionales implicados en el proceso), experimentan poca mejoría al finalizar el ciclo de calidad, repercutiendo escasamente en el criterio ponderado del tiempo total de demora y en el área de mejora conseguida.

C-41 RESULTADO DE PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE DOLOR TORÁCICO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGÍA

Martínez Jiménez E, Ruiz Ros JA, Alcaraz Martínez J, Jiménez Cervantes D, Capitán Guarnizo E, Carnero Varo A.

Palabras clave:

Alta resolución, dolor torácico, protocolos.

Introducción

En Marzo de 2002 se puso en marcha un protocolo diagnóstico de dolor torácico por los servicios de Urgencias y Cardiología con el fin de reducir ingresos innecesarios. Es de destacar la inexistencia de cardiólogo de guardia en el Hospital y que las actividades se sumaban a la actividad programada habitual. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados en función de ingresos innecesarios evitados.

Metodología

El protocolo consta de unas normas de inclusión de dolores torácicos y una hoja de recogida de datos sobre antecedentes personales, características de dolor y pruebas complementarias a realizar en las 12 horas de observación en Urgencias. Posteriormente estaba previsto la valoración en el Servicio de Cardiología y la realización de una prueba diagnóstica para descartar cardiopatía isquémica aguda. Se han revisado todos los casos evaluados hasta Abril de 2005.

Resultados

Se han incluido en este tiempo 308 casos. (59 casos en 2002, 118 en 2003, 99 en 2004 y 32 este año). Se han realizado 299 pruebas de esfuerzo, 7 ecocardiografías de estrés con dobutamina y en 2 casos no se realizó prueba diagnóstica, uno de ellos al no dar su consentimiento y otro al no tener indicación. De los 308 casos se han ingresado 15 pacientes (4,87%).

Multiplicando los 293 casos de estancias evitadas (58 en 2002, 109 en 2003, 96 en 2004 y 30 este año) por las respectivas estancias medias por ese GRD en cada año, se estima en algo más de 1500 días de estancia los evitados hasta el momento con este protocolo. (1520,37 días) Conclusiones Se constata la utilidad del protocolo en cuanto a evitar ingresos innecesarios, ya que más del 95% son altas.

Se ha conseguido reducir la estancia innecesaria por dolor torácico en algo más de 1500 días.

C-42 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS.

Munilla Das A, Soria Aledo V, Ventura López M, González Ortega J.

Palabras clave:

Guía de práctica clínica, profilaxis, tratamiento, náuseas y vómitos postoperatorios.

Objetivos:

Las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) son aquellos que se presentan tras la intervención quirúrgica hasta las primeras 48 horas. El objetivo es la elaboración de una Guía de Práctica Clínica que permita facilitar la toma de decisiones para establecer la profilaxis y el tratamiento de las NVPO.

Metodología:

Se elaboró un grupo multidisciplinar, compuesto por anestelistas, cirujanos y farmacéuticos. Se revisó una serie previa de 61 pacientes operados durante Febrero de 2005. Se diseñó una Hoja de Recogida de Datos incluyendo: Edad, Sexo, Intervención Quirúrgica, Anestesia, Profilaxis Antiemética, NVPO (0- 6 horas), Tratamiento de Rescate en Reanimación, Profilaxis Antiemética en la planta de cirugía, NVPO (6- 48 horas) y Tratamiento de Rescate en la planta de cirugía. El programa estadístico SPSS fue el utilizado para analizar los resultados. Se consultaron las bases de datos Medline y Cochrane desde 1995. También se llevó a cabo un estudio para cuantificar el riesgo de NVPO en anestesia general y definir las estrategias principales que reducen dicho riesgo.

Resultados:

Aparecieron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la edad entre las 6-48 horas tras la cirugía. Los pacientes que refirieron NVPO, 8 (13.1%), presentaban una media de edad de 37.00 ± 20.36 años, frente a los 50.83 ± 17.67 años de los que no vomitaron, $p=0.047$. Presentaron NVPO 12 varones (48%) frente a 20 mujeres (55.6%). El número de pacientes con anestesia general que presentaron NVPO fue de 30 (58.8%) y con anestesia regional de 2 (20.0%), $p=0.037$. Con respecto al uso de profilaxis antiemética en la planta, el número de pacientes con profilaxis que presentaron NVPO fue de 20 (66.7%), mientras el de los que no la recibieron fue de 10 (38.7%) ($p=0.029$). Se elaboró una Guía de Práctica Clínica compuesta por una tabla para clasificar el riesgo de NVPO en anestesia general, las estrategias para reducir dicho riesgo y el manejo farmacológico en Adultos y Niños, diferenciando Profilaxis, Tratamiento y Tratamiento de Rescate.

Conclusiones:

Con esta Guía de Práctica Clínica se pretende disminuir la permanencia hospitalaria en procesos de corta estancia, reducir la conversión de pacientes de CMA en ingresos y aumentar la satisfacción del usuario.

C-43 ¿QUÉ ESPERAN DE SUS ESPECIALISTAS EN PATOLOGÍA MAMARIA L@S “CLIENTES” ?

*Aguilar J, Lázaro MD, Novoa A, Martínez-Gálvez M, Ayala F;
Grupo Proyecto EMCA 02/04.*

Palabras clave:

Cáncer, mama, grupo focal.

Objetivos:

Las mujeres que consultan en los equipos de atención primaria (EAP) del sistema sanitario público por síntomas mamarios experimentan una gran variabilidad en su asistencia. El objetivo de este trabajo es el análisis de las expectativas y necesidades de las mujeres ante una consulta por síntomas mamarios, así como las de los médicos que las atienden.

Metodología:

Investigación cualitativa mediante grupos focales con: a) Mujeres-clientes del Servicio Murciano de Salud con y sin experiencia previa en asistencia por síntomas mamarios, mayores de 25 años, con y sin experiencia previa en consultas por síntomas mamarios. b) Profesionales médicos integrados en EAPs del Servicio Murciano de Salud: selección mediante muestreo sistemático desde la Gerencia de Atención Primaria, excluyendo médicos en situación laboral distinta de activo. Análisis de datos: Se realizó la transcripción íntegra de las grabaciones, resumen, clasificación e interpretación de los datos.

RESULTADOS: (estructurados en “dimensiones”):

1) MÉDICOS: 1.1. accesibilidad: se destaca la enorme variabilidad de atención a estas mujeres, dependiendo de áreas de salud y edad de las mujeres; 1.2. continuidad de los cuidados: déficits de información, de coordinación, de atención psicológica; 1.3. empatía y trato: sensibilidad ante las quejas de las mujeres, empatía con angustia generada; 1.4. información: se detecta como básica, manifiestamente mejorable (confusa, excesiva, contradictoria...); 1.5. contexto: dificultad de contención, patología “mediática”, diferencias según ámbito sociocultural; 1.6. organización y cualificación: destaca necesidad de tiempo asistencial, formación específica, equidad y agilidad.

2) MUJERES: 2.1. accesibilidad y tiempos de espera: se valora agilidad en diagnóstico, no tanto en tiempos hasta tratamiento; 2.2. trato: comunes las experiencias insatisfactorias; 2.3. contexto: dificultades autoexploración; 2.4. información: señalada como muy relevante, debe ser adecuada a las circunstancias, pero completa; 2.5. otros elementos clave: continuidad del profesional, confianza y posibilidad de segunda opinión, valoración de su médico de familia.

Conclusiones:

Tanto las mujeres como los médicos que las atienden son sensibles a la variabilidad de la atención recibida por síntomas mamarios, destacando como dimensiones más relevantes (y mejorables) en la misma la calidad de la información, la continuidad asistencial, la atención psicológica y la agilidad en la organización.

C-44 PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON UN SISTEMA DE VÍAS CLÍNICAS EN UN SERVICIO HOSPITALARIO

Soria Aledo V, Flores Pastor B, Leal Llopis J, Aznar M, Hernandez Ferrandiz MC, Aguayo Albasini JL.

Objetivo:

Las vías clínicas son planes asistenciales sistematizados para determinados procesos. Su elaboración e implantación requiere de la colaboración de todos los profesionales implicados, pero fundamentalmente de médicos y enfermería. El objetivo de esta comunicación es evaluar la percepción de los profesionales que trabajan con un sistema de vías clínicas en un servicio de cirugía general.

Material y método:

En el Servicio de Cirugía General del hospital Morales Meseguer, desde el año 2000 hasta el 2004 se han elaborado, implantado y evaluado las vías clínicas del pie diabético, la colecistectomía laparoscópica, la tiroidectomía, el neumotórax espontáneo primario y el carcinoma colorrectal. Se ha elaborado una encuesta a los miembros del Servicio de Cirugía y al personal enfermería de las unidades correspondientes a este servicio para conocer su percepción del sistema de vías clínicas. El cuestionario se ha pasado de forma anónima y se ha compuesto de 5 preguntas relacionadas con las vías clínicas. La primera para saber si los profesionales conocen las vías clínicas que están implantadas. La segunda sobre quién se beneficia de las mismas. La tercera sobre la repercusión en los profesionales. La cuarta sobre su repercusión en los pacientes y la quinta sobre la repercusión en la institución.

Resultados:

El 90% de los profesionales conocían qué vías clínicas estaban implantadas. Hubo coincidencia en que las vías clínicas beneficiaban tanto a los pacientes como a los profesionales y a la institución, aunque hubo un número significativo del personal de enfermería que pensaban que los cirujanos son los más beneficiados. Con respecto a los profesionales, la mayoría de los cirujanos contestaron que suponen una facilitación del trabajo y una protección legal. Para enfermería supone además de lo anterior una mayor carga de trabajo. Con respecto a los pacientes, la mayoría de los encuestados, cirujanos y enfermería, piensan que supone una mejor atención global y una mayor y mejor información sobre su proceso. Con respecto a la institución, cirujanos y enfermería coinciden en que ésta se beneficia de la disminución de las estancias y del gasto hospitalario, hecho que debería repercutir en los profesionales.

Conclusión:

La implantación de un sistema de vías clínicas en un servicio de cirugía ha supuesto un cambio de filosofía en los profesionales para conseguir una atención óptima. La percepción de dicho cambio es diferente en algunos aspectos según el punto de vista de los médicos y enfermería, hecho que debe hacernos replantear el trabajo en equipo tan importante para conseguir un resultado global satisfactorio.

C-45 EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES EN LA ATENCIÓN A LA CEFALEA EN UN ÁREA DE SALUD

Novoa Jurado AJ, Alías Linares E, Lazaro MD, López Picazo J, Fernández Aparicio T, Sánchez Bautista S.

Palabras clave:

Coordinación, cefalea, área de salud.

Introducción:

La cefalea, por ser muy prevalente, de diagnóstico fundamentalmente clínico, tratamiento estandarizado y en la que el acceso a la prueba complementaria princeps (TAC) estaba limitado a los médicos de cabecera, fue la patología escogida para llevar a cabo una experiencia de coordinación entre niveles asistenciales.

Objetivos:

Mejorar la atención a los pacientes con cefalea. Metodología: Tras la creación de un Grupo de Trabajo formado por médicos de atención primaria, neurólogos, radiólogos, médicos de urgencias y directivos de ambos niveles, y tras una revisión sistemática, se consensuaron definiciones, clasificaciones, tratamientos y criterios de derivación a urgencias, consulta del especialista y petición de TAC. Se diseñó una hoja de derivación con los ítems más relevantes para tomar decisiones en la que se incluyó un algoritmo diagnóstico y terapéutico. Se rediseñaron circuitos administrativos y se estableció un dispositivo en forma de consulta de alta resolución para atender a los pacientes derivados.

Resultados:

Durante los primeros 8 meses de funcionamiento del circuito, han sido derivados por esta vía 46 pacientes (86% mujeres) con una edad media de 38 años. Todos los médicos de cabecera rellenaron la hoja de derivación prácticamente en su totalidad. El diagnóstico de presunción más frecuente fue la migraña (43%), seguida de la cefalea tensional (28%), secundaria (10%), por abuso de analgésicos (8,6%) y racimos (2 casos). El motivo de la derivación fue la no respuesta al tratamiento (39%), atipicidad (26%), reciente comienzo (10%), alteraciones neurológicas asociadas (10%) y 1 caso para segunda opinión. De los pacientes remitidos, 36 (78%) requerían tratamiento preventivo, estando pautado tan solo en 13 (36%). El diagnóstico de presunción y el del neurólogo fue coincidente en el 45% de los casos. La consulta fue citada en una media de 16,75 días y se requirió una sola visita en el 86% de los casos, habiéndose solicitado TAC en 13 casos (28%).

Conclusiones:

Las conclusiones son muy preliminares pero podemos destacar el éxito de la alta resolución con esta patología, la importante concordancia diagnóstica, la alta calidad de los informes de derivación y la necesidad de incidir en la prescripción de tratamiento preventivo.

C-46 SISTEMA DE PUNTUACIÓN POSSUM. UNA VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CIRUGÍA

Campillo Soto A, Flores Pastor B, Soria Aledo V, Candel Arenas MF, del Pozo Gil de Pareja P, Aguayo Albasini JL.

Palabras clave:

POSSUM, morbilidad, mortalidad.

Objetivo:

El sistema de puntuación POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity) se utiliza en auditorías quirúrgicas, valorando las cifras de morbimortalidad ajustadas al riesgo del paciente según su status fisiológico y gravedad de la intervención quirúrgica. El objetivo de la comunicación es aplicar las fórmulas predictivas de este sistema en nuestro servicio de cirugía.

Pacientes y Métodos:

Hemos iniciado, desde enero de 2005, de forma prospectiva, un estudio de 50 pacientes sometidos a cirugía mayor (urgente o programada), registrando 12 factores fisiológicos en el preoperatorio y 6 factores quirúrgicos. Se recoge la morbimortalidad de la serie y se calcula la puntuación POSSUM.

Resultados:

De los 50 pacientes, 45 fueron intervenidos de forma programada y 5 de urgencia. La puntuación fisiológica fue de 20.8 (r: 14-36) y la puntuación quirúrgica 10.6 (r: 6-24). Hubo morbilidad postoperatoria en 19 pacientes (38%) y un éxito (2%). La puntuación POSSUM fue mayor en los pacientes que presentaron complicaciones respecto a los que no, aunque la diferencia no fue significativa.

Conclusiones:

El sistema POSSUM es un método fácilmente aplicable en nuestro medio para la realización de auditorías quirúrgicas. Conforme aumente la serie de pacientes podremos establecer la relación morbimortalidad observada /esperada en función de la puntuación POSSUM.

COMUNICACIONES PÓSTER

V Congreso Regional de Calidad Asistencial

Murcia 15 y 16 de junio de 2005



P-01 EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: CURA Y MANTENIMIENTO DE LOS ACCESOS VENOSOS EN EL H.G.U REINA SOFÍA

Arellano Morata C, Hernández Ruipérez MM.

Palabras clave:

Evaluación, procedimiento, criterios.

Objetivos:

Cuantificar el grado de cumplimiento de los procedimientos de enfermería vigentes en el HGU Reina Sofía. Detectar áreas de mejora.

Metodología:

DIMENSIÓN ESTUDIADA: Calidad científico-técnica.

TIPO DE DATOS: De proceso.

UNIDADES DE ESTUDIO: Los pacientes ingresados en las unidades de Medicina Interna susceptibles de la realización del procedimiento. Los profesionales de enfermería de las Unidades de hospitalización de Medicina Interna .

FUENTES DE DATOS: La Historia clínica: gráfica de constantes y observación directa.

IDENTIFICACIÓN Y MUESTREO DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO: Marco muestral: número de casos realizados del 26 de Abril al 9 de Mayo, del 1 al 15 Noviembre de 2004, un total de 190 Tipo de evaluación: interna y autoevaluación.

Resultados:

1. Se ha valorado la zona de punción diariamente 99,5%.
2. Se ha sujetado el catéter con sutura cutánea o apósito transparente 88%.
3. Se ha cubierto la zona de punción con gasa estéril 100%.
4. Están protegidas las conexiones de la llave de tres pasos 99%.
5. Se ha registrado el cambio de sistema de perfusión en la gráfica 36%.

Conclusiones:

Se detecta un criterio que no se cumple “ Se ha registrado el cambio de sistema de perfusión”.

Los profesionales del enfermería del HGU Reina Sofía trabajan según los procedimientos vigentes.

P-02 ESTRATEGIAS DE UN GRUPO DE MEJORA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL LENGUAJE NANDA

Hernández Ruipérez MM, Sáez Soto AR, Arellano Morata C.

Palabras clave:

Grupo de mejora, taxonomía, diferencia estadísticamente significativa.

Objetivo:

Demostrar la importancia de la presencia de un grupo de mejora en la normalización de los cuidados.

Metodología:

Realización de un estudio comparativo entre dos evaluaciones sobre el conocimiento y uso del lenguaje enfermero por los profesionales del HGU Reina Sofía, en el año 2000 y 2003.

Muestra en la 1ª de 50 casos y en la 2ª de 49. La evaluación es a través de una encuesta (5 cuestiones con respuesta dirigida). El estudio comparativo entre ambas para una diferencia estadísticamente significativa $p \leq 0,05$ tiene los siguientes resultados:

Conocen la Taxonomía NANDA:

Año 2000: 72%	Año 2003: 93%	Mejora: 21%	$p \leq 0,05$
---------------	---------------	-------------	---------------

Utilizan un lenguaje enfermero para identificar problemas de salud			
Año 2000: 51%	Año 2003: 72,5%	Mejora: 20,5%	$p \leq 0,05$

No tienen dificultad en el manejo de diagnósticos enfermeros			
Año 2000: 43,6%	Año 2003: 64,3%	Mejora: 20,7%	$p \leq 0,05$

No tienen dificultad con la abstracción vocabulario NANDA			
Año 2000: 23,3%	Año 2003: 57,7%	Mejora: 34,4%	$p \leq 0,05$

Refieren saber hacer un diagnóstico enfermero NANDA			
Año 2000: 26%	Año 2003: 61,2%	Mejora: 35,2%	$p \leq 0,05$

Conclusiones:

Existe una mejora estadísticamente significativa en el manejo y conocimiento del lenguaje enfermero NANDA, dirigida por un Grupo de Mejora en enfermería.

**P-03 EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN VÍA
PARENTERAL INTRAVENOSA EN EL H.G.U REINA
SOFÍA**

Sáez Soto AR, Arellano Morata C, Hernández Ruipérez MM.

Palabras clave:

Evaluación, procedimiento, criterios.

Objetivos:

Cuantificar el grado de cumplimiento de los procedimientos de enfermería vigentes en el HGU Reina Sofía. Detectar áreas de mejora.

Metodología:

DIMENSIÓN ESTUDIADA: Calidad científico-técnica. **TIPO DE DATOS:** De proceso. **UNIDADES DE ESTUDIO:** Los pacientes ingresados en las unidades de Medicina Interna susceptibles de la realización del procedimiento. Los profesionales de enfermería de las Unidades de hospitalización de Medicina Interna. **FUENTES DE DATOS:** La Historia clínica: gráfica de constantes y observación directa. **IDENTIFICACIÓN Y MUESTREO DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO:** Marco muestral: número de casos realizados del 26 de Abril al 9 de Mayo, del 1 al 15 Noviembre de 2004, un total de 289.

Tipo de evaluación: interna y autoevaluación.

Resultados:

1. Se ha explicado el procedimiento al paciente 95,5% 2. Se ha comprobado la existencia de alergias medicamentosas 99% 3. Se ha verificado la permeabilidad de la vía venosa 100% 4. Se ha desinfectado el acceso al sistema de infusión 67% 5. Las agujas se han depositado en el contenedor 97,5%.

Conclusiones:

Se detecta un criterio susceptible de mejora “ Se ha desinfectado el acceso al sistema de infusión”.

Los profesionales del enfermería del HGU Reina Sofía trabajan según los procedimientos vigentes.

P-04 PROTOCOLO DEL CUIDADO DE VIAS VENOSAS CENTRALES EN EL HOSPITAL ARRIXACA

Hernández Pérez F, Flores Pastor B, Bernal Valverde I, Soria Aledo V, Ruiz López FJ.

Palabras clave:

Catéter, registro, complicación.

Objetivo:

Mejorar el cumplimiento del protocolo existente en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para el cuidado de las vías venosas centrales así como el registro de las actividades relacionadas que se llevan a cabo.

Material y Método:

Se establecieron seis criterios de calidad, todos ellos relativos al registro de las actividades de enfermería en relación con los cuidados de las vías centrales en pacientes ingresados en la UCI (C1: Registro gráfico de la cura cada 24 horas. C2: Registro de la localización de la vía. C3: Registro del nº de días de instauración de la vía. C4: Registro del cultivo de la vía. C5: Registro gráfico del cambio de sistemas de perfusión y conexiones. C6: Registro de alergias). Se realizó una evaluación del cumplimiento de estos criterios antes y después de su inclusión en un registro informatizado.

Resultados:

En una primera evaluación, el número total de incumplimientos fue de 164. Tras implantar la intervención diseñada, dicho número fue de 81. El mayor porcentaje de incumplimientos correspondió a dos criterios: el relativo al registro de la manipulación de las vías y el relativo al registro de posibles alergias. En todos los criterios evaluados se observó una mejoría estadísticamente significativa, excepto para el criterio relativo al registro del número de días de instauración de la vía (C3), que ya presentaba un cumplimiento del 100% antes de la intervención.

Conclusiones:

La actualización del protocolo en el manejo de vías venosas centrales y su informatización, ha supuesto una mejora en el registro de las actividades relacionadas con este proceso. Todo ello implica una disminución de la variabilidad.

P-05 PLAN DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN

Sanz Peñalver MA, Juana María Gutierrez Aranda JM.

Palabras clave:

Acogida, comarcal, filosofía.

Objetivos:

Facilitar la incorporación en un clima de confianza y seguridad para desarrollar al máximo sus capacidades.

Metodología:**1- PLAN ESTIVAL DE CONTRATACIÓN**

Para los profesionales en verano:

- Recepción por el Supervisor de Recursos Humanos que le explica las condiciones de su contrato y demás condicionantes del Hospital.

- Acogida por el Supervisor de la Unidad que le resuelve dudas y muestra su lugar de trabajo.

- Sesión Inaugural, en el Salón de Actos, donde se explica:

*La ciudad de Lorca y área de influencia.

*El Hospital Rafael Méndez, características actuales y señas de identidad.

*Filosofía de Trabajo para el personal de Enfermería y Cartera de Servicios.

*Presentación de los Supervisores y traslado a las diferentes Unidades por grupos.

*Entrega de tríptico con Información Básica.

2- PLAN INDIVIDUAL

Para contratos aislados:

- Recepción por el Supervisor de Recursos Humanos y por el Supervisor de la Unidad.

3- PLAN ALUMNOS EN PRÁCTICAS

Para alumnos de UPM, UCAM, FP y Proempleo:

- Recepción por el Supervisor de F, D y C, que les explica su rol en la organización y la filosofía de trabajo. Se les hace dos seguimientos, uno a mitad del ciclo y otra al final, con encuesta de Evaluación.

Resultados:

La puesta en marcha de este Plan aporta un mejor clima laboral y confianza en los profesionales que suelen ser poco o nada expertos y procedentes de otras Comunidades. En el caso de los Alumnos lo comprobamos con las encuestas realizadas.

Conclusiones:

1- Es necesario renovar y adecuar el Plan cada año.

2- Se deben realizar encuestas de satisfacción a todos los profesionales acogidos.

P-06 CONTROL DE LA GLUCÓLISIS EN LA EXTRACCIÓN PERIFÉRICA

Ródenas García V, Valdés Richart F, López Yepes ML.

Palabras clave:

Glucosa, extracción.

Introducción:

Las muestras de suero o plasma que no se separan rápidamente de las células pueden contener concentraciones de glucosa falsamente bajas. Esto es debido a la continua absorción y metabolismo in vitro de la glucosa (glucólisis) por las células. En el caso de los puntos periféricos de obtención y recogida de especímenes (PPORE) que están alejados del laboratorio, la disminución de la glucosa puede ser clínicamente importante.

Objetivos:

Evaluar y disminuir la glucólisis de los especímenes sanguíneos obtenidos por extracción periférica.

Metodología:

La glucólisis se valoró con el “promedio de normales” (PDN), un método de control de calidad que mide estabilidad a largo plazo, y que utiliza la media de los resultados de un analito que se encuentran dentro de los límites de referencia. Los valores mensuales de PDN de la glucosa se obtuvieron, por medio del sistema informático del laboratorio, para cada uno de los tres puntos periféricos de extracción (PPORE1, PPORE2, PPORE3) y para las consultas externas del hospital (CE). Durante el mes de abril de 2005 se realizó una intervención para acortar el tiempo entre extracción y centrifugación (TEC) en los dos puntos más alejados del laboratorio (PPORE2 y PPORE3). Los datos de PPORE1 y CE se tomaron como referencia.

Resultados:

Las medias de los PDN de glucosa para PPORE1 y CE en 2004 fueron 92,5 (DE 0,77) y 92,0 (DE 0,80), respectivamente, y se mantuvieron dentro de los límites de ± 2 DE durante 2005. En el caso de PPORE2 y PPORE3, los valores previos a la intervención: 88,7 y 89,0 respectivamente, en el mes de marzo, estuvieron siempre por debajo de los límites anteriores. Después de la intervención, los valores subieron hasta 91,1 (PPORE2) y 92,2 (PPORE3) situándose dentro de los límites considerados aceptables. Este aumento en los PDN estuvo en consonancia con la disminución en el TEC medio, que pasó de 1h 40' a 1h en PPORE2, y de 2h 40' a 1h 35' en PPORE3.

Conclusiones:

La calidad de los resultados de glucosa puede verse seriamente comprometida en la extracción periférica. Sólo un control exhaustivo de la fase preanalítica puede paliar este grave inconveniente.

P-07 MEDIDAS CORRECTORAS. EVALUACIÓN Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO

Pascual Costa RM, Álvaro Meseguer A, Gómez Gómez AE, Egea Caparrós JM, García Rocamora MD, Pérez Martínez A.

Palabras clave:

Extracciones, Citaciones, TAO

Introducción:

En el año 2002 se adoptaron una serie de medidas correctoras encaminadas a evitar la masificación de la consulta de extracciones, evitar retrasos en la toma de muestras y desplazamientos innecesarios de los usuarios al Hospital. Para ello se trató de citar, exclusivamente aquellos pacientes que por razones técnicas precisaran realizar la extracción en dichas consultas.

Se elaboró una hoja informativa para los Clínicos del Hospital y de nuestra Área de Salud incluyendo las magnitudes específicas, que para su realización se precisase remitir al paciente a la consulta de extracciones del Hospital.

En la consulta también se atienden a los pacientes del Tratamiento de Anticoagulación Oral (TAO) que no precisan de cita previa.

Objetivos:

Comprobar la eficacia y evolución en el tiempo de las medidas correctoras tomadas y los posibles efectos colaterales que se derivasen de su implantación.

Metodologías:

Se contabilizan los pacientes que acuden sin cita y no son atendidos, y su relación con respecto al total que acuden a la consulta de extracciones, entre los años 2002 (antes de las medidas correctoras), 2003 y 2004.

Además se computan el total de pacientes del TAO durante estos años.

Resultados:

Disminuyen los pacientes sin citar del 39,78% (2002) a 8,86%(2004).

Disminuye el TAO de 22.632 a 17.599 respectivamente y la consulta 13.195 (2002), disminuye 10.921 (2003) y aumenta 12.986 (2004).

Conclusiones:

1. Se ha observado una disminución de pacientes que acuden a las consultas de extracciones sin cita desde que se tomaron las medidas correctoras, disminuyendo significativamente cada año.

2. Los pacientes que vienen a la Consulta disminuyen en el 2003 y han aumentado en el 2004. Es posible que el aumento se deba a una citación inadecuada, pues algunos

facultativos quieren que la extracción de sus solicitudes se realice en las consultas del Hospital, también a un aumento en la demanda de algunas magnitudes específicas, o un aumento de la población atendida. Estas últimas posibilidades no han sido contrastadas.

3. A tenor de los resultados se deberá insistir sobre los puntos de citación para evitar que citen innecesariamente a pacientes que podrían acudir a sus Centros de Salud y concienciar a los facultativos para que remitan sus pacientes a dichos Centros.

4. En los pacientes del TAO se observa un descenso gradual debido a que se ha facilitado su extracción en sus Centros de Salud, aunque no se ha tomado ninguna medida correctora concreta.

5. El total de pacientes atendidos en consulta disminuye en 2003 y se estabiliza en el 2004. La masificación en la consulta se ha reducido.

6. Habrá que seguir haciendo un seguimiento para ver su evolución en el futuro.

P-08 PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Ros Romera B, Vera Piernas J, Jiménez Murcia JM.

Palabras clave:

Psiquiatría, contención, registro.

Objetivos:

Mejorar la calidad ofrecida a los pacientes en Contención Mecánica en una Unidad de Psiquiatría en un Hospital General.

Metodología:

Este trabajo está basado en la renovación del protocolo de Contención Mecánica, ya existente en nuestra Unidad, tomando como base para ello un estudio bibliográfico aplicado a las necesidades de nuestra Unidad.

Resultados:

Tras la revisión bibliográfica y el estudio de las necesidades de la Unidad, se vió conveniente la renovación total del PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA. En el se ofrecen una serie de vías de abordaje de la agresividad del paciente, previas a la contención mecánica, así como las indicaciones y contraindicaciones del proceso. Se normaliza el proceso para aumentar la seguridad del paciente y disminuir el riesgo de lesiones en el personal.

También se describen una serie de cuidados y tareas de Enfermería imprescindibles para la vigilancia del paciente en contención. Se hace un estudio de la Legislación Vigente con respecto a la restricción de movimientos de la persona y se elabora un REGISTRO DE ENFERMERÍA en donde queda recogido todo lo indicado anteriormente.

Conclusiones:

Con la implantación de este protocolo renovado pretendemos mejorar la calidad asistencial del paciente en contención, así como disminuir los riesgos que toda contención conlleva tanto en el paciente como en el personal, aumentando la seguridad del paciente y disminuyendo las posibilidades de lesiones en el personal. La implantación de este nuevo Registro servirá para hacer un seguimiento de la cumplimentación del protocolo y para pasado un tiempo hacer una revisión del mismo y seguir mejorando en la seguridad y calidad de la asistencia al paciente en contención.

P-09 ANÁLISIS DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS A TRAVÉS DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Abad Corpa E, Ortells Rodriguez MJ, Paredes Sidrach de Cardona A, Inclán Ponce de León MJ, Cortés Parra C.

Palabras clave:

Informe de enfermería al alta, continuidad de cuidados, enfermería.

Antecedentes:

El informe de enfermería al alta (IEA) está considerado como una herramienta útil para asegurar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales. Probablemente, no todos los pacientes necesiten esta continuidad de cuidados dependiendo de su diagnóstico, pronóstico, problemas de salud y necesidades descubiertas.

Objetivo:

Analizar las indicaciones de enfermería que requieren continuidad de cuidados, para garantizar unos cuidados continuados entre ámbitos asistenciales.

Metodología:

Diseño: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Población y Medio: Se analizaron todos los IEA que recibió la Unidad de Calidad del Hospital Morales Meseguer durante el año 2004. Análisis: Estadísticas descriptivas el paquete estadístico SPSS v. 11.

Resultados:

Durante el año 2004, de las 17268 altas hospitalarias, la Unidad de Calidad gestionó 249 IEA. Dichos informes se realizaron a una población con una media de edad de 61 años y en la que el 55,4% eran mujeres. El 26,1 % de los IEA se realizaron a pacientes con un motivo de ingreso médico de Implantación de marcapasos, 18,1% por Colectectomía por vía laparoscópica, 6% por Pie diabético, 6% por Cambio de generador de marcapasos, 3,2% por Bloqueo AV, 2,8% por Síncope y 2% por Angor. El 35,8% restante se distribuyó en pequeños porcentajes: 9,7% a procesos de Cirugía General, 9% Medicina Interna, 3% Neurología, 2,8% Digestivo, 2,3% Cardiología y 1,7% Traumatología. En relación a problemas de salud y necesidades descubiertas los IEA se realizaron en un 39% en Cura de heridas, 18% en Déficit de autocuidados, 17,5% en Discapacidades, 12% en Úlceras, 5% en Sondajes, 3,2% en Incontinencias, 2% en Nutrición Enteral/Parenteral, 2% en Ostomías, 0,6% en Enfermos Terminales, 0,3% en Ancianos con pluripatología y 0,3% en Cateterizaciones. El 13,3% de los IEA se realizó en pacientes con 4 ó más problemas de salud o necesidades descubiertas, el 29,7% entre 2 y 3 problemas y el 57% con un solo problema de salud.

Conclusiones:

Los resultados muestran un déficit de realización de IEA en procesos de salud de los que existe evidencia de necesidad de continuidad asistencial. El análisis de las indicaciones de enfermería a la hora de realizar IEA nos puede ayudar a reconocer áreas de mejora en dichas indicaciones.

P-10 CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD ANALÍTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (ÁREA V DE LA REGIÓN DE MURCIA.)

López Yepes ML, Ródenas García V.

Palabras clave:

Solicitud analítica, petición bioquímica.

Objetivo:

Analizar grado y calidad de cumplimentación de las hojas de petición analítica de bioquímica, de los centros de atención primaria asignados.

Metodología:

Se revisaron 1553 hojas de petición analítica procedentes de AP, discriminando por centro de salud y por médico (no fueron considerados pediatras ni médicos sustitutos).

Se revisaron diversos ítems en todas las peticiones:

- Presencia de etiqueta identificativa.
- Legibilidad de las peticiones manuscritas.
- Falta nombre paciente, fecha de nacimiento paciente, número de SS y nombre médico peticionario.
- Número de perfiles solicitados.
- Cumplimentación de orientación diagnóstica.
- Promedio de pruebas/petición por centro de trabajo y médico.

Resultados:

- Observamos gran diferencia en la cumplimentación según médico sin que responda a variaciones de la patología.
- El porcentaje de peticiones con etiqueta oscila entre el 60-84%, según centros.
- Elevado porcentaje de volantes ilegibles (calculado sobre los manuscritos), siendo del 17, 20 y 25% en cada centro respectivamente.
- Globalmente el porcentaje de peticiones que no indican fecha de nacimiento es muy elevado (70-80%), siendo éste un dato relevante tanto para la correcta identificación del paciente, como para la emisión de informes ajustados por edad.
- Nunca ha faltado el nombre del médico solicitante.
- El apartado “diagnóstico” sólo se rellena en un 53% de las veces y parte de ellas no hace referencia a ninguna patología concreta: control, rutina...
- Elevado porcentaje de peticiones solicitando 2, 3 y 4 perfiles simultáneamente, lo que denota mal uso de los mismos. Se observa gran variabilidad según el médico peticionario.
- La relación de pruebas/petición fluctúa de modo notable (9.5-20.2) entre médicos y centros, no guardando relación con la patología del paciente.

Conclusiones:

1. Es necesario mayor comunicación entre médicos y laboratorio para facilitar y mejorar la tarea de ambos.
2. Es prioritario la máxima mecanización de las hojas de petición con etiquetas adhesivas que incluyan datos demográficos del paciente.
3. Es necesario modificar los formatos de petición y mejorar la información a los centros de atención primaria.
4. Es preciso consensuar protocolos analíticos entre laboratorio y facultativos según diagnósticos, para reducir la variabilidad de las peticiones y racionalizar el uso de pruebas analíticas.

P-11 IMPLANTACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD (PRUEBA DE LA TUBERCULINA)

Ferrer Cañabate J, García-Villanova Ruiz J, Gallego Ramírez MC, Ruiz López A, Sánchez Vera MM, Zarauz García JM.

Palabras clave:

Tuberculina, mantoux, calidad.

Introducción/Objetivos:

A principios del año 2003 implantamos un ciclo de mejora para la prueba de la tuberculina (Mantoux) con los objetivos de mejorar la calidad reduciendo la aparición de incidencias (lecturas no realizadas) y unificando los criterios de lectura e interpretación de resultados (III C. R. Calidad A. 2003).

Metodología:

Basándonos en los resultados del trienio 2000-2002, el nuevo protocolo se centraba en:

1. Estandarizar la inoculación de la tuberculina: formación del personal y revisión de la técnica.
2. Lectura: técnica de Sokal.
3. Unificar los criterios en la interpretación de resultados de lectura y nueva presentación de éstos al clínico.

La aplicación del nuevo protocolo se puso en práctica desde marzo-2003 hasta la fecha, con un total de 1686 inoculaciones registradas (incluyendo todas ellas: induración en mm, interpretación de la prueba, edad, vacunación previa y nacionalidad).

Resultados:

Frente a los resultados del trienio 2000-2 (12% positivos, 62% negativos y 25% incidencias), hemos obtenido un total de 382 positivos (15.89%), 1036 negativos (61.45%) y 382 incidencias (22,66%). El 66.5% de las incidencias fueron debidas a no presentados, en su mayoría de Consultas Externas (63,78%, siendo el 40.94% del total de no presentados pacientes de la Consulta de Preventiva y Salud Laboral. El resto de incidencias (127, 33.2%), salvo 1 exitus, fueron por altas dadas previamente a la lectura, siendo destacable que más de la mitad (el 52,76%) correspondían al Servicio de Pediatría, ya que la estancia en planta suele en muchos casos ser inferior a las 48-72 horas y a que los pediatras realizaban la lectura sin informar de los resultados al laboratorio.

Conclusiones:

1) Eliminación de resultados indeterminados. 2) Aunque la reducción de incidencias (%) no ha sido significativa, sí se ha limitado a los pacientes dados de alta previamente a la lectura y a los pacientes/trabajadores del hospital que no se han presentado a la lectura. 3) La unificación de criterios en la lectura de positivos permite una mejor interpretación diagnóstica de la prueba (Ej.: valoración de conversión tuberculínica). 4) Planteamos la necesidad de un nuevo ciclo de mejora para minimizar las incidencias encontradas.

**P-12 REVISIÓN DEL SEGUIMIENTO DE SALUD
BUCODENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿ES
POSIBLE MEJORAR?**

Ruiz Navarro C, Gomáriz Gacia JJ, Toledo Campillo, Hormigo Julio E, Perez Periago R, García Fernández MT.

Palabras clave:

Salud bucodental, ciclos de mejora, revisiones odontológicas.

Objetivos:

Realizar una evaluación de la calidad asistencial en el seguimiento de las revisiones en odontología de los 6 a los 14 años en el año 2004 y comparar los resultados con los obtenidos en el año 2001.

Metodología:

Se ha realizado un estudio retrospectivo en un centro de salud con una muestra de historias clínicas. Se evaluaron 3 criterios normativos y explícitos sobre seguimiento de las revisiones odontológicas en la infancia. Previamente se disponía de un ciclo completo de mejora realizado en este mismo servicio tres años antes. Se comparan los resultados obtenidos en este ciclo con los anteriores, con una precisión estimación de cumplimiento para una confianza del 95%.

Resultados:

Existe un alto nivel de cumplimiento de los tres criterios muy elevado, con una estimación de mejora en la segunda evaluación del 98 % para los tres criterios, con una mejora absoluta del 43 % para el criterio 1 y del 30 % para el criterio dos siendo estadísticamente significativa, aunque no para el tercer criterio.

Conclusiones:

Se evidencia según estos resultado que la oportunidad de mejora es mínima en el seguimiento odontológico de los 6 a los 14 años en nuestro centro de salud, y que se debe continuar con actividades de monitorización y buscar nuevas oportunidades de mejora.

P-13 IMPORTANCIA DEL ORIGEN DE LOS DATOS AL EVALUAR EL SERVICIO HIPERLIPEMIAS: ¿DISTINTA REALIDAD?

*Ramírez Espin F, Manrique Medina RL, García González AL, Reigadas López MI,
Alarcón Saez C, Mellado Mesa P*

Palabras clave:

Hipercolesterolemia, cartera de servicios, Omi-AP.

Objetivos:

1.- Conocer el número de pacientes hipercolesterolémicos incluidos en el Servicio de Atención a dislipémicos y con historia clínica en Omi-AP, según el módulo de explotación de datos empleado: "Episodios" o "Cartera de Servicios".

2.- Conocer si existen diferencias en el grado de cumplimiento de las Normas Técnicas Mínimas (NTM) del anteriormente citado Servicio, al emplear como fuente de datos los distintos módulos de explotación de datos de Omi-AP ("Episodios" o "Cartera de Servicios")

Metodología:

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Población: Pacientes hipercolesterolémicos de un Centro de Salud urbano del Área de Cartagena, con historia informatizada en Omi-AP y que acudieron a consulta al menos una vez durante el año 2004. Muestra: 120 pacientes, 60 se obtuvieron del listado de pacientes clasificados por módulo de "episodios" y 60 del listado del módulo "Cartera de Servicios". Se realizó un análisis descriptivo del cumplimiento de las ocho NTM de este Servicio, así mismo se realizó comparación de proporciones.

Resultados:

Número de pacientes incluidos: a) Por módulo episodios: 2.093 pacientes. b) Por módulo Cartera de Servicios: 1.149 pacientes. Cumplimiento de criterios: "Por episodios": Criterio de diagnóstico: 63,3%(51,10%;75,5%), Anamnesis de antecedentes/hábitos tóxicos: 50%(37,35%-62,65%); Medición de Tensión, Glucemia, peso:50%(37,35%-62,65%); Consejo antitabaco/recomendaciones dietéticas en último año: 46,7%(34,08%-59,32%); Tratamiento farmacológico tras higienico-dietético: 36,7%(34,50%-48,90%); Pacientes con colesterol controlado: 30%(18,40%-41,60%). "Cartera de Servicios": Criterio de diagnóstico: 96,7% (92,18%-101,2%), Anamnesis de antecedentes/hábitos tóxicos: 70%(58,40%-81,60%); Medición de Tensión, Glucemia, peso: 70%(58,40%-81,60%) Consejo antitabaco/recomendaciones dietéticas último año: 66,7%(54,77%-78,63%); Tratamiento farmacológico tras higienico dietético: 61,7% (49,40%-74,00%); Pacientes con colesterol controlado: 56,7% (44,16%-69,24%). Existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en el grado de cumplimiento de los ocho criterios según la fuente de los datos.

Conclusiones:

- 1.-El número de pacientes incluidos en el Servicio es mayor cuando se obtienen los datos a partir del módulo Episodios.
- 2.-El grado de cumplimiento de NTM es mayor si los datos se obtienen a partir del módulo de explotación de Cartera de Servicios.
- 3.- En toda evaluación debemos tener claro si lo que importante es el nivel de cobertura o el nivel de calidad, medido como cumplimiento de NTM, a la hora de plantearnos el módulo a emplear en la explotación.

P-14 ADECUACIÓN DE LA INDICACIÓN DE AUTOCONTROL DE GLUCEMIA EN EL ÁREA DE LORCA EN DIABÉTICOS TIPO II

Mota Segura MA, Bravo Martínez G, Pérez Periago R, López Torrecillas E, Gris Peñas A, Martínez Maurandi J.

Palabras clave:

Autocontrol, diabetes tipo II.

La utilización de tiras reactivas para el autocontrol domiciliario de la glucemia en pacientes diabéticos tiene como objetivo mejorar el control metabólico de los pacientes. Existen diversos consensos que definen cuales son las pautas correctas de autocontrol en función del tipo de diabetes, tratamiento y grado de control metabólico. Desde hace dos años la GAP de Lorca cuenta con un programa informático de gestión de tiras reactivas que contiene los datos referentes a indicaciones de pautas de autocontrol a los pacientes, aspecto que no se refleja de manera habitual en las historias clínicas.

Objetivo:

Conocer y establecer líneas de mejora en la indicación de autocontrol de glucemia en pacientes diabéticos tipo II del Área de Lorca independientemente que se encuentren en tratamiento con antidiabéticos orales, insulina o sólo dieta

Metodología:

Se trata de un ciclo de mejora siguiendo la metodología EMCA, donde se realizan dos evaluaciones en Abril de 2004 y Abril de 2005. Se definen 5 criterios de calidad validados en la primera evaluación mediante cálculo del índice kappa. Se hace un muestreo aleatorio de los pacientes incluidos en el programa de gestión de tiras con representatividad de centro. Nos centramos en los resultados a nivel de área (n=695, nivel de confianza =95%, error=5%)

Resultados:

En la primera evaluación los criterios con mayor margen de mejora fueron el 5 (pauta de autocontrol dependiendo del tratamiento) y 6 (realización de hemoglobina glicosilada). Durante los meses posteriores a la evaluación se celebraron sesiones en cada centro recordando las indicaciones de autocontroles y la necesidad de realizar la determinación de la hemoglobina glicosilada. En varios equipos enfermería asumió mayor protagonismo en esta actividad. Tras la reevaluación no ha habido una diferencia significativa en los resultados de estos criterios.

Conclusiones:

Continua existiendo una variabilidad importante en la indicación de autocontroles a pacientes diabéticos tipo II en el área y necesitamos implementar otras medidas correctoras. Debemos reflexionar en torno a la finalidad de los controles de glucemia que tiene como objetivo el control metabólico dada la baja tasa de petición de hemoglobina glicosilada.

P-15 LA COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA - ATENCIÓN HOSPITALARIA ES POSIBLE Y MEJORA LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Santiago García MC, Barragán Pérez AJ, Alarcón González JA, Moreno Valero MA, Álvarez Gómez J, García González AL.

Palabras clave:

Coordinación, atención primaria, sistemas de información.

Objetivos:

- Analizar los tiempos de espera (TE) en la recepción de analíticas solicitadas por facultativos de Atención Primaria (FAP) en un área de salud y sus causas.
- Introducir actuaciones para minorizar los TE.
- Mejorar la coordinación entre AP y Atención Especializada (AE).

Metodología:

Ámbito y emplazamiento: 14 Centros de Salud (18 existentes en el Área de Salud de Cartagena) que comparten el mismo laboratorio de referencia. Período estudiado: Septiembre-2004 a Abril-2005

Las oportunidades de mejora detectadas fueron:

A.- Un retraso excesivo en la recepción de los resultados analíticos por parte de los FAP una vez que al paciente se le había realizado la extracción de sangre y se le había enviado la muestra al hospital de referencia.

B.- Dificultad para acceder a analíticas enviados por el laboratorio y extraviadas (2ª copia).

1ª evaluación, se seleccionaron 4 Centros de Salud elegidos al azar en los que se muestrearon 4 solicitudes de analíticas/semana durante 3 meses previos a la intervención.

2ª evaluación, tras la intervención, el procedimiento fue el mismo en los mismos Centros y con la misma muestra.

Intervención: Análisis de la situación mediante un flujograma midiendo los tiempos en cada fase. Se trató el problema de forma conjunta entre el Servicio de Laboratorio del Hospital y la Gerencia de Atención Primaria. Como consecuencia del análisis se modificó el circuito clásico (que incluía la recepción de las analíticas en los Centros de Salud por correo interno) por un nuevo circuito (que incluye la recepción de las analíticas en los centros de salud vía fax. También se habilitó en los puestos informáticos de los Centros de Salud la posibilidad de acceder a los resultados de las analíticas ya emitidas a través de web.

Los resultados se expresaron en mediana de los TE, para evitar valores extremos.

Resultados:

1ª evaluación: mediana de los TE de 15 días (rango 8 – 20).

2ª evaluación: mediana de los TE de 4 días (rango 2 – 8).

Conclusiones:

1.- La coordinación atención primaria – atención especializada es posible y mejora la accesibilidad y calidad de los servicios.

2.- Los circuitos directos agilizan los procesos.

3.- Las tecnologías de nueva generación, deben ponerse a disposición de los servicios en el plazo más breve posible.

P-16 ADHERENCIA RELATIVA A LA FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DOMICILIARIOS RECOMENDADOS DE FISIOTERAPIA. ESTUDIO PRELIMINAR

Escolar Reina P, Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Orden Peralta MP, García Díaz A, Montilla Herrador J.

Palabras clave:

Adherencia, cervicalgia, ejercicios.

Objetivos:

Conocer la adherencia a la frecuencia solicitada en los programas de ejercicios domiciliarios que se usan durante el periodo de tratamiento en fisioterapia y determinar la capacidad predictora de variables sociodemográficas, clínicas y de experiencia previas al inicio de la fisioterapia.

Metodología:

Sujetos: 75 pacientes con cervicalgia o lumbalgia mecánica que reciben tratamiento de fisioterapia y recomendación de seguir paralelamente un programa domiciliario de ejercicios.

Método: Antes del inicio del tratamiento en los centros de salud participantes se pide información sobre variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, baja laboral, estado civil, niños o personas a cargo), clínicas (autoinforme de intensidad de dolor y de salud percibida) y de experiencias previas con fisioterapia (tratamientos y programas domiciliarios previos). Al final del tratamiento, el paciente realiza una autovaloración de su adherencia con relación a la frecuencia de ejercicios recomendados. Se realiza un análisis descriptivo de la adherencia y bivariante de cada una de las potenciales variables predictoras.

Resultados:

Un 39,3% de los pacientes son no-adherentes (indican que no siguen casi siempre o siempre la frecuencia de realización recomendada). Los adherentes y no adherentes se distribuyen homogéneamente entre los grupos de población establecidos por las potenciales predictoras. Solo la variable relativa a experiencia con programas domiciliarios previos presenta heterogeneidad con intervalos de confianza próximos a un nivel de significación.

Conclusiones.

La adherencia a los programas de ejercicios domiciliarios necesita ser mejorada. La identificación de pacientes susceptibles de intervenciones específicas para dicha mejora no es posible con variables sociodemográficas ni clínicas. Estudios con mayor muestra y otro tipo de variables son necesarios para identificar mejores factores predictivos.

P-17 FIABILIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS EJERCICIOS DOMICILIARIOS EN FISIOTERAPIA. ESTUDIO PRELIMINAR

Meseguer Henarejos AB, Escolar Reina P, Gascón Cánovas JJ, Medina i Mirapeix E, Montilla Herrador J, López Martínez S.

Palabras clave:

Fiabilidad, adherencia, ejercicios.

Objetivo:

Conocer la fiabilidad de dos formas paralelas de medir la frecuencia de realización de ejercicios en casa: según el autoinforme del paciente y según la estimación del fisioterapeuta.

Metodología:

Sujetos: 61 pacientes con cervicalgia o lumbalgia mecánicas que recibieron tratamiento fisioterápico en centros de atención primaria.

Método: Al final del tratamiento, se le entregó al paciente un cuestionario en el que tuvo que realizar una autovaloración de su adherencia con relación a la frecuencia con que realiza en casa los ejercicios recomendados durante la última semana de tratamiento en fisioterapia, utilizando una escala (siempre-nunca). Por otro lado, se pidió al fisioterapeuta que hiciera una estimación del mismo tipo de adherencia durante el mismo periodo. Para estimar la fiabilidad de estas dos formas paralelas de medir la adherencia, se realiza un análisis de la fiabilidad mediante el índice de kappa (tipo de ponderación: pesos cuadráticos).

Resultados:

La concordancia entre el paciente y el fisioterapeuta ha sido baja, con un índice de kappa inferior al 0.4 (0.28) y con un intervalo de confianza 95% de (0.09-0.48).

Conclusiones:

Las dos fuentes de información (pacientes y fisioterapeutas) para medir la adherencia a la frecuencia de realización de ejercicios no miden lo mismo. Son necesarios estudios de validez. Sin embargo, si consideramos temporalmente como criterio de referencia el autoinforme del paciente, el fisioterapeuta no puede considerarse una fuente de datos aceptable para estimar la frecuencia de cumplimiento de ejercicios domiciliarios en la última semana de tratamiento en fisioterapia.

P-18 PREVENCIÓN PRIMARIA CON ANTIAGREGANTES EN DM TIPO 2 EN UN COLECTIVO DE ATENCIÓN

Valera Alonso P, Parreño Caparrós E, Graña Fernández S, Garrote Moreno L, Cano Nieto A, López-Picazo Ferrer J.

Palabras clave:

Diabetes, antiagregante, prevención primaria.

Objetivo:

La Diabetes Mellitus es un importante problema de salud por su prevalencia, morbimortalidad y elevado coste, por lo que su manejo en Atención Primaria debe ser óptimo. En este sentido decidimos evaluar y mejorar la antiagregación en pacientes con Diabetes tipo 2 según los criterios de la ADA en nuestro centro.

Material y métodos: En mayo 2004 realizamos un estudio transversal en la totalidad de la población de nuestro centro de salud (29574 usuarios, 1191 diabéticos) apoyándonos en la historia clínica informatizada OMI-AP, para conocer el número de pacientes con antiagregación correcta según los criterios de la ADA obteniendo una proporción de pacientes correctamente agregados por debajo de lo deseable. Decidimos implementar una intervención consistente en la realización de una serie pautaada de sesiones clínicas y entrega de documentación entre los médicos de familia del centro actualizando, según evidencia científica, nuestra formación.

Al año siguiente En abril 2005 reevaluamos realizando otro estudio transversal analizando los mismos pacientes que en el estudio anterior.

Resultados:

En la primera evaluación (2004) obtuvimos 924 diabéticos que tenían eventos cardiovasculares (CV) y presentaban uno o más factores de riesgo CV. Según criterios de la ADA estaban adecuadamente antiagregados sólo 147 (15,8%). En la reevaluación (2005) los pacientes antiagregados ahora son 269 (29,1%). Mejora absoluta, 13,3%; mejora relativa, 15,8%.

Conclusiones:

La intervención docente mediante búsqueda de documentación y realización de sesiones clínicas autoimpartidas ha sido efectiva y debe ser tenida en cuenta para mejorar la calidad de la atención clínica a nuestros pacientes.

P-19 **USO DE ANTIAGREGANTES ORALES EN DM TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Gutiérrez Gabriel S, Muñoz Pastor J, Baeza Alcaraz A, Jiménez Martínez J, López Nicolás A, Ferre Larrosa F

Palabras clave:

Calidad, diabetes, antiagregante.

Objetivo:

Llevar a cabo un ciclo de mejora en el uso de antiagregantes plaquetarios como prevención primaria de riesgo cardiovascular en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Centro de Salud de Torrepacheco.

***Material y Método:**

- Diseño: Estudio descriptivo y estudio de intervención antes-después.
- Periodo de tiempo evaluado: del 1 de Septiembre 2004 al 1 de Mayo 2005.
- Fuente de Datos: listado OMI.
- Marco muestral: pacientes asignados a cartera de servicios de DM del C.S.Torre Pacheco.
- Número de casos: n=39.
- Método del Muestreo: aleatorio y estratificado.
- Cronograma: Recogida de datos 1ª fase: Septiembre 2004; análisis de resultados: Octubre-Noviembre 2004; sesión formativa: Diciembre 2004; recogida de datos 2ª fase: Abril 2005; análisis de resultados: Mayo 2005.

***Criterio explícito normativo de resultado:**

- Toma de antiagregantes como prevención primaria a todo paciente DM tipo 2.

***Criterios de exclusión:**

- Tener antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.
- Contraindicación del tratamiento con antiagregantes.

Resultados:

-1ª fase: de los 39 pacientes estudiados se obtuvieron 6 que tomaran antiagregantes plaquetarios como prevención primaria, lo que supone un 15,4% de cumplimiento de la recomendación de la ADA.

-Intervención: Se realiza una sesión con todos los facultativos del EAP Diciembre de 2004 presentando los resultados obtenidos e insistiendo en las recomendaciones de la ADA para el control de pacientes diabéticos.

-2ª fase: se seleccionan 40 pacientes de los cuales tiene prescritos antiagregantes como prevención primaria 24, lo que supone un 60%.

Conclusiones:

-La intervención supuso una mejora del 44,6% en el cumplimiento de la recomendación de la ADA.

-Es necesario insistir en la importancia de la prevención en el ámbito de la Atención Primaria para conseguir mejores resultados de calidad asistencial.

P-20 OBESIDAD Y ALTERACIONES HIDROCARBONADAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE YECLA (MURCIA)

Martínez Candela J, Romero Ortiz J, Cánovas Domínguez C, Gallardo Martín A, Rebahi O.

Palabras clave:

Diabetes Mellitus, obesidad, prevalencia.

Objetivo:

Medir la prevalencia de Obesidad, Glucemia Basal Alterada (GBA), tolerancia alterada a la glucosa (IGT) y Diabetes Mellitus tipo2 (DM2) en la población adulta de Yecla.

Material y método:

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal. **Ámbito:** Atención Primaria.

Participantes: Estudiamos 286 personas seleccionadas mediante muestreo aleatorio estratificado (edad y sexo) y edad \geq 30 años. 261 (125 hombres) fueron sometidas al test de sobrecarga oral de glucosa (SOG).

MEDICIONES PRINCIPALES: Utilizamos los criterios OMS99 y ADA97 para diagnosticar la DM2 desconocida, GBA e IGT. Analizamos variables sociodemográficas, antropométricas, lípidos, hemoglobina glucosilada (HbA1C) microalbuminuria e insulina plasmáticas; evaluamos la resistencia a la insulina según el índice HOMA y la obesidad según criterios SEEDO.

Resultados:

Según ADA97 fueron diagnosticados de DM2 el 2,65 (IC \pm 1,95) y de GBA el 4,3% (IC \pm 2,5) respectivamente. De acuerdo con criterios OMS99 la prevalencia de DM2 desconocida (ajustada por edad y sexo a la población española Julio 02) fue del 6,7% (IC \pm 3), de IGT el 13,2% (IC \pm 4,1) y de GBA el 0,2% (IC 0-1,8). La DM2 conocida fue del 5,9% (IC \pm 2,1) y la DM2 total del 12,6 % (IC \pm 3). La prevalencia de obesidad (IMC \geq 30) fue del 31% (IC \pm 5,4, n=286). El IMC \geq 25 esta presente en el 100 % de los DM2, en el 81,3% (IC \pm 4,7 n=261) de los individuos con IGT y en el 65,4% (IC \pm 5,8) de los individuos normoglucémicos. La diabetes tipo2 se relaciona con mayor sobrepeso, edad y con mayores cifras de HbA1C, insulinemia basal e insulinresistencia.

Conclusiones:

Existe una alta prevalencia de DM2 en Yecla. El 78% de individuos normoglucémicos, tiene sobrepeso u obesidad.

Puntos de mejora: Se necesitan políticas activas para favorecer cambios hacia estilos de vida más saludables que incluyan mayor actividad física y hábitos dietéticos saludables.

**P-21 PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA INDUCIDA EN EL
ÁREA DEL ALTIPLANO (JUMILLA Y YECLA)**

Martínez Candela J, Nohales Requena V, Rebahi O, Gallardo Martín A.

Palabras clave:

Antibióticos, prescripción, inducida.

Objetivos:

Conocer la prescripción antibiótica inducida en un área de salud, su variabilidad estacional e ínter centros y la originada por Atención Especializada y por automedicación.

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO: zona básica de salud atendida por dos centros, (localidades diferentes, hospital comarcal en una de ellas). ÁMBITO: Atención Primaria.

Metodología:

Se analizaron 3.681 prescripciones antibióticas del total de las realizadas durante el periodo de estudio; obtenidas mediante muestreo estratificado proporcional por conglomerados para cada centro, estación (invierno-primavera) y profesional prescriptor.

MEDICIONES: Se estudiaron variables demográficas: sexo, edad y colectivo (activo-pensionista); origen de la prescripción (propia o inducida por especializada, urgencias, privada y automedicación) y especialidad farmacéutica (nombre comercial, presentación, precio y número de envases por receta). Se valoraron asociaciones de la prescripción inducida con las variables demográficas, estación y emplazamiento del centro.

Resultados:

Origen: propia 59%, automedicación 15%, privada 14%, especializada 9% y urgencias 3%. Origen automedicación: oficina farmacia 13%, iniciativa propia 41%, prescripción médica anterior 44%, otros 2%. Prescripción inducida (grupos terapéuticos): penicilinas 35%, amox-clavulánico 30%, macrólidos 14%, quinolonas 6%, cefalosporinas 5%, antisépticos urinarios 4%. Grupos terapéuticos utilizados en automedicación: penicilinas 52%, macrólidos 15%, amoxi-clavulánico 12%, antisépticos urinarios 6%, cefalosporinas 5%, quinolonas 3%.

Prescripción inducida se asocia a edad media, pensionistas, primavera y población con hospital; coste de la prescripción asociado a edad y atención especializada.

Conclusiones:

La automedicación es el componente más importante de la prescripción inducida. El perfil terapéutico varía según la edad y sexo del paciente.

Medidas de mejora: deberían instaurarse programas de educación sanitaria para nuestra población dirigidos a una mejor utilización de los antibióticos. Sería conveniente que a las oficinas de farmacia se les informara de la importancia del problema y no expendieran antibióticos sin la oportuna receta médica.

P-22 EFECTIVIDAD EN EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES EPOC HOSPITAL ÁREA V (ALTIPLANO)

Navarro Fernández JA, Retuerto Martínez E, González Navarro MD, Agero Moríñigo C, Aguilera Maldonado MJ, Balaguer Lopez B.

Palabras clave:

Efectividad, EPOC, Área V.

La prevalencia en nuestro medio y en la población general es del 9,1%, en edades comprendidas entre los 40 y los 70 años. Las exacerbaciones agudas que requieren hospitalización se asocian a un aumento de la mortalidad que asciende a un 4%. Hasta un 50% de los pacientes que han requerido hospitalización tendrán que ser reingresados al menos en otra ocasión a lo largo de los próximos 6 meses. La EPOC es por tanto una patología muy prevalente con un elevado consumo de recursos clínicos (consultas a servicios de urgencia, ocupación de camas hospitalarias...) y económicos. El objetivo del estudio es conocer si el manejo de la EPOC en nuestra area sanitaria se ajusta a las recomendaciones y protocolos existentes, como base para la implantación de actividades formativas y de mejora continua de calidad del proceso asistencial en este tipo de patología.

Material y métodos:

Estudio observacional y retrospectivo en el que se analiza a aquellos pacientes ya diagnosticados por criterios espirométricos de EPOC y que presentan en el Servicio de Urgencias una exacerbación aguda de la enfermedad durante el 2004, definida por un aumento de disnea habitual, encontrándose en situación de estabilidad clínica. De estos pacientes se recogieron tanto el número de episodios de exacerbación atendidos en Urgencias, así como los episodios de ingreso que presentaron por este motivo. Se consideró como uso adecuado de tratamiento antibiótico (ATB) el definido por la presencia de los 2 ó más criterios de Antholisen: empeoramiento de la disnea, aumento de la purulencia y/o aumento del volumen del esputo, con o sin síntomas de infección del tracto respiratorio superior. El análisis estadístico de los datos se realizó a través del programa SPSS v 11.0.1.

Resultados:

La media de edad en nuestro estudio es de 73.5 años. El número de reagudizaciones anuales se situó en un 3.3%; siendo significativamente mayor en aquellos pacientes que requirieron al menos un ingreso, situándose entorno al 4,5 %. Sólo el 5% de enfermos que acudían a urgencias y cumplían criterios para uso de ATB, lo tenían pautado por su médico de cabecera. La estancia media por ingreso fue de 4.5 días. El 2.5% de los pacientes enviados a domicilio con tratamiento acudió de nuevo al servicio de urgencias en los siguientes siete días.

Conclusiones:

El tratamiento con antibióticos deberá iniciarse en las exacerbaciones moderadas y severas, cuando se presentan dos ó más de los criterios de Anthonisen. La elección del antibiótico deberá realizarse no sólo en función de la severidad de la exacerbación, sino también de los patrones de sensibilidad local a los antibióticos. Es importante que la atención primaria sea partícipe del manejo clínico con el objetivo de un abordaje apropiado del paciente y de administrar a éste el tratamiento más adecuado y en el momento necesario.

P-23 ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERCOLESTEROLÉMICO ¿MEJORAMOS SU ATENCIÓN?

García Molina J, Luquin Martínez R, Piñas Bermúdez E, Salguero Merino AB, Moral Zapata AB, Manzano Cano NJ.

Palabras clave:

Mejora de la calidad, hipercolesterolemia, atención primaria.

Objetivo:

Mejorar la calidad asistencial que reciben los pacientes con hipercolesterolemia en nuestra zona básica de salud, mediante la aplicación de un Ciclo Completo de Mejora.

Metodología: ciclo completo de mejora

Problemas: Escasas consultas programadas; Escaso control de cifras de colesterol; Pocos objetivos médico-enfermera.

Dimensión: Calidad científico-técnica.

Tipos de datos: Los 7 primeros son de Proceso y el 8º de Resultado.

Unidades de estudio: Pacientes mayores de 14 años incluidos en el Programa de Atención a Hipercolesterolemia, seguidos por profesionales médico y enfermería del EAP durante un año (Inicio ciclo: Junio-2004. Reevaluación: Mayo-2005).

Fuente de datos: Listados de OMI-AP e historia clínica informatizada OMI-AP.

Identificación-muestreo: Muestreo sistemático y estratificado por cupos (8 médicos de familia) del total de pacientes incluidos en programa de hipercolesterolemia (1735) con un nivel de confianza del 95% y un error de precisión del máximo del 10%.

Evaluación: Retrospectiva.

Tipos de criterios: Explícitos y normativos pertenecientes a la cartera de servicios de atención primaria: Atención a pacientes crónicos-hipercolesterolemia: 1.Diagnóstico. 2.Anamnesis. 3.Exploración. 4.Educación sanitaria. 5.Control analítico. 6.Tratamiento higiénico-dietético. 7.Analítica previa a tratamiento farmacológico. Se añade un último Criterio de Calidad: 8.Control de cifras de colesterol al año de inclusión en programa.

Resultados:

Inicio Ciclo: Criterio-1: 90%(85,15%-94,85%); Criterio-2: 70%(62,59%-77,41%); Criterio-3: 60%(52,08%-67,92%); Criterio-4: 75%(68%-82%); Criterio-5: 70%(62,59%-77,41%); Criterio-6: 65%(57,29%-72,71%); Criterio-7: 72%(64,74%-79,26%) y Criterio 8: 62%(54,15%-89,85%).

Medidas Correctoras: 1. Información al EAP de resultados. 2. Sesiones clínicas por parte responsables de programa de contenidos. 3. Correos electrónicos OMI-AP intra-equipo recordando ciclo de mejora. 4. Información detallada para MIR-3º año de cumplimiento normas técnicas.

Resultado Reevaluación: Criterio-1: 93,3%(89,26%-97,34%); Criterio-2: 83,3%(77,27%-89,33%); Criterio-3: 75%(68%-82%); Criterio-4: 75%(68%-82%); Criterio-5: 70%(62,59%-77,41%); Criterio-6: 68%(60,46%-75,54%); Criterio-7: 75%(68%-82%); Criterio-8: 70%(62,59%-77,41%).

Únicamente los Criterios 2 y 3 han presentado diferencias significativas ($p < 0,05$) en el grado de cumplimiento, tras el Ciclo Completo de Mejora.

Conclusiones:

1ª.- Tras el Ciclo de Mejora realizado se constata mayor cumplimiento de las normas por parte de profesionales responsables de la atención al paciente hipercolesterolémico.

2ª.- También ha sido útil por el mejor control de las cifras de colesterol de los pacientes.

3ª.- El protocolo de hipercolesterolemia del programa informático OMI-AP facilita la cumplimentación de las normas técnicas.

P-24 FACTORES ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN EN FISIOTERAPIA

Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Hidalgo García MC, Fernández Martín AM, Montilla Herrador S.

Palabras clave:

Satisfacción, cervicalgia, informe usuario.

Objetivo:

Determinar los factores que pueden predecir la satisfacción del paciente con cervicalgia mecánica en unidades de Fisioterapia de centros de atención primaria.

Metodología:

Sujetos: 142 pacientes con cervicalgia mecánica subaguda o crónica que recibieron tratamiento fisioterápico.

Método: Se utilizó un cuestionario validado sobre aspectos de calidad percibida, agrupados en cuatro dimensiones (competencia profesional, tiempo de espera, información y organización). También incluía otros aspectos como la satisfacción con la atención recibida en fisioterapia y variables sociodemográficas. El cuestionario se entregó el último día de tratamiento en Fisioterapia y una vez rellenado debían entregarlo en el mostrador del centro de salud. Se les dijo que la información proporcionada era confidencial. Se analizó la asociación de tres tipos de predictores (sociodemográficos, de calidad percibida y de resolución del problema) con la satisfacción con la atención recibida, usando un modelo de regresión múltiple por etapas. Los tres conjuntos de predictores fueron introducidos simultáneamente y el procedimiento fue implementado usando adiciones y eliminaciones de forma reiterativa.

Resultados:

La satisfacción se asoció con variables de calidad percibida y de resolución de problemas no fueron predictoras las variables sociodemográficas. Entre las variables de calidad percibida las únicas significativas en el modelo de regresión fueron información y competencia profesional. Así pues sujetos que perciben que “su fisioterapeuta le ha dado información que le ha sido fácil de entender”, “que le ha dado algún consejo sobre qué hacer en su casa si le empeora su dolor de cuello”, “que le ha entregado un informe de alta” o “que le vio las radiografías de su cuello en su primera visita” se quedan más satisfechos. Entre las medidas de resolución de problemas se observa que los sujetos que han experimentado mejoría de su cervicalgia con la fisioterapia están más satisfechos. Destacable es el hecho de que los coeficientes son mayores para las variables de calidad percibida que para la mejoría del dolor cervical o resolución de problemas.

Conclusiones:

Aspectos de calidad percibida relacionados con la competencia profesional y la información son predictores de la satisfacción, así como la mejoría del dolor cervical experimentada al final del tratamiento fisioterápico.

P-25 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

Rodríguez Molina MA, Marín Moreno ME, Sánchez Fernández AM.

Palabras clave:

Información, funcionamiento, acogida.

Objetivos:

1. Identificar que información se le facilita al enfermo al ingreso en la unidad, referente a las normas de funcionamiento de la misma.
2. Evaluar si la información es la correcta o está incompleta.
3. Establecer un sistema de comunicación válido para que el paciente reciba y entienda la información proporcionada.

Metodología:

Realización de un ciclo de mejora continua de la calidad mediante estudio retrospectivo de 60 pacientes (Muestra A y B) ingresados en la Unidad de M. Interna de la FHC en Julio de 2004. El método de muestreo utilizado fue el sistemático y la metodología de recogida de información se basaba en una encuesta realizada al paciente en las primeras horas de su ingreso. La muestra A es previa a la introducción de la mejora y la B es posterior. Dicha encuesta recoge información sobre los siguientes temas:

1. Se entrega al ingreso la guía de usuario.
2. El paciente conoce el nombre de la enfermera que lo recibe a su ingreso.
3. Cual es el horario de visitas.
4. Cuales son los horarios de las comidas.
5. Cuales son los horarios de recepción de llamadas telefónicas.
6. Cual es la localización y funcionamiento del timbre de la habitación.
7. Como funciona la cama.
8. El paciente está informado del horario del pase de visita medica.

Resultados:

Se realiza un primera evaluación de la situación en la que se observa:

1. Defectos de calidad en frecuencia absoluta: 269.

Una vez analizados los datos decidimos implantar las siguientes medidas para mejorar la calidad: Entrega por parte del personal de enfermería de una hoja informativa al ingreso donde viene reflejada toda la información que hemos detectado que es deficiente, puesto que en nuestro hospital no existe guía para entregar decidimos hacerla nosotras.

Tras implantar las medidas llegamos a unos resultados que evidencian una mejora en la situación inicial: Defectos de calidad en frecuencia absoluta en la reevaluación:197.

Conclusiones:

La introducción de la “hoja informativa al ingreso” produce por si sola un aumento del grado de conocimiento del paciente sobre el funcionamiento de la unidad en la que ingresa. De hecho, simultáneamente se crea en nuestro hospital un grupo de trabajo multidisciplinar para confeccionar la guía de información al usuario que ya es una realidad desde el pasado mes de Abril.

P-26 RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: CICLO DE MEJORA EN UN ÁREA DE SALUD

Barragán Pérez AJ, Santiago García MC, Moreno Valero MA, Fontcuberta Martínez J, Manrique Medina RL, García González AL.

Palabras clave:

Reclamaciones, ciclo de mejora, atención primaria.

Objetivos:

Evaluar y analizar las reclamaciones presentadas en Centros de Atención Primaria.

Metodología:

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Emplazamiento: Centros de Atención Primaria del Área de Salud de Cartagena, con 319.909 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) y 327.919 a 31 de Diciembre de 2003 y 2004, respectivamente.

Muestra: todas las reclamaciones escritas presentadas durante los años 2003 y 2004.

Variables: motivo, fecha, zona de salud de procedencia, existencia de respuesta y tiempo de tramitación. Análisis descriptivo obteniendo medidas de tendencia central y dispersión de variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Medidas correctoras en: sistemas de registro, comunicación e intervención en los motivos más frecuentes en la 1ª evaluación.

Resultados:

Nº total de reclamaciones recogidas: 689 (2003) y 619 (2004). Tasa anual del Área/1000 TSI: 2,15 (2003) y 1,89 (2004). Por zonas de salud, las tasas/1000 TSI anuales en 2003 fueron: La Manga (17,26), Los Alcázares (8,72), Mazarrón (4,25) y el resto de las zonas eran inferiores a 2,75. En 2004 fueron: La Manga (12,31), San Pedro del Pinatar (7,48) y el resto de las zonas inferiores a 2,69. Los motivos de reclamación más frecuentes fueron los mismos en los 2 años: por referencias a "insuficiencia de personal" (22,79% en 2003 y 16,69% en 2004), "demora en la asistencia" (16,69% en 2003 y 15,09% en 2004), por "cambio de médico" (12,48% en 2003 y 13,21% en 2004), por "organización y normas" (9,58% en 2003 y 9,72% en 2004), por "cita previa" (7,40% en 2003 y 6,82% en 2004) y por "trato del personal" (6,10% en 2003 y 4,93% en 2004).

Respuesta: Todas antes de los 30 días.

Conclusiones:

- 1.- Las zonas de salud del perímetro costero del Área (La Manga, Los Alcázares, Mazarrón, San Pedro del Pinatar), que atienden al mayor número de usuarios desplazados desde otras comunidades autónomas y otros países, son las que presentan mayores tasas.
- 2.- Las reclamaciones más frecuentes se relacionan con la accesibilidad y son las que han experimentado mayor disminución.
- 3.- No se ha recogido ninguna reclamación relacionada con los resultados en la atención en ninguno de los 2 periodos.

P-27 PROBLEMAS DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE FISIOTERAPIA

Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Hidalgo García MC, Orden Peralta MP, Montilla Herrador S.

Palabras clave:

Calidad percibida, cervicalgia, informe usuario.

Objetivo:

Conocer los problemas de calidad percibida por los pacientes con cervicalgia tratados en las unidades de fisioterapia de atención primaria e identificar oportunidades de mejora.

Metodología:

Sujetos: 142 pacientes con cervicalgia mecánica subaguda o crónica que recibieron tratamiento fisioterápico en centros de atención primaria.

Método: En el momento del alta del paciente en fisioterapia se le entregó un cuestionario autoadministrado con ítems relativos a cuatro dimensiones diferentes de la calidad percibida: competencia profesional (4 ítems), información (9 ítems), organización (5 ítems) y tiempo de espera (2 ítems). Con las respuestas a cada ítem se construyeron indicadores, tanto por ítem (porcentaje de pacientes que perciben problema relativo al ítem) como por dimensiones (porcentaje de problemas percibidos por el conjunto de pacientes en los ítems que componen la dimensión sobre el total de posibles contestados).

Resultados:

La dimensión con mayor proporción de problemas fue el tiempo de espera con una media de 53.6% (DE = 44.5). El resto de dimensiones fue bastante menor: información con 28.5% (DE = 21.7), organización con 24.2 (DE=22.1) y competencia profesional con 22.3 (DE = 24.2). Entre los ítems con mayor porcentaje de problemas destacan que el 63.9% de los pacientes percibió que su fisioterapeuta no le dio ningún consejo sobre qué hacer en su casa si le empeora su dolor de cuello y que el 62.6% pasó más de 15 días desde que entregó el volante para ir al fisioterapeuta hasta que éste le vio por primera vez. Entre los de menor porcentaje de problemas destaca que el 5.0 % de los pacientes tuvieron que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta y que el 4.3% no empezaban su tratamiento fisioterápico a la hora que se le había citado.

Conclusiones:

Una proporción importante de usuarios con cervicalgia que han recibido tratamiento fisioterápico muestran problemas relacionados con el tiempo en lista de espera. Los usuarios demandan que el fisioterapeuta proporcione consejos domiciliarios en caso de incremento del dolor cervical.

Comunicación posible gracias al proyecto 000509 financiado por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Programa EMCA.

P-28 ENCUESTA A LOS USUARIOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA. ESTUDIO PREVIO PARA LA IMPLANTACIÓN DE CICLOS DE MEJORA

Sánchez Celemín FJ, Soler Valcárcel A, Mínguez Merlos N, Rodríguez Domínguez F, Navarro Paule P, Amoros Rodríguez LM.

Palabras clave:

Otorrinolaringología, encuesta, calidad.

Objetivos:

Identificar aquellos aspectos que el usuario aprecia como de una calidad peor, para así poder realizar estudios dirigidos hacia esos puntos y comenzar ciclos de mejora de la calidad dirigidos a tal fin.

Metodología:

Durante el mes de octubre de 2004 se realizó una encuesta a los pacientes que acudían por primera vez para ser atendidos en la consultas externas de otorrinolaringología del hospital Virgen de la Arrixaca. Al salir de esa primera visita se les entregaba un cuestionario compuesto de 21 preguntas: 2 de filiación (edad y sexo), 5 abiertas y 14 preguntas de elección múltiple, con 5 categorías cada una: 2 desfavorables (nada-poco), una indeterminada (no lo se) y 2 favorables (bastante-mucho). Dicha encuesta era recogida en la primera revisión por el personal de enfermería. Para el análisis posterior se otorgó una puntuación de 1 a 4 a las posibles respuestas, siendo 1 la peor y 4 la mejor.

Resultados:

Se entregaron 137 encuestas recibiendo contestación de 85 pacientes. La valoración global del estudio fue favorable, con una puntuación global de 3.18 +/- 0.16, siendo los aspectos peor valorados por los pacientes la rapidez en la atención y la falta de coordinación entre el equipo de otorrinolaringología y el hospital. Los aspectos mejor valorados por los pacientes fueron respecto a si tenían la sensación de haber estado en buenas manos y la valoración global respecto a si recomendarían el acudir a nuestro servicio ante problemas similares.

En cuanto a las respuestas abiertas destacaremos que la respuesta valorada de forma negativa por los usuarios más numerosa era la queja en el cumplimiento de los horarios de citas establecidos.

Conclusiones:

Hemos de hacer hincapié y comenzar ciclos de mejora tendentes a disminuir el tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos y hacer un esfuerzo en la coordinación de nuestro servicio con el resto del hospital.

P-29 VALIDEZ DEL INFORME DEL USUARIO EN LA EVALUACION DE LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA

Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Fernández Martín AM, Hernández Cascales N, Ramírez Pérez EI.

Palabras clave:

Fisioterapia, cervicalgia, informe usuario.

Objetivo:

Determinar la validez del informe del usuario como fuente de datos sobre aspectos de calidad científico-técnica para pacientes con cervicalgia en unidades de fisioterapia de centros de atención primaria.

Metodología:

Sujetos: 142 pacientes con cervicalgia mecánica subaguda o crónica que recibieron tratamiento fisioterápico.

Método: Se construyó un cuestionario sobre aspectos del tratamiento fisioterápico relativos al uso de aparatos y aplicación de técnicas de terapia manual. Estos mismos aspectos fueron revisados en las historias clínicas de fisioterapia. La validez se analizó mediante los niveles de sensibilidad y especificidad. Los datos de las historias de fisioterapia eran usadas como patrón de referencia (patrón de oro).

Resultados:

La sensibilidad de las preguntas relacionadas con el uso de aparatos (“infrarrojos”, “microondas”, “tracción cervical”, “ultrasonidos”, “TENS”) y la aplicación de técnicas de terapia manual (concretamente “utilización del masaje”) ha sido alta (>75%), mientras que la aplicación de otras técnicas de terapia manual (“estiramiento de la musculatura cervical por el fisioterapeuta”, “manipulación cervical”) ha sido < 60%. La especificidad ha sido ≤ 75% en la mayoría de las preguntas, excepto las relativas al uso de aparatos de onda corta, tracción cervical y TENS.

Conclusiones:

El informe del usuario puede ser un sustituto válido de las historias clínicas de fisioterapia en algunos aspectos específicos relativos a la fisioterapia pasiva, sobre todo en el uso de aparatos.

Comunicación posible gracias al proyecto 000509 financiado por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Programa EMCA.

P-30 PRESCRIPCIÓN, PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS: GESTIÓN DE RIESGOS

León Villar J, Aranda García A, Tobaruela Soto M, Iranzo Fernández MD, Ayala de la Peña F, Macías Cerrolaza JA.

Palabras clave:

Prevención, errores, quimioterapia.

Objetivos:

Analizar los errores registrados por el “programa de detección de errores” asociados a la prescripción, validación farmacéutica, elaboración y administración de medicamentos citostáticos, establecido en el año 2004 para el área de elaboración de medicamentos citostáticos del Servicio de Farmacia.

Metodología:

El periodo de análisis comprende de enero de 2004 a marzo de 2005. Se evaluaron todas las comunicaciones de error detectadas “programa de detección de errores” que se registraron en una base de datos diseñada a tal efecto. Los errores fueron clasificados 1) por origen del error según fueran asociados a la prescripción, validación farmacéutica, preparación o administración de medicamentos citostáticos; 2) por categoría profesional implicada en la detección del error y 3) si alcanzaron o no al paciente.

Resultados:

En este periodo se elaboraron 15609 mezclas de citostáticos, prescritas para 987 pacientes. Para este volumen de actividad, mediante el *programa de detección de errores*, se encontraron 91 errores (6 errores por cada mil mezclas citostáticas administradas). De ellos, 6 errores (0,38 errores por cada mil mezclas citostáticas administradas) alcanzaron al paciente. Los errores se clasificaron según origen: 31 de prescripción, 25 de preparación, 32 de validación y 3 de administración y según la persona que detecta: 44 detectados por la enfermera que administra el citostático, 26 por el farmacéutico que valida la prescripción, 17 por la enfermera de farmacia y cuatro por otros.

Conclusiones:

Este programa, que implica a todos los profesionales de circuito de prescripción-validación - elaboración y administración de quimioterapia, permite la detección precoz de errores y por tanto aumenta las posibilidades de su prevención antes de llegar al paciente. Del mismo modo el análisis de las causas de los mismos nos permite mejorar los circuitos y establecer acciones puntuales de mejora que redundan en la seguridad del paciente y la mejora de la calidad asistencial.

P-31 PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS

González González S, León Villar J, Iranzo Fernández MD, López Fernández M, Espinosa Díaz JR, Fernández García A.

Palabras clave:

Incidencias, medicamentos, recepción.

Objetivos:

Conocer la frecuencia por tipo de las incidencias en la recepción de medicamentos en el servicio de farmacia.

Metodología:

El periodo de análisis comprende de enero a diciembre de 2004. Evaluamos todas las incidencias detectadas en la recepción de medicamentos del servicio de farmacia, registradas, por los celadores responsables, y de manera concurrente a la recepción. Las incidencias se registran en un impreso diseñado a tal efecto compuesto por 13 ítems entre las cuales se identifican no solo la idoneidad cuali-cuantitativa, con respecto al pedido, del medicamento recepcionado, sino también factores de seguridad como la pérdida de la cadena de frío o la identificación en el transporte de medicamentos citostáticos / citotóxicos etc. Posteriormente, todas las incidencias fueron comunicadas, vía fax, a los respectivos laboratorios para su resolución.

Resultados:

Durante el periodo estudiado se recepcionaron 6.983 pedidos de medicamentos de los cuales 306 tuvieron incidencias (4%) y de ellas se solucionaron 167 (55%) de las mismas. El reparto de las incidencias por tipo fue: citostáticos / citotóxicos sin identificar 105, precintos sin anular 30; agencias sin copia de albarán 30, albarán sin lote 28, albarán sin fecha de caducidad 59.

Conclusiones:

- 1) El protocolo de calidad de la recepción de medicamentos permite la detección precoz de problemas de seguridad o administrativos relacionados con medicamentos.
- 2) Aumenta la calidad asistencial en la medida que previenen errores en la administración de medicamentos incorrectamente conservados.
- 3) Mejora la seguridad por parte de los manipuladores de medicamentos citostáticos/citotóxicos, bien sean celadores del servicio de farmacia o personal implicado en el transporte.

P-32 CALIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES DE QUIMIOTERAPIA EN ASPECTOS QUE IMPLICAN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Díaz Carrasco MS, Blázquez Alvarez MJ, Espuny Miró A, Pareja A, Menéndez Naranjo L, San Miguel Zamora MT.

Palabras clave:

Calidad, citostáticos, prescripción.

Objetivo:

Evaluar el nivel de calidad formal de las prescripciones de citostáticos, en aquellos aspectos que pueden derivar en una disminución potencial de la seguridad del paciente, e identificar los puntos críticos susceptibles de mejora.

Metodología:

Se definieron 10 criterios de calidad siguiendo las recomendaciones del "Documento de Consenso para la Prevención de Errores de Medicación en Quimioterapia", elaborado por la Fundación GEDEFO, en el apartado de información mínima que debe contener la prescripción. Se evaluó el cumplimiento de los criterios en todas las prescripciones de inicio de tratamiento recibidas durante 1 mes (Abril-2005) en el Servicio de Farmacia.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se recibieron 98 solicitudes de inicio de tratamiento, lo cual supuso la valoración de 980 ítems, obteniéndose un porcentaje global de incumplimiento del 27,7%. La clasificación de los criterios en función del grado de incumplimiento es la siguiente:

1º- Identificación en la prescripción del protocolo utilizado o en su defecto la dosis/m² de cada citostático; criterio cuyo cumplimiento permite verificar la dosis en el proceso de validación farmacéutica, como medida adicional de seguridad para el paciente: 78,6% de incumplimiento. 2º- No se indica el diagnóstico: 58.2%. 3º- Todos los citostáticos que componen el tratamiento están bien indicados, usando el nombre genérico y sin abreviaturas, para disminuir la probabilidad de errores de transcripción: incumplimiento en el 52%. 4º- No descripción de la pauta/periodicidad prevista: 37.5%. 5º- No se indica la superficie corporal calculada: 34.7%. 6º- No se indica el peso y talla del paciente para comprobar la superficie corporal en el Servicio de Farmacia: 13.3%. 7º- Falta la firma del facultativo: 2%. 8º- Ausencia del número de historia (para identificar inequívocamente al paciente): 1%. 9º- Dosis con decimales o unidades de medida confusas: 1%. 10º- Criterio de identificación del paciente con el nombre completo, el cual no se incumplió en ninguna de las prescripciones evaluadas.

Conclusiones:

El aspecto crítico a mejorar en las prescripciones de quimioterapia es el uso de tratamientos protocolizados asociados a diagnóstico. La mejora de este criterio implicaría una mayor seguridad en otros aspectos valorados como son los fármacos, la dosis y la pauta de tratamiento, implícitos en el protocolo.

P-33 EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

Blázquez Álvarez MJ, Menéndez Naranjo L, Bovaria García MJ, Lorente Fernández, L, Pareja Rodríguez de Vera A, Díaz Carrasco MS.

Palabras clave:

Indicadores, medicamentos.

Objetivo:

Analizar la evolución de los indicadores de calidad de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) relativos a la selección de fármacos.

Metodología:

Se realizó un estudio retrospectivo de todas las solicitudes de inclusión de medicamentos en la Guía Farmacoterapéutica durante 3 años (2002-2004); además se compararon estos datos con los obtenidos en 1997. Con objeto de valorar la calidad de la actividad de la CFT se cuantificaron 4 indicadores de calidad internos:

1. Indicador de inclusión de principio activo (PA) = número PA incluidos/ número PA solicitados *100.
2. Indicador de protocolización de PA = número de PA incluidos con protocolo/ número de PA incluidos *100.
3. Indicador de evaluación protocolizada de PA = número de PA evaluados con informe/ número de PA evaluados *100.
4. Indicador de exclusión de PA = número de PA excluidos/ número de PA incluidos *100.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se solicitó la inclusión de 83 fármacos en la Guía Farmacoterapéutica. De éstos se aprobaron 49 (19 de ellos con protocolo y 7 sustituyeron a otro fármaco), denegándose el resto de solicitudes.

Años:	1997	2002	2003	2004
Indicador inclusión	60,7%	68,7%	55,1%	52,3%
Indicador protocolización	11,7%	36,4%	31,3%	54,5%
Indic. evaluación protocolizada	100%	100%	100%	100%
Indicador de exclusión	11,7%	45,5%	81,3%	90,9%

Conclusiones:

Se observa un aumento muy importante y gradual del indicador de exclusión. Asimismo, el indicador de protocolización también se ha ido incrementando aunque de manera menos acentuada.

La aplicación de estos indicadores de calidad nos muestra la tendencia hacia una selección más exhaustiva y una mayor protocolización en los nuevos medicamentos incluidos.

P-34 PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD EN OFICINAS DE FARMACIA Y COFRM

Marsilla de Pascual EG, Juan Fita MJ, Morales Arnau JM, Moreno Bravo JC, Casanueva Luis A, Maurandi Guillen AM.

Palabras clave:

Calidad, farmacia.

Objetivos:

Implantar para su certificación un Sistema de Gestión de Calidad informatizado tanto en Oficinas de Farmacia (OF) como en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia (COFRM) y asegurar la Calidad en la Prestación que el farmacéutico ofrece al ciudadano (Cláusula cuarta del Convenio Marco de Colaboración entre la Comunidad Autónoma, Consejería de Sanidad y Consumo y COFRM).

Material y métodos:

Para su desarrollo se crea en el COFRM un Departamento de Calidad que solicita una subvención por parte del Instituto de Fomento, con la que se cubrirán las auditorías pertinentes y soporte informático del Sistema de Gestión de Calidad del COFRM y 30 OF piloto de la Región. Se desarrolla un proyecto de implantación de calidad estructurado en tres niveles acumulativos con protocolos normalizados de trabajo (PNTs) definidos:

Nivel I: base de datos informática de consulta de documentación externa para facilitar al farmacéutico el acceso a requisitos legales que le son de aplicación.

Nivel II: instaurar y dar cumplimiento de los PNTs de las actividades desarrolladas en la OF Nivel III: cumplimiento de los requisitos especificados en la norma objeto de certificación ISO 9001:2000 en COFRM y OF Para la elaboración de PNTs se consultaron las normas de calidad UNE-EN ISO 9001:2000 "Sistemas de Gestión de Calidad" así como la legislación autonómica y estatal.

Los PNTs se realizaron durante el período comprendido entre febrero-mayo de 2005.

Resultados:

Dentro del nivel II del proyecto se han desarrollado 35 PNTs específicos para las distintas secciones del COFRM. El 34.28%(n=12) pertenecen al área profesional, 22.86%(n=8) a dirección informática, 17.14%(n=6) a dirección financiera, 11.43% (n=4) al departamento jurídico y 14.29%(n=5) al área documental.

En cuanto a los PNTs específicos para las actividades farmacéuticas, se han desarrollado el 100% de los procedimientos generales del sistema(n=7) así como los referentes a formulación magistral, lo que supone el 12.5% de los PNTs del nivel II de OF

Conclusión:

La certificación de OF y COFRM nos proporciona un marco de referencia para la mejora continua de los servicios prestados, lo que repercute en la calidad de vida del paciente relacionada con la salud.

P-35 INTERVENCIONES DE FARMACIA PARA CONTRIBUIR A LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Nájera Pérez MD, Iranzo Fernández MD, León Villar J, Ventura López M, Plaza Anioerte J, Munilla Das A.

Palabras clave:

Errores, medicación, seguridad.

Objetivos:

Describir las acciones realizadas por el Servicio de Farmacia para aumentar la seguridad del paciente y disminuir los errores relacionados con los medicamentos.

Metodología:

Resumen de las intervenciones del Servicio de Farmacia, desde la selección de un medicamento hasta su administración.

Resultados:

Selección:- La Comisión de Farmacia y Terapéutica evalúa los medicamentos atendiendo a criterios de seguridad y eficiencia.

Adquisición: -Evaluar la seguridad del etiquetado, envasado y presentación de los medicamentos. -Notificar a la industria las presentaciones que supongan confusión.

Recepción y almacenamiento: - Verificación, caducidad y cadena de frío. -Etiquetado de termolábiles e identificación de medicamentos. Registro de lote y caducidad.

Conservación: -Sistema de revisión de caducidades. -Control de temperaturas máximas y mínimas.

Prescripción: -Validación por el farmacéutico del 100%, de las prescripciones realizando intervenciones respecto a: dosis erróneas, duplicidades, duración inadecuada, etc.-Programa de incorporación del farmacéutico en equipos asistenciales. - Prescripción médica informatizada en un 22% de las camas. - Sistema informático con de aviso de alergias e interacciones.

Transcripción: -Revisión del 100% de la transcripción de enfermería por el farmacéutico.

Distribución y dispensación de medicamentos: -Distribución de medicamentos en dosis unitarias en el 100% de las camas.- Revisión del llenado de carros
Dispensación a pacientes externos: -Elaboración de hojas informativas y tablas horarias de administración.

Elaboración de medicamentos: -Reenvasado y etiquetado de todos los medicamentos estandarizado con línea de identificación, incluyendo polvos y líquidos orales con jeringa de seguridad.-Prescripciones y protocolos preimpresos de citostáticos y nutriciones parenterales.-Revisión de las unidades preparadas.- Validación por el farmacéutico de todas las prescripciones antes de la elaboración.

Seguimiento:-monitorización de dosis en pacientes con insuficiencia renal en UCI

Administración de medicamentos:-Edición de Guía de administración de medicamentos en horas/comidas y por sonda nasogástrica.

Centro de Información del medicamento: -Elaboración de hojas informativas y boletines.-Difusión de alertas de medicamentos. -Información actualizada a través de fuentes de información fiables (micromedex).

Generales: Manuales de procedimientos y protocolos en todas las áreas del Servicio.

Conclusiones:

Las acciones realizadas por el Servicio de Farmacia, contribuyen a la seguridad de los pacientes.-Se identifica como oportunidad de mejora la implantación de la prescripción electrónica y nuevos sistemas de dispensación.

P-36 ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN OFICINAS DE FARMACIA DE MURCIA: DEFINICIÓN DE INDICADORES

Juan Fita MJ, Marsilla de Pascual EG, Tovar Zapata I, Sabater Galindo M, Franco Campello MJ, Oruezabal Moreno L.

Palabras clave:

Farmacia, atención, indicadores.

Objetivos:

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia (COFRM) propone certificar la atención farmacéutica (AF) en aquellas oficinas de farmacia (OF) que prioricen las necesidades farmacoterapéuticas del paciente y definir indicadores para medir la eficacia del proceso de AF.

Material y métodos:

Para el desarrollo de la metodología del proyecto nos apoyamos en: Ley 3/1997 de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia (RM), Ley 25/1990 del Medicamento, Convenio Marco entre la Administración Sanitaria Regional y el COFRM, Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) sobre AF, Plan Estratégico para el Desarrollo de la AF del Consejo General COF, normas ISO 9000 y principios de Calidad Total.

Se elaboraron protocolos normalizados de trabajo (PNT) en las actuaciones de la AF para asegurar un mismo servicio asistencial a todos los pacientes, tal y como se define en la cuarta cláusula del Convenio Marco y en el Consenso de AF del MSC.

Resultados:

El proyecto diseñado certifica cada una de las tres Carteras de Servicios de la AF, clasificándolas en 3 niveles:

Nivel I: el farmacéutico detecta una necesidad de cambio en su ejercicio profesional. Se implantará un PNT de las dispensaciones realizadas en OF.

Indicadores de dispensación: (pacientes que conocen posología y duración del tratamiento/total pacientes que solicitan dispensación)*100 (estándar:>80%); (pacientes con incompatibilidad-interacción con otros tratamientos/pacientes polimedica-dos)*100 (estándar<20%) Nivel II: el farmacéutico conocerá el tratamiento farmacote-rapéutico completo del paciente. Se implantará un PNT de la indicación farmacéutica.

Indicadores de dispensación+Indicadores de consulta: (nº de consultas por sín-drome menor resueltas/total consultas) *100 (estándar>80%); (nº de pacientes sobre los que se modifican sus hábitos higiénico-dietéticos/total pacientes con malos hábi-tos)*100(estándar>50%).

Nivel III: el farmacéutico se responsabiliza del éxito del tratamiento farmacote-rapéutico prescrito, realizando Seguimiento Farmacoterapéutico(SFT).

Indicadores de dispensación+indicadores de consulta+Indicadores de SFT: (nº de pacientes con problemas relacionados con medicamentos de necesidad, eficacia o seguridad/total de pacientes en SFT)*100 (estándar<40%)

Cada una de las fases se someterá a auditoría. El cumplimiento de las exigencias de cada nivel se reconocerá con un sello de calidad en AF.

Conclusión:

La evaluación del proceso de la AF favorecerá el éxito del tratamiento farmacoterapéutico prescrito o indicado al paciente.

P-37 GESTIÓN DE CALIDAD EN EL CENTRO DE INFORMACIÓN-ESTUDIOS DEL MEDICAMENTO DE MURCIA

Aguirre Martínez O, Sabater Galindo M, Marsilla de Pascual EG, Juan Fita MJ, Oruezabal Moreno L, Tovar Zapata I.

Palabras clave:

Calidad, información, medicamento.

Justificación y objetivos:

Los Centros de Información y Estudios del Medicamento (CEIM) ofrecen a los profesionales sanitarios información sobre medicamentos para optimizar la terapéutica en interés del paciente y la sociedad. Sólo el 4% de los CEIM pertenecen a instituciones públicas y el resto (n=48) están adscritos a Colegios Oficiales. De ellos, el 6% (n=3) han implantado un sistema de gestión de calidad en el CEIM. Su certificación permite adecuar el servicio ofrecido a las necesidades y expectativas del profesional sanitario, por lo que nos planteamos desarrollar protocolos normalizados de trabajo (PNTs) específicos para implantar y certificar un Sistema de Gestión de Calidad informatizado en el Centro de Información de medicamentos (CEIM) del Colegio de Farmacéuticos de Murcia (COFRM).

Material y métodos:

Para el desarrollo de los PNTs nos apoyamos en las normas UNE-EN ISO 9001:2000, principios de Calidad Total, en las funciones encomendadas al CEIM descritas en el Convenio Marco de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el COFRM así como en las actividades que lleva realizando desde su creación.

Los PNTs fueron realizados durante el período comprendido entre febrero-mayo de 2005 por los 4 farmacéuticos-técnicos del CEIM La estructura de los PNTs era la siguiente: objeto, alcance, responsables implicados, definiciones, método operativo y referencias.

Resultados:

Se han desarrollado 12 PNTs específicos para las distintas áreas de trabajo del CEIM de Murcia: documentación CEIM, recepción y emisión del nomenclator, comunicaciones y pósters, formación del colegiado o becario, edición de fichas, prácticas tuteladas, recetas de estupefacientes/declaración, convenio programa intercambio de jeringuillas/mantenimiento con metadona, atención consultas CEIM y bolsa de trabajo. De ellas, se ha implantado, utilizando herramientas informatizadas, el 16.6% (módulo de formación al colegiado y atención de consultas al CEIM). Estos PNTs representan el 34.28% del total de instrucciones de trabajo definidas en el COFRM y susceptibles de auditoría.

Conclusiones:

La implantación de un Sistema de Calidad garantizará la unificación de criterios y una homogénea asistencia farmacéutica, evitando la subjetividad por parte del personal del CEIM.

P-38 **IMPLANTACIÓN CRITERIOS DE CALIDAD EN BIOSEGURIDAD AMBIENTAL EN UN HOSPITAL EN OBRAS**

Castillo Gómez C, López Yepes ML, Alcaraz Quiñonero M.

Palabras clave:

Bioseguridad ambiental.

Objetivos:

1) Implantación de un método de gestión de control ambiental para prevención de infecciones nosocomiales. 2) verificar el grado de cumplimentación del protocolo de limpieza quirúrgica y elementos de barrera.

Métodos:

1) Implantación Protocolo de bioseguridad ambiental en área quirúrgica. 2) Implementación de un protocolo de limpieza (hoja de verificación). 3) Registro de resultados biológicos. 4) Registro de elementos de barrera.

A) Control ambiental y estudio de la calidad del aire. 1. Muestreo no volumétrico: Recogida de aire por impacto y sedimentación con doble recogida de muestras en cada punto. Se muestrea el aire con placas de agar dextrosa de Sabouraud con cloramfenicol durante 60 minutos. Por impacto: Dos placas en la entrada de aire y en posición invertida y otras dos placas en la salida de aire. Por sedimentación: Dos placas en los cuatro puntos cardinales del enfermo. 2. Indicador: N° de ufc de hongos/placa; calificándose como no bioseguridad: Crecimiento fúngico en alguna de las placas de entrada de aire al quirófano. 3. En las restantes placas: Un N° medio de ufc de hongos/placa mayor de 1. Más de 8 ufc de hongos en alguna de las placas. Se redacta un informe de las recomendaciones a seguir y medidas correctoras.

B) Seguimiento exhaustivo: Mediante implementación de una hoja de verificación de todos los parámetros físicos del quirófano (humedad, temperatura, presurización y filtrado de aire).

C) Implantación de una hoja de verificación de adecuación de la limpieza: basada en el protocolo específico de limpieza quirúrgica (6 criterios).

D) Implantación: de registro de adecuada utilización de elementos de barrera (sellado de puertas, ventanas, trampillas de techos y pared, falsos techos).

Resultados:

De los 17 controles se obtuvieron un total de 11 positivos (64,7%). Tras acciones correctoras se negativizaron 9 (82%) necesitando el resto una segunda acción correctora. Los parámetros físicos estaban dentro de los límites normales, excepto la humedad relativa. Cumplimiento de protocolo de limpieza del 100%. Elementos de barrera: Cumplimiento del 87,5% .

Conclusiones:

Consideramos la monitorización ambiental como una herramienta facilitadora para la implementación de medidas correctoras, así como un indicador de calidad del grado de limpieza del área quirúrgica. Es importantísimo la concienciación de todos (directivos, personal responsable del área quirúrgica, mantenimiento, limpieza etc) para conseguir mantener niveles adecuados de bioseguridad ambiental.

P-39 **IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**

Alcaraz Martínez J, Martínez García JA, Serrano Martínez JA, Ramiro Tena E, Martínez Jiménez E, Abad Navarro AL.

Palabras clave:

Seguridad, urgencias.

Introducción

La Seguridad Clínica se ha distinguido en los últimos años como uno de los objetivos de Calidad prioritarios para el Ministerio de Sanidad. Los servicios de Urgencias, sobretudo los hospitalarios, constituyen un riesgo importante en este sentido y existen propuestas claras para reducirlo.

Objetivo:

Implantar actividades de mejora de la seguridad clínica y establecer un sistema de notificación de incidentes en el Servicio de Urgencias

Metodología:

Se ha puesto en marcha un programa de Seguridad basado en tres pilares: informar y concienciar de la magnitud del problema potencial, establecer un sistema de notificación de incidentes e implantar actividades de mejora derivadas de las alertas del Centro de Investigación para la Seguridad de los pacientes. Resultados

Se ha realizado una primera charla informativa para médicos adjuntos del Servicio, quedando pendiente otra para residentes y otra para enfermería. Se han implantado acciones de seguridad para las alertas 1 y 3 referidas a urgencias, concretamente la referida a control de cloruro potásico intravenoso y a la identificación de los pacientes. Conclusiones Se ha comenzado a realizar el despliegue del plan de Seguridad de Urgencias. Es un interesante camino donde lo mejor es no tener consecuencias adversas, ya que si se previene bien, el mejor resultado es la ausencia de resultados adversos.

**P-40 HITOS EN NUESTRO HOSPITAL PARA
DESARROLLAR LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO
DE LOS NIÑOS (IHAN)**

Martínez Soriano GM, Maestre Martínez MI, García Beltrán R, Hernández Martínez M, García de León González R, Peñas Valiente A.

Palabras clave:

Lactancia materna, acreditación, iniciativa.

Introducción:

Exponemos el proceso seguido por el Hospital Virgen del Castillo (Yecla) hasta lograr la acreditación HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS.

Objetivos:

Promocionar la lactancia materna en nuestra Area de Salud, conseguir la acreditación de la IHAN y animar a otros hospitales a promocionar la lactancia materna.

Desarrollo:

1º Punto de partida: curso metodología de investigación; 2º Sesión informativa: presentación de la iniciativa; 3º Presentación de resultados; 4º Formación del 100 % del personal sanitario (tres cursos); 5º Lanzamiento institucional de la IHAN; 6º Contacto con la realidad asistencial: inexperiencia, desengaño, resistencias al cambio, ironía, críticas...; 7º Proceso de cambio: nuevo estilo de trabajo más cerca de la madre y el niño y formación del grupo de madres; 8º Evaluación de la preauditoría de la IHAN: acciones de mejora.

Resultados:

Obtención de la acreditación. Resurgir de la cultura de la lactancia materna.

Conclusiones:

Profesionalización del apoyo a madres en el ámbito hospitalario y extrahospitalario ("Vínculo": Asociación pro-lactancia materna de Yecla); formación y motivación de nuevos profesionales.

P-41 ESTANDARIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN ANALÍTICA DEL SEMEN

Ortolá Devesa JB, Benedito Rodríguez JE, Gallardo Molina MJ, Martín Martínez JJ, Nicolás Serrano V.

Palabras clave:

Semen, análisis, variabilidad.

La exploración analítica del semen, para la valoración de la fertilidad o el control postvasectomía, ha aumentado en nuestro laboratorio más del 100 % en 5 años.

Asistencialmente presenta las siguientes características particulares:

1. Necesidad asistencial de pacientes atendidos por diferentes especialidades clínicas.
2. La exploración, que tiene incidencia directa en el diagnóstico y en el tratamiento aplicado, presenta una gran variabilidad reconocida en todas sus fases:

- Variabilidad biológica, que es la ocurrida en el individuo;
- Variabilidad analítica premetrológica; asociada a la recogida de la muestra;
- Variabilidad analítica metrológica; asociada al procedimiento de medida.

Se ha pretendido mejorar la calidad y disminuir la variabilidad de la atención al paciente y de la exploración analítica realizada y adecuarlas a recomendaciones internacionales (OMS 1999).

Se ha aplicado a los pacientes a los que se solicita la exploración analítica del semen para la valoración de la fertilidad o el control postvasectomía. Se ha evaluado el proceso asistencial, se han propuesto y aplicado las siguientes medidas de mejora:

- Realizar una entrevista estandarizada con el paciente cuando entrega la muestra.
- Elaborar los procedimientos normalizados de la exploración analítica y de validación. Con la finalidad de:
 - Mejorar la atención y la información aportada al paciente.
 - Supervisar el cumplimiento de la preparación para la exploración.
 - Comprobar la ausencia de incidencias en la recogida de la muestra.
 - Disminuir la variabilidad del proceso de medida y de validación.
 - Cumplir los requerimientos de las recomendaciones internacionales.

Se ha aplicado la entrevista inicialmente a todos los pacientes que acuden al Hospital Morales Meseguer, el 100 % de los estudios de fertilidad y el 40 % de los postvasectomía. Se han observado al menos un 10 % de incidencias graves en la obtención y preparación del paciente, que se han corregido.

Se han definido y aplicado exhaustivamente los procedimientos de trabajo y validación. Por ejemplo: la variabilidad de la observación al microscopio de los estudios de fertilidad se ha reducido más del 30 %.

La percepción general de los profesionales técnicos y facultativos del laboratorio implicados es muy positiva; destacando la disminución de la variabilidad en la práctica asistencial.

P-42 FACTORES RELACIONADOS CON LAS AUSENCIAS A LA FORMACIÓN CONTINUADA EN EL COLECTIVO SANITARIO

López López E, Sánchez Nieto JM, Abad Corpa E, Carrillo Alcaraz A, Leal Llopis J, Novoa Jurado A.

Palabras clave:

Formación continuada, enfermería, ausencias.

Objetivos:

Identificar con metodología cualitativa factores de ausencia del personal sanitario, Enfermería (DUE) y auxiliares enfermería (AE) a los cursos de Formación Continuada (FC).

Material y Métodos:

Mediante técnica grupal, se formaron 2 grupos DUE y AE, para detectar factores que influyan en las ausencias no justificadas a cursos de FC. Una vez elaborado y validado el cuestionario se realizó un caso control. Casos: personal inscrito a cursos y no realizados de forma injustificada. Controles: muestra aleatorizada de personal inscrito que sí realizó los cursos. Variables cuantitativas expresadas como medias, \pm desviación estándar y cualitativas mediante porcentajes. Comparación entre variables T de Student y tes exacto de Fisher.

Resultados:

Población estudiada: 58 profesionales, 70% mujeres, media de edad 38 años. Porcentaje de ausencias fue elevado, 34%. El cuestionario exploró 15 factores condicionantes de ausencias. La facilitación de horas por la dirección fue el factor más importante en 30 encuestados (51,7%), seguido de la aplicabilidad del curso (39,7%). Los factores diferenciadores en ambos grupos: la capacidad docente del profesor (100% del grupo control y 85,7% del grupo de ausencias; $p=0.048$) y el turno de trabajo (23,3% y 3,5% respectivamente; $p=0.071$).

Conclusiones:

1º.- Las ausencias injustificadas a cursos de FC es un hecho frecuente. 2º.- Una adecuada selección del profesorado y la facilitación en la alternancia del turno laboral podrían minimizar este problema.

P-43 ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL CRIBADO DE LA HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

Murcia Alemán T, Cañizares Hernández F, Tovar Zapata I, Martínez Hernández P, Ferrándiz Gomis R.

Palabras clave:

Coste-efectividad, hemocromatos, cribado.

Introducción

La hemocromatosis hereditaria es el error congénito del metabolismo más frecuente, con una prevalencia aproximada del 0,003% en la población caucásica. Se caracteriza por una acumulación progresiva de hierro en órganos vitales, con una morbi-mortalidad que reduce la calidad y esperanza de vida en un promedio de 10 años. Por sus características, es una enfermedad adecuada para la realización de programas de cribado poblacional según las recomendaciones de la OMS.

Nuestro objetivo es analizar un estudio coste-efectividad del cribado de la hemocromatosis en la población ambulatoria adulta, comparando el coste del cribado con el beneficio producido (costes evitados).

Material y método

El estudio se modeliza mediante un árbol de decisión, que incorpora los efectos como casos diagnosticados y los recursos monetarios asociados a la estrategia de cribado (realización secuencial del fenotipo y confirmación posterior del genotipo) frente a la perspectiva de no cribado.

La probabilidad de los efectos se realizó mediante una búsqueda bibliográfica en el repertorio MEDLINE, desde 1986 a 2004. El coste de los procesos derivados de la hemocromatosis se calcula mediante un modelo de coste completo, orgánico, histórico y por paciente con la adscripción clínica aportada por el modelo agrupador de proceso (altas codificadas, A. P. GRD' S versión 18.0) incluyendo los episodios de hospitalización (sin incluir consultas, reingresos y otros episodios asimilables) y los costes terapéuticos (cuidados sanitarios y consultas sucesivas) en el tiempo.

El estudio se ha realizado desde la perspectiva del proveedor de recursos sanitarios, con los datos la contabilidad analítica (euros año 2003) del área de salud del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Resultados

El coste total del cribado de una cohorte de 100.000 personas es de 2.204.975 euros, con un total de 214 casos prevenidos, y un coste unitario promedio por caso prevenido de 10.304 euros. El coste total evitado por cada paciente de hemocromatosis es de 24.680 euros. Por lo tanto, el ahorro del sistema sanitario es de 14.376 euros por caso prevenido.

Conclusión

El beneficio del cribado poblacional de la hemocromatosis mediante el fenotipo con posterior confirmación del genotipo a nivel ambulatorio en la población adulta es muy superior al coste que supone su realización.

P-44 SISTEMA DE INFORMACIÓN PERINATAL COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD EN LACTANCIA MATERNA (LM)

García de León González R, García de León Chocano R, Hernandez Martínez M, Mercader Rodríguez B, Peñas Valiente A, Gómez Ortigosa MA.

Palabras clave:

Información, lactancia materna, calidad.

Introducción:

En el 2002 se realizó una pre-auditoria sobre los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), en nuestro hospital. Entre otras acciones de mejora relativas a la práctica asistencial, nos planteamos disponer de información completa y fiable sobre la Lactancia Materna en nuestra comarca.

Objetivos:

El objetivo final es disponer de un sistema de información orientado a la mejora continua de la calidad de nuestra actividad asistencial y la evaluación de nuestras intervenciones.

Descripción del sistema:

El sistema de información materno-infantil desarrollado está implementado en Microsoft Access 2000 basado en tecnología cliente-servidor. Permite a los pediatras crear un registro poblacional con los datos de filiación de la madre y del RN; variables perinatales estándar y variables más relevantes de LM. A partir de éste registro, el sistema genera automáticamente en Word el informe de alta del RN, y permite una amplia explotación estadística de los datos.

Resultados obtenidos en términos de calidad:

Registro poblacional de lactancia: base poblacional con una cobertura del 100%. Evaluación continua de las intervenciones en LM. Monitorización de los parámetros clave. Continuidad en los cuidados entre Hospital y Centro de Salud. Motivación del personal sanitario y promoción de la lactancia materna con la publicación periódica de los resultados más relevantes.

Conclusiones:

Para seguir progresando en el apoyo y fomento de la LM, debemos disponer de herramientas fiables de calidad que monitoricen y evalúen las diferentes intervenciones sobre lactancia. La implantación de un registro perinatal con los datos más relevantes sobre la lactancia, nos ha permitido elevar a la categoría de variables clínicas las concernientes a la lactancia (aspecto éste clásicamente olvidado por los pediatras) y dar entidad asistencial a todos los RN desde su nacimiento: con su nº de historia, su propio dossier y su informe de alta con una copia para su pediatra de CS.

Consideramos que el desarrollo de experiencias locales, en este sentido, son muy importantes como paso previo para que finalmente los datos sobre LM, estén incorporados en los registros sanitarios de las diferentes autonomías, igual que están los datos sobre las diferentes inmunizaciones que reciben los niños. Al fin y al cabo la LM es la mejor inmunización que pueden recibir los niños desde su nacimiento.

P-45 INDICADOR DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE CULTIVO DE ORINA EN MICROBIOLOGÍA

Zamorano Andrés MC, Álvarez Melgares de Aguilar J.

Palabras clave:

Indicador, calidad, urocultivo.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo fue cuantificar durante el año 2004, el porcentaje de muestras de orina para cultivo que fueron motivo de rechazo por ser muestra inapropiada (enviadas en un contenedor no estéril) o bien, por ser contaminadas.

Material y método:

Se revisaron 7.547 cultivos de orina recibidos en nuestro Laboratorio, Sección de Microbiología, durante el año 2004. Para la recogida de datos se utilizó el Sistema informático OMEGA 2000 (Roche diagnostics) consultando resultado de la prueba Urocultivo durante todo ese año. Establecimos los índices de calidad en función del número total de muestras de orina recibidas para cultivo.

Resultados:

Encontramos un total 1.488 incidencias que representan un 19,5% del total de muestras de orina para cultivo. De estas incidencias, 266 corresponden a muestras inapropiadas (3,5% del total de muestras) y 1.222 a muestras contaminadas (16% del total).

Conclusiones:

Observamos un alto porcentaje de incidencias de muestras contaminadas, esto puede ser debido a dos motivos principalmente, mala recogida por parte del paciente o demora en el transporte al Laboratorio y posterior procesamiento. En cuanto a muestras inapropiadas el porcentaje es bastante más bajo. Como objetivo para este año 2005 nos proponemos que estas incidencias estén por debajo del 10%, las de muestras contaminadas, y que las muestras inapropiadas no lleguen al 1%. Para ello habrá que incidir en una mayor difusión de las condiciones correctas en que se debe recoger una orina para cultivo por parte del paciente y tipo de contenedor en que debe efectuarse dicha recogida. Así mismo mejorar el circuito de transporte de muestras al Laboratorio, desde los centros periféricos, conservación de las muestras refrigeradas hasta su procesamiento y mayor rapidez en el mismo.

P-46 INDICADOR DE CALIDAD FASE PREANALÍTICA. RECHAZO MUESTRAS HEMOLIZADAS

Zamorano Andrés MC, Álvarez Melgares de Aguilar J, Sánchez-Bolea Pérez JC, Escudero Molina R, Zaragoza Campos AI, Bernal Puche B.

Palabras clave:

Indicador, calidad, hemolizadas.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo fue determinar el número de muestras de suero de bioquímica que fueron rechazadas debido a la hemólisis, durante el periodo de un mes. Las determinaciones que realizamos en nuestro Laboratorio, y que se ven afectadas por la hemólisis son, GOT, LDH, CK e Ión K, en las que se puede producir un falso aumento.

Material y método:

Se revisaron todas las muestras de suero para bioquímica recibidas en nuestro Laboratorio durante un mes. Para la recogida de datos se utilizó el Sistema Informático OMEGA 2000 (Roche Diagnostics), consultando resultado de la prueba Aspecto (suero) de todas las muestras recibidas durante ese tiempo. Los resultados pueden ser: Habitual o Hemolizado, en este caso se clasificaron en tres categorías según el grado de hemólisis (Hemo 1, Hemo 2 y Hemo 3).

Resultados:

Encontramos 161 incidencias (muestras hemolizadas) de un total de 5.066 muestras de suero, lo que representa un 3,2% de todos los sueros de Bioquímica. De estas muestras hemolizadas, 131 fueron Hemo 1 (2,6% del total de sueros), 24 Hemo 2 (0,5%) y 6 Hemo 3 (0.1%).

Conclusiones:

Observamos un porcentaje no excesivamente elevado de incidencias de sueros hemolizados. En estos casos se produce un rechazo cuando una o varias de las determinaciones solicitadas no se puede entregar el resultado debido a su afectación (interferencia) por la hemólisis. El objetivo es reducir lo más posible este porcentaje incidiendo en que la extracción de la muestra se realice de la forma menos dificultosa posible y empleando mayoritariamente los sistemas de extracción de vacío.

P-47 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABILIDAD DE LOS CIRUJANOS EN URGENCIAS

Carrasco Prats M, Sánchez de la Villa G, Montoya Tabares M, Martín JL, Carrillo A, López Espejo J.

Palabras clave:

Variabilidad, cirugía, urgencias.

Objetivo:

La variabilidad en los estilos de práctica clínica sugieren un problema asistencial de base, ya que las diferencias en el tipo de cuidados sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Nos proponemos evaluar si existe variabilidad en la asistencia y en las intervenciones quirúrgicas realizadas por los cirujanos de un mismo servicio de cirugía de un Hospital Comarcal.

Metodología:

Para evaluar la asistencia y los criterios de los cirujanos de un mismo servicio en urgencias, hemos recogido el número y el tipo de intervenciones quirúrgicas realizadas por los 6 cirujanos del Servicio de Cirugía del Hospital Rafael Méndez de Lorca durante dos años consecutivos, 2002 y 2003 en el quirófano de urgencias. Se ha estudiado la relación de la ratio de intervenciones con la edad del cirujano o el estatus de trabajo (adjunto interino o con plaza en propiedad). También se han recogido las guardias realizadas por cada uno de los cirujanos para extraer una ratio que nos sirva para comparar los resultados.

Resultados:

Durante los dos años de estudio se han realizado 628 intervenciones quirúrgicas, lo que supone un promedio de 0.86 intervenciones de urgencia por día. Pero la distribución por cirujanos no es homogénea, existiendo diferencias significativas entre los cirujanos C1 y C6 (1,37 y 1,43) y los cirujanos C2 (0,68), C3 (0,58), C4 (0,65) y C5 (0,85). Los cirujanos C1 y C6 eran los más jóvenes del Servicio con una edad media de 32 años, con respecto al segundo grupo con una edad media de 39 años. También existen diferencias por cirujanos cuando se comparan la situación laboral, con una ratio de 0.98 para los cirujanos interinos y de 0,68 para los cirujanos con plaza en propiedad.

Conclusión:

El número de urgencias asistidas cada día es variable aunque si se estudian periodos largos de tiempo, la variabilidad atiende sobre todo a otros factores como la accesibilidad del profesional o la predisposición del mismo, factores que se ven influidos por la edad de los mismos o su situación laboral.

P-48 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

Flores Pastor B, Soria Aledo V, Candel Arenas MF, Andrés García B, Campillo Soto A, Aguayo Albasini JL.

Palabras clave:

Informes, comorbilidad, complicación.

Objetivo:

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la fiabilidad de los informes de alta hospitalaria, en relación al registro de la comorbilidad y las complicaciones, en nuestro servicio de Cirugía General.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 50 historias clínicas seleccionadas según el método de muestreo aleatorio sistemático entre todas las altas generadas en nuestro servicio de cirugía general y digestiva durante el período octubre de 2002-octubre de 2003. Se analizó la fiabilidad del informe de alta respecto al registro de la comorbilidad incluyendo las variables hipertensión, diabetes, cardiopatía, hiperlipemia, EPOC, obesidad y alergias. La fiabilidad respecto al registro de complicaciones fue evaluada mediante la selección de un grupo de patología (procedimientos quirúrgicos practicados sobre colon y recto) y valorando la correlación entre historia clínica e informe de alta. Los datos se presentan en porcentajes con un nivel de confianza del 95%.

Resultados:

Respecto a la correlación para el registro de la comorbilidad presentamos cifras superiores al 93% en todas las variables consideradas.

En relación al registro de las complicaciones obtenemos una correlación entre historia clínica e informe de alta superior al 85%.

Conclusiones:

Nuestros resultados pueden ser considerados como adecuados, aunque en el campo de las complicaciones existe una buena oportunidad de mejora.

V Congreso Regional de Calidad Asistencial

Murcia 15 y 16 de junio de 2005

PONENCIAS



EXPERIENCIA EN ANDALUCÍA SOBRE DISEÑO/GESTIÓN DE PROCESOS

Antonio Torres Olivera

Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

El Modelo Estratégico de Calidad que definió el primer plan de Calidad, ha consolidado la posición del ciudadano como eje central de las actuaciones del SSPA, y ha propiciado el ejercicio de una serie de derechos individuales (voluntades anticipadas; segunda opinión; garantías de tiempo de espera máximos para intervenciones quirúrgicas, consultas especializadas y pruebas diagnósticas; libre elección de médico y centro, etc.), que han supuesto un soporte importante para las iniciativas de cambio organizacional planteadas.

La línea nuclear de Calidad del mencionado Plan, comprendía un conjunto de objetivos, vinculados al desarrollo de un modelo de atención sanitaria estructurada en procesos asistenciales integrados, que fuera capaz de incorporar la perspectiva de la continuidad asistencial, de impulsar la cooperación profesional y de generar cultura de mejora continua.

Hasta la fecha se han descrito 45 procesos asistenciales integrados, y se dispone de una serie de normas básicas de calidad relacionadas con el correcto desarrollo de los mismos, las cuales han sido incorporadas a los Contratos-Programa de la Consejería de Salud con sus proveedores públicos en los 3 últimos años, y constituyen compromisos de actuación vinculados a resultados sanitarios concretos para el conjunto de la organización. Complementariamente, se han diseñado procesos de soporte en las áreas de Laboratorio, Técnicas de Imagen, Bloque Quirúrgico, Nutrición Clínica, Hemoterapia y Bancos de Sangre.

La aplicación progresiva de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados ha iniciado su andadura de la mano de los profesionales clínico- asistenciales y de los gestores. Para ello, se ha definido un Plan Operativo de Implantación que guía esta fase en el conjunto de centros, y desarrolla y define las unidades funcionales que deben llevarla a cabo, su composición, cometidos y cronograma.

Su despliegue, por tanto, está basado en la cooperación-coordinación entre niveles y requiere de la máxima implicación directiva y de la capacidad del sistema en su conjunto para impulsar las estrategias culturales, organizativas y operativas que sitúen a la organización en la dirección de cambio correcta.

Se ha definido, asimismo, la Cartera de Servicios por Procesos para los Mapas 1 y 2, que establece el conjunto de servicios implicados en el desarrollo de cada proceso y los requerimientos mínimos que éstos deben verificar (responsables, grupos de mejora encargados de su seguimiento, sistema de información que permita para cada proceso su gestión y comparación entre centros). Esta cartera de Servicios por Procesos se concibe

como un instrumento de gestión de servicios, complementario y compatible con el desarrollo actual de la cartera de servicios como oferta clínico-asistencial, que puede ser analizado desde diferentes ópticas (centros, servicios, procesos, procedimientos, etc.).

Los Acuerdos de Gestión entre Hospitales y Distritos incorporan compromisos explícitos para la implantación de, al menos, 20 procesos asistenciales, lo que afecta a todos los incluidos en el Decreto 96/2004 de Garantía en Procesos Asistenciales, Consulta y Pruebas Diagnósticas en Atención Especializada y los vinculados a planes integrales autonómicos, así como para el desarrollo de un cuadro de mandos de procesos asistenciales con ámbito de área sanitaria. Actualmente, se encuentran constituidos 547 grupos de desarrollo, se han realizado 473 adaptaciones locales y las Comisiones Locales de Implantación han puesto en marcha 433 procesos.

Para cada proceso analizado, se están desarrollando pantallas de trabajo específicas para incorporar a la Historia Clínica Digital y se están definiendo Planes de Cuidados estandarizado para aquellos pacientes que se encuentran en una situación clínica concreta, y en un nivel de atención determinado, basándose en el desarrollo actual de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero, en el desarrollo funcional de la Historia Clínica Digital y en la propia evolución de la práctica clínica enfermera.

La Gestión por Procesos Asistenciales Integrados en Andalucía constituye un factor de cambio en el SSPA, al tiempo que está motivando un nivel de expectativas profesionales que refuerzan la viabilidad de un proyecto tan complejo como éste. El proceso de implantación está revelando posibilidades de mejora y requerimientos de recursos a los que se debe dar una respuesta rápida, pero, sobre todo, está impulsando una nueva cultura de cooperación profesional y orientación hacia la mejora.

Su consolidación como estrategia transformadora, queda reflejada en el II Plan de Calidad que hace un planteamiento claro de profundización en el desarrollo de herramientas de gestión (gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión por competencias), que siguen siendo instrumentos fundamentales para conseguir una organización más horizontal y descentralizada, más flexible y a la vez más integrada.

El desarrollo de estas herramientas pueden concretarse en la reordenación de las estructuras de provisión (desarrollo de Unidades Clínicas de Gestión Integrada, horizontalización de los organigramas, integración primaria-especializada, reingeniería de servicios, etc.), modificando las relaciones y organización de los proveedores (organización por procesos asistenciales, definición de los Mapas de Procesos, etc.) o garantizando determinados resultados de la asistencia (análisis de resultados -outcomes-, políticas de calidad, incentivos ligados a resultados, etc.).

PROYECTO EMCA-OMS: REDISEÑO GLOBAL DE CUIDADOS DE SALUD PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

Saturno Hernández PJ.
Universidad de Murcia

Antecedentes:

Las enfermedades crónicas suponen una carga creciente para las poblaciones y los servicios de salud en todo el mundo. Sin embargo los sistemas de atención, diseñados básicamente para la atención a episodios agudos de enfermedad, no se están adaptando de forma adecuada a este hecho. Entre otras cosas, la atención a crónicos está poniendo de manifiesto de forma muy notoria los problemas de coordinación entre los diversos elementos del sistema de salud, y la deficiente aplicación de la evidencia científica (clínica y organizacional) en el diseño e implementación de la atención que reciben.

En respuesta a esta situación, y dentro de un cierto cambio en sus acciones prioritarias tradicionalmente menos enfocadas hacia los temas relativos a padecimientos crónicos en general y en particular al diseño de sistemas de atención y calidad de los servicios, la Organización Mundial de la Salud lanzó en 2002 un nuevo proyecto denominado "*Innovative Care for Chronic Conditions*". El objetivo del proyecto es fomentar los cambios necesarios en los sistemas de salud para ofrecer una atención de mayor calidad a los problemas de salud crónicos.

2. Principales características del proyecto de la OMS "*Innovative care for Chronic Conditions*"

A partir de la problemática detectada en el diseño y actuación de los sistemas de salud en relación con los padecimientos crónicos, la OMS propone un modelo y una serie de iniciativas para el rediseño de los servicios, resumidas en el documento "Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el Cambio" (OMS, Ginebra, 2002), de cuyos principales apartados extraemos y subrayamos los siguientes elementos:

Problemas de diseño de los Sistemas de Salud.

Se señala la existencia de problemas en los niveles micro (interacción con los pacientes), meso (organización de la atención) y macro (políticas de salud).

A nivel *micro* destaca el escaso valor otorgado a una adecuada interacción con los pacientes y su grado de autonomía, desaprovechándose en gran parte el potencial de colaboración y autocuidado.

A nivel *meso* se destaca que el diseño de los sistemas está pensado mayoritariamente para la atención a agudos, con la consiguiente creación de compartimentos estancos y problemas de coordinación y continuidad cuando el problema de salud no se solu-

ciona a corto plazo. Al mismo tiempo, se señalan otros síntomas de diseño defectuoso como son, entre otros:

- Insuficiente traslación de la evidencia científica a la práctica
- Insuficiente atención a los aspectos preventivos
- Sistemas de información no instrumentados para la atención y monitorización efectiva de este tipo de pacientes

A nivel *macro* se señala la inexistencia o inadecuación de políticas de salud y planes articulados para este tipo de problemas de salud, así como la fragmentación de los sistemas financieros, y un marco legislativo, de normas y monitorización de la implantación de las políticas de salud inadecuados o insuficientes

Innovaciones necesarias

De forma resumida se señala la necesidad de:

- Una nueva forma, más integral e integrada, de considerar la atención a problemas de salud crónicos.
- Una nueva manera de organizar los sistemas de atención
- Una mayor conexión entre pacientes, comunidad y organización de la atención sanitaria
 - Un nuevo marco para la atención, que incluya explícitamente y en la práctica:
 - Toma de decisiones basada en evidencia
 - Enfoque en la población
 - Enfoque en prevención
 - Integración de servicios
 - Enfoque en calidad

Elementos para el cambio

Se señalan una serie de elementos que contribuirán al desarrollo e implantación del modelo que se preconiza. Destacamos de entre ellos los siguientes:

- Cambio de modelo (paradigma) de atención a problemas crónicos
- Desarrollo de procesos de atención integrada
- Fomento de la participación del paciente y el autocuidado
- Utilización del personal de salud de forma más efectiva
- Alinear políticas sectoriales
- Gestionar el ambiente político

La OMS, a través de este proyecto, apoya y difunde las experiencias que se inicien en línea con el nuevo modelo. Hasta el momento hay documentadas experiencias asimilables, al menos parcialmente, con este enfoque en Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, dentro del grupo de países desarrollados.

3. Propuesta de proyecto de colaboración EMCA-OMS: Diseño integral y mejora continua de la calidad de la atención a problemas de salud crónicos.

Diseño del proceso de atención a un problema de salud crónico.

El modelo para la gestión de la calidad que venimos utilizando en el Programa EMCA distingue tres grupos de actividades o puertas de entrada para la mejora continua de la calidad: monitorización de indicadores, estándares, normas o criterios para identificar los aspectos/problema a mejorar; ciclos de mejora sobre los problemas de calidad identificados, sea con monitorización o con otros métodos; y diseño o planificación de la calidad para ofrecer servicios que satisfagan necesidades y expectativas previamente identificadas. Este proyecto lo enfocamos como una actividad de diseño de la calidad, en la cual se explicita las características que han de tener los procesos y subprocesos que incluya la atención sanitaria al problema de salud crónico que se elija. El enfoque de diseño implica, entre otras cosas lo siguiente:

- Identificación de necesidades y expectativas de los clientes externos e internos del proceso a diseñar
- Identificación de la evidencia científica existente sobre las decisiones clínicas y organizativas que optimizan los resultados deseados
- Utilización de metodologías adecuadas para el diseño de procesos. En este sentido, proponemos utilizar el método IDEF (*Integration Definition*) para el modelaje funcional del proceso (IDEF0:*Integration Definition for Function Modeling*) y de la información que implica (IDEF1:*Integration Definition for Information Modeling*), con inclusión de la metodología para el diseño de Vías Clínicas y Guías de Práctica Clínica para los subprocesos que corresponda.
- Identificación de los indicadores que puedan servir para la monitorización de la implementación y calidad resultante del proceso diseñado.
- Identificación de responsables o gestores de los diversos subprocesos que se definan.

Apoyo institucional y metodológico de la OMS

El proyecto se enmarca en la iniciativa de la OMS "*Innovative Care for Chronic Conditions*" y cuenta desde su inicio con el apoyo institucional y metodológico de esta organización. Ello implica:

- Supervisión del desarrollo del proyecto
- Reconocimiento y eventual difusión internacional como proyecto de colaboración con OMS.
- Aprovechamiento y aprendizaje de experiencias previas consideradas de interés dentro de la iniciativa de la OMS. Entre ellas se incluye el modelo de atención a pacientes crónicos de Wagner y los proyectos colaborativos encuadrados en las "*Breakthrough Series*" del IHI (*Institute for Health Care Improvement*) que dirige D. Berwick.
- Posibilidad de diseñar formas de colaboración más estables a medio y largo plazo entre el Programa EMCA y la OMS.

Duración de dos años.

La duración prevista del proyecto es de dos años. A grandes rasgos, durante el primer

año se realizan las actividades conducentes el diseño en sí del proceso de atención, que se implementa y monitoriza a lo largo del segundo año.

Más en concreto, el proyecto incluye durante el primer año lo siguiente:

- Selección de problema de salud y área o áreas participantes
- Formación a los finalmente implicados en la metodología necesaria para el diseño y gestión de y por procesos, en general (en línea también con lo que preconizan los modelos ISO y EFQM) y sobre el modelaje de la atención a crónicos en particular. Esta formación complementa la que probablemente ya tendrán como participantes del Programa EMCA.

- Formación de grupos de trabajo para reunir la información y dirigir las actividades necesarias para:

- Identificación de necesidades y expectativas de los clientes externos (pacientes y población en riesgo)
- Identificación de necesidades y expectativas de los clientes internos
- Identificación de la evidencia científica sobre decisiones clínicas
- Identificación de la evidencia científica sobre decisiones de tipo organizativo

- Definición de procesos y subprocesos incluidos en el macroproceso de atención al problema de salud seleccionado

- Identificación de gestores de procesos y subprocesos
- Identificación y/o construcción de los indicadores para monitorizar la implantación y resultados del procesos diseñado.

Durante el segundo año se realizaría lo siguiente:

- Identificación e implantación planificada de los cambios organizativos, de práctica clínica y de sistema de información que requiera el proceso diseñado
- Pilotaje de actividades, indicadores y de funcionamiento en general del proceso diseñado.
- Evaluación cualitativa y cuantitativa de la experiencia.

4. Principales productos esperados

- Diseño del proceso completo para la atención al problema de salud objeto del proyecto.

- Diseño de los indicadores y sistema de información útil para el control y mejora continua del proceso diseñado.

- Aprendizaje en servicio y basado en la solución de problemas, sobre métodos de diseño de procesos, por parte de los participantes en el proyecto.

- Visibilidad internacional de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, a través de la colaboración con OMS.

La experiencia acumulada en este proyecto puede servir para aplicar una metodología semejante a otros problemas de salud y servicios en general de los que es responsable el sistema de salud.

CONTROL ESTADÍSTICO DE PROCESOS PARA GESTIONAR UN HOSPITAL SIN DOLOR

López Soriano F, Lajarín Barquero B, García Arsac I, Bernal Peñalver L, Rivas López E
Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz.

Introducción

La prevalencia actual de dolor agudo en nuestros hospitales es escandalosamente alta. Hospitales punteros de nuestra geografía (Sant Pau y Vall d'Hebron) han comunicado recientemente cifras de dolor intrahospitalario del 55%, con una efectividad en los tratamientos, aún siendo "correctos", del 47%.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de hacer efectivo (beneficio en condiciones de uso rutinario) lo que ha demostrado reiteradamente ser eficaz (beneficio en condiciones de uso experimental), la analgesia.

En el 2002, un editorial de la Revista Española de Anestesiología y Reanimación se preguntaba: ¿de que nos sirven los estándares tan altos en la calidad de la anestesia, si seguimos teniendo dolor en el postoperatorio? Y nosotros añadimos: si los estudios pre-post demuestran la eficacia de una Unidad de Dolor Agudo para reducir el dolor en el postoperatorio, y con tan solo implantar la 5ª constante se reduce la prevalencia de dolor, aumenta el porcentaje de pacientes que consiguen alivio, y mejora la satisfacción de los mismos, ¿Hasta cuando debemos soportar el dolor agudo en nuestros hospitales?

Hoy que disponemos de potentes herramientas de gestión, y que el pacto por objetivos es una realidad cotidiana, ¿no deberíamos comprometernos, instituciones y sanitarios, en intentar alcanzar un "hospital sin dolor"? ¿Hay mejor marketing que colocar en la puerta de nuestros hospitales, un eslogan que diga "trabajamos para que usted no sufra dolor"?

Objetivo:

La adopción de técnicas de control de calidad como el Control Estadístico de Procesos (CEP), permiten reducir la variabilidad en la práctica clínica y asumir objetivos de gestión realistas y alcanzables (compromiso fabricante-cliente). Nuestra Unidad de Dolor Agudo Basada en la Enfermería (UDABE) pretendió, para el año 2004, alcanzar 3 objetivos clave en la asistencia al paciente hospitalizado susceptible de sufrir dolor:

- 1.- Una prevalencia de dolor ≤ 4 (EVA = 0-10) del 70 %
- 2.- Un porcentaje de pacientes que consiguieran obtener alivio de su dolor del 85 %
- 3.- Un porcentaje de satisfacción alta-muy alta con el manejo del dolor del 90 %.

Material y Método:

Nuestra UDABE incorporó la "Quinta constante" de enfermería (medición sistemática y rutinaria del dolor y de su alivio, mediante EVA), en todos los pacientes ingresa-

dos en el hospital, y puerta de Urgencias. A su vez, adoptó el CEP como herramienta de gestión. Se apoyó en un procedimiento documentado que contiene objeto y campo de aplicación, que hacer y quienes tienen que hacerlo, cuando, como y donde, controles y registros. Adoptó por consenso los 3 indicadores que permitirían medir objetivamente la evolución del proceso, a la vez que permitirían ver de forma gráfica, la evolución y las metas a alcanzar.

Una vez estabilizado, monitorizó el proceso “Dolor agudo” mediante cortes de prevalencia mensuales (muestra aleatoria de 30 pacientes) en los que se obtenía información de los 3 indicadores, expresando los resultados mediante Gráficos de Control, en los que la Línea Central era el objetivo, y los Límites de Control Superior e Inferior (variabilidad tolerable del proceso) se determinaban sumando a la media 2 desviaciones estándar.

El mismo proceder se asumió con 2 indicadores adicionales, que podrían ayudar a conocer la eficiencia (beneficio al menor coste posible) de la gestión:

- A.- El porcentaje de pacientes que precisaron rescate analgésico
- B.- El porcentaje de reacciones adversas a medicamentos;

Resultados:

Durante el año 2004 hemos conseguido estabilizar la prevalencia de dolor EVA $< \text{ó} = 4$ en el 70%, que el 85% de los pacientes obtuvieran alivio adecuado a su dolor, y que la satisfacción de nuestros pacientes con el manejo de su dolor fuera alta-muy alta en el 90% de los mismos.

También hemos conseguido estabilizar la necesidad de rescates analgésicos en torno al 15%, y las reacciones adversas a medicamentos (sobretudo náuseas y vómitos) en torno al 10%.

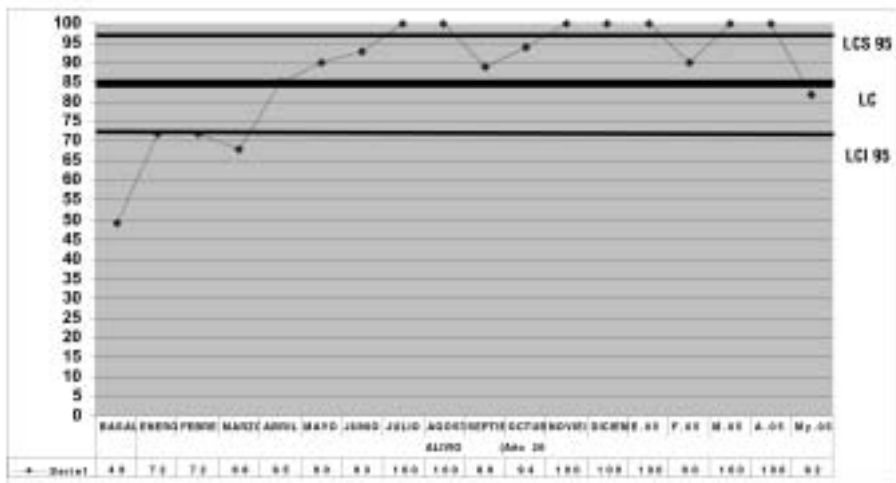
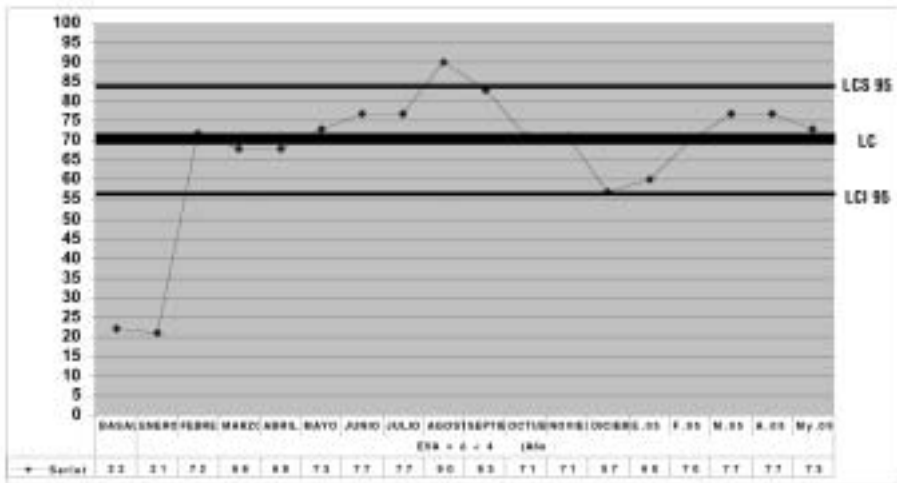
Desde la situación basal, antes de la UDABE, hasta final del año 2004, hemos incrementado el porcentaje de pacientes con EVA $< \text{ó} = 4$ en un 42.0%, los pacientes que consiguen alivio en un 24.9%, y los pacientes con satisfacción alta-muy alta en un 39.0%. También hemos conseguido en un año descender las necesidades de rescate analgésico en un 40.0%, y las reacciones adversas en un 42.3%.

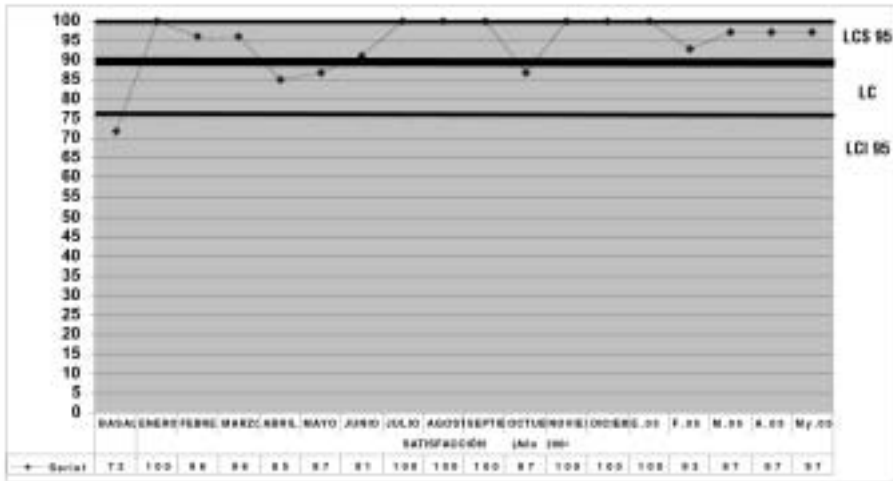
En resumen, hemos conseguido en este año, ahorrar 15.000 días de sufrimiento innecesario, lo que suponen más de 40 años sin dolor.

Discusión:

En los últimos 20 años, la evolución natural de la prevalencia de dolor hospitalario ha ido descendiendo alrededor de un 2% anual. En nuestro caso, dejando el proceso a su evolución, pasar de una prevalencia de dolor del 70% al 30% hubiesen sido necesarios 20 años para poder alcanzarla. Con técnicas como el CEP lo hemos podido conseguir en “tan solo 1 año”, con la garantía de poder decirle a nuestros pacientes que su dolor lo tenemos “bajo control”.

La Audit Comisión británica se planteó en 1997, alcanzar idealmente una prevalencia de dolor severo (EVA > 7) en torno al 5%, para el año 2002, pero se demostró que este deseo era inalcanzable, aún con las técnicas más efectivas, la prevalencia real fue





del 11%, lo que concuerda con la evolución natural. Nuestra prevalencia de dolor severo es hoy del 3.7%.

Esta técnica de gestión también nos permite marcarnos objetivos realistas y alcanzables para el 2005, ya que exceder reiteradamente el Límite de Control que refleja la mejoría nos permite, por ejemplo, poder marcarnos mejores objetivos (y realistas) en el porcentaje de pacientes sin dolor, ó descender el límite de la EVA por debajo de 4.

Hoy somos capaces de tener un “Mapa del Dolor” de nuestro hospital, identificando que diagnósticos asocian dolor, cuanto duelen, y que Servicios Médicos ó Quirúrgicos son susceptibles de mejora.

Para terminar, queremos invitar a la reflexión: si la mitad de los pacientes con prescripción farmacológica “correcta” tienen niveles de dolor moderado-severo a pesar de medirlo periódicamente, ¿estamos haciendo lo correcto?, ¿qué pensaríamos si la mitad de los pacientes diabéticos hospitalizados mantuvieran cifras de glucemia inaceptables y los hipertensos, cifras elevadas de tensión?

El problema de la alta prevalencia de dolor en nuestros hospitales es un problema ético, por que dejar que los pacientes sufran pudiendo evitarlo atenta contra el principio de no maleficencia, máxime cuando todo paciente hospitalizado pierde el principio de autonomía y queda a nuestro cuidado. Es un problema jurídico, porque el paciente tiene derecho a percibir las correspondientes indemnizaciones económicas, en aquellos casos en los que el particular sufra un daño, sin obligación de soportarlo, por el funcionamiento normal o anormal de un servicio público, conforme a la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas. Pero sobre todo es un problema de gestión, en cuanto que es

un problema de calidad asistencial. Si no basta con prescripciones “correctas”, ya que el tratamiento del dolor debe ser individualizado, ¿no sería mas razonable incorporar técnicas de control de procesos que aseguren a nuestros pacientes que tenemos “bajo control” una de sus mayores preocupaciones al ingreso en los hospitales?

Desde esta perspectiva ¿es aceptable esperar 2 ó 3 décadas para erradicar el dolor en nuestros hospitales?

Los responsables de la gestión deberían afrontar definitivamente este reto, y asumir el objetivo de la Organización Mundial de la Salud para el año 2000, de conseguir un “hospital sin dolor”.

Bibliografía:

- Bolívar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación* 2005; 52: 131-140
- López-Soriano F, Bernal L. El dolor agudo en nuestros hospitales: un problema de gestión. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20: 43-44
- Chabás E. Más retos para los anestesiólogos: ¿Conseguirán las Unidades de Dolor Agudo Postoperatorio el “hospital sin dolor”? *Rev Esp Anestesiología y Reanimación* 2002; 49: 343-345
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an update report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2004; 100: 1573-1581
- López-Soriano F, Canovas A, Bernal L, García J, Molina F, Díaz J. Control activo del dolor postoperatorio, mejora del alivio y la satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 669
- Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409-423
- Gali J, Puig C, Carrasco G, Roure C, Andreu C. Experiencia en el tratamiento multidisciplinar del dolor agudo postoperatorio. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19: 296-303

¿VARIABILIDAD O DESCONCIERTO?: EL PROCESO DE ATENCIÓN A MUJERES CON SOSPECHA CLÍNICA DE CÁNCER DE MAMA EN LA REGIÓN DE MURCIA

Aguilar J, Martínez-Gálvez M, Chaves A, Navarro N, Ayala F, Ferrer F, García-Medina V, Carazo MJ, Falomir G, Novoa A, Lázaro MD, Pérez-Riquelme F, Hernández MD, Muelas M, Carrasco L, Andrés A. *Unidad de Mama. Hospital "JM^a Morales Meseguer". Grupo Investigador Proyecto EMCA 02/04 "Rediseño del proceso de atención a mujeres que consultan por síntomas mamarios en Atención Primaria de la Región de Murcia".*

Introducción:

El cáncer de mama es el de mayor incidencia y la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de la Región de Murcia. La magnitud de su incidencia, la posibilidad de disminuir la morbilidad y la mortalidad ligada a la enfermedad sobre la base del diagnóstico temprano y la existencia de una herramienta diagnóstica de cribado efectiva (la mamografía periódica), ha hecho que los programas de cribado poblacional se extiendan por toda la geografía occidental, incluyendo nuestra región. El proceso de atención a mujeres con lesiones radiológicas de sospecha de cáncer de mama detectadas por la campaña poblacional de cribado de la Región de Murcia (programa de prevención de cáncer de mama, que cubre a mujeres con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años) está sometido a estrictos controles. Sin embargo, desde nuestra perspectiva y en contraste con esta campaña de prevención, las mujeres que consultan en cualquier ámbito asistencial (público o privado, primaria o especializada) por síntomas de mama sospechosos de carcinoma parecen ser sometidas a circuitos asistenciales sometidos a gran variabilidad: tiempos de derivación, profesionales que atienden a la paciente, número de consultas realizadas, número de exploraciones complementarias y cantidad y calidad de la información aportada por estos estudios, etc. En Noviembre 2002 iniciamos un estudio, que obtuvo financiación del programa EMCA, que pretendía establecer las bases para el rediseño de este circuito de atención y que hemos concluido recientemente. El estudio comprendía tres fases o etapas: Etapa I: Análisis de las expectativas y necesidades de los clientes en la asistencia médica determinada por síntomas mamarios; Etapa II: Análisis de la variabilidad del proceso "atención a la mujer con cáncer de mama" en la Región de Murcia y Etapa III: diseño de proceso. En esta comunicación presentamos los datos más destacados de la Etapa II del estudio y adelantamos las conclusiones de la Etapa III.

Objetivos:

Los objetivos del proyecto considerado en su totalidad fueron:

1. Realizar una definición global del proceso que incluyera los siguientes aspectos: designación explícita del proceso que analizamos, definición funcional, límites inicial, intermedios y final.

2. Averiguar las expectativas y las necesidades de las mujeres atendidas por síntomas mamarios en atención primaria (fuera del cribado poblacional).
3. Averiguar las expectativas y las necesidades de los médicos de atención primaria en relación con la asistencia a mujeres que consultan por síntomas de mama.
4. Establecer un mapa de la variabilidad de los distintos esquemas de atención a mujeres que consultan en atención primaria en la Región de Murcia por síntomas mamarios que finalmente son diagnosticadas de cáncer de mama.
5. Evaluar la calidad del proceso actual de atención a mujeres que consultan en atención primaria por síntomas mamarios basándose en criterios que incluyan: tiempos de atención, informe radiológico e informe anatomopatológico.
6. Establecer los principales puntos críticos de la ineficacia del proceso actual de atención a mujeres que consultan en atención primaria por síntomas mamarios.
7. Rediseñar formalmente el actual proceso de atención a mujeres excluidas del programa de cribado poblacional que consultan en atención primaria por síntomas mamarios.
8. Comunicar a los Centros de Primaria y Especializada de la Región las conclusiones del estudio.

En esta comunicación presentamos los estudios relacionados con los objetivos 4 a 7 del proyecto de investigación, que podríamos resumir como la evaluación de la variabilidad en el proceso de atención a pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y la propuesta de rediseño de este proceso.

Material y métodos:

Sujetos de estudio: Pacientes diagnosticadas y tratadas en atención especializada del sistema público de salud por cáncer de mama entre los años 2000-2003 en la Región de Murcia. Se excluyen las mujeres atendidas en centros de referencia derivadas desde el programa de prevención de cáncer de mama de la Consejería de Sanidad.

Diseño: Descriptivo. Retrospectivo.

Variables estudiadas:

- 1) epidemiológicas: edad, EAP de origen, centro especializado de referencia, Área de Salud.
- 2) indicadores de proceso (evaluación del circuito asistencial): se definieron por el equipo sobre la base del estudio de los distintos circuitos identificados:
 - a. los distintos tiempos de atención o demoras (T): demoras de 1ª consulta hasta 1ª prueba complementaria (T1), demora de 1ª prueba a tratamiento inicial (T2).
 - b. número de asistencias: Número de consultas hasta diagnóstico definitivo (NC).
Número de pruebas complementarias hasta diagnóstico definitivo (PC).
 - c. tipo de especialista que atendió en primer lugar a la paciente (cirugía general/ ginecología /radiodiagnóstico) .
- 3) indicadores de resultado:
 - a. de la enfermedad: estadio TNM de los tumores, proporción de cirugía conservadora (no mastectomía).

b. de los informes:

- i. características de los informes radiológicos: se evaluaron los siguientes criterios:
 - (1) del informe de mamografía (Mx): Mx1: Mx realizada, Mx2: Mx bilateral, Mx3: consta densidad mamográfica, Mx4: consta tipo lesión, Mx5: consta descripción lesión, Mx 6: consta localización lesión, Mx 7: consta tamaño lesión, Mx8: consta descripción piel y axila, Mx9: consta recomendación o grado de sospecha;
 - (2) del informe de ecografía mamaria (US): US1: ecografía realizada, US2: realizada simultánea a Mx; US3: realizada por mismo radiólogo que Mx, US4: consta tipo lesión, US5: consta localización lesión, US6: consta tamaño lesión, US7: consta semiología ecográfica, US8: consta estudio axilar, US9: consta recomendación o grado de sospecha.
- ii. características de los informes cito-histológicos: se evaluaron los siguientes criterios (1) del informe de citología-punción aspiración con aguja fina: C1: constan datos de filiación, C2: constan datos clínica paciente, C3: consta localización lesión, C4: consta descripción macro y microscópica, C5: consta diagnóstico, C6: resultado con codificación; (2) del informe del estudio anatomopatológico definitivo: B1: constan datos de filiación; B2: consta localización lesión; B3: consta descripción macroscópica, B4: consta descripción microscópica; B5: consta diagnóstico, B6: consta tamaño de la lesión, B7: consta estudio axilar, B8: clasificación pTNM explícita, B9: se realizó estudio receptores hormonales, B10: consta clasificación CIE.

Recogida de datos: Muestreo aleatorio simple de 30 historias clínicas de pacientes atendidas por cáncer de mama en cada uno de los Hospitales de la Región: Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” (Murcia), Hospital General “JM^a Morales Meseguer” (Murcia), Hospital “Santa María del Rosell” (Cartagena), Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca), Hospital “Virgen del Castillo” (Yecla), Hospital “Rafael Méndez” (Lorca), Hospital General Universitario (Murcia) y Hospital “Los Arcos” (Santiago de la Ribera). Las pacientes eran identificadas a través de los archivos del Servicio de Anatomía Patológica de cada Hospital. Los datos no recogidos en la historia clínica se obtenían de los registros de los Equipos de Atención Primaria y/o de los Centros de Especialidades Periféricas donde fueron atendidas. Finalmente se realizó un estudio sobre 5 hospitales de la Región (dos de ellos se estudiaron como un solo centro; se denominan H1 a H5); 2 de los hospitales convocados rehusaron a participar. La muestra no pudo llegar a 30 casos en 4 hospitales (datos incompletos y falta efectiva de casos), siendo finalmente de 29, 33, 29, 24 y 26 para los hospitales denominados H1 a H5, respectivamente.

Análisis de datos: Elaboración de estadísticos descriptivos de tendencia y dispersión. Se elaboraron los diagramas de flujo correspondientes a los distintos circuitos de atención que fueron identificados. Para el presente trabajo, se muestran, específicamente:
a) **evaluación del circuito asistencial:** Se realizó una estadística descriptiva global de la muestra global (de los 5 hospitales), definiendo los criterios de pacientes en rangos (in)adecuados de proceso (outliers) como aquéllos con tiempos de atención > 1,5 (percentil 75). Se realizó la comparación de tiempos en gráficos tipo “boxes and whiskers”.

b) **evaluación de exploraciones complementarias:** Los datos se calcularon como incumplimientos totales y porcentaje de incumplimientos en cada hospital (H1-H5) y comparados con el total de la muestra. Se elaboraron los diagramas de Pareto para identificar gráficamente los criterios donde se producen más número de incumplimientos

Las comparaciones se realizaron garantizando la confidencialidad de los Hospitales y profesionales proveedores de los cuidados a las pacientes (sólo los investigadores conocen la procedencia de los datos y se comprometen a no hacer público este extremo. Para esta comunicación se presentan los datos sobre demoras asistenciales, circuitos y de evaluación de los informes radiológicos y anatomopatológicos.

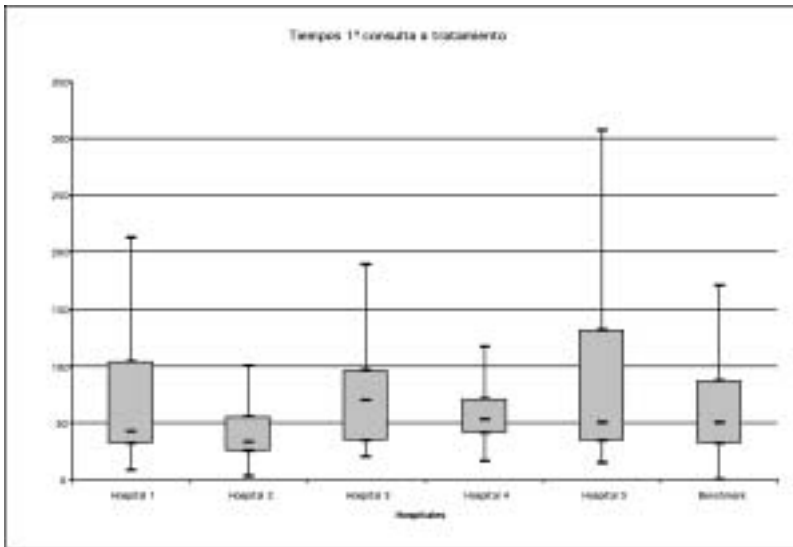
Resultados:

a) **evaluación del circuito de atención [Gráfico 1]:**

Los tiempos de atención (en días) en la muestra global (que denominamos benchmark) fueron (expresados como mediana [percentil 25-percentil 75]) T1: 10,5 [1-23]; T2: 32 [20,75-64] .

Por hospitales, las demoras medidas fueron: 1ª consulta-1ª prueba: H1T1: 13 [3-23], H2T1: 1 [0-9,25], H3T1: 2 [0-11], H4T1: 21[12-30,5], H5T1: 17 [6-26]; demoras 1ª prueba-tratamiento: H1T2: 26 [18-64], H2T2: 29 [22-42,5], H3T2: 64 [33-80], H4T2: 29 [18-40,25], H5T2: 26,5 [17,75-49]. El número de pacientes que incumplen criterios de demoras (outliers) fueron: H1T1: 2, H1T2: 4, H2T1: 4, H2T2: 3, H3T1: 2, H3T2: 2, H4T1: 2, H4T2: 1, H5T1: 5 y H5T2: 4.

Gráfico Box and whiskers:
Tiempos totales 1ª consulta-tratamiento por hospitales



En cuanto al número de exploraciones complementarias, para cada paciente se realizó una media de 3 exploraciones (± 0.85 [1-6]). Se realizó una media de 4 ± 1.3 [1-7] consultas de especialista por cada paciente hasta llegar al diagnóstico. Para cada Hospital, se identificaron entre 2 y 7 especialistas diferentes que atendieron inicialmente a la paciente. Tras realizar los distintos diagramas de flujo en función de los especialistas y cursos de acción para cada paciente, se identificaron al menos 2 tipos de asistencia general, en dependencia de la centralidad o no de un solo clínico en el circuito de atención y de la realización de las exploraciones complementarias como “acto único diagnóstico” (estudios de imagen de mama [mamografía y ecografía] y citohistológicos en un solo tiempo asistencial). Este último modelo se relacionó con grupos de trabajo más reducidos y menores demoras. Sólo en 1 hospital se identificó un circuito sistemático de atención.

b) evaluación de exploraciones complementarias [tablas 1 a 4]:

Los criterios que suman más del 80% de los incumplimientos en el informe de (1) mamografía fueron: Mx 7 (tamaño), Mx8 (descripción de piel/axila), Mx3 (densidad), Mx9 (recomendación/sospecha); de (2) ecografía mamaria fueron: US8 (estudio axila), US6 (tamaño), US1 (realización ecografía), US7 (descripción semiológica) y US5 (localización); de (3) informe de citología: C6 (codificación), C2 (clínica), C3 (localización) y C5 (diagnóstico); y de (4) informe biopsico: B2 (localización lesión), B8 (pTNM), B10 (clasificación CIE), B1 (datos filiación), B6 (tamaño).

Tabla 1: Criterios mamográficos: en filas alternas se presentan número de incumplimientos totales y porcentaje (por hospitales [H1-H5] y Benchmark [Bm])

	Mx1	Mx2	Mx3	Mx4	M5	Mx6	Mx7	Mx8	Mx9
H1 (n=29)	0	0	8	1	8	1	15	17	5
H1 %	0	0	27,6	3,4	27,6	3,4	51,7	58,6	17,2
H2 (n=33)	1	0	12,0	0,0	0,0	1,0	21,0	4,0	1,0
H2 %	3,0	0,0	36,4	0,0	0,0	3,0	63,6	12,1	3,0
H3 (n=29)	0,0	2,0	5,0	0,0	2,0	0,0	14,0	19,0	5,0
H3 %	0	6,9	17,2	0,0	6,9	0,0	48,3	65,5	17,2
H4 (n=24)	2	0	9	0	0	0	13	17	2
H4 %	8,3	0,0	37,5	0,0	0,0	0,0	54,2	70,8	8,3
H5 (n=26)	2,0	2,0	11,0	2,0	4,0	3,0	12,0	18,0	8,0
H5 %	7,7	7,7	42,3	7,7	15,4	11,5	46,2	69,2	30,8
Bm (n= 140)	5	4	45	3	14	5	74	74	21
Bm %	3,6	3,0	34,1	2,3	10,8	3,8	56,9	57,4	15,9

Tabla 2: Criterios ecográficos. en filas alternas se presentan número de incumplimientos totales y porcentaje (por hospitales [H1-H5] y Benchmark [Bm])

	Us1	Us2	Us3	Us4	Us5	Us6	Us7	Us8	Us9
H1 (n=29)	4	5	5	2	4	7	4	15	3
H1 %	13,8	17,2	17,2	6,9	13,8	24,1	13,8	51,7	10,3
H2 (n=33)	3,0	1,0	1,0	0,0	3,0	10,0	0,0	22,0	2,0
H2 %	9,1	3,0	3,0	0,0	9,1	30,3	0,0	66,7	6,1
H3 (n=29)	4,0	0,0	0,0	0,0	3,0	3,0	13,0	21,0	2,0
H3 %	13,8	0,0	0,0	0,0	10,3	10,3	44,8	72,4	6,9
H4 (n=24)	5	2	1	0	4	10	4	15	4
H4 %	20,8	8,3	4,2	0,0	16,7	41,7	16,7	62,5	16,7
H5 (n=26)	15,0	2,0	2,0	0,0	1,0	4,0	3,0	9,0	2,0
H5 %	57,7	7,7	7,7	0,0	3,8	15,4	11,5	34,6	7,7
Bm (n= 140)	31	10	9	2	15	34	24	81	13
Bm %	22,1	9,3	8,3	1,9	14,0	31,8	22,4	76,4	12,1

Tabla 3: Criterios citológicos: se presentan en porcentaje (por hospitales [H1-H5] y Benchmark [Bm]), respecto al total de citologías realizadas en la muestra (n).

	C1	C2	C3	C4	C5	C6
H1 n=28 (96,6%)	0,0	24,0	16,0	24,0	24,0	80,0
H2 n=28 (87,5%)	10,3	82,8	79,3	0,0	0,0	0,0
H3 n=17 (58,6%)	0,0	12,5	6,3	6,3	31,3	100,0
H4 n= 16 (66,7%)	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0
H5 n=22 (84,6%)	31,6	63,2	78,9	60,0	30,0	100,0
Bm n=111 (79,3%)	8,7	56,7	55,8	18,1	30,5	67,3

Tabla 4: Criterios anatomopatológicos: se presentan en porcentaje (por hospitales [H1-H5] y Benchmark [Bm]).

	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10
H1	10,7	14,3	0,0	44,4	3,6	39,3	10,7	71,4	21,4	10,7
H2	25,8	96,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H3	6,9	27,6	0,0	3,4	0,0	51,7	3,6	100,0	3,4	100,0
H4	75,0	100,0	4,2	4,2	0,0	0,0	12,5	8,3	0,0	0,0
H5	76,9	96,2	15,4	11,5	50,0	65,4	19,2	96,2	11,5	100,0
Bm	36,7	65,9	3,6	12,4	10,1	31,2	8,8	55,1	7,2	42,0

Conclusiones:

Con las limitaciones propias de un estudio como el expuesto, se observa una gran variabilidad intra e interhospitalaria en los tiempos de atención a mujeres con cáncer de mama, que afecta tanto a los tiempos diagnósticos como a la provisión del primer tratamiento, generalmente quirúrgico, a estas pacientes. Se han apreciado muy diferentes modos de “derivación” entre atención primaria de salud y atención especializada, así como diferentes circuitos asistenciales en esta última, donde predominan los que podríamos denominar “estructuralmente ineficientes”. En el grupo destacan con menos incumplimientos los hospitales de menor tamaño, con áreas de referencia también menores y con profesionales especialistas mejor definidos o identificables. En cuanto al esquema asistencial, el grupo investigador propone establecer sistemas y criterios de derivación consensuados con atención primaria de salud, identificar claramente al especialista (o unidad asistencial) de referencia de las distintas áreas de salud, implementar el funcionamiento de las unidades de diagnóstico de mama en esquemas de “acto único diagnóstico” (que integren todas las exploraciones complementarias de imagen con los estudios cito-histológicos) y la incorporación de un sistema de monitorización continua en base a criterios de calidad, tanto de proceso (como los expuestos), como de resultado.

En cuanto a las exploraciones complementarias, consideradas independientemente, se observa también una gran variabilidad intra e interhospitalaria en la cumplimentación de los informes de mamografía, ecografía mamaria, citología de punción-aspiración con aguja fina y estudio anatomopatológico definitivo en pacientes con diagnóstico final de cáncer de mama. Como datos más ilustrativos podríamos destacar que en un 57% de los informes mamográficos no consta el tamaño de la lesión o que en el 56% de los informes de citología estudiados no consta la localización de la toma de la muestra. Las medidas de mejora propuestas por el grupo investigador en este sentido han sido: incorporar informes normalizados (incluso con toma de datos automatizada a través de sistemas informáticos), atención a criterios homogéneos y consensuados e incorporar medidas de monitorización continua de calidad en estos informes.

En resumen, la intervención más adecuada pasaría por realizar un rediseño completo del proceso de atención a estas pacientes que integre los niveles de primaria y especializada y controle los puntos críticos en la asistencia, que contenga al menos informes-tipo con contenido uniforme que garanticen la calidad de los mismos y que incluya la monitorización continua del proceso, haciéndola, en algún sentido, comparable con el proceso de cribado poblacional de cáncer de mama. Ante la variabilidad detectada y dada la importancia del problema, propondríamos establecer incluso sistemas de auditoría clínica institucionales y de acreditación de centros en función de las mismas.

LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS (IHAN): UN CAMINO HACIA LA SALUD

García de León González R, Hernández Martínez M, Martínez Soriano G, De la Cruz Pérez A, Marín Borrás JL, Alcaraz Quiñonero M.

Hospital Virgen del Castillo. Gerencia de Área de Salud del Altiplano.

Introducción. Relevancia y análisis del problema.

La estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño indica: *Los niños deben ser **exclusivamente** amamantados durante los primeros seis meses de vida para conseguir un crecimiento, desarrollo y salud óptima. Posteriormente deben recibir comida segura y adecuada mientras la lactancia continúa hasta los dos años o más.*

Sin embargo, la practica de la lactancia materna (LM) se ha abandonado de forma dramática en las sociedades “desarrolladas”, sustituyéndola por la moderna cultura del biberón. Las repercusiones socio sanitarias de este fenómeno están sobradamente documentadas en la literatura científica.

En 1989, la OMS y UNICEF promueven una iniciativa para que en todos los hospitales con maternidad se promocióne la LM, siguiendo unas recomendaciones que se resumen en 10 puntos, que han sido ampliamente evaluados, demostrando que el cumplimiento de cualquiera de ellos, por sí sólo, ya ejerce una influencia importante en el inicio y en la duración de la LM.

En el año 1999 realizamos, en nuestro hospital, la encuesta de la IHAN sobre las practicas sanitarias relativas al apoyo y promoción de la LM. De los criterios analizados en la encuesta sólo cumplíamos el 25% de los mismos.

Un grupo de profesionales nos planteamos desarrollar los diez pasos de la IHAN en nuestro hospital y en el área. La primera acción fue conocer, antes de abordar ningún cambio, la prevalencia de la LM en el área. Cuatro años después hemos sido acreditados como Hospital Amigo de los Niños, y los resultados sobre la duración media de la lactancia, se han incrementado en más de un 600%.

El objetivo de este trabajo, es comunicar estos resultados y describir la IHAN, como un proceso de cambio, que afecta a muchos aspectos de la salud.

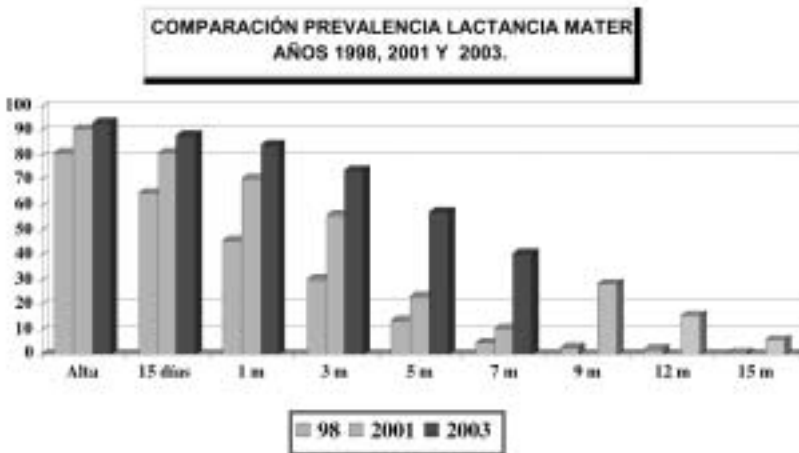
Material y método

Planteamos un estudio pre/postintervención sobre una población que consistía en todos los niños nacidos en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla durante un período de estudio de cuatro años. Hemos elegido como parámetro de referencia la duración media de la lactancia materna. En cuanto a la intervención: La IHAN contiene una serie de recomendaciones que abarcan todos los aspectos asistenciales de la atención materno-infantil (10 pasos). Dispone de criterios globales de calidad que evalúan, en los hospitales, el cumplimiento de cada uno de los mismos:.

- a) Tiempo para la implantación de los 10 pasos: cuatro años.
- b) Estrategia de implantación: reconocimiento, motivación, cambio en los estilos de trabajo, colaboración
- c) Cronología: la formación fue la primera intervención realizada. Se constituyó una comisión de lactancia materna de área, que junto con el compromiso público de la Dirección, permitió abordar el desarrollo de una política de lactancia consensuada. El resto de las intervenciones: aplicación del código internacional de comercialización, control médico de los suplementos, implantación del método canguro en paritorio y neonatos, desarrollo de un sistema de información perinatal incorporando las variables de lactancia a los cuidados del RN y de la madre, información a la embarazada, etc, se han implantado paulatinamente, con un ritmo propio marcado por el equilibrio entre las resistencias al cambio y la implicación paulatina de los profesionales.

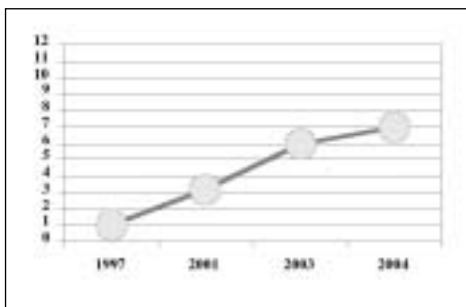
Resultados

Los datos sobre los resultados se han obtenido midiendo las tasas de lactancia al alta, a los 15 días, y a la edad de 1, 3, 5, 7, 9, 12, y 15 meses.

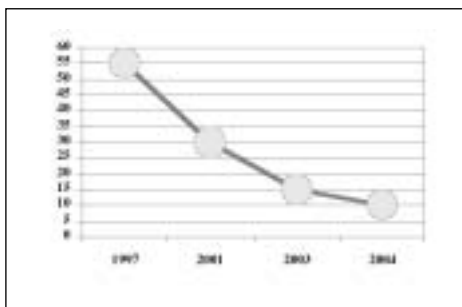


De estas tasas sacamos la duración media de la LM y la tasa de abandonos durante el primer mes.

Duración media de la lactancia materna



Tasas de abandonos en el primer mes



Discusión y conclusiones

Pocas intervenciones sanitarias en los países desarrollados logran efectos tan sorprendentes en salud como la aplicación de la IHAN en una comunidad. Nuestros resultados corroboran los publicados en otros trabajos.

La lactancia materna ha sido un tema olvidado y relegado en la práctica asistencial materno infantil, a pesar de su indiscutible impacto en la salud global de la comunidad. La IHAN es un punto de inflexión fundamental para la recuperación de este importante recurso de salud.

Cambiar las rutinas sanitarias es extraordinariamente difícil y supone grandes dosis de ilusión y prudencia. El motor de este importante cambio han sido los profesionales, con independencia de su categoría. El positivo acercamiento a las madres para ofrecer toda la ayuda necesaria ha facilitado una lenta y continua impregnación que nos ha permitido alcanzar estos sorprendentes resultados.

La implantación de los 10 pasos en nuestro hospital ha supuesto un importante cambio cultural en nuestra comarca: la LM ha alcanzado categoría de objetivo sanitario, hemos asumido un nuevo papel como profesionales de la salud, que nos ha permitido comprender mejor la importancia de la dualidad madre / bebe y abrirnos más a la sociedad. La colaboración con el grupo de apoyo para atender a madres con problemas y llevar adelante proyectos comunes, es el mejor exponente de este cambio cultural.

La IHAN nos abre un prometedor camino para la promoción de la salud. Nuestra meta final es conseguir que la lactancia materna sea la forma habitual de alimentación de los lactantes. Tenemos que plantearnos nuevos proyectos que impliquen y comprometan a toda la sociedad, porque la lactancia materna es lo más importante para el bienestar y la salud de los bebés.

EFFECTOS ADVERSOS LIGADOS A LA HOSPITALIZACIÓN. UNA APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Aranaz JM.

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández.

El entorno

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios y del entorno de la práctica clínica en este tercer milenio suponen un nuevo escenario para el ejercicio de las ciencias de la salud^{1,2}: “La medicina en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa”³.

La preocupación por la calidad asistencial en la década de los 70 se centró en los aspectos científico-técnicos, en la década de los 80 el interés de los servicios sanitarios se centró en la utilización adecuada de los recursos. La satisfacción del paciente marcó la década de los 90 y el milenio dio paso a la cuarta dimensión de la calidad: La seguridad clínica del paciente.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido este año de 2005, una alianza mundial para la seguridad de los pacientes, de acuerdo con el viejo aforisma hipocrático: ante todo no dañar. Consta de seis programas de acción. El primer programa trata de la minimización de la Infección Nosocomial; el segundo sobre la Participación del paciente; el tercero sobre la Taxonomía de la seguridad del paciente, porque no parece estar demasiado clara; el cuarto sobre la investigación; el quinto sobre efectividad de las medidas de seguridad y el sexto sobre la notificación y el aprendizaje⁵.

El escenario sanitario se ha complicado, en los últimos 50 años se ha producido un cambio cultural importante en la sociedad, se ha pasado de considerar los efectos adversos como el tributo a pagar por el progreso científico^{6,7,8}, a la criminalización de los errores médicos fatales⁹. Las profesiones de servicio están en crisis. La práctica clínica es cada vez más compleja. La comunicación con los pacientes es cada día más difícil, en muy poco tiempo se ha pasado de la confianza del paciente en su médico, a la desconfianza. Las relaciones son a su vez complejas, la relación asimétrica entre el médico y el enfermo ha desaparecido al adquirir éste un papel más activo en las decisiones médicas. La población, cada vez más exigente ha llegado a la intolerancia social. Los medios de comunicación se caracterizan, a menudo, por el amarillismo, y la información, no siempre de calidad se propaga libremente por INTERNET.

El efecto adverso tiene dos componentes, el proceso y el resultado, y la conjunción de ambos acaba por definirlo. Veamos un ejemplo: “paciente de 67 años de edad va al hospital para ser intervenido. Presenta una alergia a un antibiótico que es anotada en su historia clínica. El cirujano no lee la información sobre la alergia y lo prescribe una

vez ha finalizado la intervención quirúrgica. El antibiótico es administrado por una enfermera. El paciente se despertó con un rash petequial generalizado. Se reconoció el error, cesó la administración del antibiótico y el paciente se recuperó completamente” Ahora supongamos el mismo caso, pero: “El paciente se despertó con un rash petequial generalizado y respirando con dificultad. Se advirtió el error, cesó la administración del antibiótico pero el paciente tuvo un paro cardio-respiratorio. A pesar de todos los esfuerzos el paciente falleció”¹⁰. Así pues, un mismo proceso puede tener resultados bien diferentes.

Los antecedentes

La tasa de Efectos adversos (EAs) en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que alrededor de un 50% han sido considerados evitables¹¹. Estos estudios se han realizado en EE UU^{12, 13, 14}, Australia¹⁵, Gran Bretaña¹⁶, Dinamarca¹⁷, Nueva Zelanda¹⁸ y Canadá^{19, 20}.

El Modelo Teórico

El concepto de riesgo asistencial incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, relacionado con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas. Comprende condiciones como sucesos adversos, errores, casi-errores, accidentes, incidentes, efectos adversos de medicamentos, negligencias y litigios.

La asistencia sanitaria está rodeada de riesgos. Los efectos adversos pueden ser evitables o no, pero la barrera que los separa es muy tenue, de tal modo que no siempre resulta sencillo diferenciarlos. Los evitables suelen estar condicionados por las características del paciente o por la historia natural de la enfermedad.

Las negligencias, que fueron el origen de los estudios de referencia de EE UU, suelen estar relacionadas con efectos adversos evitables, pero pueden tener lugar sin causar daño al paciente, y los litigios, pueden estar relacionados con efectos adversos evitables o no, con negligencia acompañada de efecto adverso o no y a menudo ocurren sin relación alguna con efecto adverso.

El Proyecto IDEA

El Proyecto IDEA tiene su origen en el Proyecto de Investigación FIS: PI021076. Nace con vocación de observatorio, estructura de red, y como foro de discusión científica para facilitar la investigación y la mejora de la calidad de la asistencia²¹.

Se trata en su inicio de un estudio multicéntrico de cohortes prospectivo, en 12 servicios de 8 hospitales de 5 comunidades autónomas, a los que se han ido incorporando otros servicios y/o hospitales de todo el territorio nacional, y que pretende estimar la incidencia de efectos adversos²².

El estudio sigue básicamente la metodología del Medical Practice Study¹² y utiliza para la confirmación del efecto adverso, el formulario MRF2 diseñado por europeos y para Europa²³.

Los resultados

La incidencia de efectos adversos (datos de 6 meses) fue de un 3,6% en Ginecología y Obstetricia, a un 5,2% en Medicina Interna, y varió entre un 11,7% y un 21,5% en Cirugía.

La fragilidad del paciente juega un papel decisivo, así, a medida que aumenta la edad aumenta el riesgo de sufrir efectos adversos, los pacientes con efecto adverso eran 5 años mayores de media ($p < 0,05$), y no es raro que una persona sufra varios efectos adversos en el curso de una hospitalización. En nuestro estudio, un 10% de los pacientes seguidos presentó al menos dos efectos adversos de naturaleza independiente. Los pacientes que tenían factores de riesgo intrínsecos están más expuestos que quienes no los presentaban (Riesgo Relativo = 1,96), sin embargo, no pudimos evidenciar ninguna relación con la presencia de factores de riesgo extrínsecos.

La lesión o complicación se debió a la asistencia sanitaria en el 87% de los casos, y la seguridad de su relación con los cuidados se estableció en un 68% de los casos.

Un 22% presentó algún tipo de incapacidad consecuencia del efecto adverso, un 44% prolongó la estancia de los pacientes y un 18% fue causa de ingreso, por lo que toda la estancia fue debida al efecto adverso.

La estancia prolongada facilita la aparición de efectos adversos y a su vez, el efecto adverso prolonga la estancia. Ambas situaciones alcanzaron significación estadística ($p < 0,05$).

El 45% de los efectos adversos era evitable, independientemente de su gravedad.

El Estudio ENEAs

El Proyecto IDEA ha sido el laboratorio para el diseño del estudio ENEAs, que nace por el compromiso de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud con la seguridad clínica del paciente. Se trata de un estudio poblacional de cohortes retrospectivo, con los siguientes objetivos:

- 1.- Estimar la incidencia de efectos adversos y de pacientes con efecto adverso en los hospitales de España.
- 2.- Estimar la proporción de efectos adversos que se producen en el periodo de pre-hospitalización.
- 3.- Describir las causas inmediatas del efecto adverso.
- 4.- Evaluar la evitabilidad de los efectos adversos.
- 5.- Valorar el impacto de los efectos adversos en términos de incapacidad, exitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria.

Se realizará en una muestra de 6.500 pacientes dados de alta en una semana en 24 hospitales seleccionados por muestreo bietápico estratificado por tipo de hospital y aleatorio simple en cada etapa.

Un reciente estudio analiza las ventajas e inconvenientes de los diferentes métodos epidemiológicos para la identificación de efectos adversos y concluye indicando que el método transversal mostró un gran número de falsos positivos y no identificó ninguno de los efectos adversos más graves. Globalmente, el método retrospectivo es igual de eficaz que el prospectivo. La carga de trabajo fue percibida como similar para los métodos prospectivo y transversal y menor para el retrospectivo²⁴.

El papel que han de jugar los métodos epidemiológicos en el estudio de los efectos adversos podría resumirse en que el método transversal tiene un interesante coste de oportunidad en nuestro medio teniendo en cuenta la facilidad para su realización, el estudio de cohortes retrospectivo sigue siendo el método de referencia para evaluar la aparición de los efectos adversos, el prospectivo, en cambio, ha destacado por sus virtudes pedagógicas y comunicativas y su buena apreciación de las cadenas de efectos y sus consecuencias y el estudio de casos y controles se podría utilizar para la evaluación del impacto de los efectos adversos.

Se ha seleccionado para este estudio el método retrospectivo porque sigue siendo la referencia y porque permite el análisis sin sobrecarga de trabajo para los equipos clínicos, aunque esté condicionado por la calidad de la Historia Clínica. Este método nos facilita con bastante precisión la posibilidad de un diagnóstico rápido de situación, sobre todo si el seguimiento es breve.

Referencias

- 1 Aranaz JM^a por el Grupo de Estudio del Proyecto IDEA. Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. *Rev Calidad Asistencial*, 2004; 19 (Extraordin 1): 14-18.
- 2 Aranaz JM^a, Vitaller J. y Grupo de Estudio del Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. *Estudios para la salud*, nº 13. Generalitat Valenciana. Valencia, 2004.
- 3 Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353 (9159): 1178-81.
- 4 Aibar C, Aranaz JM^a. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2003; 26 (2): 195-209. CLAVE: A. Disponible en URL:<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n2/colaba.html>
- 5 <http://www.paho.org> Accedido el 26 de mayo de 2005.
- 6 Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay -. *JAMA* 1955;159:1452.
- 7 Moser R. Diseases of medical progress. *N Engl J Med* 1956;255:606.
- 8 Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine* 1964;60:100-110.
- 9 Holbrook J. The criminalisation of fatal medical mistakes. *BMJ* 2003;327:1118-9.
- 10 Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E et al. Views Of Practicing Physicians And The Public On Medical Errors. *N Engl J Med* 2002; 347 (24): 1933-40.
- 11 Aranaz JM^a, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clíin (Barc)*, 2004; 123(1): 21-5.
- 12 Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
- 13 Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.
- 14 Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-71.
- 15 Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrisson BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
- 16 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-9.
- 17 Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskr Laeger* 2001;163(39):5370-8.
- 18 Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J* 2001;114(1131):203-5.
- 19 Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC* 2004;170:1678-86.
- 20 Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: Incidence and timing of adverse events in patients admitted to a canadian teaching hospital. *Can Med Assoc* 2004;170:1235-40

- 21 Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos.
<http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/index.html> Accedido el 26 de mayo de 2005.
- 22 Aranaz JM^a, Limón R, Requena J, Gea MT, Núñez V, Bermúdez MI, Vitaller J, Aibar C, Ruiz P, Grupo de trabajo del proyecto IDEA. Incidencia e impacto de los Efectos Adversos en dos hospitales. *Rev Calidad Asistencial*, 2005; 20(2): 53-60. CLAVE: A.
- 23 Woloshynowych M, Neale G, Vincent C. Case record review of adverse events: a new approach. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:411-415
- 24 Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004;328(7433):199-202.

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES Y PROFESIONALES EN LA REGIÓN DE MURCIA

Paredes Martínez JP

Coordinador Regional de Programas para la Seguridad del Paciente. Murcia

Introducción

La actividad sanitaria, por sus especiales características, puede considerarse como una actividad de riesgo, lo que unido a: la incertidumbre que puede acompañar a cualquier decisión clínica; la utilización creciente en la práctica médica de nuevas tecnologías y la mayor utilización de los servicios sanitarios por la población, han dado lugar al incremento del riesgo de que se produzcan sucesos adversos para el paciente.

En nuestro Sistema Nacional de Salud, y salvo estudios puntuales realizados en alguna Comunidad Autónoma que tenía transferidas las competencias sanitarias, el único análisis de entidad sobre efectos adversos, fue realizado por el INSALUD a partir del análisis de los expedientes de reclamaciones de responsabilidad patrimonial, en las que los ciudadanos exigían una indemnización cuando creían que se había producido un error médico, negligencia, o sencillamente no habían quedado satisfechos con la asistencia sanitaria recibida.

Dado que dichos expedientes de responsabilidad patrimonial, eran instruidos e informados por Inspectores de Servicios Sanitarios, los primeros datos publicados al respecto se publicaron desde la Subdirección General de Inspección, a la cual se remitían todos los expedientes desde las Direcciones Provinciales y Territoriales del INSALUD. Después de las transferencias sanitarias a nuestra Comunidad, desde el Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales se ha mantenido y ampliado, la base de datos que se utilizaba en la etapa INSALUD, registrando los datos de los expedientes de responsabilidad patrimonial, que nos son enviados para su informe desde el Servicio Jurídico del SMS. Esta base de datos nos permite conocer actualmente:

- Centros Sanitarios más reclamados
- Distribución por especialidades
- Áreas asistenciales donde suceden los errores
- Estamentos profesionales implicados
- Diagnósticos
- Tratamientos o procedimientos realizados
- Cuantía de las indemnizaciones solicitadas
- ... etc, hasta un total de 49 campos que contempla cada registro

En este Servicio también se realizan otras actividades, que nos aportan información respecto a las deficiencias, o necesidades no atendidas, de nuestro Servicio de Salud. Estas son:

- Investigación de las denuncias por hechos considerados graves, con o sin resultado de muerte del paciente.

- Instrucción de los expedientes de reintegros de gastos, por asistencia sanitaria y farmacéutica.

Con el fin de obtener una utilidad práctica a esta información, y siguiendo las recomendaciones de la O.M.S. de promover actuaciones que aumenten la seguridad de los pacientes, se realizó en febrero de 2005 una propuesta a la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, de la cual depende la Inspección de Servicios Sanitarios, para establecer un sistema de recogida de información, registro y análisis, que nos permitiera conocer todas las situaciones de riesgo para el paciente y los efectos adversos, cuando se producen, a fin de estudiar sus causas y evitarlos en el futuro.

En dicha propuesta se propuso realizar:

- Análisis retrospectivo de historias clínicas, para identificar aquellos efectos adversos que se han producido, y que no han sido reclamados.
- Establecer un sistema de notificación de incidencias y efectos adversos desde los Centros Sanitarios.

Los objetivos eran tres fundamentalmente:

- Aumentar la seguridad del paciente disminuyendo los efectos adversos derivados de la asistencia sanitaria.
- Aumentar la confianza de los profesionales y evitar la medicina defensiva.
- Conseguir un mayor nivel de la calidad asistencial y de la calidad percibida por el usuario.

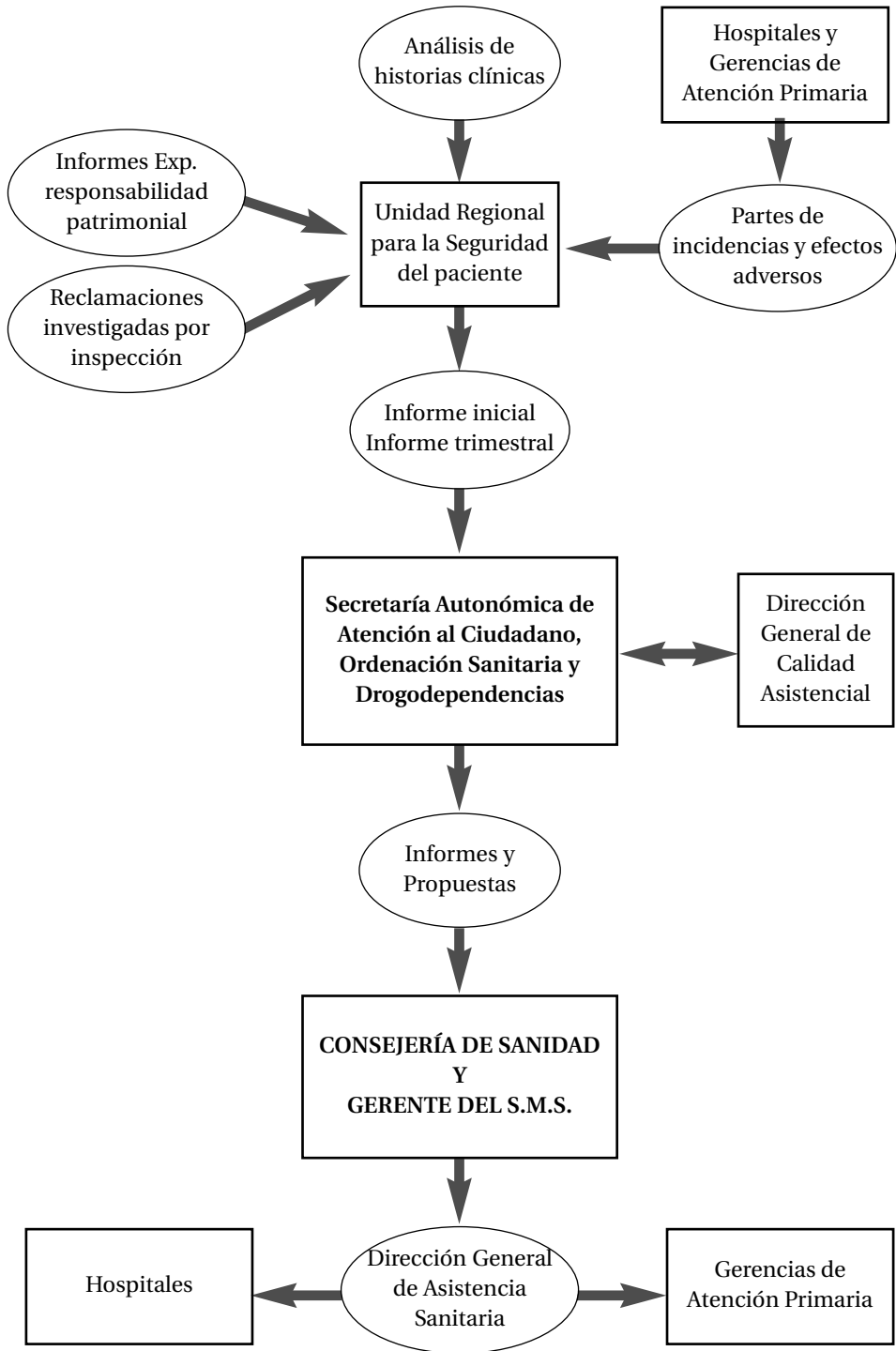
Partiendo de los recursos con los que actualmente contamos, se propuso centralizar la actividad y la información, dentro del Servicio de Inspección, en la que podría llamarse "Unidad Regional para la Seguridad del Paciente".

Se diseñó también el procedimiento a seguir y que esquemáticamente se representa a en la página siguiente.

En la reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del pasado día 2 de marzo, el Ministerio de Sanidad y Consumo comunicó su intención de financiar actuaciones desarrolladas en las Comunidades Autónomas, dirigidas a políticas de seguridad para los pacientes y los profesionales.

Dadas las coincidencias de los objetivos, con los iniciados desde la Inspección de Servicios Sanitarios, desde la Consejería de Sanidad se decidió que fuese la Secretaría Autonómica la que realizara los proyectos a presentar al Ministerio. Contando con la colaboración de profesionales de distintas especialidades y ámbitos de gestión en atención especializada, se elaboraron los siguientes proyectos, que posteriormente se resumen:

- (I).- Estudio de incidencia de efectos adversos en los hospitales de la Región de Murcia.
- (II).- Programas de formación en gestión de riesgos sanitarios dirigido a: Equipos Directivos; Jefes de Servicio; responsables de enfermería y técnicos.
- (III).- Proyecto para mejorar la identificación de pacientes, tanto en su acceso al hospital como durante su permanencia en el mismo para recibir asistencia.
- (IV).- Estudio de la situación actual de los hospitales de nuestra Región en materia de Bioseguridad y actuaciones dirigidas a minimizar la incidencia de infecciones nosocomiales.



(I) ESTUDIO DE INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN LOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DE MURCIA.

La propuesta inicial presentada establecía los siguientes pasos:

1.1 – Fijar los criterios que se van utilizar en el screening de las historias clínicas, en función de la relevancia y disponibilidad de los mismos, y tras una revisión bibliográfica de lo publicado al respecto. (Proyecto IDEA como base, e introducción de otros criterios)

1.2 – Establecer el cronograma de visita a los Centros Sanitarios donde se realizará el estudio.

1.3 - Diseñar la muestra que sea estadísticamente significativa, en función de la actividad asistencial que realiza cada Centro.

1.4 – Determinar el número de profesionales necesarios para llevar a cabo el estudio de las historias clínicas: documentalistas, estadísticos, etc.

1.5 – Establecer la metodología a aplicar en dicho estudio. (P. IDEA)

Esta propuesta se ha modificado, para hacerla coincidir con la metodología que seguirá el Ministerio de Sanidad y Consumo, que va a realizar un estudio nacional de efectos adversos (Proyecto ENEAs) y que básicamente consiste:

- Se analizarán todas las historias clínicas de las altas dadas durante una semana en todos los hospitales de nuestra Región.

- Enfermeros/as adiestrados en la utilización de la guía de cribado de efectos adversos del Proyecto IDEA, realizarán la primera selección de las historias que presenten efectos adversos.

- Un equipo revisor compuesto por dos médicos (a ser posible un internista y un quirúrgico) cumplimentarán el cuestionario modular MRF2 sobre las historias previamente seleccionadas.

Las conclusiones de este estudio, unidas a las obtenidas de las otras fuentes de información mencionadas anteriormente, nos permitirán conocer la incidencia de efectos adversos, áreas y prácticas de riesgo etc., que nos permitirán diseñar estrategias y mecanismos para su prevención o minimización.

Se considera muy importante, establecer un sistema de retroalimentación de la información obtenida, para que llegue a los Centros Sanitarios y a los profesionales que prestan la asistencia sanitaria. También se establecerán controles periódicos de las medidas propuestas, para comprobar su cumplimiento y eficacia en comparación con ejercicios anteriores, lo que servirá para modificarlas y que podrían incluirse en los Contratos de Gestión de los centros, con el fin de mejorar la calidad asistencial.

(II) PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

Desde la Fundación para la Formación y la Investigación Sanitaria dependiente de esta Consejería de Sanidad, se impartirán cursos de formación en gestión de riesgos sanitarios dirigidos a:

- **Directivos de Hospital y Gerencias de Atención Primaria.** Será un curso básico, con el objetivo de que obtengan una información general de la metodología seguida en

gestión de riesgos sanitarios, así como de los estudios que se realizarán en los Centros Sanitarios, con el objetivo de lograr su colaboración e implicación en los mismos (20 horas).

- **Jefes de Servicio / Sección / Responsables de Enfermería.** El contenido de este curso será más amplio, e igualmente se persigue conseguir la máxima colaboración de los profesionales en los estudios a realizar, como en la aplicación de aquellas medidas que se consideren necesarias, una vez detectadas las causas de la producción de efectos adversos en los pacientes (40 horas).

- **Profesionales** que deseen formación más amplia en gestión de riesgos. Este curso va dirigido a los profesionales que sean designados como responsables para la seguridad del paciente en cada centro (120 horas).

En esta Comunidad Autónoma se tiene experiencia en impartir cursos en gestión de riesgos sanitarios, tanto en hospitales como en atención primaria, contando con la colaboración de AEGRIS (Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios), a la cual se pedirá de nuevo su asesoramiento para la elaboración de los distintos temarios.

(III) PROYECTO PARA MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES, TANTO EN SU ACCESO AL HOSPITAL COMO DURANTE SU PERMANENCIA EN EL MISMO PARA RECIBIR ASISTENCIA

Los problemas relacionados con la incorrecta identificación de pacientes es de antiguo conocida por los centros sanitarios de todo el mundo. A pesar de los estudios existentes, las consecuencias de este error son difíciles de cuantificar, debido por un lado a que con frecuencia se subsanan rápidamente sin consecuencias, o las consecuencias son leves y quedan inadvertidas, o bien se ocultan con frecuencia entre los profesionales evitando así, reclamaciones y su posible investigación para adoptar acciones de mejora.

POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE LA ERRÓNEA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES:

- Errores en la prestación de asistencia adecuada. Errores de diagnóstico y tratamiento.
- Errores en la administración de la medicación y hemoderivados.
- No identificación de alergias medicamentosas, alimenticias...
- Errores en las dietas hospitalarias.
- Realización de pruebas complementarias innecesarias o repetición de las mismas.
- Todos los problemas derivados de la pérdida o no prestación del historial médico.
- Afecta al derecho a la confidencialidad, intimidad, y autonomía del paciente.
- Errores en la financiación de la asistencia por terceros.
- Coste de los errores y de la ineficiencia.
- Reclamaciones, denuncias y gastos judiciales.
- Ineficiencias, tanto del personal sanitario como no sanitario.
- Quejas e insatisfacciones de los usuarios

MÉTODO

Para la persistencia de la identificación del paciente mientras permanece en el hospital, proponemos el BRAZALETE IDENTIFICATIVO con el nombre del paciente, fecha de nacimiento y el código de barras correspondiente al número de su historia

En el ejemplo más común de utilización de codificación por unidad individual, una enfermera escanea el código de barras en el brazalete de identificación de un paciente, la codificación de barras en el medicamento individual, y su propio solapín de identificación antes de administrar el medicamento.

Un identificador ya existe en la mayoría de los centros hospitalarios del SNS ya que se emite un:

- N° de historia clínica
- Código de barras correspondiente a esa historia clínica
- Este registro agrupa los datos demográficos del paciente, los principales consumos hospitalarios, el informe de alta y el diagnóstico y procedimiento realizados sobre él.

Por tanto se trata únicamente de ese identificador este unido al paciente para asegurar que todo lo que se le indica, se le realiza a él y solo a él. Debe ser *permanente, longitudinal, semántico y secuencial*. Características físicas del identificador (brazalete):

- Fácil aplicación. En este caso ya existe un código de barras para cada paciente.
- Sencillo, barato y fácil de colocar
- No desprenderse con facilidad (en duchas, con los movimientos...)
- A ser posible que sea agradable a la vista y no produzca rechazos en el paciente o familiares.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

- Para la identificación de pacientes:
 - Admisión de Urgencias
 - Admisión de hospitalización
 - Admisión de Consultas Externas
- Para persistencia en la identificación:
 - Urgencias observación
 - Ingreso hospitalario, programado o urgente.
- Para el personal administrativo de admisión, de enfermería y facultativo.

FINALIDAD DE LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Mantener una y solo una “identificación del paciente mientras permanece en contacto con el sistema y en los sucesivos contactos”, para:

1. Coordinar los servicios brindados al paciente
2. Creación y mantenimiento de los registros médicos
3. Funciones Administrativas
4. Almacenamiento y recuperación de la información histórica
5. Agrupamiento de información de registros de múltiples pacientes.

RECURSOS QUE PRECISA EL PROYECTO:

- Formación
 - En documentación de identificación de países extranjeros.
 - En idiomas (al menos inglés y árabe)
 - En utilización de lectores de códigos de barras.
 - Definición de reglas para la correcta integración de datos. Búsqueda de duplicidades.
- Brazaletes.
- Lectores de códigos de barras
- Integración de sistemas informáticos. Personal informático.
- Diseño del software que permita captar los datos de lectura (paciente; profesional sanitario; tratamientos; pruebas diagnósticas etc) e incorporarlos a su historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

Tras el diseño del programa informático y la adquisición de los recursos necesarios, esperamos tenerlo pilotando a final de año en uno de nuestros hospitales.

(IV) ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS HOSPITALES DE NUESTRA REGIÓN EN MATERIA DE BIOSEGURIDAD Y ACTUACIONES DIRIGIDAS A MINIMIZAR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**1.- Introducción.-**

La aparición de una infección nosocomial constituye un suceso adverso dentro del proceso de asistencia para el paciente atendido en un hospital y un indicador de la calidad asistencial prestada, por lo que su control constituye uno de los objetivos de la actividad de cualquier hospital.

Según los últimos resultados publicados sobre infección nosocomial en España, correspondientes al Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Españoles (EPINE) para el periodo 1.990 - 2.003, un 8,3% de los pacientes hospitalizados han sufrido una infección durante el tiempo que permanecieron ingresados en el hospital.

En este ámbito, la seguridad para los pacientes atendidos con respecto a la no ocurrencia de efectos adversos como la infección nosocomial constituye un aspecto fundamental para el prestigio, la imagen exterior y la economía de un centro sanitario.

Afrontar estos riesgos y evitar los efectos adversos que pueden producir durante el proceso asistencial, requiere orientar la organización de los hospitales hacia la cultura de la seguridad y la prevención disponiendo recursos y definiendo funciones en torno a los Programas de Bioseguridad y los Programas de Prevención y Control de la Infección Nosocomial que todos los hospitales de la Región de Murcia deben disponer.

2.- Programas de Bioseguridad.

Los Programas de Bioseguridad se orientan en dos vertientes:

- **Programas de Bioseguridad Personal**, para la prevención de los riesgos biológicos a los que puedan estar expuestos el personal que desarrolla su actividad laboral en centros sanitarios y de investigación.

- **Programas de Bioseguridad Ambiental**, en zonas de riesgo de infecciones nosocomiales.

2.1.- Programas de Bioseguridad Personal.-

Objetivo general.

Proteger al personal sanitario y no sanitario, frente al riesgo de exposición a agentes patógenos durante el trabajo en aquellas actividades laborales en las que se manipulen microorganismos o materiales que puedan estar contaminados por ellos.

Objetivos específicos.

Los Programas de Bioseguridad Personal pretenden:

- 1.- Evitar o disminuir el riesgo de exposición a agentes biológicos.
- 2.- Prevenir la producción de accidentes con materiales de riesgo biológico.
- 3.- Establecer las pautas de asistencia en caso de producción de un accidente de riesgo biológico.
- 4.- Definir y determinar las medidas preventivas adecuadas para minimizar el riesgo de contagio después de una exposición de riesgo biológico.

Actividades.

Estos objetivos se articulan en las siguientes líneas de actividades:

Actividades de promoción.-

Están orientadas a informar sobre el riesgo de exposición y a potenciar aptitudes preventivas y de seguridad en los profesionales sanitarios. Se basan en el desarrollo de las siguientes actividades:

- Informar al personal expuesto, sobre el riesgo de exposición durante el desarrollo de su actividad laboral.
- Formar, al personal expuesto, para la prevención del riesgo a través de la aplicación de medidas de protección individual y colectivas.
- Informar sobre las pautas de actuación inmediata en caso de accidente.

Actividades de prevención.-

Están orientadas a promover aptitudes y a desarrollar hábitos de prevención frente a la exposición al riesgo biológico. Se basa en las siguientes actividades de prevención primaria y de prevención secundaria:

Actividades de Prevención Primaria:

- Evaluar el nivel de riesgo y de exposición individual.
- Establecer pautas y procedimientos para la evitación o disminución de exposición al riesgo biológico según el tipo y magnitud de la exposición.
- Prevenir de forma individualizada el riesgo biológico en el personal a través de una adecuada política de inmunizaciones.

Actividades de Prevención Secundaria:

- Establecer la profilaxis en los casos de exposición ocupacional con riesgo biológico.

- Diseñar sistemas de gestión para el seguimiento adecuado del personal expuesto, definiendo los recursos necesarios, su organización y estructura.
- Establecer procedimientos de actuación en caso de exposición masiva de riesgo biológico.

2.2.- Programas de Bioseguridad Ambiental.-

Objetivo general.

Controlar el nivel de contaminación biótica del aire en aquellas áreas en las que exista un alto riesgo de adquisición de una infección nosocomial por parte de los pacientes atendidos en esa área asistencial.

Objetivo específico.

Mantener el ambiente tan libre como sea posible de esporas de hongos (*aspergillus*, *mucoales*, etc) y de otros patógenos (*legionella*, *M. tuberculosis*, etc), especialmente en áreas:

- donde se atiendan a pacientes con un alto riesgo de contraer infecciones (Unidades de Cuidados Intensivos, Servicios de Hematología, Unidades de Infecciosos, Unidades de Quemados, Quirófanos y paritorios, Esterilización, Unidades de recuperación postquirúrgica, etc) y
- en las que son sometidos a determinados procedimientos quirúrgicos o invasivos considerados de alto riesgo.

Actividades.

Los Programas de Bioseguridad Ambiental actúan sobre la higiene y el control del ambiente hospitalario mediante el desarrollo de las siguientes actividades:

Actividades de promoción.-

- Informar al personal sanitario del papel que el medio ambiente hospitalario puede desempeñar como medio de transmisión de agentes biológicos.
- Formar, al personal sanitario, sobre los procedimientos para disponer de un ambiente seguro.
- Informar sobre las medidas para la prevención del riesgo de transmisión ambiental de agentes biológicos.

Actividades de prevención.-

Están orientadas a definir los criterios y a establecer los procedimientos que aseguren un ambiente seguro para los pacientes y para el personal que desarrolla su actividad laboral en los hospitales de la Región de Murcia. Se basa en las siguientes actividades de prevención primaria y de prevención secundaria:

Actividades de Prevención Primaria:

- Definir los criterios y los niveles de Bioseguridad Ambiental para las zonas de alto riesgo de infección nosocomial.
- Diseñar los procedimientos de auditoria y de verificación periódica de la Bioseguridad Ambiental en zonas de alto riesgo de infección nosocomial.

- Establecer pautas y procedimientos para la evitación o disminución de el riesgo de transmisión ambiental de agentes biológicos.

- Establecer normas y criterios para el asesoramiento sobre cuestiones de ingeniería y construcción, que tengan relación con la obtención y mantenimiento de un nivel adecuado de higiene del ambiente sanitario.

Actividades de Prevención Secundaria:

- Aplicación, registro y evaluación de los procedimientos de auditoría y verificación periódica de la Bioseguridad Ambiental en zonas de alto riesgo de infección nosocomial.

- Aplicación y seguimiento de la normativa específica para la lucha y prevención de la legionelosis, mediante el control de calidad del agua de suministro general, de las torres de refrigeración y de las piscinas de rehabilitación y tanques de fisioterapia.

- Establecer las normas de prevención para disminuir el riesgo de transmisión ambiental de agentes biológicos durante la realización de obras en los centros sanitarios.

- Elaborar los procedimientos de actuación en los casos en los que se observe una desviación de los umbrales de Bioseguridad Ambiental definidos para las zonas de alto riesgo de infección nosocomial.

- Diseñar sistemas para la gestión de la Bioseguridad Ambiental en zonas de alto riesgo de infección nosocomial.

- Definir los recursos, la organización y la estructura para la gestión de la Bioseguridad Ambiental en zonas de alto riesgo de infección nosocomial.

3.- Infección Nosocomial.-

Objetivo general.

Evitar la aparición de infecciones nosocomiales en los pacientes ingresados en los hospitales y disminuir el riesgo de contagio de infecciones.

Definición de infección nosocomial: “cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible, que afecta a un paciente como consecuencia de su ingreso en un hospital o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo” (OMS) y que no se hallaba presente, ni en el periodo de incubación, en el momento de la admisión en el centro sanitario.

Actividades.

Los Programas para el Control de las Infecciones Nosocomiales tiene como finalidad el control y la vigilancia de la infección nosocomial, para lo que desarrolla cuatro tipos de actividades: higiene y saneamiento de los equipos y del medio; control y prevención sobre pacientes y equipos; sistemas de vigilancia de la infección nosocomial; y diseño y evaluación de programas específicos para el control de las infecciones nosocomiales.

- Las actividades de Higiene y Saneamiento están orientadas hacia la protocolización y el control de los sistemas de:

- Limpieza.
- Desinfección.
- Esterilización.
- Gestión de Residuos Sanitarios Especiales o Peligrosos.

- Desinsectación, desrattización y desinfección.
 - Política de aislamientos.
- Las actividades de control y prevención sobre pacientes y equipos se basan en el desarrollo de normas y recomendaciones para:
- Prevención de la infección quirúrgica.
 - Prevención de la infección en pacientes con sonda vesical.
 - Prevención de la infección en pacientes con catéter.
 - Prevención de la infección en pacientes con ventilación mecánica.
 - Control y prevención de la infección debida a la utilización de material y equipos invasivos (material quirúrgico, material endoscópico, etc).
- Las Actividades para la Vigilancia de la Infección Nosocomial consisten en el diseño y la realización de estudios epidemiológicos, que pueden ser:
- Sistema de Prevalencia o estudio transversal.
 - Sistema de Incidencia o estudio prospectivo.
 - Sistema para la detección precoz de brotes de infección nosocomial.
- Diseño y evaluación de programas específicos para el control de las infecciones nosocomiales.

4.- Plan de ejecución del Programa de Bioseguridad y Minimización de la Infección Nosocomial.

Para el desarrollo de este programa se establecen las siguientes fases:

4.1.- Primera fase. Estudio de necesidades.

4.2.- Segunda fase. Elaboración de los Programas de Bioseguridad Personal, Bioseguridad Ambiental y Minimización de la Infección Nosocomial.

4.3.- Tercera fase. Implantación de los Programas de Bioseguridad y Minimización de la Infección Nosocomial en todos los hospitales de la Región de Murcia.

Para la coordinación, y realización, de las propuestas sobre bioseguridad personal y ambiental, se contactará con los correspondientes Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Dirección General de Salud Pública, y cualquier otro Organismo implicado, previamente al inicio de su implantación.

Por último, y como conclusión, se hace constar que la realización de estos cuatros proyectos, se llevarán a cabo de forma sumatoria con las actividades que se propusieron realizar desde la Inspección de Servicios Sanitarios, lo que dará lugar a contar con información suficiente para el diseño e implantación de propuestas y estrategias para incrementar la seguridad del paciente, que previamente se pilotarán en un centro sanitario dentro de un Proyecto global denominado "Hospital Seguro".

Organiza:



Colaboran:



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Colegio Oficial
de Diplomados
en Enfermería



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA REGIÓN DE MURCIA



AUDITORIO
Y CENTRO DE CONGRESOS
REGIÓN DE MURCIA