

COMUNICACIONES “MESA 4”

TITULO:

IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO.

AUTORES:

Sistac M A, Galindo D, Rodríguez M., Calderón P, Lanau S, Inchausti Y.

OBJETIVO:

Unificar un documento único para todas las unidades, consensuado a su vez con la Atención Primaria (AP) del Sector de Barbastro y que contenga los datos que los profesionales consideren más importantes.

Implantación de ese documento o registro unificado en las diferentes Unidades de Hospitalización, que garantice la continuidad de los Cuidados de Enfermería al Alta Hospitalaria.

Establecer vías de comunicación para que los informes de alta lleguen a su destino, fomentando el uso de los medios informáticos a nuestro alcance (Intranet).

METODOS:

Se realizaron encuestas estructuradas a una muestra de profesionales de Enfermería del Sector tanto en A. Especializada como en AP para unificar criterios de contenidos del informe de continuidad de cuidados (ICCE).

Se analizaron los datos obtenidos en las encuestas y se presentaron los resultados en reuniones con profesionales del Hospital y de AP para consensuar y elaborar un documento único.

Con el fin de integrar el documento en la historia clínica del paciente se consensuó con el S. de Informática del Hospital la informatización del ICCE .

Se realizó formación específica e implantación del documento en los diferentes servicios de hospitalización.

RESULTADOS:

El 100% de los profesionales de AP y el 92% de AE estaban de acuerdo con la realización del ICCE.

Se consensuó el ICCE y las vías de comunicación entre Hospital y A. Primaria.

Se elaboró un documento Informático que está integrado en la historia clínica y accesible desde la Intranet del Sector.

Se implantó el ICC en todas las Unidades de Hospitalización.

El nº total de ICCE elaborados desde la implantación definitiva (1 Abril de 2005) hasta la fecha (24 Octubre de 2005) han sido 229, lo que supone un 9% del total de las altas realizadas en ese mismo periodo.

CONCLUSIONES:

Se constata la necesidad del ICCE para mejorar y asegurar la calidad de los Cuidados de Enfermería garantizando la continuidad de los mismos en todos los ámbitos de la Atención a los pacientes.

Queda patente la valoración positiva realizada por los propios profesionales.

Es necesaria una evaluación posterior de la utilidad de estos informes en Atención Primaria que detecte posibles oportunidades de mejora de los mismos.

TÍTULO:

VIA CLINICA RTU DE PRÓSTATA / ADENOMECTOMIA TRANSVESICAL. PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACIÓN.

AUTORES:

Aranda Lassa JM, Trivez Poned M, Ambroj Navarro C, Lozano Enguita JV, Seco de Guzmán C, Paesa Murciano P.

OBJETIVO:

El objetivo ha sido poner en marcha y monitorizar los resultados de la vía clínica Adenomectomía transvesical / RTU de próstata elaborada por un grupo de profesionales y que garantice la calidad de la asistencia, disminuya la variabilidad clínica, racionalice el uso de los recursos y mejore la coordinación entre profesionales / servicios secciones involucrados, mejore la satisfacción en los pacientes y familiares, mejore los registros de información que faciliten la detección de problemas mejorables en el futuro y mejore la coordinación entre profesionales.

METODOLOGÍA:

Se ha seguido la tabla de indicadores para valoración de la vía clínica RTU de próstata /Adenomectomía transvesical:

- Pacientes intervenidos de RTU de Próstata /Adenomectomía incluidos en la vía.
- Estancia media de los pacientes incluidos en la vía.
- Pacientes intervenidos de RTU próstata /Adenomectomía de acuerdo con la vía clínica.
- Pacientes satisfechos con el desarrollo del proceso.
- Reclamaciones en relación con el proceso.
- Felicitaciones o reconocimientos con el proceso.

RESULTADOS:

Desde abril de 2003 hasta mayo de 2005 se han realizado un total de 32 adenomectomías con una edad media de 71.8 años, estancia preoperatoria de 1 día y estancia media global de 8.48 días. En el mismo período se han realizado 46 RTU próstata con una edad media de 68.9 años y estancia preoperatoria de 1 día y estancia total de 5.5 días. La totalidad de pacientes ha seguido las fases I, IIA y IIB del diseño general del proceso. Se ha seguido el anexo VI de la vía clínica: indicadores de evaluación. En 3.84% de los pacientes la revisión de la historia clínica ha demostrado ausencia de documentación de vía clínica a pesar de haber seguido puntualmente la matriz. La estancia media de RTU de próstata se ajusta al estándar cifrado en 6 días situándose exactamente en 5.5 días. En Adenomectomía se sitúa la estancia estándar en 9 días mientras que la portada por este grupo es de 8.48 días. Las complicaciones más frecuentes son RAO tras retirada de sonda. La hematuria persistente tras intento de cerrar sistema de lavado y la infección urinaria. No han existido reclamaciones en relación al proceso. Un paciente remitió carta de felicitación a Gerencia por el trato recibido.

CONCLUSIONES:

La vía clínica ha supuesto una implicación de todos los estamentos administrativos y sanitarios con el objetivo de estandarizar el proceso en sus diversas vertientes. El fin ha sido evitar la variabilidad y permitir mediante el análisis consensuado de todos los miembros la mejora del mismo.

TITULO:

MEDIDA DE LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE NOVEDADES TERAPEUTICAS.

AUTORES:

Elfau Mairal M, Garjón Parra J, Lallana Alvarez MJ, Aza Pascual-Salcedo M, Labarta Macho C, Buisán Giral MJ.

OBJETIVO:

Conocer la proporción de prescripción inducida (PI) en nuestro ámbito sanitario y su procedencia, la proporción de gasto correspondiente a la PI, la actitud del médico de atención primaria (AP) ante la prescripción solicitada y su influencia en el gasto. El estudio se centra en la PI de las novedades terapéuticas

METODOLOGÍA:

Estudio transversal descriptivo. Emplazamiento Atención Primaria Aragón.

Población de estudio: Los fármacos considerados novedades terapéuticas, excluidos los de diagnóstico hospitalario, prescritos por los médicos de AP de los 8 sectores sanitarios durante el mes de noviembre de 2004.

Los datos se obtuvieron del Sistema informático de Información de Consumo Farmacéutico en Atención Primaria y Atención Especializada (AE). Variables recogidas: CIAS médico AE, CIAS médico AP, especialidad farmacéutica prescrita, principio activo, número de envases y gasto líquido atribuible al fármaco.

Se consideró prescripción inducida únicamente a la indicada por un médico de Atención Especializada (AE) que hizo una receta previa y el médico de AP repitió posteriormente para el mismo paciente.

RESULTADOS:

La PI fue del 24,8% en envases y del 29,7% en gasto (según los sectores, 16,4-29,1%, y 18,1-37,1%, respectivamente). En función de la aportación terapéutica de los fármacos nuevos, la PI de las de tipo C (aportación terapéutica nula) fue del 24,1% en envases y del 29,5% en gasto, y la de las de tipo B (aportación interesante) fue del 27,2% y del 30%, respectivamente. El 80% de los envases prescritos por inducción correspondió mayoritariamente a novedades tipo C (carmelosa, escitalopram, diacereína, condroitín sulfato, esomeprazol y dexibuprofeno). La PI de los médicos de AP de un sector vino fundamentalmente de especialistas del mismo sector (según los sectores, 95,1-86,8%), con dos excepciones, el sector de Calatayud y Zaragoza 1 con sólo el 73,4% y el 24,7%, respectivamente, siendo el Hospital Miguel Servet (sector Zaragoza 2) el origen de la mayoría de su PI. Se prescribió el fármaco solicitado en el 86,7% de los casos, se cambió en el 13,3% (el 90% tipo C). En el 94,4% de las ocasiones, la sustitución se realizó por fármacos con mayor experiencia de uso, lo que supuso un ahorro del 34,1% sobre lo originalmente indicado.

CONCLUSIONES:

La aplicación informática Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en Atención Primaria y Atención Especializada ha resultado una herramienta útil para obtener datos de PI.

Una cuarta parte de las prescripciones de novedades terapéuticas que hace el médico de AP se debe a PI del médico de AE.

El especialista tiende a incorporar a la prescripción de AP fármacos de reciente comercialización que no suponen avances terapéuticos.

El médico de AP sustituye en pocas ocasiones el fármaco prescrito por el especialista.

TITULO:

LA CONTENCIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL: REVISIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA.

AUTORES:

Rubio C, Marcén MC, Elboj M, Sieso AI.

OBJETIVO:

La contención física (CF) se utiliza frecuentemente en los hospitales por distintas causas, y algunos estudios desvelan importantes inconvenientes, que hacen que los profesionales sanitarios reflexionemos sobre cuestiones clínicas y éticas acerca de su correcta utilización, en una sociedad con nuevas necesidades y expectativas, donde el ciudadano y la familia deben y exigen, cada vez mas, participar en su proceso asistencial.

Mejorar la calidad de los cuidados del paciente susceptible de contención física, en una Unidad de Agudos de Psiquiatría, adecuando su utilización.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional descriptivo, que diferenciamos en tres partes: 1. Evaluación de la práctica en nuestra Unidad. 2. Revisión y análisis de estudios y documentación relacionada. 3. Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora.

RESULTADOS:

1. - La CF se practicaba en los siguientes casos: auto/heteroagresividad, inquietud psicomotriz, vigilancia prolongada, modificación de conducta y prevención de traumatismos. Se colocaban contenciones en la cama a pacientes con alteración de conducta o con antecedentes; con disminución de conciencia; a psicóticos en fase productiva; cuando se prescribe status rojo en pacientes agresivos, contención física si precisa o como medida terapéutica. Se mantenían las cintas de contención días después de desaparecer la alteración. Frecuentemente se contenía el mayor tiempo necesario y con el mayor nº de puntos de sujeción. Se han detectado deficiencias en el registro de la actividad siguiendo el protocolo de CF de la Unidad. Como consecuencias desfavorables de la CF se han producido dos casos de lesiones cutáneas en 5 años.

2. - Los documentos revisados recomiendan utilizar la CF tan infrecuentemente como sea posible, valorando el riesgo e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas (JCAHO), educar al personal sanitario en alternativas que limiten su uso, desarrollar procedimientos para la observación permanente del paciente valorando la retirada de la contención, verificar la existencia de la indicación médica y utilizar un sistema de registro específico.

3. - La frecuencia de lesiones secundarias a CF en nuestra unidad tenía escasa relevancia. Existía protocolo en la unidad, aunque no había ninguna evaluación de su cumplimiento. El registro resultaba insuficiente. Había deficiencias en el conocimiento de estrategias que limitaran el uso de CF.

CONCLUSIONES:

Encontramos necesaria la revisión y evaluación del protocolo, que contemple procedimientos para la evaluación, seguimiento y suspensión de la CF lo antes posible, con un registro específico que garantice la continuidad y calidad del cuidado. Hemos visto imprescindible formar al personal sanitario en el desarrollo de habilidades en contención psicológica y de abordaje y técnicas de prevención de crisis, que permitan utilizar la CF como último recurso. Debemos esforzarnos en utilizar todos los recursos posibles para reducir la utilización de CF y sus riesgos.

TÍTULO: CONOCER LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE DIVERSAS ÁREAS DE ATENCIÓN SANITARIA. NUEVA METODOLOGÍA 2005-2006.

AUTORES:

García-Orea MA, García-Aisa JC, López-Barrachina R, Pico V.

OBJETIVOS:

Conocer la opinión de los usuarios de diversos ámbitos de atención sanitaria mediante un instrumento homogéneo aplicable a todos los ámbitos, que permita monitorizar periódicamente los aspectos más relevantes de la satisfacción y facilite, de forma ágil, la detección de áreas de mejora.

METODOLOGÍA:

La última encuesta de satisfacción realizada en 2003 en el ámbito de atención primaria puso de manifiesto la necesidad de modificar el formato y la metodología de la misma. Para realizar un nuevo diseño, se han planteado las siguientes premisas: 1) Que sea aplicable a otros ámbitos de atención, no sólo a atención primaria. 2) Obtener resultados individualizados por centro de salud, hospital o unidad. 3) Reducir el número de preguntas a aquéllas que resuman los aspectos más importantes de la satisfacción desde el punto de vista del usuario, haciendo especial consideración a las cuestiones sobre accesibilidad. 4) Recogida periódica y frecuente de información (mensual, bimestral o trimestral). 5) Puesto que en general el grado de satisfacción de los usuarios es elevado, que sea capaz de detectar las oportunidades de mejora, en el contexto de proporcionar una atención excelente. 6) Que sea útil para la toma de decisiones 7) Coste adecuado.

RESULTADOS:

Se ha optado por variar el cuestionario y el diseño muestral. Las principales características del cuestionario son: tamaño reducido (consta de una única hoja, con 15 ó 16 preguntas validadas en otras encuestas tipo SERVQHOS, muchas de ellas comunes en todos los ámbitos), la escala de respuesta es 1 a 5, salvo en preguntas con respuesta sí/no, dispone de una pregunta de respuesta abierta, y el cuestionario se hace llegar a los usuarios seleccionados de forma aleatoria, para que lo cumplimenten y lo remitan a un apartado de correos (franqueo en destino).

En cuanto al diseño muestral se aplica la técnica de muestreo por lotes, que si bien no permite realizar estimación sirve para la tomar una decisión y permite trabajar con muestras pequeñas. Se ha definido como lote el conjunto de usuarios de un equipo o unidad en un mes; la especificación es la satisfacción del usuario, considerándose como tal las respuestas con valor 4 y 5 (que indican elevada satisfacción). Se ha establecido el mismo plan de muestreo para todos los ámbitos y preguntas: umbral superior 95% con $\alpha=0.01$ y umbral inferior 60% con $\beta=0.10$; obteniendo un tamaño muestral $n=15$ con un número máximo de “no_satisfechos” en la muestra $d=3$ ($\alpha=0.01$ y $\beta=0.09$). Esperando conseguir la muestra de 15 usuarios, se envía encuesta de forma aleatoria a 50 usuarios por centro. Independientemente del muestreo por lotes, al final del año se analizarán los resultados de todas las encuestas recibidas, así como la pregunta abierta que contiene.

CONCLUSIONES:

- La nueva metodología se aplica en una primera fase en el ámbito de Atención Primaria, Área de Hospitalización de hospitales generales y sociosanitarios, Servicios de Urgencia hospitalarios y Urgencias y Emergencias 061 Aragón.
- Se han diseñado informes mensuales de resultados que permiten la valoración y seguimiento de los aspectos analizados en cada centro o unidad de forma sencilla y rápida.
- Los sesgos y limitaciones de esta metodología (“no respuesta”, diferente interpretación de las preguntas y las respuestas según el usuario, la dificultad en las zonas rurales pequeñas,...), aconsejan su revisión a los 6 meses, para introducir las correcciones pertinentes, y una reevaluación al año de su puesta en marcha.

TITULO:

MEJORA DE CALIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CONTROL DEL GEDAPS EN UNA ZONA DE SALUD RURAL.

AUTORES:

Gómez R, Carrasco S, Navarrete A.

OBJETIVO:

Conseguir un mejor control de lo pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que atendemos en nuestro Equipo de Atención Primaria.

METODOLOGÍA:

Se ha utilizado la metodología habitual en la realización de los ciclos de mejora de calidad.

RESULTADOS:

Se ha valorado el grado de cumplimiento de los cinco criterios de buen control de la DM definidos por el GedapS (HbA_{1c}<7%, Col Tot<200mg./dl., LDL-Col< 100 mg./dl, HDL-Col>40 mg./dl., Tgc<150 mg./dl., TA<130/85 mm Hg. y abstinencia de tabaco).

Primeramente se hizo una evaluación retrospectiva interna de la situación de partida de los 63 pacientes mayores de 65 años con Diagnóstico de DM Tipo II de nuestra Zona Básica analizando el periodo 1/10/2002 a 30/9/2003 tanto de proceso (registro en la historia de control de los siete parámetros) como de resultados, cuantificando el porcentaje de los pacientes que cumplían los objetivos de control.

Tras desarrollar diversas actividades tendentes a conseguir la mejora propuesta se procedió a realizar la reevaluación sobre los 55 casos que habíamos seguido durante el periodo 1/10/2003 a 30/9/2004.

Con respecto al proceso en todos los parámetros (excepto en TA debido a cambios en la valoración del criterio) se obtuvieron mejoras relativas que oscilan en torno al 60% con significación estadística.

En lo relativo a los resultados de control y considerando que era excluyente no cumplir el proceso, se obtuvieron mejoras en todos los parámetros que fueron estadísticamente significativas en cuatro de los siete parámetros (HbA_{1c}, LDL-Col, HDL-Col y Tgc).

CONCLUSIONES:

La realización del ciclo de mejora ha resultado una herramienta útil para mejorar la atención a nuestros pacientes diabéticos tanto si consideramos objetivos de proceso como de resultados en salud.

Esto nos ha impulsado para continuar este proyecto con objetivos más ambiciosos tanto en lo relativo a aumentar la cobertura de pacientes seguidos como a ampliar nuestros objetivos a otros parámetros no contemplados en esta primera fase.

TÍTULO:

EN MICROBIOLOGÍA, LA RAPIDEZ ES TAMBIÉN CALIDAD.

AUTORES:

Lomba E, **Egido P**, Beltrán A. y miembros Grupo de Mejora de la Calidad de Microbiología.

OBJETIVO:

Pretendemos comprobar la adecuación de los plazos reales de proceso reales de cada determinación con los que figuran en nuestra Cartera de Servicios.

METODOLOGÍA:

Se analizan los informes de 4 Secciones que se emiten en un día. Se comparan estadísticamente los tiempos reales de proceso con los que figuran en nuestra cartera de servicios.

RESULTADOS:

Se analizan 244 informes procedentes de:

- ❖ Urocultivos (107 muestras): 59 orinas (55,14%) se informaron el mismo día de entrada.
- ❖ Respiratorio (46 muestras): 34 (73,91%), se emitieron con más de 1 día de antelación.
- ❖ Virus (31 muestras): 25 (80,65%) mostraron una discordancia inferior a 1 día.
- ❖ Hemocultivos y Exudados (60 muestras): 20 muestras difirieron no más de 1 día de antelación.

CONCLUSIONES:

- Los plazos de proceso descritos en la Cartera de Servicios se podrían reducir en algunos procedimientos.
- La Cartera de Servicios debe ser un documento vivo.

TÍTULO:

CARACTERÍSTICAS DE LAS PETICIONES DE ECOCARDIOGRAFÍA RECIBIDAS EN UN LABORATORIO DE ECOCARDIOGRAFÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

AUTORES:

Ordóñez B, Lacambra I, Legazcue AI, Bierge D, Álvarez LM, González M.

OBJETIVO:

Valorar el grado de correcta cumplimentación de las solicitudes de ecocardiografía que recibe nuestro laboratorio, así como el origen de éstas, el motivo de solicitud, el porcentaje de ecocardiogramas normales.

METODOLOGÍA:

Se analizaron de forma prospectiva todas las solicitudes de ecocardiograma-doppler realizadas en nuestro laboratorio durante el mes de abril del 2005: 482 estudios. Se valoró el motivo de solicitud, el tipo de indicación, la procedencia, el diagnóstico clínico y ecocardiográfico, la información adicional proporcionada por el estudio y la aparición de hallazgos incidentales significativos o no.

RESULTADOS:

La media de edad de la población estudiada es de 62,68 años, el 53% son hombres y el 47% son mujeres.

Las consultas de cardiología del Ambulatorio Inocencio Jiménez fue el origen más frecuente (29%) seguidos de Medicina Interna (18%) y consultas externas hospitalarias de cardiología (14%).

En cuanto a la cumplimentación de las peticiones en un 18.63% de las solicitudes no aparecía la fecha de nacimiento del paciente, en un 23.19% no había número de historia, en un 5.38% no constaba el solicitante de la petición de ecocardiografía y en un 34% de las solicitudes no se expresaba explícitamente la sospecha clínica por la cual se solicitaba el estudio ecocardiográfico.

Por otro lado, hasta un 40,58% de los ecocardiogramas realizados fueron normales. El diagnóstico que con más frecuencia aparece (si eliminamos los ecocardiogramas normales) fue la valvulopatía aórtica (12%) y la valvulopatía mitral (12%), seguida de la disfunción diastólica.

CONCLUSIONES:

- ✓ En general, las solicitudes recibidas en nuestro laboratorio están bien cumplimentadas.
- ✓ El origen más frecuente de las peticiones es la consulta externa de cardiología.
- ✓ Hasta un 40,58% de los ecocardiogramas son normales.
- ✓ Las patologías más prevalentes entre las peticiones de ecocardiogramas en nuestro laboratorio son la valvulopatía aórtica y mitral.

AUTORES:

SATISFACCIÓN DE UNA POBLACIÓN ANCIANA EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (CAR).

AUTORES:

Cucullo JM, Blasco E, Martínez JM, Navarro M, Guajardo I.

CAR. Servicio de Geriatria. Hospital Geriátrico San Jorge. Zaragoza (Sector III).

OBJETIVO:

Conocer el grado de satisfacción de los ancianos que presentan deterioro funcional y acuden a una Consulta de Alta Resolución (CAR) para valoración de la pérdida funcional y orientación terapéutica.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de los pacientes remitidos al CAR durante los meses de febrero a mayo de 2004. Se administró un cuestionario, adaptado a nuestras necesidades, siendo contestado por el paciente/cuidador al final del proceso de interconsulta. Se componía de 15 preguntas sobre el CAR: infraestructura, atención recibida por el personal sanitario, información recibida, burocracia y transporte sanitario; puntuados de 0 a 3. Se consideraron positivas las respuestas valoradas igual o mayor de 2.5. Se analiza también las puntuaciones obtenidas en aquellos pacientes en los que se denegó su entrada en programa de recuperación funcional. Otras variables estudiadas: edad, sexo, procedencia, motivo de la consulta, inclusión en programa de Hospital de Día Geriátrico y escalas de valoración utilizadas (Índice de Barthel, Tinnetti simplificado, SPMSQ).

RESULTADOS:

Se realizaron 59 encuestas, 62% mujeres, edad media 80.3 +/-6.25 años. Procedían en su mayoría de los EAP (62.7%), seguidos de Unidad Sociosanitaria de Valoración (USSV) de HUMS (23.7%). Los motivos de la asistencia al CAR: deterioro funcional 21.5%, ACV 20.5%, fractura de fémur 17.4%. Las puntuaciones de la valoración: IB 55.8, SPMSQ 2.3, y Tinnetti marcha/equilibrio 1.7 y 2.3. Los aspectos mejor considerados fueron: la atención de enfermería(2.85), la satisfacción por el servicio general (2.78), y la atención prestada por el médico (2.75). Los peor considerados fueron el transporte sanitario y la adecuación de la sala de espera con puntuaciones 2.02 y 2.05 respectivamente. Las puntuaciones obtenidas en el subgrupo no incluidos en programa de recuperación funcional fueron: IB 48,5; SPMSQ 3.7; facilidad de los tramites (2.79), adecuación del horario (2.75), la atención médica y de enfermería 2.71 respectivamente. Lo peor valorado fue la sala de espera (2.0) y el transporte sanitario. Ningún paciente/cuidador se negó a cumplimentar la encuesta.

CONCLUSIONES.

1. La encuesta realizada resultó ser un instrumento útil y sencillo de cumplimentar
2. El grado de satisfacción fue alto sobre todo en atención por el personal y servicio en general
3. Los aspectos más negativos fueron los relacionados con el transporte sanitario e infraestructura
4. La satisfacción de los usuarios complementa la medición de los resultados asistenciales.