

COMUNICACIONES “MESA 7”

TÍTULO: PROGRAMA DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL.

AUTORES: Berisa F, Camacho MA, Muñoz M, Mateo ML, Gracia AM, Plaza B.

OBJETIVOS:

- Crear e implantar un programa para atender las necesidades sociosanitarias.
- Facilitar la detección y prevención de circunstancias sociales adversas.
- Planificar necesidades para evitar ingresos y estancias por causa no médica.
- Mejorar la coordinación, interdisciplinar y entre diferentes niveles, para asegurar continuidad en la asistencia.

MÉTODOS:

Se diseñó y aprobó un proyecto que se presentó a todos los servicios y estamentos, considerándolo objetivo del Hospital. Elaboramos y definimos un listado de criterios para detectar riesgo social y los circuitos de actuación para hospitalización, urgencias y consultas externas. Recopilamos en una Guía los recursos sociosanitarios del entorno. Se realizaron evaluaciones periódicas del funcionamiento con indicadores de actividad, utilización, cobertura y adecuación.

RESULTADOS:

Durante el primer año la Unidad de Trabajo Social atendió al 7,1% de los ingresos hospitalarios. Un 70% a demanda de los profesionales del centro. De ellas, el 43,4% habían sido cumplimentadas por enfermería, el 32,4% por facultativos y el resto, 24,2%, por personal administrativo del centro o por trabajadores sociales de otras instituciones. En muchos casos se detectó más de un criterio para solicitar la intervención de Trabajo Social. Los más señalados fueron, por orden de frecuencia,: No se vale por sí mismo y precisa ayuda temporal o permanente, Vive solo y precisa ayuda, Carece de cuidador válido, Precisa ubicación terapéutica fuera del domicilio y Extranjero/inmigrante Un 30% de las intervenciones lo fueron a petición de los usuarios, demandando preferentemente asesoramiento e información sobre prestaciones. Aumentaron las peticiones desde Urgencias y el programa se amplió a Consultas Externas. Los casos detectados, prácticamente todos, precisaban atención.

Los Servicios de Medicina, Cirugía General y Traumatología generaron casi el 80% de la demanda. A partir de los 70 años, y más en hombres, aumentan las situaciones con problemática sociosanitaria.

La información e intervención social se ha incorporado a la Historia Clínica. Se han abierto circuitos de comunicación con otros servicios asistenciales, tanto sanitarios como sociales. Con el análisis de la casuística se ajustaron los criterios de detección. La evaluación trimestral del cumplimiento fue muy satisfactoria.

CONCLUSIONES:

- 1) Las necesidades de atención sociosanitaria son altas en nuestro hospital, como corresponde a una población atendida con más del 27% mayor de 65 años.
- 2) La detección del riesgo social ha aumentado el número de casos atendidos, ahorrando recursos.
- 3) El programa nos ha permitido establecer Criterios de Riesgo Social en nuestro medio. Aunque con la edad aumentan las necesidades, los años no son en si mismo un indicador de riesgo.
- 4) Se ha mejorado la coordinación con otros niveles asistenciales.
- 5) La atención sociosanitaria debe ser sistemáticamente contemplada dentro de los cuidados que ofrecemos a nuestros pacientes.

TÍTULO:

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN REPETIDA: IDONEIDAD DE LA CARTILLA LARGO TRATAMIENTO.

AUTORES:

Abancens M, Ariño D, Arrillaga E, Benedi S, Eguiluz M, Samitier ML et al.

OBJETIVO:

- Evaluar el proceso de la prescripción crónica mediante las Cartillas de Largo Tratamiento (CLT).
- Definir los fármacos susceptibles de ser incluidos en CLT.
- Establecer circuito asistencial.

METODOLOGÍA:

En una primera fase los componentes del equipo de mejora mantendrán reuniones para poder conocer cual es la situación actual del servicio, se va a utilizar el método DAFO, Se realizará una evaluación de las CLT, muestreo aleatorizado estratificado por médico, se analizaran los perfiles del usuario, perfiles de los fármacos, media de fármacos incluidos en CLT, especificación de la posología, fecha de revisión del documento.

Se pondrán en marcha las medidas correctoras que se vean pertinentes en cuanto al documento o al circuito asistencial y se hará una evaluación interna a los 3-6 meses de puesta en marcha.

RESULTADOS:

De los criterios evaluados en la CLT, legibilidad, datos completos del paciente, datos del fármaco y posología los resultados encontrados estaban por debajo de lo establecido en los estándares, el único criterio con un resultado excelente ha sido el de ausencia de interacciones (100%). De la encuesta personal sobre inclusión de fármacos todos los profesionales estaban de acuerdo en la inclusión de fármacos de las áreas: cardiovascular, endocrino-metabólica, respiratorio, neurológico, encontrándose discrepancias en los fármacos correspondientes a los grupos de las benzodiazepinas y AINEs, observando incongruencias con los resultados en la evaluación de las CLTs donde éste grupo fue uno de los mas prescritos ocupando el tercer lugar. La media del nº de fármacos contenidos en la CLT fue de 6 (1-16).

CONCLUSIONES:

La evaluación de la “prescripción crónica”, servicio implantado desde hace más de 10 años y con gran importancia tanto por su enorme volumen, afecta hasta a un 30% de la población y mueve un total de 100.000 recetas al año aproximadamente, nos ha brindado múltiples oportunidades de mejora y siendo la mayoría de ellas de fácil abordaje, ya que parte de las soluciones dependen de nosotros mismos. Durante el desarrollo del proyecto se produjo la informatización de las consultas que nos ha sido de gran utilidad para mejorar de forma absoluta 3 de los 5 criterios evaluados en la CLT, con el mínimo esfuerzo, no obstante nos ha obligado a reconsiderar modificar y añadir criterios de calidad; establecer nuevas recomendaciones de uso del programa OMI en el marco de la prescripción crónica a todos los profesionales, modificar sistema de evaluación y modificación del soporte físico de la CLT para el usuario.

Hemos considerado ampliar el nº de interacciones farmacológicas a evaluar dado el excelente resultado. La media de fármacos 6 es más elevada que la encontrada en otros estudios.

TITULO:

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CON RECURSOS PROPIOS, DENTRO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORACICA.

Royo Crespo I, Martínez Vallina P, Rivas de Andrés JJ, García Tirado J, Embun Flor R, García Mata JR.

Unidad de Cirugía de Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria para tratar a pacientes seleccionados de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama para la pernoctación del paciente. Habitualmente se desarrollan con una estructura autónoma de quirófano, camas y personal, y deben dotarse de presupuesto diferenciado y una continuidad quirúrgica para su rentabilidad. Nuestra experiencia aporta un tipo de CMA que se realiza con los recursos existentes de nuestra especialidad (camas, personal y quirófanos) y por tanto, sin dotación ni presupuesto gravoso propio de las unidades de CMA convencionales.

Nuestro objetivo es analizar las áreas de mejora y problemas surgidos al aplicar este programa de CMA.

METODOLOGÍA

Consideramos dos procesos quirúrgicos en los que con anterioridad hemos evaluado nuestra efectividad, y que cumplen los criterios de Davis para un programa de CMA. Analizamos las estancias inadecuadas que generan (AEP). Se procede a un estudio piloto, interviniéndose, según nuestro protocolo de CMA 7 mediastinoscopias y 4 simpaticolisis bilaterales.

RESULTADOS

Se detecta que con la técnica clásicamente utilizada hay una estancia media de 72 horas con 2 noches de pernoctación, dos días de estancia inadecuada. Con la aplicación de nuestra técnica de CMA las complicaciones postoperatorias fueron nulas, la estancia en la Unidad de Reanimación similar a la de cirugía convencional. La estancia postoperatoria media fue de 6 horas y la estancia hospitalaria de 11. No hubo ningún problema administrativo, de atención de enfermería, ni reingresos. Obtuvimos un 100% en el índice de satisfacción del paciente.

CONCLUSIONES

Eliminamos estancia preoperatoria. Disminuimos la estancia media de estos pacientes a un máximo de doce horas. Ahorro de recursos en estancia hospitalaria. Aumentamos el índice de rotación de nuestras camas. Se alcanza un alto nivel de satisfacción y de la calidad percibida por el paciente y familiares. Mantenemos el mismo nivel de eficacia siendo más eficientes al ahorrar en recursos normalmente asignados. Mejoramos la protocolización de los procesos. Implicamos, en dicho programa, a los médicos residentes de la especialidad y enfermeras, familiarizándose con los criterios de selección, manejo de protocolos y observación de la importancia del coste competitivo, formándose, por ello, en la comprensión de los actuales métodos de gestión.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT) TRAS SU IMPLANTACIÓN.

AUTORES:

Sánchez B, López JI, Marta J, Artal J, García MJ, Ara JR.
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet.

OBJETIVO:

Analizar en el Hospital Universitario Miguel Servet la evolución de una vía clínica para la atención al paciente con AIT.

METODOLOGÍA:

En 2002 se desarrolló un protocolo específico, al que denominamos vía clínica del AIT, a partir de guías clínicas, consenso de los profesionales sanitarios de nuestro servicio y otros servicios involucrados (Urgencias, Radiología, Angiología y Cirugía Vascul, Cardiología y Hematología). Se coordinó con el área de Urgencias la pauta ante pacientes con sospecha de isquemia cerebral con clínica de menos de 24 horas de duración según el protocolo acordado.

Una vez realizadas las pruebas, y si no hay contraindicación, se instaura tratamiento antiagregante o anticoagulante. Se ingresa al paciente en el Servicio de Neurología, avisando al Neurólogo de guardia, que debe proceder a realizar Eco-Doppler de troncos supra-aórticos y transcaneal, si procede, en un plazo inferior a 48 horas tras el inicio de la clínica.

Se entrega al final de la vía cuestionario de satisfacción.

Se analizan las variaciones en la estancia media del Servicio de Neurología en conjunto, de los casos de ictus, de los AIT y de los AIT que han completado la vía, desde el año 2000 al 2004, teniendo en cuenta que la Vía del AIT se implantó en Enero de 2002.

Se analizan los motivos de vulneración de la Vía y se analizan las áreas del proceso a mejorar.

RESULTADOS:

La implantación de la Vía Clínica del AIT ha supuesto una disminución progresiva de la Estancia Media en el GRD15 (AIT) ,de tal manera que durante los años 2003 y 2004 se alcanzaron estancias medias de 5,84 y 5,50 días respectivamente (estandar nacional 9,52 y 7,44 respectivamente).

Este descenso, representa un 25,3% más respecto a la E. Media del año 2002 (7,55 días), la cual ya se había reducido tras el primer año de instauración de la VIA (estancia inicial en 2001 de 9,4 días).

Los resultados de las encuestas de satisfacción de los casos cumplimentados, indican en un 95 %, un alto grado de satisfacción con el trato recibido.

TITULO: AUTOEVALUACION CON EL MODELO EFQM DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.

AUTORES: Pérez JM, Pérez A, Crespo MC, Cabañas MJ, Izaguirre C, Villanova A.

OBJETIVO: 1. Comprobar que el modelo de autoevaluación EFQM es válido para la gestión de la calidad de un centro de atención primaria. 2. Llevar a cabo la autoevaluación con el modelo EFQM para detectar puntos fuertes y áreas de mejora en nuestro centro.

METODOLOGÍA: Durante 4 sesiones de trabajo, integradas en un curso de formación, el grupo de calidad del centro de salud, ha llevado a cabo la autoevaluación siguiendo el método REDER para los 5 criterios agentes y los 4 criterios de resultados del modelo. Para cada criterio se han evaluado sus correspondiente subcriterios. Para la autoevaluación se ha recogido toda la información disponible tanto del propio centro como de la gerencia del sector, y se ha utilizado la metodología de trabajo de grupo. Partiendo de las evidencias en cada criterio se ha realizado el enfoque, despliegue y evaluación, extrayéndose los puntos fuertes y áreas de mejora. Para los criterios de resultado se han analizado las tendencias, objetivos, comparaciones y causas del nivel obtenido en cada indicador, concluyendo también puntos fuertes y áreas de mejora. Teniendo en cuenta que en el tiempo asignado para el curso, solamente se pudieron analizar 1-2 subcriterios de cada criterio general, el trabajo del grupo ha sido completar todo el análisis, y con toda la autoevaluación, al terminar el tiempo formativo.

RESULTADOS: Con esta metodología se han obtenido 133 puntos fuertes y 105 áreas de mejora. Una de las áreas de mejora: “necesidad de formación y unificación de criterios de registro con el programa de historia clínica OMI”, derivada de la autoevaluación fue inmediatamente desarrollada mediante un ciclo de mejora debido a que el grupo de calidad consideró que era prioritaria. Para ello, con recursos formativos propios, apoyados por el Sector, se celebró durante el mes de Mayo de 2004 un curso de 4 semanas de duración sobre los principales aspectos del tema, escogidos en una encuesta previa. La actividad fue coordinada por el grupo de formación en OMI del propio equipo. Con posterioridad al curso, se ha llevado a cabo la priorización de las 105 áreas de mejora detectadas mediante una matriz que tiene en cuenta el impacto en el paciente, en la unidad, su necesidad y su viabilidad. En Junio y Octubre de 2004 se celebraron dos reuniones de equipo en las que se presentaron las 105 áreas priorizadas, seleccionándose las 5 áreas para intervenir: (1) Unificación de registro en OMI, (2) Mejora de la atención domiciliaria Urgente y coordinación con 061, (3) Implantación sistemática del programa de actividades preventivas, (4) Recogida de necesidades y expectativas de los profesionales y (5) Implantación sistemática del programa de atención al niño asmático.

CONCLUSIONES: El modelo EFQM es un modelo válido para analizar una organización del tipo de un centro de atención primaria. Se necesita para completar toda la autoevaluación con el modelo EFQM un tiempo de trabajo de grupo fuera del trabajo diario, ya que de otro modo el modelo no es abordable. El modelo proporciona claramente las líneas de mejora a seguir y las relaciona con todos y cada uno de los componentes de la organización: personas, procesos, clientes, resultados. Es preciso un trabajo posterior de priorización debido a que el modelo identifica un número muy elevado de área de mejora, en nuestro caso 105. Tan importante como poder desarrollar una autoevaluación con EFQM es contar con un grupo de calidad estable que sea capaz de recoger las áreas priorizadas y presentar propuestas de mejora al equipo.

TÍTULO:

MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO OFERTANDO UN ENTORNO SEGURO Y TERAPÉUTICO.

AUTORES:

Altarribas E, Cardiel R, Deito A, Félix M, Laguarda T, **Vallejo A** et al.

OBJETIVO:

Ofertar un entorno seguro y terapéutico al paciente quirúrgico, mediante la implantación de una Unidad de Acogida al Bloque Quirúrgico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

METODOLOGÍA:

Se constituyó un equipo de mejora, formado por profesionales de las distintas unidades quirúrgicas, medicina preventiva, coordinación de cuidados y calidad. Este grupo se reunió durante la planificación y difusión de objetivos de la Unidad de Acogida durante 6 meses hasta su puesta en marcha.

RESULTADOS:

A) Implantación de la Unidad de acogida en el B.Q.. B) Difusión del objeto de la implantación a las 17 unidades asistenciales que realizan actividad quirúrgica C) Elaboración e implantación de un registro de cuidados, consensado entre las unidades implicadas. D) El 100% de los pacientes tienen un equipo de enfermería de referencia desde su acogida en el B.Q. E) El 87% de los pacientes programados intervenidos, son atendidos en la Unidad de Acogida. F) Al 100% de los pacientes se les ha administrado la profilaxis antibiótica 30' antes de la intervención. G) Al 100% de los pacientes se les realiza el doble control de la prescripción antibiótica. H) Al 100% de los pacientes se le realiza la valoración de sus necesidades (expresión de sentimientos y temores, ansiedad, etc). I) El 14% de los pacientes han recibido premedicación ansiolítica. J) Al 100% de los pacientes se realiza la identificación del paciente y del procedimiento correcto, estando el paciente despierto, consciente y orientado, antes de su entrada a quirófano.

CONCLUSIONES:

La Unidad de Acogida al B.Q. está permitiendo promover una cultura de seguridad entre los profesionales y ofertando a los pacientes quirúrgicos un clima basado en la misma. Se establece así una relación terapéutica, que favorece la expresión de sentimientos y temores antes del proceso quirúrgico.

