

REVISIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS. UN ESTUDIO CONCURRENTE DE 700 CASOS.

J Moliner, M Arencibia, JI García, A Vicente, R Fernández, I Barrasa.

Hospital Clínico "Lozano Blesa"

OBJETIVOS:

Conocer la proporción de días inadecuados en el hospital y su relación con variables del paciente y del tipo de Servicio.

Analizar la distribución de motivos de estancias inadecuadas.

METODOLOGÍA:

Revisión de días de estancia utilizando el AEP, evaluando todos los pacientes que permanecían hospitalizados un día determinado y que llevaban al menos 24 horas en el hospital. Se evaluó la adecuación del día anterior (de las 0 a las 24 horas), mediante la revisión de la historia clínica por parte de residentes de Medicina Preventiva, previamente entrenados (con sesiones formativas de discusión de casos y un estudio de concordancia). Período de estudio: días elegidos al azar, de lunes a jueves, entre octubre del 2001 y marzo del 2002. De cada caso se recogió: edad, sexo, servicio, días de hospitalización hasta el día revisado, adecuación del día de estancia y motivos de inadecuación, en su caso. Las comparaciones de variables se hacen con los test de ji al cuadrado y U de Mann-Whitney.

RESULTADOS:

Se revisaron 697 días de hospitalización, correspondientes a 665 pacientes. El 54.2% de los pacientes son varones, edad entre 16 y 99 años (media 66.2) Los casos corresponden a 25 Servicios del Hospital. Entre el día de ingreso en el hospital y el día en que se revisó la adecuación pasaron entre de media 11.8 días. El 39.02% de los días de estancia (272 de 697; IC 95%:35.4%-42.7%) no son adecuados según los criterios del AEP. El porcentaje de días inadecuados es algo mayor en mujeres y en pacientes de más edad, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. Tampoco la distribución de casos por tipo de Servicio, médico o quirúrgico, presenta diferencias significativas. Sí resulta más probable encontrar días inadecuados cuanto más tiempo lleva hospitalizado el paciente, y también parece más probable en los casos de los Servicios que tienen valores más altos en los indicadores "porcentaje de ocupación" y "estancia media".

Los casos relacionados con la espera debida a pruebas o cirugía (programar, recibir resultados) son los más frecuentes (46% del total de días inadecuados). El otro gran grupo de motivos son los atribuidos a decisiones del médico responsable del paciente (40%, la mitad de ellos por actitud conservadora). El 4% de los días inadecuados se relacionan con la espera de traslado a otro hospital. Apenas el 1.5% se pueden atribuir a motivos sociales. Es más frecuente el motivo "pendiente de interconsulta" en los casos de Servicios con mayor estancia media, y más el de "actitud médica conservadora" en los servicios quirúrgicos.

CONCLUSIONES:

Existe una importante proporción de mejora en la gestión de la utilización de las camas del hospital. El análisis de las variables relacionadas y la comparación con estudios previos permite apuntar hipótesis sobre cuáles serán las intervenciones más efectivas.

PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA PROGRESIVO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS.

García Mata JR, Ara Callizo JR, Rivas Andrés JJ, Martínez Lozano F, Martínez Mongay P.

Un Plan de Gestión de Calidad (PGC) en los Servicios implica autoresponsabilizarse de la prestación de una asistencia de calidad de un modo planificado. Los miembros de un Servicio diseñan su futuro de forma participativa y desarrollan procedimientos para alcanzarlo.

OBJETIVOS:

Promover la incorporación de los integrantes de Servicios y Unidades en la mejora de calidad.

- 1- Proporcionando formación metodológica al *staff* médico, de enfermería y no sanitarios en cada Servicio.
- 2- Configurando un grupo de mejora.
- 3- Poniendo en marcha un sistema de detección y priorización de situaciones mejorables adaptado al entorno.
- 4- Elaborando e implantando el PGC del Servicio.

METODOLOGÍA:

Durante 2000-01 se incluyó en el contrato de gestión del 35 % de Servicios y Unidades del Hospital Miguel Servet el objetivo de esbozar líneas de un PGC y designar un responsable y grupo de mejora interdisciplinar. En los Servicios con mayor nivel de involucración, se procedió durante el 2001-02 a un proceso formativo en calidad, impartido por la Unidad de Calidad, sirviendo los trabajos en grupo -de mayor peso docente- de germen del futuro grupo de calidad y del primer borrador del PGP del Servicio; la formación estaba ligada al compromiso de trabajo en el área de calidad.

RESULTADOS:

Durante el 2001-2 se han incorporado 18 Servicios/Unidades. En todos los del 2001 (8), se ha puesto en funcionamiento un grupo de mejora y se ha elaborado un PGC que incluye líneas relacionadas con reducción de variabilidad y riesgo, gestión de procesos, mejora de eficiencia y satisfacción de pacientes; han diseñado indicadores para su monitorización y desarrollado procesos evaluativos. Su contrato hospitalario de gestión incluyó solamente dos objetivos: Elaboración del PGC y memoria de actividades del grupo de mejora. Los 10 Servicios del año 2002 acaban de concluir su periodo formativo y se encuentran poniendo en marcha los grupos de mejora. Los grupos formados en el 2001 participaron en el proceso formativo de sus compañeros del 2002. El Hospital reguló durante el 2002 los grupos de mejora y la figura del responsable de calidad del Servicio.

CONCLUSIONES:

El proceso formativo ha tenido un nivel de acogida muy superior a las otras ofertas formativas de Centro. La implicación en la formación de la Unidad de Calidad facilita su involucración y seguimiento en el desarrollo de los programas. Todos los Servicios han desarrollado líneas de mejora planificadas.

APLICACIÓN DE CICLOS DE MEJORA EN EL AREA LOGISTICA: SALIDAS DE EMERGENCIA LIBRES DE OBSTÁCULOS.

Martín Pérez, J; Revuelto López, A; Valtueña López, M.A., Caballero Agreda.

Palabras clave: Seguridad, calidad en gestión, ciclos de mejora.

INTRODUCCIÓN:

Hemos de manejar la seguridad como herramienta de trabajo, imprescindible para proporcionar la confianza necesaria para llevar a cabo el reto que supone el control de un gran Hospital. En el Hospital Universitario Miguel Servet, históricamente las salidas de emergencia, eran utilizadas como almacenes de material. En 1999 con la implantación del Plan de Emergencia, se vio la necesidad de mantener libres dichas salidas y se creó un marco de actuaciones alcanzar esta meta

OBJETO:

Mantener libres de obstáculos las salidas de emergencia del hospital

METODOLOGÍA

Se planificaron las siguientes 7 actividades, asignando responsables a cada una, cronograma y seguimiento.

Actividades: Elaboración de impresos, revisiones trimestrales, retirada de objetos encontrados, Informatización de los datos, Información a responsables y trabajadores, Seguimiento y análisis de problemas, evaluación anual.

RESULTADOS:

En el H.U.M.S. existen 86 salidas de emergencia. Se realizaron 12 revisiones a lo largo del periodo 1999-2001. De una situación inicial de un 19'57 % de salidas con Obstáculos se ha llegado a obtener un resultado de 0'0 % en la última revisión de 2001.

CONCLUSIONES

La aplicación de los ciclos de mejora continua combinados con la monitorización de indicadores permite controlar y mejorar aspectos clave de seguridad en el ámbito hospitalario. El trabajo en equipo y coordinación de los distintos grupos profesionales implicados se ha confirmado como elemento clave para la mejora de los resultados.

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA -II

COORDINADOR DEL PROYECTO: Carmen Izaguirre Zugazaga

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1.- *Mejorar la cita telefónica*
 - Analizar la accesibilidad en las distintas franjas horarias
 - Estudiar la adecuación entre la demanda y la capacidad de respuesta del Centro
 - Mejorar la accesibilidad y monitorizar la mejora
- 2.- *Mejorar el sistema de emisión y entrega de prescripciones crónicas (seepc)*
 - Analizar el circuito organizativo del SEEPC
 - Desarrollar la aplicación del programa informático OMI-AP
 - Introducir cambios en las distintas fases del circuito organizativo
 - Monitorizar las mejoras obtenidas
- 3.- *Disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes diabéticos del centro de salud*
 - Mejorar el registro informático del proceso de atención al paciente diabético
 - Introducir un sistema de monitorización de indicadores

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- 1.- *Cita telefónica*
 - En colaboración con el Consejo de Salud se realizaron en el mes de mayo y noviembre de 2001 dos estudios sobre la accesibilidad de la cita telefónica.
 - Se han reordenado las tareas del personal administrativo
- 2.- *Sistema de emisión y entrega de prescripciones crónica*
 - Utilización del programa de emisión de recetas crónicas automatizado. de manera experimental por dos médicos del Equipo
 - Reuniones multiprofesionales de médicos, enfermeras y personal administrativo para consensuar el funcionamiento del sistema
 - Evaluación del nuevo funcionamiento a los 18 meses
- 3.- *Disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes diabéticos del centro de salud*
 - Sesiones clínicas de medicina y enfermería de revisión del programa de atención al paciente diabético de los siguientes temas: Unificar criterios de inclusión en el programa, taller de insulinización y exploración del pie diabético.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- 1.- *Cita telefónica*
 - Organigrama rotativo del personal administrativo.
 - Centralita telefónica interior sin atención directa.
 - Disminución del número de quejas o sugerencias de los usuarios referentes a la accesibilidad de la cita
- 2.- *Sistema de emisión y entrega de prescripciones crónicas*
 - Inclusión en la historia informática de todos los pacientes que requieren tratamiento de larga prescripción
 - Simplificación del proceso y disminución del tiempo de los profesionales dedicado a esta tarea
 - Nuevo puesto dentro del área administrativa dedicado únicamente a la emisión de recetas
 - Mas satisfacción de los profesionales
 - No se producen reclamaciones de los usuarios
- 3.- *disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes diabéticos del centro de salud*
 - Ha mejorado el registro de los pacientes diabéticos. En la última evaluación de la Cartera de Servicios, antes de la utilización de la historia informática la cobertura era del 70%. En el año 2002 hemos llegado a una cobertura del 100% sobre la estimada en la población que atendemos.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- 1.- Seguir con la monitorización periódica de la accesibilidad de la cita telefónica
- 2.- La evaluación realizada después de la incorporación al Centro de salud y al grupo de calidad de la farmacéutica de área ha puesto de manifiesto la necesidad de introducción de cambios para seguir con la mejora del proceso
- 3.- Introducir un sistema de monitorización de indicadores en la atención al paciente diabético

PROGRAMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA 2001

COORDINADOR DEL PROYECTO: M^a Victoria Fustero Fernández

1. OBJETIVOS PLANTEADOS:

2. Conocer el número de pacientes neoplásicos y crónicos terminales de la ZBS, mejorar la formación en cuidados paliativos y establecer pautas conjuntas de actuación y registro en la historia clínica.
3. Conocer la tasa de seroconversión (para enfermedades incluidas en el calendario vacunal de la Comunidad Autónoma) en una muestra de la población correctamente vacunada de la ZBS.
4. Prevenir las complicaciones que se desarrollan por el mal control de la diabetes. Conseguir Hb_{1AC} < 7 mg. en el mayor nº posible de diabéticos
5. Conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, con respecto a la asistencia sanitaria prestada.
6. Mejorar, unificar y posibilitar el registro y la explotación de datos de atención continuada (continuación del proyecto iniciado el año anterior).
7. Analizar las modificaciones en el perfil de prescripción antibiótica tras las diversas intervenciones realizadas en el Centro/Área.
8. Realizar una adecuada prevención secundaria en los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica en la zona de salud.
9. Formación en ecografía de un miembro del EAP (Proyecto conjunto con San José Norte)
10. Analizar las sugerencias o quejas de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto, realizar las medidas correctoras posibles y exponer los resultados junto al buzón de sugerencias.
11. Continuar la actualización de los protocolos clínicos del EAP.
12. Publicar los resultados de "la evaluación del circuito y los resultados del control de la anticoagulación oral en el medio rural"

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se llevó cabo un estudio epidemiológico descriptivo de mortalidad y morbilidad por cáncer en la ZBS de Cariñena y un pilotaje para valorar la factibilidad de incluir de forma sistemática escalas de calidad de vida tanto en el momento del diagnóstico como en las diferentes fases de evolución de la enfermedad neoplásica.
- Se ha evaluado la Calidad del seguimiento de la diabetes tipo II en el Centro de Salud de Cariñena, se han presentado los resultados en el EAP y se deciden unas medidas correctoras.
- Se ha diseñado una encuesta directa para conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, por personal ajeno al Centro y otra telefónica para valorar la satisfacción y expectativas de los usuarios con respecto al uso del Servicio de Urgencias.
- Se ha realizado un curso de formación en ecografía del personal del EAP, impartido por Javier Pardo y se ha realizado la inscripción de 2 miembros del EAP en el curso de Ecografía a celebrar en Madrid en marzo de 2003
- Se han analizado las sugerencias de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto.
- Se ha presentado el Programa "AMEDAC" diseñado por un miembro del EAP y se ha comenzado la fase de testeo de la Aplicación informática para el registro y explotación de datos de la atención continuada y se ha colocado un libro de sugerencias/ problemas detectados para anotar las dudas// problemas que surjan relacionados con el programa.
- Se ha diseñado un nuevo registro de licencias del personal de AP, por la auxiliar administrativo.
- Se han evaluado el circuito y la calidad de la anticoagulación oral en los Centros de Herrera y Cariñena
- Se ha adquirido una caja fuerte para guardar con seguridad la morfina a utilizar en las Urgencias y pacientes terminales del Centro de Salud.

ACTIVIDADES PENDIENTES:

1. Analizar la situación de la Cardiopatía isquémica en la ZBS
2. No se ha realizado la investigación de las tasas de seroconversión para enfermedades incluidas en el calendario vacunal, por carecer de medios para ello.

HISTORIA CLÍNICA DOMICILIARIA: CREACIÓN DE UN REGISTRO ESCRITO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS Y/O TERMINALES

M.P. Ruiz Bueno,* I. Gonzalez Barrio*, M.T Rubio Moral **, R.I. Villares Andrés*,T. Romance Burillo***

*Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) del Área tres de Zaragoza. *Médico, **Enfermera, *** Auxiliar Administrativo.*

OBJETIVO:

Conseguir que en domicilio del paciente inmovilizado y/o terminal, exista un documento consensuado por los profesionales sanitarios del área tres, que aporte información sobre patologías, problemas, objetivos y plan de cuidados de dicho paciente, y así mismo sirva de comunicación interprofesional, tanto en la atención domiciliaria como cuando el paciente se desplaza a una consulta de urgencias y/o especializada.

METODOLOGÍA:

Consistió en contactar telefónicamente con los coordinadores de medicina o de enfermería de los 32 EAP del área para explicar el proyecto, solicitar colaboración y nominar uno o dos representantes de cada EAP con quien seguir contactando. A los equipos participantes (22), se les envió una carta explicando el proyecto de nuevo. Se tomó como referencia el registro de problemas en el anciano en atención domiciliaria existente en el área tres, e ítem por ítem se solicitó opinión sobre su pertinencia, facilidad de cumplimentación, aporte de información y sugerencias de cambios. Contestaron las encuestas 18 EAP, 81.8 % de los EAP participantes (56.25% de los EAP del área). El 40% opinaba que faltaba espacio en los ítem para poder registrar con claridad y valorar la evolución. La valoración social era considerada como buena en el 66.6% de las encuestas, apuntando como principales cambios la necesidad de ampliar la información recibida sobre el/la cuidadora, de su situación intelectual, física y emocional, así como la evolución de dicho cuidador en el proceso del paciente y posibilidad de claudicación. Se consideraba que el epígrafe de vivienda podía agruparse en habitable y no habitable, habitual y cambios de domicilio. El epígrafe de uso de tiempo libre era difícil de cumplimentar según el 20% de las encuestas. En el apartado de consejo e información, se consideró importante valorar la asimilación de dicho consejo por parte del paciente y/ cuidador en el 100% de las encuestas. Se preguntó asimismo, la posibilidad de unificar el registro del terminal e inmovilizado, el 50% opinaba que si y el 50% valoraba mejor que fuesen registros diferentes. El resto de cambios aportados, fueron matices individuales que cada equipo iba dando a los epígrafes.

Queda pendiente la elaboración de un diseño, con los conceptos aportados, para poder consensuarlo en el área. Dado que existe un proyecto de informatización del área, estamos esperando la posibilidad de adaptación de este registro en el OMI. Así mismo, falta por solucionar, la metodología que se va a emplear para poder dejar la información en el domicilio y que además pueda estar en el centro para facilitar cualquier evaluación que se quiera realizar del registro de inmovilizados y/o terminales.

DOCUMENTO DE ASISTENCIA EN ATENCION PRIMARIA, FUENTE DE INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA ASISTENCIA Y LA COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES

COORDINADOR DEL PROYECTO: Carmen Quintana Velasco

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1- Asegurar la cumplimentación de los informes clínicos de urgencias.
- 2- Que el paciente y el profesional tengan constancia de la asistencia recibida.
- 3- Mejorar la comunicación entre profesionales al tener constancia, en sus pacientes, de los procesos atendidos en horario de Atención Continuada.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Reunión del EAP que aborda la determinación de causas que provocan la oportunidad de mejora mediante la técnica de lluvia de ideas, que posteriormente se estructura en forma de Diagrama de Ishikawa.
- Se establecen los criterios a evaluar (acompañados de sus aclaraciones y excepciones).
- Se analiza la situación de partida del problema, tomando como referencia el Libro de Registro de Atención Continuada para el año 2001. Se tomaron las demandas de asistencia entre 1 de Enero del 2001 hasta el 28 de Febrero de 2001, contabilizándose un total de 693 pacientes atendidos.
- Se realiza Muestreo aleatorio simple sin remplazo, siendo $N=693$ y $n=50$, para estudiar la cumplimentación correcta de los criterios establecidos.
- Aquí se interrumpe el estudio al no disponer del ordenador solicitado y aprobado, por problemas técnicos del mismo desde un inicio, no subsanados hasta la actualidad.