

MESA 10

COMUNICACIONES ORALES

SALA 115

20 DE JUNIO 16:30 HORAS

TITULO

La Formación y el Desarrollo Profesional Continuo, elementos estratégicos en la gestión del sector sanitario.

AUTORES Sese A, Monreal A, **Villa MT**, Pablo FJ, García Mata JR, Sanpedro A.

CENTRO DE TRABAJO Sector Zaragoza II. Comunidad Autónoma de Aragón.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Hospitales de Almería 2007.....

PALABRAS CLAVE (INDICAR COMO MÁXIMO TRES)

Formación. Desarrollo Profesional

OBJETIVO DEL TRABAJO

En nuestro Sector hemos abordado la creación de la **Unidad de Formación, Desarrollo Profesional e Innovación** como instrumento de gestión de la motivación profesional, coordinación asistencial y factor de innovación.

METODOLOGÍA EMPLEADA

La estructura del Sector Sanitario, nos ha permitido la creación de un ámbito de trabajo común, que posibilita la coordinación estructural y funcional.

Las líneas estratégicas de la **Unidad de Formación, Desarrollo Profesional e Innovación** son las siguientes:

1. Construcción de un **Pabellón Docente** con dotación de recursos físicos suficientes y adecuados.
2. Constitución de un **Equipo de Formación del Sector**, liderado por la Gerencia y el Coordinador de Formación.
3. Creación de una única **Comisión de Formación y Desarrollo Profesional**, con representación de todos los profesionales.
4. Establecimiento de una **Unidad Docente** adjunta a la Facultad de Medicina, para potenciar la formación Pregrado.
5. Puesta en marcha del **Programa de Competencias Comunes** para la formación transversal de los MIR.
6. Elaboración de **Planes integrales de Formación Continuada**, adecuados a las necesidades de la gestión clínica y elaborados de manera participativa.
7. Integración de la **Formación en Prevención de Riesgos Laborales**.
8. Establecimiento de un **Sistema informático virtual**, como instrumento de optimización de la formación.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Pabellón Docente casi terminado. Cuenta con aularios, salas informáticas, de reuniones, de simulaciones, polivalentes y biblioteca-hemeroteca.
- Constituidos el Equipo y la Comisión de Formación.
- Establecidos los objetivos estratégicos, con especial atención a la coordinación interniveles.
- Implantado un "Programa Practicum", coordinado con la Facultad de Medicina.
- En marcha el Programa de Competencias Comunes.
- Diseñado el Plan integral de Formación Continuada y Desarrollo Profesional 2007.

CONCLUSIONES

A la espera de poder realizar la evaluación de los objetivos previstos, la propuesta se conceptúa como un elemento clave para la mejora de la atención clínica, sin duda, meta de los Servicios de Salud.

TÍTULO "Implementación de Norma UNE-En ISO15189:2003 en un Servicio de Anatomía Patológica. Valoración crítica de Metodología y Resultados"

AUTORES Alvarez Alegret R., Gimenez Mas JA, Yus C, Hördnler C, Pascual M, Valero MI, De Miguel MC, Andrés P.

CENTRO DE TRABAJO Hospital Universitario Miguel Servet Sº de Anatomía Patológica

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: No

PALABRAS CLAVE Calidad, Norma ISO 15189:2003; Norma ISO 9001:2000, Anatomía Patológica. Laboratorio Clínico

OBJETIVO DEL TRABAJO

Valoración de la implementación de Norma UNE-EN ISO 15189:2003 en un Sº de Anatomía Patológica.

METODOLOGÍA EMPLEADA

1. Inicialmente se contó con una Beca de Proyectos de calidad en Salud de la DGA en 2002 "Implementación de Norma ISO 9001: 2000." en un Servicio de Anatomía Patológica". La aparición de La Norma ISO 15189:2003 recondujo la metodología para la posible acreditación y no sólo certificación en la renovación de 2003, 2004 y 2005.
2. Los avances en este sentido, por la presión asistencial, falta de cultura en Calidad, y de liderazgo en el Servicio, fueron escasos, y más de impregnación en la cultura de Calidad que en resultados reales de avance en la implementación de la Norma..
3. En junio de 2004 se cubre la plaza de Jefe de Servicio, y el Servicio se renueva en sus aspectos asistenciales, docentes, investigadores, Calidad y valoración hospitalaria.. Reflejo de ello es la creación de un Programa Continuo de Calidad, que engloba Líneas de Mejora y Puntos de Mejora, con cronograma real y evaluación periódica.
4. En noviembre de 2006, el SALUD promueve la acreditación de Laboratorios en la Comunidad en Norma ISO 15189:2003 a través de una empresa externa, que por el nº de laboratorios , tiempo propuesto (15 meses), y otros factores, ha resultado inviable en nuestro Servicio.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- 1) Creación de un ambiente de Cultura en Calidad a partir de la concesión de la Beca de Proyectos de Calidad en 2002, pese al carácter más teórico que práctico del Grupo de Calidad del Servicio por la situación del Servicio.
- 2) Éxito incontestable del Programa Continuo de Calidad del Servicio, que además, a diferencia de la Norma ISO 15189:2003, sí es reconocido por los estamentos del Servicio como un instrumento de trabajo y evaluación real y práctico.
- 3) Una de las Líneas de Mejora de este Programa Continuo de Calidad es la progresiva implementación de la Norma ISO 15189:2003 en el Servicio, de una forma real a tenor de las limitaciones en tiempo, personal y adaptación a la misma.
- 4) La propia Sociedad Española de Anatomía Patológica, a través de la fusión en este último Congreso (Tarragona, 16-19 Mayo 2007) de los Clubes de Gestión Clínica Aplicada y Calidad, ha mostrado su voluntad de discutir, valorar e intentar homogeneizar los sistemas de Control de Calidad, y en base a ello de certificación y acreditación de los Servicios de Anatomía Patológica de nuestro país, reconociendo las peculiaridades de nuestra especialidad respecto al resto de "Laboratorios Clínicos".
- 5) En este sentido, la mayor parte de los Servicios de Anatomía Patológica en nuestro país que ha optado por procesos de certificación/acreditación han iniciado la certificación por la Norma 9001:2000, sin reconvertirse a la Norma ISO 15189:2003. Las razones aducidas básicas son la menor exigencia de requisitos y la existencia de más de una empresa certificadora, mientras que en la Norma ISO 15189:2003 la acreditación depende exclusivamente de ENAC.

CONCLUSIONES

La implementación de la Norma ISO 15189:2003 en nuestro Servicio, por las características de la Norma y las peculiaridades de la especialidad de Anatomía Patológica, ha mostrado patentes dificultades de índole teórica y práctica.

Consideramos nuestro Programa Continuo de Calidad como proyecto útil y real, con la mentalidad de que para certificarse o acreditarse hay que trabajar bien, y no a la inversa.

La relativamente escasa impregnación en Norma ISO 15189:2003 en los servicios de Anatomía patológica (hasta ahora han iniciado o establecido tan sólo certificación por ISO 9001:2000), y la falta de homogeneidad en los programas de calidad de los distintos servicios ha hecho que nuestra Sociedad (SEAP) se movilice para crear o recomendar un sistema de acreditación homogéneo, real y realista.

TÍTULO "El control interno y externo de la calidad de las técnicas inmunohistoquímicas en relación con la Norma UNE-EN ISO 15189:2003"

AUTORES Alvarez Alegret R., Giménez Mas JA, Alfaro J, Ozón A, López P

CENTRO DE TRABAJO (NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD U HOSPITAL Y SERVICIO , ETC) Hospital Universitario Miguel Servet Sº de Anatomía Patológica

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso SEAP 2007 (Club Gestión Clínica Aplicada de la Sociedad Española de Anatomía Patológica)

PALABRAS CLAVE Calidad, Inmunohistoquímica, Norma ISO 15189:2003

OBJETIVO DEL TRABAJO

Valoración de los controles de Calidad en técnicas inmunohistoquímicas de nuestro Servicio, interno y externo (Programa GCP-SEAP, voluntario, dependiente de la Sociedad Española de Anatomía Patológica).
Correlación entre ambos controles de Calidad, y valoración crítica de correlaciones y divergencias.

METODOLOGÍA EMPLEADA

1. El control interno: Elaboración de un acta diaria que apoyada en una hoja de cálculo evalúa todas y cada una de las técnicas realizadas, bien sea sobre la preparación control, cuando existe, bien sobre uno o varios casos problema. El resultado se califica cuantificado de 1 a 5 puntos y se explica o matiza por medio de notas codificadas por letras. Una copia del acta diaria es colgada en un tablón de anuncios accesible, al tiempo que puede ser consultada junto a las de días anteriores a través de la Intranet del servicio. Las calificaciones diarias se computan automáticamente de forma que se obtiene una evaluación mensual que permite tomar medidas correctoras y evidenciar la eficacia de las tomadas en meses anteriores.
2. El control externo: Participación de nuestro laboratorio en el Programa de Control Externo de Calidad en Patología (CECP) de la SEAP, cuyas normas y condiciones de participación son conocidas. Ello nos aporta la ventaja de comparar nuestras técnicas con otros laboratorios y optimizarlas.
3. Correlación control interno (CECP) / control externo (CICP), año 2006: El objetivo debe ser la máxima coincidencia. Sin embargo, la evaluación externa (CECP) ha sido casi siempre más baja que la interna (CICP), hecho que nos ha llevado a agudizar nuestro sentido autocrítico y a incrementar nuestra autoexigencia.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Hemos clasificado los resultados obtenidos en cuatro tipos:

1. Evaluaciones externas positivas, que aunque inferiores a las internas, aportan seguridad y oportunidades de mejora.
2. Evaluaciones externas negativas que se contradicen con la evaluaciones internas positivas. Aunque son difíciles de aceptar, y a veces nos resultan inaceptables, constituyen también oportunidades de mejora ya que obligan a una revisión en profundidad de nuestro trabajo.
3. Evaluaciones externas positivas en la preparación que propone CECP e inferiores o insuficientes en las preparaciones locales. Avala que la técnica IHQ es correcta pero se cuestiona el proceso interno de fijación y tratamiento tisular anterior a la técnica IHQ. Constituye una oportunidad de mejora que ha de llevar a revisar nuestros procesos.
4. Evaluaciones externas positivas en la preparación local e inferiores o insuficientes en la preparación propuesta por CECP. Este resultado, que se ha dado con frecuencia, confirma, al igual que el resultado anterior, que la técnica IHQ se realiza correctamente pero es desconcertante ya que de él no pueden obtenerse oportunidades de mejora, sobre todo cuando en un mismo laboratorio se obtienen resultados tipo 3 y 4 (es nuestro caso) que son contradictorios pues los procesos de fijación y tratamiento tisular previo a la técnica IHQ son procesos comunes estandarizados para la mayor parte de las muestras de un mismo laboratorio.

CONCLUSIONES

Tanto la evaluación externa como interna de la calidad de las técnicas IHQ constituyen una herramienta eficaz de mejora. La integración de ambas en la Norma UNE-EN ISO 15189:2003 hace necesario que se extienda al máximo la comprensión y coherencia de los resultados de la evaluación externa para que hacia ella pueda converger la evaluación interna.

TITULO: Club de Benchmarking de emergencias extrahospitalarias

AUTORES: Cano del Pozo MI; Domínguez Plo E, Castán Ruíz S.

CENTRO DE TRABAJO: 061 ARAGÓN

TIPO DE COMUNICACIÓN x **Oral** Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE : benchmarking, calidad

OBJETIVO DEL TRABAJO: Obtener indicadores que permitan establecer estándares de comparación entre organizaciones similares, avanzando en la consecución de resultados cada vez mejores.

METODOLOGÍA EMPLEADA:
A principios de 2006 se constituyó un grupo de trabajo integrado por miembros de servicios de emergencias extrahospitalarios de 11 comunidades autónomas. El 061 ARAGÓN lideró la creación y constitución del grupo, encargando el mantenimiento y gestión de las reuniones, así como la explotación e integración de los resultados y conclusiones obtenidos en las mismas a una empresa externa con experiencia en este campo.
En la primera reunión se utilizaron técnicas de detección de necesidades y de priorización para centrar cuál iba a ser el ámbito de trabajo del *Club de Benchmarking de emergencias médicas*, y en las 2 siguientes reuniones técnicas de análisis causal para analizar las razones de las diferencias y los resultados que se iban presentando.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO:
Durante el año 2006 se celebraron un total de 3 reuniones del Club, 1 en Zaragoza, otra en Málaga y otra en Barcelona. El % de participación en las mismas fue del 100% de los miembros, integrados tanto por representantes de las áreas de dirección, como de gestión y responsables de sistemas de información.
En la primera reunión se expusieron las carteras de servicio de los diferentes centros de emergencias extrahospitalarios, y se identificaron los puntos prioritarios en los que se consideró necesario establecer indicadores de comparación.
En las siguientes reuniones se presentaron resultados comparativos de actividad de unidades de soporte vital avanzado y de soporte vital básico y se definió un CMBD de emergencias extrahospitalarias.

CONCLUSIONES:

- El grado de convocatoria ha sido un éxito, con la participación de 11 de las 17 comunidades autónomas y la incorporación de alguna más a lo largo de este año.
- Se han alcanzado los objetivos planteados en la primera reunión con la identificación de un conjunto mínimo de datos básicos que sirva como lenguaje común para establecer comparaciones entre servicios similares.
- El establecimiento de este grupo de trabajo ha permitido sentar las bases para la definición y monitorización de una serie de indicadores comunes que, sin ánimo de servir de competencia, permiten identificar áreas de mejora tanto en la planificación como en la gestión de los servicios de emergencias extrahospitalarios.

TITULO: FORMACIÓN PARA LA DOCENCIA

AUTORES: Cano del Pozo MI; Castillo Amores AB, Castán Ruiz S.

CENTRO DE TRABAJO: 061 ARAGÓN

TIPO DE COMUNICACIÓN x **Oral** Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE : docencia, habilidad, aptitud, comunicación

OBJETIVO DEL TRABAJO:
Definir y aplicar una herramienta que permita la selección y evaluación continuada de los miembros del grupo docente del 061 ARAGÓN que imparten formación, tanto a nivel interno como externo.

METODOLOGÍA EMPLEADA: Para la selección de los miembros del grupo docente se definió una herramienta integrada por las siguientes pruebas:

1. Valoración de curriculum mediante baremo. Se valoraban:
Conocimientos en la materia, experiencia docente, experiencia investigadora.
2. Evaluación de habilidades y aptitudes (capacidad de comunicación, empatía, flexibilidad, creatividad, resolución de conflictos, motivación) mediante:
 - Presentación oral de un tema libre durante 10 minutos.
 - Entrevista personal.

Para cada una de las pruebas se exigió una puntuación mínima.
La prueba fue diseñada desde el Dpto. de Formación y aprobada por la Comisión de Docencia y la Dirección del 061 ARAGÓN. Asimismo ambas participaron en la definición de los objetivos, contenidos y estrategia docente del grupo.
También se ha convocado un curso de Formación de formadores, organizado por el Instituto de Ciencias de la Salud en colaboración con el 061 ARAGÓN, dirigido a la mejora de habilidades docentes.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO: Los criterios de selección y evaluación continuada se definieron y aprobaron durante el mes de marzo. En el mes de abril se lanzó la convocatoria, presentándose 36 solicitudes para un total de 20 plazas. El % de participación ha sido de un 18%, sobre el total de profesionales a los que iba dirigida la convocatoria.
La fase de baremo ha sido superada por 21 personas, decidiendo el tribunal evaluador que esta prueba no fuera excluyente y que todos los candidatos realizaran las dos pruebas siguientes, con el objetivo de tener más información que permitiera una mejor discriminación.
Actualmente aún no se ha completado el proceso de evaluación, habiéndose realizado la prueba oral y la entrevista al 50% de los candidatos.
El curso de Formación de formadores se está realizando actualmente y en él participan más del 80% de los candidatos presentados a la convocatoria.

CONCLUSIONES:

- En las pruebas realizadas hasta la fecha se detecta un alto grado de interés y de motivación por parte de los participantes.
- La herramienta definida permitirá no sólo la selección, sino también la evaluación continuada de los miembros del grupo docente, estableciéndose criterios mínimos de calidad en cada una de las fases que determinen su permanencia o renovación.

TITULO

IMPACTO OBSERVADO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UNA UCI DE TRAUMATOLOGÍA

AUTORES

Casalduero Viu J*, Tejada Artigas A*, García Erce JA**, Utande Vázquez A*, García Mangas P*, Tirado Inglés G*

CENTRO DE TRABAJO

*Servicio de Medicina Intensiva del H. U. Miguel Servet.

**Banco de Sangre. Servicio de Hematología y Hemoterapia del H. U. Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: ...NO.....

PALABRAS CLAVE Protocolo Transfusional, ahorro de sangre, paciente crítico

OBJETIVO DEL TRABAJO

Valorar la eficacia de un protocolo transfusional en reducir el volumen transfusional individual y el número total de bolsas transfundidas al enfermo crítico neuro-traumatológico sin aumentar las tasas de mortalidad, infección o estancia media.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Tras la implantación de un protocolo para el manejo del sangrado masivo y para el manejo posterior de la anemia propia del enfermo crítico mediante alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica (TSA). Hemos comparado lo observado en el año 2007 con lo sucedido en los tres años previos.. Hemos valorado la variación observada en el uso de hemoderivados, y por otro lado la casuística de los enfermos atendidos en una UCI-Traumatológica, la estancia media, mortalidad. En un segundo tiempo se determinará la gravedad mediante la escala APACHE II y la tasa de infección nosocomial.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Sin observar diferencias significativas en cuanto a número de ingresos, edad media, estancia ni mortalidad si que se comprobó un evidente descenso en el número de hemoderivados empleados en los mismos periodos de tres años consecutivos tras la aplicación de este protocolo.

En el año 2005, se transfundieron en tres meses 279 bolsas de hemoderivados (171 Concentrados de Hematíes (CH)). En el años 2006, realizándose una observación prospectiva del manejo de hemoderivados, sin intervención alguna, la cifra desciende hasta las 175 bolsas (117 CH).

Una vez aplicado el protocolo, en los meses del 2007 observamos que las cifras se sitúan en 112 bolsas con tan solo 76 CH transfundidos.

CONCLUSIONES

La protocolización en si supone ya casi invariablemente una mejora en los procedimientos.

En nuestro caso:

Sin aumentar la estancia media ni la mortalidad se ha conseguido reducir de forma significativa el volumen total de sangre transfundida. Pero ya la simple observación de nuestro comportamiento realizada en año 2006 ya supuso un descenso llamativo.

La aplicación de protocolos para normalizar la práctica clínica es fundamental, mejorando la atención a los enfermos y evitando actuaciones innecesarias que pueden suponer no solo un gasto innecesario y excesivo sino también un daño para el paciente. Si esto es así para el empleo de fármacos u otros recursos, aun lo es más para bienes tan "valiosos" como los hemoderivados.

TITULO

La colocación de Marcapasos Transitorios como parte de la Cartera de Servicios de una Unidad de Medicina Intensiva

AUTORES

Lombarte E, Sancho I, Valero R, García-Mangas P, Gurpegui M, Lafuente M

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN

◆ Oral □ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XLII Congreso Nacional SEMICYUC, Madrid, Junio 2007

PALABRAS CLAVE

Marcapasos transitorio. Cartera de Servicios.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Analizar la sobrecarga de trabajo que representa para nuestro servicio la colocación de marcapasos transitorios

METODOLOGÍA EMPLEADA

Recogida de casos de colocación de marcapasos transitorios colocados en nuestra unidad durante el año 2006, análisis de la duración del proceso y del turno en el que se colocan.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Durante el año 2006 se colocaron 84 marcapasos transitorios, con una duración media de 80 minutos (rango de 30-210 minutos). El 83% se colocaron en el turno del médico de guardia.

La mayoría de los pacientes provenían del Servicio de Urgencias (65%) y de Cardiología (25%), y sólo el 24% de todos ellos precisó ingreso en nuestra unidad, el resto volvieron al Servicio de procedencia.

CONCLUSIONES

La colocación de Marcapasos Transitorios es una parte indiscutible de la Cartera de Servicios de cualquier Unidad de Cuidados Intensivos. Representa una sobrecarga de trabajo importante, tanto por su número, como por su laboriosidad y urgencia de su colocación, y que en la mayoría de los casos recae sobre el Médico Intensivista de guardia.

A pesar de esto, la gran parte de los enfermos no ingresa en nuestras unidades, y no queda reconocido como un trabajo realizado a efectos administrativos y de productividad.