

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

MESA 12

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

Carmen Sahún Obis

Coordinadora de Calidad de Enfermería del Hospital de Barbastro

SALA 105

10 de JUNIO 16:00 horas

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **262**

TÍTULO. ORTOGERIATRÍA EN EL SECTOR ZARAGOZA I. ORGANIZACIÓN Y PRIMEROS PASOS

Autores: MESA LAMPRE MP, CANALES V, VIAL R., USIETO T., ARRANZ M.

MESA LAMPRE MARIA PILAR . HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA . GERIATRIA (pmesa@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Describir el proceso de formación y puesta en marcha de una unidad ortogeriátrica en el sector Zaragoza I, basada en la actuación interdisciplinar de geriatras, traumatólogos y rehabilitadores sobre pacientes ancianos con fractura de fémur proximal. Los objetivos propuestos para la nueva unidad son mejorar resultados funcionales, detectar nuevos problemas, aplicar medidas de prevención secundaria y terciaria, disminuir costes y gestionar de modo más eficiente las camas quirúrgicas

MÉTODO. 1. Elaboración de protocolo específico de fractura de cadera en paciente anciano para el sector I por el traumatólogo y el geriatra. 2. Presentación y aceptación de Direcciones (HRV y HRNSG) y Gerencia del sector 3. Cálculo de camas según previsión de fracturas en el sector. 4. Sesiones formativas al personal 5. Solicitud de material auxiliar necesario 6. Creación de base de datos con el fin de analizar resultados

RESULTADOS. Inicio de actividad 2/2/09 con 5 camas en HRNSG, ampliadas a las inicialmente previstas (8) en marzo, fecha en que enfermería se incorpora al pase de visita semanal. En abril se incorpora a la unidad un rehabilitador y se detectan desajustes entre oferta y demanda de camas (ocupación de las mismas o demora de traslado por inestabilidad clínica). En enero de 2010 se incorpora a la visita conjunta la trabajadora social. Durante el primer año se han detectado diversos problemas de los que el más grave y preocupante (parálisis ciaticopopliteo externo) mereció investigación hasta su detección y desaparición. El frecuente cambio de personal ha dificultado una formación continuada del mismo y ha provocado algunos desajustes. Se continúa con limitaciones en la disponibilidad de algunas ayudas técnicas. En el primer año de funcionamiento se han producido 134 fracturas de fémur en el sector, de las que 105 han sido atendidas en la Unidad. Se han conseguido los objetivos previstos en mortalidad, prevención de TVP y demora quirúrgica; pero no se han alcanzado en estancias tanto parciales como totales y complicaciones infecciosas

CONCLUSIONES. 1. El trabajo interdisciplinar permite la detección rápida de problemas, su investigación y la puesta en marcha de soluciones
2. A pesar de la buena previsión de camas resulta imposible actuar sobre la irregularidad de la presentación de casos.
3. Con la actual separación física entre los servicios de traumatología y geriatría, resulta imposible la valoración y estabilización preoperatoria del anciano fracturado por parte de los geriatras

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **333**

TÍTULO. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL NIÑO ASMÁTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: ORTILLES GARCIA M, SORIA-CABEZA G, SORIA-RUIZ D, ALVAREZ B, JIMENEZ A, JASO M, CANCER E

ORTILLES GARCIA MARTA . CS TORRE RAMONA . PEDIATRIA (mvertilles@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. JUSTIFICACIÓN: En el Centro de Salud llevamos 4 años trabajando en líneas de mejora de atención a niños asmáticos. La publicación de las Normas de Buena Práctica Clínica (NBPC) del Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria en Febrero de 2010, nos impulsó a conocer cómo están atendidos y la calidad de los Registros de Asma de OMI de nuestros niños para introducir nuevas Propuestas de Mejora. **OBJETIVOS:** General: Mejorar la calidad de la atención de los niños y Adolescentes incluidos en el programa de Asma en un CS urbano.

Específicos: Elaborar indicadores de la Calidad de atención al niño asmático. Auditar la calidad de la atención a los niños asmáticos

MÉTODO. MATERIAL Y METODOS

En mayo del 2010 hay incluidos en el programa de Atención al niño asmático en el centro de Salud: 166 niños., se han seleccionado aleatoriamente uno de cada 4 , total 43 historias. En los registros de la historia de OMI AP y en los de la historia de papel hemos recogido los datos de los 7 indicadores de las NBPC: 1. Registro de clasificación de la gravedad del asma Y/o grado de control, al diagnóstico y anual . 2. Estudio de la función respiratoria FEV y/o FEM, al diagnóstico y anual. 3. Estudio de la sensibilización alérgica:al diagnóstico o en revisiones. 4. Medidas de control ambiental: anual al menos. 5.Revisión del tratamiento farmacológico: al inicio y en revisiones. 6.Revisión de la técnica de inhalación: al inicio de tto y anual. 7. Educación terapéutica y plan de acción

RESULTADOS. RESULTADOS Prevalencia:en menores de 15 años :5%.Se ha elaborado un indicador para evaluar cada una de las normas de buena práctica clínica. El 79% tiene registro de la clasificación de la gravedad de asma al diagnóstico y el 63% revisión anual. Estudio de función respiratoria: Al diagnóstico 41% de mayores de 6 años y colaboradores el 44% de ellos anual. Medidas de control ambiental anual:72%. Revisión de tto farmacológico:67% al inicio y 77% anual. Revisión de técnica de inhalación al inicio 49%, y anual 74%. Al diagnostico en un 56% se realiza educación terapéutica y entrega de un plan escrito de tratamiento y anualmente en un 72%

CONCLUSIONES. CONCLUSIONES: Probablemente hay Registros de Espirometrías en la historia clínica de papel sin registrar en OMI. Hay que mejorar la calidad de los Registros y el número de Espirometrías que se hacen. La Revisión del Tratamiento farmacológico, de nivel de evidencia A tiene que mejorar, así como la de la técnica de inhalación. Nuestra prevalencia de Asma es inferior a la de la GEMA 2009 y nos faltan análisis por grupos de edad.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **233**

TÍTULO. DAR A CONOCER LA DISFAGIA

Autores: PARDO DIEZ MJ, BOLINAGA MORAL MI, ALFONSO CORTES MI

PARDO DIEZ MARIA JESUS . HOSPITAL ROYO VILLANOVA . VALORACION SOCIO-SANITARIA (mjpardod@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. La disfagia o dificultad para tragar es un síntoma al que no siempre se le otorga la importancia debida, si tenemos en cuenta que la deglución es una de las funciones básicas del organismo y que necesitamos nutrinos para vivir.

Justificación.

La importancia del estudio y del tratamiento de la disfagia radica en sus complicaciones (desnutrición, deshidratación y neumonía aspirativa) y en su alta prevalencia, en mayores de 65 años va del 7 al 22% y en pacientes institucionalizados del 66-68%, llegando al 30-33% en ancianos ingresados por patologías agudas. En más del 40% de los casos de disfagia, ésta es asintomática o silente, pudiendo no ser detectada.

El objetivo es informar y formar en el manejo y medidas paliativas para el control de la disfagia a fin de conservar y mantener una deglución eficaz y segura, así como una correcta alimentación.

MÉTODO. Elaboración de materiales de difusión para dar a conocer la disfagia, y talleres basados en tres pilares fundamentales: texturas, ejercicios y posturas

- Póster Conocer la Disfagia
- Díptico Recomendaciones en la Disfagia
- Talleres "Conocer la Disfagia" teórico practico
- * Teoría y realización de prácticas: maniobras, ejercicios y posturas
- * Teoría y realización de prácticas: consistencias, texturas y espesantes

RESULTADOS.- Póster Conocer la Disfagia. Colocación de 25, en diferentes niveles asistenciales: Atención Especializada AE y Atención Primaria AP

- Dípticos Recomendaciones en la Disfagia. Distribución de 1000, a personas con sospecha de disfagia y/o a sus cuidadores en ambos niveles asistenciales
- Talleres: 7 en AE (Profesionales Sanitarios) y 3 en AP (1 Profesionales Sanitarios, 1 Centro de Asistencia a Minusválidos Psíquicos (CAMP) y 1 cuidadores formales de residencias y/o familiares)
- * Asistencia: AE: 20 DUE (18,34%) y 31 Aux. Enfermería (26,72%). AP: C. Salud: 9 DUE (7.6 2%), Cuidadores de residencias y/o familiares: 25, CAMP: 21
- * Valoración mediante encuesta de satisfacción de los asistentes es de 8.54

CONCLUSIONES. La información proporcionada a cuidadores y personal sanitario les ayuda a reconocer las dificultades en la deglución (tos, babeo...) y a adaptar la alimentación, para facilitar un adecuado aporte nutricional y una deglución segura.

Es fundamental la prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la disfagia, en ambos niveles asistenciales, con equipos multidisciplinares.

Los participantes han valorado la formación recibida de gran utilidad en el desarrollo de su actividad.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **328**

TÍTULO. CAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA (GEP) EN DOMICILIO

Autores: RUIZ BUENO MP, VILLARES RI, MENESES BERNAD G, LORES MERINO C, GONZALEZ BARRIO I, DUCONS GARCIA J, RAMIRO MARIN MP

RUIZ BUENO M PILAR . CS UNIVERSITAS . ESAD ZARAGOZA 3 (pruibueno@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. 1. DISMINUIR EN PACIENTES FRÁGILES CON PATOLOGÍAS QUE CURSAN CON GRAN DETERIORO DEL ESTADO GENERAL, (TUMORES, ELA, ALZHEIMER...) EL SUFRIMIENTO QUE CONLLEVA EL CAMBIO DE GEP.

2. MEJORAR EL CONFORT Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO DETERIORADO Y SU FAMILIA.

MÉTODO. 1. APRENDER LA TÉCNICA DE CAMBIO DE GEP EN SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS DEL HCU.

2. REALIZAR DURANTE UN AÑO LOS CAMBIOS DE FORMA PROGRAMADA EN EL DOMICILIO, EVITANDO QUE EL ENFERMO TENGA QUE TRASLADARSE EN AMBULANCIA AL HCU.

RESULTADOS. 1. EN 13 MESES EL NÚMERO DE PACIENTES SUCEPTIBLES DE CAMBIO GEP HA SIDO DE 30.

2. SE HAN REALIZADO 58 CAMBIOS PROGRAMADOS DE GEP EN DOMICILIO.

3. EL RECAMBIO SE REALIZA ACTUALMENTE CADA 3 MESES

4. SÓLO EN TRES OCASIONES SE HA REMITIDO AL PACIENTE AL HCU.

5. EL 56% DE LAS PERSONAS (17) ERAN DE ZARAGOZA Y EL 39.3% (13), PERTENECÍAN AL ÁMBITO RURAL.

6. EL NÚMERO DE HORAS DE AYUNO EVITADAS AL ENFERMO HA SIDO DE 6-8 H (CUANDO ACUDEN AL HCU PERMANECEN UNAS 18 HORAS DE AYUNO)

7. SE HAN AHORRADO UN TOTAL DE 3.040 KM EN AMBULANCIA EN LA ZONA RURAL.

8. A CADA PACIENTE DE LA ZONA RURAL SE LE HAN EVITADO 116,9 KM. COMO MEDIA Y EN LA ZONA URBANA 32 KM.

9. LA SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS HA SIDO MUY ALTA, HAN VALORADO SOBRETUDO , QUE DICHA MANIOBRA REALIZADA EN EL DOMICILIO, NO AUMENTA EL GRADO DE ANSIEDAD NI ALTERA EL COMPORTAMIENTO DEL FAMILIAR ENFERMO

10. EL TRASLADO SUELE CAUSAR ANSIEDAD, AGITACIÓN Y ESTRESS EN ESTAS PERSONAS CON PATOLOGÍAS TAN DETERIORANTES Y EN MUCHAS OCASIONES CON GRAN DIFICULTAD DE COMPRENSIÓN Y ADAPATACIÓN A LAS ALTERACIONES DE LA RUTINA DIARIA,

11. TODAS LAS FAMILIAS HAN PREFERIDO REPETIR EL CAMBIO EN DOMICILIO QUE TRASLADARSE AL HCU.

12. NO HEMOS PODIDO ATENDER LAS URGENCIAS SURGIDAS EN ESTE PERIODO, POR LO QUE HAN TENIDO QUE ACUDIR AL HCU, DONDE PERMANECEN HASTA QUE SON ATENDIDOS POR ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS, EN HORARIO DE MAÑANAS.

13. EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL ESAD ES ALTO

CONCLUSIONES. 1. EL AUMENTO DEL CONFORT Y CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO Y SU FAMILIA, EL AHORRO ECONÓMICO Y LA SENCILLEZ DE LA TÉCNICA HACEN QUE SEA MUY IMPORTANTE QUE SE PUEDA GARANTIZAR LOS RECAMBIOS DE GEP, EN LOS DOMICILIOS DE LOS ENFERMOS.

2. NOS SUPONE UN INCREMENTO EN NUESTRO TRABAJO, QUE PUEDE INTERFERIR EN NUESTRA ACTIVIDAD DIARIA.

3. ESTAMOS DISPUESTOS COLABORAR EN LA FORMACIÓN DE LOS EAPS, QUE QUIERAN CONOCER LA TÉCNICA E IR ASUMIÉNDOLA.

4. ES DESEABLE QUE EL HCU, PUDIERA SOLUCIONAR LAS URGENCIAS SURGIDAS DE FORMA ÁGIL EVITANDO ESTANCIAS HOSPITALARIAS INNECESARIAS

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **322**

TÍTULO. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: SAENZ LAFUENTE L, MANERO ELORZA H, SUAREZ BONEL MP, SARTOLO ROMEO MT, MURILLO DIAZ DE CERIO I, OLIVEROS GONZALVO P, CALVO SANCHEZ B, ANTOÑANZAS LOMBARTE A

SAENZ LAFUENTE LAURA . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . ATENCION PRIMARIA (aantonanzas@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (PA) durante 24 horas (MAPA) se correlaciona mejor con la lesión orgánica relacionada con la hipertensión arterial (HTA) que la medición con tomas de PA aisladas en la consulta, predice mejor el riesgo cardiovascular y mide con más exactitud el grado de reducción de la PA debida al tratamiento, minimizando el efecto de bata blanca que se manifiesta en las tomas aisladas. Resulta muy útil en el diagnóstico de HTA y nos da información relativa a los perfiles de PA diurna y nocturna. Con el presente estudio pretendemos describir los resultados de la aplicación de la MAPA durante el año 2009 en nuestro centro de salud, así como conocer la utilidad de este medio diagnóstico para la toma de decisiones clínicas en el abordaje de la HTA, tanto en el diagnóstico de inicio, como en el seguimiento del paciente hipertenso sometido a tratamiento farmacológico.

MÉTODO. En el centro de salud Delicias Sur, durante el año 2009 se han realizado un total de 100 mediciones de MAPA de 24 horas, con un monitor validado. Para el presente estudio se ha extraído una muestra aleatoria de 50 mediciones de MAPA. Se trata de pacientes con sospecha de HTA ó con HTA en tratamiento con inadecuado control en las tomas de PA en la consulta. Se han registrado las medias de presión durante los períodos diurno, nocturno y de 24 horas y se han definido los perfiles circadianos en función del descenso nocturno de presión sistólica: dipper (>10%), no dipper (<10%). Se ha analizado el tratamiento farmacológico de los pacientes, antes y después de la MAPA.

RESULTADOS. Hemos encontrado que un 66,6% de los pacientes en fase diagnóstica de HTA presentaban cifras elevadas en la consulta y normales en la MAPA (HTA de "bata blanca"). De los pacientes hipertensos teóricamente mal controlados en las tomas de PA en la consulta, el 56,5% dieron resultados de buen control en la MAPA. El perfil no dipper estaba presente en el 78% de los pacientes hipertensos, sumando los ya conocidos y los de nuevo diagnóstico. Después de la MAPA, en el grupo de hipertensos, se mantuvo el tratamiento farmacológico sin cambios en el 52,1 % de los pacientes; se añadió un nuevo fármaco o se subió dosis en el 21,7 % , se modificó la pauta horaria –cronoterapia- en el 13 % de los pacientes y se retiró algún fármaco o se disminuyó dosis en el 13%.

CONCLUSIONES. La MAPA ha resultado una prueba de gran ayuda en el diagnóstico correcto de los pacientes hipertensos y en el seguimiento de los HTA en tratamiento farmacológico. La MAPA ha evitado la introducción de tratamiento farmacológico o la adición de nuevos fármacos en más de la mitad de los pacientes estudiados, con importantes repercusiones tanto en la prevención de efectos adversos, como en los costes para el sistema sanitario.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **149**

TÍTULO. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: SOLER GINER E, VILLAR I, IZUEL M, SERRANO N, VARELA I, REAL JM, ABAD R, RABANAQUE MJ

SOLER GINER ELISA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (esolergj@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Se pretendía valorar la calidad de la historia farmacoterapéutica domiciliaria realizada a la llegada al servicio de Urgencias en pacientes que ingresan en Medicina Interna

MÉTODO. Realizado en un Servicio de Farmacia (SF) de un hospital de tercer nivel, por farmacéuticos de hospital y farmacéuticos de enlace. Se recogieron los pacientes ingresados en Medicina Interna desde urgencias en el periodo 15 de Abril a 15 de Mayo de 2009. Se valoró la calidad de la información recogida en la historia clínica de urgencias (HCU) en pacientes que ingresan. Se recogió información acerca de la medicación domiciliaria reflejada en la HCU valorando la concordancia con la historia farmacoterapéutica elaborada por el farmacéutico en la que se obtenía la información de la historia clínica, las recetas facturadas para el paciente a cargo del sistema aragonés de salud en los 6 meses previos al ingreso, los informes de alta de ingresos en los 6 meses anteriores y las dispensaciones desde el Área de Pacientes externos del SF. Se excluyeron los pacientes sin número de Tarjeta de identificación sanitaria. Se recogieron las discrepancias encontradas (cualquier diferencia encontrada entre la medicación domiciliaria y la medicación instaurada en la unidad de hospitalización). Tras la recogida de información acerca de las discrepancias encontradas en la conciliación de la medicación se evaluarán los fármacos y grupos terapéuticos más frecuentemente implicados

RESULTADOS. Se valoraron 78 ingresos. Se excluyeron 16 pacientes. Tras la elaboración de la historia farmacoterapéutica completa se encontró que el tratamiento domiciliario de los pacientes lo componían 433 medicamentos, y se hallaron 202 discrepancias: 38 medicamentos no recogidos en la HCU, que constituían parte de la farmacoterapia habitual de los pacientes (14% de la terapia habitual domiciliaria no recogida), faltaba la dosis en 61 medicamentos (30.2%) y la pauta en 98 (48.5%) de los medicamentos recogidos en la HCU, además se detectaron 5 discrepancias más, principalmente debidas al registro de dosis incorrectas (4) y de medicamentos que ya no tomaba el paciente (1). Los grupos ATC más frecuentemente implicados en las discrepancias fueron: N (32.5%), A (28.6%), C (15.8%) y R (7.4%)

CONCLUSIONES. En los pacientes valorados se detectan oportunidades de mejora en la calidad de la historia farmacoterapéutica recogida en la HCU. No se ha valorado la relevancia que las discrepancias no resueltas podrían haber tenido en la salud de los pacientes, lo que debería ser tenido en cuenta en futuros estudios

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **182**

TÍTULO. ELABORACIÓN DE UN BAREMO PARA EL PRÉSTAMO DE SOBRECOLCHONES ANTIESCARAS. RESULTADOS DE SU IMPLANTACIÓN

Autores: TABUENCA ESPADA MP, FENERO-ALLUE B, GARCIA-RUBIO L

TABUENCA ESPADA MARIA PILAR . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . ENFERMERA DE ENLACE DE SECTOR (mptabuenca@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. En Atención Primaria del Sector Zaragoza-II se adquirieron en 2005 sobrecolchones antiescaras para prestar a pacientes domiciliarios encamados, no residenciados, que reunieran criterios de inclusión en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes (PAECD): diagnóstico médico y puntuación de Barthel. La gestión de este préstamo recayó en la enfermera de enlace del Sector.

Cuatro años después, los 166 sobrecolchones en depósito no podían seguir cubriendo la demanda y no había posibilidad de incrementar la partida. No tenía sentido seguir entregándolos según fecha de la solicitud: era preciso establecer unos criterios clínicos que marcaran prioridades

MÉTODO. El sobrecolchón sirve para frenar la aparición de úlceras por presión (UPP) y mejorar la evolución y pronóstico de las ya existentes; se apuesta por priorizar su papel preventivo en enfermos con alto riesgo de UPP (escala de Norton) y algunos problemas de salud que influyen en la aparición, evolución y pronóstico de las UPP (diabetes, insuficiencia vascular periférica y estado nutricional).

También se valora mediante el test de Barthel la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria –ABVD-, la presencia y grado de UPP y las características del cuidador principal.

Cada ítem tiene diferente peso en el conjunto y la puntuación resultante establece el orden de asignación del recurso.

Métodos de detección y priorización:

- * Escalas de valoración enfermera.
- * Datos sociosanitarios del paciente y su entorno.
- * Diagnósticos enfermeros y/o médicos

RESULTADOS. Entre 27/02/2009 y 18/05/2010 se han gestionado con este método las 139 solicitudes recibidas. A 18/05/2010 hay 2 pacientes en lista de espera

CONCLUSIONES. Utilidad del sobrecolchón:

- * Prevención de UPP mediante uso de superficies especiales de manejo de presiones (SEMP).
- * Mejoría de las UPP ya establecidas, coadyuvando al tratamiento y cuidados domiciliarios de enfermería.
- * Disminución del disconfort del paciente encamado.
- * Ayuda al cuidador.

Utilidad del baremo:

- * Su aplicación evita el riesgo de valoración doblemente subjetiva, de la enfermera peticionaria y de la EES-2 gestora del préstamo que reenvía cada sobrecolchón devuelto a un paciente de la lista de espera, al aplicar unos criterios exentos de subjetividad, en los que prima la efectividad del recurso.

La aplicación del baremo para el préstamo de los sobrecolchones ha permitido atender en primer lugar los casos que reúnen criterios más objetivos de necesidad sin modificar el número de pacientes en lista de espera