

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

MESA 15

Comunicaciones de tipo PÓSTER

Moderador/a:

Fernando Ramos D´Angelo

Coordinador de Calidad del Hospital Royo Villanova

SALA 108

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: **PÓSTER**

Nº Reg. **305**

TÍTULO. HUMANIZACION DE LAS CESAREAS. SITUACIÓN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores: DEFIOR SANTAMARIA S, LALAGUNA MALLADA P, BUSTILLO ALONSO M, CALVO AGUILAR MJ, LUMBIERRES SUBIAS C, MINGUEZ SORIO J

DEFIOR.SANTAMARIA.SARA . HOSPITAL DE BARBASTRO . MATERNO-INFANTIL (sdefior@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Conocer el “grado de humanización” de la atención a la mujer en la cesárea. Valorar la satisfacción de las madres y padres, así como proponer puntos de mejora.

MÉTODO. Estudio descriptivo retrospectivo mediante encuesta telefónica a las mujeres a las que se les practicó una cesárea entre los meses de junio y noviembre del 2008. Se recogieron datos sobre la realización del contacto precoz piel con piel en quirófano y sala de reanimación, los minutos transcurridos hasta la primera toma de lactancia y el tipo de lactancia al alta. También valoración de la experiencia vivida por parte de las madres y sugerencias de mejora.

RESULTADOS. De los 317 nacimientos en ese periodo, 69 fueron por cesárea (21,7%). De estas el 21% fueron con anestesia general o epidural con sedación final y el otro 79% con epidural. De este último grupo el 78% hizo piel con piel en quirófano, un 20,6% practicaron piel con piel en sala de reanimación, y un 76% hizo piel con piel con el padre en planta de maternidad. El tiempo medio de primera toma de lactancia fue de 138 ± 65 minutos. El porcentaje de lactancia materna exclusiva al alta fue un 69,84%, un 19 % tomaron lactancia materna con alguna toma de leche artificial y un 11,11 lactancia artificial. Todas las madres que realizaron contacto piel con piel lo valoraron como una experiencia muy positiva, así como los padres que expresaron su satisfacción por sentirse partícipes. La valoración media fue de 4, 5 sobre 5.

CONCLUSIONES. ? En la mayoría de cesáreas es posible realizar contacto precoz piel con piel madre- recién nacido en quirófano. Es necesaria la formación y motivación de todos los servicios. En nuestro hospital se ha llevado a cabo un gran cambio en la atención a la madres y los recién nacidos disminuyendo el ingreso de los niños en la unidad neonatal.
? El inicio de la lactancia sigue siendo tardío por lo que debemos poner los medios para acortar este tiempo.
? El establecimiento de estas prácticas favorece el éxito de la lactancia materna y aumenta el grado de satisfacción de los padres.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **92**

TÍTULO. DETERIORO FUNCIONAL TRAS LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

Autores: REVILLO PINILLA MP, REVILLO PINILLA P, PEÑA LEON I, ÁLVAREZ CASANOVAS G, FUENTES SOLSONA F

REVILLO PINILLA MARIA PAZ . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA INTERNA (mprevillo@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. La tercera parte de los adultos mayores de 70 años hospitalizados por enfermedad aguda presenta deterioro de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como consecuencia de la hospitalización y únicamente la mitad recupera los niveles previos de ABVD a los 3 meses del alta. Los objetivos son: 1. Identificar al ingreso pacientes con riesgo de deterioro funcional. 2. Valorar el deterioro funcional como consecuencia de la hospitalización. Objetivos secundarios. Valorar el deterioro cognitivo y la situación social

MÉTODO. Población diana: Todos los pacientes mayores de 75 años ingresados en un bloque de 12 camas durante un periodo de seis meses. Método: 1. Valoración funcional: Índice de Barthel (ABVD) previo a la enfermedad que motivó el ingreso (2 semanas) y al alta 2. Valoración cognitiva: Cuestionario de Pfeiffer 3. Valoración social: Escala de valoración sociofamiliar de Gijón 4. "Perfil de riesgo" de deterioro funcional ("HARP") en relación con la edad, la función cognitiva y las actividades instrumentales de la vida diaria

RESULTADOS. Sólo el 30% de los pacientes era completamente autónomo para las ABVD previamente al ingreso. El 37% de los pacientes tuvo 4 ó más errores en el test de Pfeiffer lo que demuestra deterioro cognitivo. En la valoración sociofamiliar el 10% vivía en residencia y un 38% se consideró en riesgo social o con problema social establecido. La mayoría de los pacientes tenía riesgo intermedio o alto de deterioro funcional presentando pérdida funcional el 38% de los pacientes y siendo ésta superior a 25 puntos en el índice de Barthel en el 44% de ellos

CONCLUSIONES. La situación funcional es muy valorada por el paciente y debería ser objetivo prioritario de la atención médica. Además, la pérdida funcional durante la hospitalización es un factor de mal pronóstico (muerte, reingreso e institucionalización) y está asociada a aumento de estancia hospitalaria. El alto riesgo de deterioro funcional debería apoyar la implantación de alternativas a la hospitalización en los pacientes de edad avanzada y la instauración de programas de prevención del deterioro funcional (que ya han demostrado su eficacia en otros países) en los ancianos en que no pueda evitarse la hospitalización

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **282**

TÍTULO. PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA

Autores: ROCA ARQUILLUE M, ROCA M, NOGUES FJ, GARCIA AJ, ARRIBAS T, GUARDIA L, LALAGUNA P, ARAGON MA

ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT . HOSPITAL DE BARBASTRO . SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (arquillue@hotmail.com)

OBJETIVOS. En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Barbastro, nos hemos planteado, si la tasa de cesáreas realizada se adecua a los conocimientos y práctica correcta de la obstetricia actual. Hemos evaluado la adecuación de las indicaciones de cesárea, tanto urgente como programada, a unos criterios de idoneidad previamente fijados. Se pretendía que el 90% de las cesáreas urgentes y el 100% de las programadas cumplieran estos criterios

MÉTODO. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los 629 partos del año 2008 de los cuales 131 fueron cesáreas; se asignaron al grupo urgente o programada. En cada grupo estudiamos la indicación, el cirujano y ayudante que la realizaron, las complicaciones postoperatorias, la necesidad de transfusión sanguínea, la estancia media y si la indicación se adecuaba a los criterios de idoneidad previamente establecidos

RESULTADOS. La tasa de cesáreas fué del 20.82%, 100 urgentes (76.3%) y 31 programadas (23.7%). Respecto a las cesáreas urgentes un 12% fueron no idóneas. De ellas un 17% fueron por fallo de inducción y un 22% por no progresión, esto sugiere la necesidad de revisar los criterios de inducción de parto. Un 11% por presentaciones anómalas plasma la dificultad de programación por problemas estructurales. Un 18% fueron por RPBF y un 12% por desproporción. De las cesáreas programadas un 14% son por presentación podálica. Un 3% fueron (1) no idóneas lo que apunta a problemas de organización y comunicación.

Sobre el total de cesáreas se administró profilaxis antibiótica al 78,6% y anestesia loco-regional al 84%. Se complicaron un 13% de las cesáreas, de ellas un 5,3% eran complicaciones de la herida quirúrgica. Precisaron transfusión sanguínea el 3,1%. La estancia media es de 5,5 días en cesáreas complicadas y 4,9 en cesáreas no complicadas (E.M global 5,2)

CONCLUSIONES. El alto porcentaje de cesáreas por fallo de inducción y por no progresión sugiere la necesidad de revisar los criterios de inducción de parto. El que tantas presentaciones anómalas se realizen de forma urgente plasma la dificultad de programación quirúrgica por problemas estructurales.

La no idoneidad en el caso de una cesárea programada sugiere problemas de organización y comunicación. Un 12% de no idoneas esta cercano al porcentaje que nos fijamos pero hemos de disminuirlo.

Hemos de mejorar la cobertura antibiótica y ser mas exquisitos con la hemostasia quirúrgica para disminuir las complicaciones de herida quirúrgica y asi la estancia media

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **210**

TÍTULO. ¿HAY ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES DE HEMODIÁLISIS?

Autores: SANJOAQUIN ROMERO AC, VIVES AGUEDA P, SILLES-ESFORZADO M, BIBIAN SAN MARTIN A, VEGA VIDALLE C, LACHEN ARIZTEGUI V

SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA . HOSPITAL DE BARBASTRO . MIR MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (nanabibian@hotmail.com)

OBJETIVOS. 1. Conocer la prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes que acuden a hemodiálisis del Hospital de Barbastro
2. Definir las causas de no adherencia
3. Describir características sociodemográficas
4. Analizar no adherencia al tratamiento farmacológico en relación con parámetros sociodemográficos, diagnóstico, comorbilidad, número/tipo fármacos, persona que administra medicamentos y tiempo de diálisis

MÉTODO. Estudio transversal descriptivo en la primera semana de mayo de los pacientes que siguen tratamiento con hemodiálisis en el Hospital. Variables: sexo, edad, nivel cultural, ZBS, diagnóstico, tiempo de tratamiento en diálisis, comorbilidades, nº fármacos, polifarmacia (más de 5 fármacos), grupo de medicamentos, quien administra medicación, visitas urgencias/domiciliarias en los 3 últimos meses

Cumplimentación test de Morisky-Green-Levine. Análisis en los casos de no cumplimiento terapéutico de causas de no adherencia.

Análisis estadístico SPSS 12.0

RESULTADOS. N= 55 pacientes: 58.2% hombres y 41.8% mujeres, edad media 72.67 ± 10.070 , tiempo medio diálisis 46.36 meses. Nivel cultural: 43.6% estudios primarios incompletos, 43.6% estudios de primer grado. Diagnóstico: 21.8% nefropatía diabética, 21.8% nefropatía no filiada, 16.4% nefroangioesclerosis, 10.9% glomerulonefritis. Comorbilidad: 85.5% HTA, 38.2% DM, 47.3% dislipemia, 25.5% insuficiencia cardiaca, 20% ACV, 18.2% depresión, 36.4% patología osteomuscular. Polifarmacia: 87.3%, media de fármacos: 10. Administrador medicación: 61.8% paciente, 12.7% cónyuge, 9.1% hijos.

Test M-G-L en 100% de los pacientes. Cumplimiento terapéutico (4 respuestas adecuadas): 80%, Incumplimiento terapéutico (1 o más respuestas inadecuadas): 20%. Nº causas de no adherencia: 14 (10 con una única causa, 2 pacientes con dos causas). Causas relacionados con paciente: 12 (8 suspensión por decisión propia, 1 tomar dosis a hora equivocada, 1 con diagnóstico psiquiátrico, 2 por dificultades físicas/cognitivas). Causas relacionadas con medicamento: 1 dosificación diaria múltiple, 1 desinformación sobre efectos adversos.

Significación estadística ($p < 0.05$) entre: no adherencia y edad < 80 años, no adherencia y precisar visitas domiciliarias de MAP.

CONCLUSIONES. La elevada prevalencia de no cumplimiento terapéutico nos debe obligar a plantearnos en un futuro cercano nuevas estrategias que favorezcan la adherencia farmacológica en los pacientes polimedicados de la Unidad de Hemodiálisis.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **238**

TÍTULO. EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores: SILLES ESFORZADO M, SAGARRA-NADAL C, CORONAS-JUSTE MD, RASO -BUERBA T, LATORRE-SAVICENTE MJ, DIESTE-SILVA P, ARAZO-SOLANA E, CORTES-BORBON L

SILLES ESFORZADO MONTSERRAT . HOSPITAL DE BARBASTRO . HEMODIALISIS (msilles@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Aumentar o reforzar el nivel de conocimiento del paciente en diálisis, acerca de la dieta y del cuidado de los accesos vasculares.

Proporcionar una herramienta consensuada y práctica que sirva de apoyo en el proceso de educación sanitaria.

MÉTODO. Se realizó una revisión bibliográfica que permitió la elaboración de un listado priorizado de conceptos elementales de la educación sanitaria nefrológica.

Se seleccionaron la dieta y los accesos vasculares como temas a trabajar realizando un diseño inicial en forma de 6 trípticos que trataban aspectos relativos al fósforo, potasio, sodio, ingesta de líquidos, fístulas y catéteres.

Se presentó el proyecto a la dirección y unidades implicadas en la atención al paciente renal agudo.

A todos los pacientes en tratamiento de hemodiálisis se les pasó la encuesta previa. A continuación se implantó la actividad educativa que consistía en la entrega y explicación de los trípticos. Con posterioridad se pasó la misma encuesta.

RESULTADOS. Los 51 pacientes en tratamiento con hemodiálisis completaron la encuesta previa a la intervención educativa. La encuesta posterior fue contestada por 46 pacientes, la diferencia se debió a las bajas producidas durante este tiempo.

El 77% de los pacientes contestaron correctamente a las preguntas referidas a alimentación e ingesta de líquidos antes de la intervención y el 86.8% después de la misma. Respecto a las respuestas no sabe/no contesta disminuyeron en un 4.3% después de la educación.

Sobre las preguntas referentes al cuidado de la fístula, el 93.25% de los pacientes contestaron correctamente de inicio y este porcentaje aumento hasta el 97.5% tras la educación impartida. De nuevo se observa una disminución en el porcentaje de no sabe/no contesta que pasó del 2.25% al 1.25%.

El 93% de los pacientes acertaron antes de la intervención las preguntas referidas al cuidado del catéter. Este porcentaje paso a un 97% tras la educación impartida. El porcentaje de respuestas no sabe/no contesta disminuyó en un 2.25%.

CONCLUSIONES. La actividad de educación sanitaria ha supuesto un aumento de los conocimientos en los pacientes hemodializados

El apoyo al proceso educativo mediante trípticos, ha reforzado el aprendizaje de los pacientes en tratamiento y facilitará el aprendizaje de aquellos de nueva incorporación

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **70**

TÍTULO. LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA COMO LÍNEA ESTRATÉGICA DEL PLAN DE CALIDAD DE UN HOSPITAL

Autores: THOMSON LLISTERRI C, VALDOVINOS-MAHAVE C, GONZALEZ-GARCIA P, PLAZA-BAQUEDANO B, CUERVO-MENÉNDEZ C, ESCARTÍN-MARTÍNEZ R, CAMACHO-BALLANO MA, FLÓREZ-ARIÑO P

THOMSON LLISTERRI CONCHA . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . CALIDAD (ctthomson@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Mejorar la humanización de la atención al paciente, incluyendo el "lado humano" de la asistencia en el Plan de Calidad del Hospital

MÉTODO. En el Plan de Calidad del Hospital Obispo Polanco (2008-2012) se incluyó como Línea Estratégica 2 **MEJORAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS MEDIANTE UNA ATENCIÓN SANITARIA LO MÁS PERSONALIZADA POSIBLE.** Se definieron los objetivos estratégicos y se desplegaron las acciones para llevarlos a cabo

RESULTADOS. Se creó para su desarrollo el **GRUPO DE HUMANIZACIÓN Y CALIDAD DE TRATO**, de composición multidisciplinar, cuyos objetivos específicos fueron:

- Definir el estilo y las actitudes en la relación profesional-usuario.
- Potenciar los valores de respeto a la dignidad e intimidad del paciente, trato personalizado, y búsqueda del bienestar del usuario.
- Asegurar la confidencialidad en la práctica clínica.
- Mejorar la información a los pacientes y familiares.
- Mejorar y humanizar la atención al enfermo terminal hospitalizado y a sus familiares.
- Alivio del dolor y del sufrimiento del enfermo.
- Mejorar la regulación de las visitas a los pacientes ingresados.
- Favorecer la implantación del documento de voluntades anticipadas.
- Implantación y desarrollo del programa de voluntariado.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios.
- Diseñar e implantar un plan de acogida a usuarios inmigrantes con especiales dificultades de comprensión lingüística y con diferencias culturales.

Se han creado Subgrupos que están trabajando en la elaboración y difusión de: Libro de Estilo, Tríptico de Confidencialidad, Protocolo de Atención al Paciente Terminal, Información al paciente a su ingreso, Guía de información a pacientes y familiares, Guía para nuevos usuarios del SALUD, Documento de Voluntades Anticipadas y Protocolo de evaluación y manejo del dolor. Se trabaja específicamente además en impulsar el programa de detección del riesgo social y promover las sugerencias a través de la web

CONCLUSIONES. La integración de la Bioética en los Planes de Calidad es imprescindible para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, favoreciendo su humanización a todos los niveles.

Creemos que la razón de ser del sistema sanitario son los ciudadanos a los que se atiende y se da servicio. El Plan de Calidad pretende impulsar un cambio cultural y de actitudes en todas las personas que trabajan en el Hospital

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **41**

TÍTULO. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE PÓLIPOS COLORRECTALES

Autores: THOMSON LLISTERRI C, BOTELLA MT, CUERVO C, MARTINEZ M, ALCALA MJ, GARZA E

THOMSON LLISTERRI CONCHA . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . DIGESTIVO (cthomson@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Introducción:

El tratamiento de elección de los pólipos colorrectales es la polipectomía endoscópica (PE). Está bien establecido que después de la PE se han de realizar colonoscopias de vigilancia con un intervalo de tiempo dependiente de las características de los pólipos (nº, tamaño e histología) y de la existencia de antecedentes familiares de pólipos o cáncer colorrectal. Estas colonoscopias suponen un elevado nº de exploraciones, muchas de ellas realizadas a intervalos inferiores a los recomendados. Esto conlleva un incremento de colonoscopias innecesarias, lo que supone un mayor riesgo para el paciente y un uso incorrecto de los limitados recursos sanitarios

Objetivo:

Contribuir a optimizar la utilización de recursos y disminuir el número de exploraciones innecesarias realizadas con esta indicación, aplicando las recomendaciones basadas en la evidencia científica. Así como homogeneizar el seguimiento de estos pacientes

MÉTODO. Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de febrero y el 31 de agosto de 2009 se han registrado e incluido en la base de datos a todos los pacientes a los que se les ha realizado PE. Se diseñó un modelo de informe clínico con la estrategia preventiva adecuada, en función del número, tamaño e histología de los pólipos resecaados. Se han revisado los informes de la colonoscopia y anatomía patológica y enviado los informes de los pacientes al médico que indicó la colonoscopia

RESULTADOS. Se evaluaron 145 pacientes, 100 (69%) hombres y 45 (31%) mujeres, edad media de 59,8 años (desviación estándar 14,3 años). La procedencia de los pacientes ha sido: Atención Primaria 79 pacientes (54,5%), Cirugía 23 (15,9%), Digestivo (no jerarquizado) 35 (24,1%), Medicina Interna 6 (4,1%), Oncología 1 (0,7%). El intervalo medio desde la realización de la colonoscopia y la realización del informe ha sido de 11,8 días. Se ha recomendado realizar colonoscopia de seguimiento en un intervalo menor o igual de 3 años (alto riesgo) a 86 pacientes (59,3%), en 5 a 10 años (bajo riesgo) a 42 (29%) y no hacer más controles a 16 (11%)

CONCLUSIONES. De los pacientes incluidos en el programa, a cerca del 60% se recomendó colonoscopia de seguimiento en 3 años o menos y el 11% no precisaban nuevos controles. La realización de un programa de vigilancia post-polipectomía endoscópica puede contribuir a homogeneizar el seguimiento de estos pacientes y a optimizar la utilización de recursos disminuyendo el número de exploraciones innecesarias realizadas con esta indicación

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **253**

TÍTULO. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Autores: VAZQUEZ SANCHO C, CUARTERO-CONEJERO E, LANZUELA-VALERO M, MENDEZ-VILLAMON A, IBAÑEZ-CARRERAS R, HERRERO-ALONSO A, MONGE M, TEJEDOR-GUTIERREZ M

VAZQUEZ SANCHO CRISTINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA (cristina_v_s@yahoo.es)

OBJETIVOS. Implantación y puesta en marcha de la consulta de enfermería para la atención de los pacientes en tratamiento en las distintas unidades del Sº de Oncología Radioterápica.

Aplicar un modelo metodológico común en las actuaciones de enfermería.

Elaborar e implantar planes de cuidados. Informar del proceso a seguir durante su tratamiento e impartir educación sanitaria al paciente de los cuidados a seguir según la localización anatómica a tratar disminuyendo la ansiedad del paciente y aumentando su capacidad de afrontamiento. Potenciar y fomentar el autocuidado.

Colaborar en la mejora de la gestión del proceso, proporcionando una mayor calidad de asistencia al paciente oncológico

MÉTODO. La consulta de enfermería consta de las siguientes etapas:

- 1ª Visita Consulta de Enfermería
- Inicio de Tratamiento.
- Consulta de evolución: semanal durante el tratamiento.
- Final de Tratamiento

RESULTADOS. Detección precoz de efectos yatrógenos generados por el tratamiento mejorando la tolerancia al mismo. Se ha objetivado un aumento en el grado de satisfacción del usuario con la información recibida. Así como con los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería.

Al finalizar el tratamiento el 100% de los pacientes reciben el informe de cuidados continuos

CONCLUSIONES. La Consulta de Enfermería es una herramienta indispensable para mejorar la comunicación y los cuidados del paciente y familia.

La realización de procedimientos de mejora a través de la revisión de protocolos, y la utilización de herramientas como los Planes de Cuidados, disminuyen la variabilidad asistencial, garantizando la continuidad de cuidados, mejorando la eficiencia aumentando la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales que prestamos la asistencia

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **258**

TÍTULO. RPCESP DE GESTIÓN DE GUARDIAS EN DISPOSITIVOS ACREDITADOS DE LA UD DE MFYC: PREPARACIÓN HACIA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Autores: VELA CONDON P, VELA P, VILLAVERDE MV, MUÑOZ S, ANDREU F, MORANDEIRA C

VELA CONDON PABLO . UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 3 . UNIDAD DOCENTE (pavela@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. IMPLANTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE GUARDIAS BASADO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS QUE PERMITA UNA MEJOR ORGANIZACIÓN DE LOS PROCESOS TANTO ORGANIZATIVOS COMO DE ADMINISTRACIÓN LO QUE SE CRISTALICE EN UN MEJOR RESULTADO EN LA SATISFACCIÓN TANTO DE LOS RESIDENTES COMO DE LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS EN DONDE ESTOS PRESTAN SUS SERVICIOS EN CUANTO A ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA EN SU GESTIÓN DE PAGOS

MÉTODO. SE CREO UN GRUPO DE TRABAJO COMPUESTO POR UN REPRESENTANTE POR CADA PROMOCIÓN DE RESIDENTES.CADA UNO DE ELLOS ACTÚA COMO REPRESENTANTE RESPECTO A SUS COMPAÑEROS DE OTRAS ESPECIALIDADES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
CADA UNO DE LOS REPRESENTANTES HA ESCRITO EL PROCEDIMIENTO DE REPARTO DE GUARDIAS CON RESPECTO AL RESTO DE SUS COMPAÑEROS
SE HA LLEVADO A LA COMISIÓN DE FORMACIÓN DICHO PROCEDIMIENTO Y ESTA HA RATIFICADO SU CONFORMIDAD RESPECTO AL MISMO
EN DICHO PROCEDIMIENTO SE HAN MEJORADO LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE LOS RESIDENTES RESPECTO A LA UNIDAD DOCENTE Y DE ESTA RESPECTO A LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS (CENTROS DE SALUD RURALES, O61 , URGENCIAS HCU, SERVICIO DE PEDIATRIA,...) DONDE LOS RESIDENTES REALIZAN SUS HORAS DE ATENCIÓN CONTINUADA.
SE HAN ACTUALIZADO LOS FORMULARIOS Y SE HAN CREADO NUEVOS FORMULARIOS Y REGISTROS PARA LOS CAMBIOS OCASIONALES EN LAS FECHAS PROVISIONALES DE GUARDIAS
SE HAN DISMINUIDO LOS TIEMPOS DE ENVÍO DE INFORMACIÓN A LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARA SU POSTERIOR PAGO

RESULTADOS. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN TANTO PARA LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS COMO PARA LOS RESIDENTES Y MEJORA EN LOS PLAZOS DE RESPUESTA POR PARTE DE LA UNIDAD DOCENTE
LA INFORMACIÓN A LOS CENTROS PROVEEDORES DE SERVICIOS LLEGA EL DÍA 28 DE CADA MES
LOS RESIDENTES RECIVEN VÍA CORREO ELECTRÓNICO SUS LISTADOS PROVISIONALES Y SUS LISTADOS DEFINITIVOS SOBRE LOS QUE SE EJECUTAN LOS PAGOS UNA VEZ TERMINADO CADA MES DE MANERA QUE SE HAN DISMINUIDO EL NÚMERO DE INCIDENCIAS RESPECTO A LA GESTIÓN DE PAGOS

CONCLUSIONES. EL PROCESO HA SIDO PILOTADO DURANTE 6 MESES Y NO SE HAN DETECTADO PROBLEMAS DE DISEÑO
ACTUALMENTE NOS ENCONTRAMOS EN FASE DE IMPLEMENTACIÓN EN LA PÁGINA WEB DE LA UNIDAD LO CUAL PERMITIRÁ HACER QUE LA INFORMACIÓN ESTE ACTUALIZADA Y DISPONIBLE A TIEMPO REAL (ACTUALMENTE VIA MAIL EL TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE CAMBIO O DETECCIÓN DE INCIDENCIAS ESTA EN 24 HORAS)

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **176**

TÍTULO. FORMACIÓN E INFORMACIÓN INTRAHOSPITALARIA DIRIGIDA A CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

Autores: VILLANUEVA CIRAC E, LECEA - RODRIGO P, COROMINAS - LASHERAS MJ, MERCADO-RUS MS, SERRANO-PLOU MA, BLASCO-BORDEJE M, NAVARRO- GARCIA P, BAYONA-ESTRADERA F

VILLANUEVA CIRAC EMILIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . PL 7ARIA U DE RODILLA HRTQ (evillanuevac@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Mejorar las habilidades del cuidador principal para la mejor atención al alta del paciente con fractura de cadera.

Favorecer el retorno del paciente a su medio al alta hospitalaria

MÉTODO. Elaborar un tríptico que recoja información básica sobre el proceso de la cadera.

Distribuir a familiares tríptico cuando se produzca el ingreso.

Programar sesiones formativas semanales para resolver las dudas que puedan plantear el cuidador.

Detectar y analizar los problemas que con mayor frecuencia se presentan. .

Elaborar una guía específica para el cuidador.

Elaborar y poner en marcha una encuesta específica de satisfacción

RESULTADOS. Mejorar las habilidades del cuidador principal para la mejor atención al alta del paciente con fractura de cadera.

Favorecer el retorno del paciente a su medio al alta hospitalaria

CONCLUSIONES. La enseñanza que hemos dado practica y teorica, la primera a los pacientes

y la segunda a cuidadores principales; los resultados han sido satisfactorios. El paciente a los pocos días esta caminando con andador y disminuye su ansiedad.

La satisfacción del cuidador la hemos medido con una encuesta