

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

MESA 1

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

José María Mengual Gil

Director de Área de Transferencia del Conocimiento (ICS)

SALÓN DE ACTOS

9 de JUNIO 18:30 horas

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **403**

TÍTULO. EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL

Autores: ABAD SAZATORNIL MR, GARCIA MATA JR, JIMENEZ BEA L, MARTIN J, NOYA C, PALAZON P, ROMO A, SANCHEZ P

ABAD SAZATORNIL MARIA REYES . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (rabads@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Evaluar la mejora de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en un hospital de referencia de 1.300 camas, e identificar las oportunidades de mejora.

MÉTODO. En 2.007 y 2010 un grupo interdisciplinar ha evaluado la seguridad del sistema de utilización de medicamentos utilizando como instrumento de medida el Cuestionario de Autoevaluación adaptación del Medication Safety Self Assessment for Hospitals (ISMP). La evaluación fue realizada de manera individual por cada miembro del grupo y posteriormente se alcanzó por consenso una puntuación global. El cuestionario está dividido en 10 elementos clave y 20 criterios esenciales. Cada criterio consta de múltiples puntos de evaluación, que se valoran en una escala de 0 a 2 puntos, según no exista implantación alguna o esté completamente implantado en todas las áreas.

RESULTADOS. La valoración de la seguridad ha mejorado, pasando del 27.7% (2.007) al 35.4% (2.010). Comparando los resultados de los 10 elementos clave se observa que se ha producido una mejora en ocho de ellos: I. Información sobre los pacientes, II. Información de los medicamentos, III. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación, IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos, V. Estandarización, almacenamiento y distribución, VI. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de medicamentos, VII. Factores del entorno, y X. Programas de calidad y gestión de riesgos. La competencia y formación del personal (VIII) mantuvo la misma valoración y la educación al paciente (IX) empeoró pasando del 44,4% en 2007 al 41,7% en 2010. Los criterios VI y VIII permanecieron como los de menor puntuación en ambas valoraciones (8,7%, 12,9% en 2007 y 28,1 %, 12,9% en 2010), a pesar de que el primero de estos, es el que mayor incremento ha experimentado debido a la introducción de bombas inteligentes y a la estandarización del tipo de bomba en todo el hospital. El criterio mejor valorado en 2.007 fue el IX (44.4%) y en 2.010 el VII (52,0 %). Las acciones de mejora seleccionadas tras la última evaluación han sido: mejorar la formación de los profesionales, potenciar la notificación de incidentes y conseguir un feed-back de la información, mejorar el control de los medicamentos de alto riesgo y la seguridad de los medicamentos depositados en las unidades de enfermería.

CONCLUSIONES. -El cuestionario ha permitido un análisis exhaustivo de las deficiencias en la seguridad del sistema de utilización de medicamentos.
-Este análisis ha proporcionado información para poder seleccionar estrategias de mejora cuya efectividad deberá ser comprobada mediante sucesivas evaluaciones.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **216**

TÍTULO. SATISFACCIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL CON SU CLIMA LABORAL

Autores: ABAD SAZATORNIL MR, GÓMEZ-TIJERO N, IDOPE A, NAVARRO H, HUARTE R, CARCELEN J, ARRIETA R

ABAD SAZATORNIL MARIA REYES . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (rabads@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Conocer la evolución de la percepción de los farmacéuticos sobre el clima laboral mediante la comparación de dos encuestas.

MÉTODO. Se difundió a todos los farmacéuticos del Servicio, en Diciembre de 2007 y Abril de 2010, una encuesta anónima de 15 preguntas valoradas en una escala de 1-5 (nada de acuerdo-muy de acuerdo), una dicotómica sobre si deseaba cambiar de trabajo y una valoración global de su satisfacción con el trabajo. También se solicitaba la propuesta de sugerencias mediante tres preguntas abiertas sobre aspectos a poner en marcha para mejorar el clima laboral, la atención a los pacientes y al personal y las actividades mejor valoradas fuera del Servicio.

RESULTADOS. El índice de respuestas a la segunda encuesta fue del 67% (12/18) frente al 74% en la primera (14/19). Destaca la mejora de la organización del Servicio, el 91,7% cree que es buena actualmente frente al 14,3% en 2007 ($p < 0,05$). El 83,3% estima que su esfuerzo es reconocido frente al 42,9% en 2007. Para el 91,6% de los farmacéuticos merece la pena esforzarse en su trabajo, mientras que en 2007 lo merecía para un 76,9%. La manifestación de prisas y agobios para realizar el trabajo ha disminuido del 92,9% al 75% mientras que la sensación de estrés se ha mantenido prácticamente invariable en torno al 65,5%.

El 100% conoce sus responsabilidades y funciones y se siente orgulloso y satisfecho de su trabajo y de pertenecer a la organización (frente al 92,9%, 92,2% y 85,7% respectivamente en 2007). La percepción de apoyo por parte de sus jefes ha aumentado considerablemente (50 al 75%) mientras que el apoyo por parte de los compañeros ha disminuido (92,9 al 83,3%); sin embargo el 58,4% piensa que la relación entre compañeros es buena frente al 50% que lo pensaba en 2007. Aproximadamente un 65% sigue opinando que puede expresar libremente lo que piensa.

El 83,3 % de los encuestados considera que el lugar de trabajo es incómodo frente al 78,6% que lo hacía en 2007.

Aunque pudiera, ningún facultativo de los que han respondido solicitaría traslado a otro Servicio.

Se ha mejorado la valoración global (del 3,0 al 3,4) lo que significa que los profesionales siguen estando satisfechos en su trabajo.

Se ha producido una disminución del número de sugerencias para mejorar el clima laboral. La ampliación de la unidosis continúa siendo el aspecto más importante a mejorar y la actividad considerada como mejor valorada fuera del Servicio sigue siendo la información de medicamentos, incorporándose en 2010 la actividad de los farmacéuticos de enlace.

CONCLUSIONES. Las medidas instauradas tras la primera encuesta han logrado mejoras en la percepción de la organización del Servicio y en el reconocimiento del esfuerzo, incrementándose la valoración global. La mejor percepción del clima laboral ha conducido a una menor aportación de sugerencias por los farmacéuticos del Servicio de Farmacia. La realización de encuestas periódicamente nos permite conocer la calidad percibida por nuestros profesionales para establecer acciones correctoras en aquellos aspectos o áreas peor valorados.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **202**

TÍTULO. CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN EL CS DE BINEFAR

Autores: ALTEMIR CAMPO L, BUIL VIDALLER JA, PUYOL RAMI E, LUEZA LAMPURLANES C, TORRES CLEMENTE E, VALLES GALLEGO V, CHAVERRI ALAMAN C

ALTEMIR CAMPO LOURDES . CS BINEFAR . EAP (altemir@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Fundamentos y Objetivos:

La retinopatía diabética (RD) es la primera causa de ceguera en España. Su prevalencia estimada oscila entre 15-30% pacientes diabéticos, en función del tiempo de evolución y el tipo de diabetes.

Un mayor control del paciente diabético y el tratamiento con fotocoagulación láser mejoran la agudeza visual.

La estrategia de cribado de la RD utilizando la imagen digital obtenida con cámara de retina no midriática comporta importantes beneficios frente al método tradicional, se considera la más apropiada por su sencillez de uso, alta sensibilidad, menor necesidad de recursos humanos y elevada rentabilidad social.

Objetivo general: reducir la incidencia de ceguera por retinopatía y/o retrasar su aparición en el paciente diabético.

Objetivo específico: detección precoz de lesiones susceptibles de ser tratadas, a través del cribado de todos los pacientes diabéticos, mediante retinografía digital.

El objetivo es que todos los pacientes diabéticos de nuestra área de cobertura, estén explorados en esta patología

MÉTODO. Captación de pacientes diabéticos tipo 2, con las siguientes características:

Paciente recién diagnosticado de diabetes tipo 2

Pacientes que no tienen fondo de ojo realizado en el último año.

Pacientes controlados hasta la fecha en especializada, sin retinopatía diabética

Serán controlados por oftalmología pacientes tipo 1 y pacientes con retinopatía diabética.

La prueba se realiza en el Centro de Salud, mediante cámara de retina no midriática por técnico especialista, en una consulta habilitada por la tarde, en un periodo de 2-3 meses se citara y explorara la población diana.

Medicina y enfermería captaran a los pacientes y los derivan a este servicio.

Realizaran un informe en soporte informático. "Formulario específico de cribado de retinopatía diabética".

La lectura se realizara por dos médicos de atención primaria, que previamente han realizado un programa de formación.

Se relazara doble lectura por oftalmólogo. Resultados del cribado:

- fondo de ojo normal: se informador correo y se cita en el centro de salud, dentro de un año.
- Fondo de ojo patológico: se deriva a oftalmología según protocolo(ordinario, preferente y urgente)

Imagen no valorable: se deriva a oftalmología

RESULTADOS. INDICADORES:

1. Nº de pacientes diabetes 2 con retinografia(cribado)/Nº de pacientes diabetes2 cartera de servicios sin retinopatía previa.=493/674=73%

Objetivo=100%

2. Nºde pacientes diagnosticados de retinopatía diabética con el cribado / Nº total de retinografia: 165/493= 33%

3. Nº de pacientes diagnosticados de retinopatía con el cribado/ Nº de pacientes diabetes 2 = 165/674= 24%

Pacientes sin retinopatía:173

Dificultades encontradas:

Respecto a las retinografias no valorables,que han sido del total 156, (31% del total de retinografias realizadas) no hemos podido contrastar con Oftalmología el resultado de las mismas. Dificultad de comunicación con el servicio.

Dificultades en la comunicación de resultados. Tanto al paciente como al medico de A.P.

Dificultades de comunicación con los informáticos, sobre los cambios efectuados en el sistema informático durante todo el proceso.

Cuestionarios de recogida de datos, complicados. Perdida de información, en ocasiones dificultad de acceso a los mismos.

Retraso en la comunicación de resultados a los pacientes que no presentaban retinopatía

CONCLUSIONES. El nivel de captación ha sido muy alto mejorando la accesibilidad y cobertura en esta patología.

La prevalencia de retinopatía en el paciente diabético, tiene mucha variabilidad dependiendo de los años de evolución del paciente, de la edad, como media podemos considerar en poblaciones generales de diabéticos que se sitúa en torno al 20%, Ha habido dificultades de coordinación entre los distintos niveles asistenciales que en proximas ediciones seran objetivos de mejora

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **79**

TÍTULO. PROTOCOLO DE COORDINACIÓN ENTRE LA U.A.S.A. HUESCA Y LA UNIDAD DE HEPATOLOGÍA: ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON ADICCIÓN AL ALCOHOL Y PATOLOGÍA DIGESTIVA

Autores: GURREA ESCAJEDO A, BERNAL V, CORTES L

GURREA ESCAJEDO ALFREDO . UASA HUESCA . PSIQUIATRIA (alfredogurrea@yahoo.es)

OBJETIVOS. Entre los pacientes atendidos en la U.A.S.A. existe gran cantidad de patología digestiva, principalmente hepática enólica o viral, así como entre los atendidos en M^a Digestiva se detecta abuso o dependencia de alcohol

Es habitual que al derivar pacientes de uno a otro recurso, generalmente a través de atención primaria, muchos no acudan

Debe existir una relación estrecha entre ambos servicios para realizar una asistencia de mayor calidad, integral y coordinada, maximizando los resultados

OBJETIVOS:

- 1º Mediante la coordinación entre ambos, optimizar la asistencia clínica
- 2º Minimizar costes sanitarios, al favorecer la estabilización clínica y reincorporación sociolaboral
- 3º Reducir la prevalencia de trastornos relacionados con tóxicos y sus consecuencias a múltiples niveles: médico, laboral, legal, psiquiátrico, etc.
- 4º Normalizar e integrar el tratamiento de adicciones en la red sanitaria, eliminando estigmas morales
- 5º Establecer mecanismos de valoración y seguimiento específicos en aquellos subsidiarios de trasplante hepático, así como el momento óptimo para el tratamiento antiviral

MÉTODO. Hemos realizado un protocolo de actuación conjuntamente entre la unidad de hepatología y la UASA Huesca, que ha sido uno de los seleccionados en la convocatoria 2010 del Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en Salud

Hay cuatro itinerarios diferenciados, según sea la derivación: 1/ desde Digestivo (hospitalización) a UASA, 2/ desde Digestivo (consultas) a UASA, 3/ desde UASA a Digestivo (consultas), 4/ desde la UCE a Digestivo (pasando por UASA)

Incluye entre otros: 1/ Hojas de derivación específicas, 2/ información verbal/escrita sobre efectos del alcohol, 3/ algoritmo de decisión para la detección, confirmación y derivación desde M^a Digestiva, 4/ protocolo de desintoxicación hospitalaria en M^a Digestiva, 5/ formación continuada recíproca

RESULTADOS. Valoraremos diferentes indicadores a lo largo de la intervención (inicio, 3, 6 y 12 meses). Algunos son:

- A nivel general: grado de aplicación del protocolo, grado de derivación, pacientes que acuden, abandonos y seguimientos, encuesta de satisfacción
- A nivel adictivo: cantidad de consumo (UBES), craving (EVA), gravedad de dependencia (EIDA), impresión clínica (CGI), cuestionario de salud (EuroQol-5D)
- A nivel digestivo: parámetros analíticos, episodios de descompensación, estadios de hepatopatía, nº hepatocarcinomas, nº pancreatitis, adherencia al tratamiento de cirrosis/antiviral, calidad de vida hepática (CLDQ)

CONCLUSIONES. 1ª/ El número de pacientes que precisan atención tanto en el servicio de M^a Digestiva como en la UASA es elevado. Es necesaria una mayor coordinación para optimizar la atención

2ª/ Creemos que este protocolo puede ser una herramienta eficaz

3ª/ Necesitaremos evaluar cuidadosamente los resultados para conocer su utilidad y repercusión real

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **169**

TÍTULO. IMPULSO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD MEDIANTE NORMAS ISO EN EL SECTOR II

Autores: BELKEBIR S, VELA-MARQUINA ML, CLEMENTE-ROLDAN E, COCA-MORENO J, SOLANO-BERNAD V, GARCÍA-MATA JR

BELKEBIR S. UAD. UDMPYSP. UNIDAD CALIDAD ASISTENCIAL (sbelkebir@aragon.es)

OBJETIVOS. La puesta en marcha de un sistema de gestión de calidad mediante las normas ISO en nuestros servicios sanitarios exige mecanismos iniciales de detección y priorización que van seguidos de formación y apoyo metodológico. La Unidad de Calidad Asistencial (UCA) centraliza estas actividades para conseguir el objetivo final de certificación y acreditación mediante el impulso de la implantación de sistemas de calidad (ISO) en el SZII aplicando una metodología de apoyo constante en las distintas fases del proceso a los servicios implicados coordinada desde la UCA

MÉTODO. Los Servicios y Equipos de Atención Primaria (EAP) disponen de un grupo de calidad que funciona en base a un reglamento, lo cual facilita la tarea de introducción del sistema ISO al resto del equipo. Se contemplan las siguientes fases: 1) Formación y familiarización con norma ISO, 2) Definición de principales procesos y elaboración de procedimientos y documentación, 3) Implantación y registro, 4) Auditoría interna, 5) Revisión por la Dirección, 6) Auditoría externa. La UCA actúa de catalizador de los proyectos con actividades de formación, apoyo metodológico y coordinación. Un miembro del equipo directivo armoniza mediante reuniones semanales la marcha de los proyectos de certificación, sirviendo de escuela de aprendizaje y estímulo mutuo. La UCA del Salud presta un apoyo y liderazgo con los proyectos institucionales comunes

RESULTADOS. De forma conjunta con el Salud y desde el 2006, se pusieron en marcha la certificación de los servicios centrales de esterilización (ISO9001) y la acreditación (ISO 15189) de alcances parciales de los servicios de hematología, bioquímica y microbiología que fueron concedidas en el 2009. En curso la certificación del EAP San Pablo y del Servicio de Electromedicina. A nivel de Sector, en el 2009, se obtuvo la certificación del servicio de Hospital de Día del HUMS y están en diferentes fases del proceso los siguientes: Comisión Docencia, Admisión, Medicina Nuclear y Farmacia. Se espera que en los próximos meses se inicie la misma dinámica con otros servicios: Oncología Radioterápica y Física

CONCLUSIONES. La implantación de sistemas de calidad basados en la norma ISO ha supuesto un revulsivo en la mejora de la calidad de diversos servicios del Sector. Es imprescindible en este proceso contar con personas y estructuras -en nuestro caso la UCA- que den soporte próximo, estímulo y coordinación a los proyectos

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **347**

TÍTULO. CRIBADO RETINOPATÍA DIABÉTICA EN AP CON RETINÓGRAFO DIGITAL. COBERTURA DE POBLACIÓN DIANA 16 MESES TRAS SU IMPLANTACIÓN

Autores: SARTOLO ROMEO MT, MURILLO-DIAZ DE CERIO I, PEREZ-VILLARROYA JC, MANERO-ELORZA H, SUAREZ-BONEL MP, SAEZ-LAFUENTE L, FERNANDEZ-REVUELTA A, PEREZ-BOLEA L

SARTOLO ROMEO MARIA TERESA . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . CS DELICIAS SUR (mailto:fonen@hotmail.com)

OBJETIVOS. Principal: Comparar el número de retinografías realizadas desde Enero a Abril de los años 2009 y 2010 en el Sector Zaragoza 3 y la existencia de diferencias en número, diagnóstico y derivación a Oftalmólogo. Secundarios: 1.Segregar el resultado anterior por CS urbanos y rurales.2.Cálculo de porcentaje de retinografías realizadas en un año en cada CS, respecto a diabéticos susceptibles de cribado de retinopatía (RD).

MÉTODO. Estudio descriptivo, retrospectivo en pacientes diabéticos del sector Zaragoza 3, cuya población total (TIS) adscrita es de 305662 habitantes. Se aplicaron Criterios de inclusión: 1.Pacientes mayores de 14 años.2. Registro de Diabetes en historia informatizada (OMI), año 2009.Criterios de exclusión: 1.Pertenecer a CS Ejea, Sádaba, Sos y Tauste. 2.Diagnóstico de RD previa (un 20% de los diabéticos).La población diana fue 9796 pacientes diabéticos sin RD. Las retinografías fueron realizadas en el CS Delicias Sur utilizando un retinógrafo con cámara no midriática (Visucam pro NM).Tomamos como indicadores el porcentaje de retinografías realizadas y las enviadas como dudosas o patológicas a HCU.

RESULTADOS. El número total de retinografías realizadas en el sector Zaragoza 3 en el primer cuatrimestre de 2009 fue 451 y 658 en el mismo periodo del año 2010 (incremento 46%). De ellas, fueron enviadas a HCU 61 (13,58%) en 2009 y 62 (9.4%) en 2010. El porcentaje de retinografías realizadas en 2009 en el Sector Zaragoza 3 fue un 14,48% de la población diana. Desde Mayo 2009-Abril 2010 el porcentaje fue 16,59% en el Sector Zaragoza 3. En medio rural destacamos CS Alagón 25,97%, CS Cariñena 17,64% y CS María de Huerva 17,82% y en medio urbano CS Oliver 18,95%, CS Delicias Norte 20,60 % y CS Delicias Sur 36,15%.

CONCLUSIONES. En 2010, observamos una tendencia a la baja en el número de retinografías interpretadas por Médicos de AP enviadas a HCU, posiblemente por el adiestramiento adquirido. El porcentaje de retinografías enviadas al especialista se considera eficiente. Vemos porcentajes más elevados de retinografías realizadas en pacientes de CS en los que trabajan los médicos lectores. Los CS urbanos, más cercanos al lugar de la realización de la prueba, tienen mejores porcentajes; en los CS rurales no parece existir dicha relación. A pesar del aumento importante (46%) en las retinografías realizadas en primer cuatrimestre 2010, respecto al mismo periodo en 2009; el número de retinografías sigue siendo bajo (16,59%), respecto al porcentaje estándar del 33% de cribado en primer año de puesta en marcha de la retinografía.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **142**

TÍTULO. CICLO DE CALIDAD EN MEDICINA INTENSIVA

Autores: ZAMORA ELSON M, GARRIDO-RAMIREZ-DE-ARELLANO I, MARQUINA-LACUEVA MI, ESCOS-ORTA J, LABARTA-MONZON L, LOPEZ-CLAVER JC, LANDER_AZCONA A, SERON-ARBELOA C

ZAMORA ELSON MONICA . HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA . UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (monica_z_elson@hotmail.com)

OBJETIVOS. Realizar la monitorización continua de indicadores de calidad claves en la atención del enfermo crítico, para disponer de la información que permita la comparación con otras unidades, con los estándares prefijados y descubrir áreas de mejora para establecer el desarrollo de planes de calidad

MÉTODO. La base de datos con todos los datos necesarios para calcular los distintos indicadores monitorizados se desarrolla con programa Filemaker Pro, con el que ya se realizaba la historia clínica en intensivistas. Durante una primera fase se incluyeron distintos campos, las rutinas de los cálculos, las modificaciones a los errores detectados, la implementación de textos de ayuda y se establecieron mecanismos para establecer la obligatoriedad de relleno de los campos necesarios. Se han incluido 20 indicadores, elegidos entre los desarrollados por la Sociedad Científica de la especialidad. La inclusión de los datos se realiza por el médico responsable del paciente

RESULTADOS. La explotación de los datos, nos ha permitido desarrollar las áreas de mejora que se detallan a continuación, en respuesta al diagnóstico de los problemas detectados por los indicadores de calidad monitorizados, obteniendo resultados de mejora.

1. Problemas detectados:
 - a. Alta incidencia de infección nosocomial,
 - b. Alta incidencia de SARM
 - c. Reducción progresiva de ingresos con SCASEST y aumento de su mortalidad
2. Líneas de mejora desarrolladas:
 - a. Cursos lavado de manos y uso de hidrogeles – 2008
 - b. Vigilancia infección nosocomial mediante programa nacional ENVIN-HELICS (además de nuestros indicadores) – 2007
 - c. Realización protocolo escrito vigilancia infección nosocomial – 2008
 - d. Participación Bacteriemia Zero -2009
 - e. Grupo de trabajo proyecto de calidad control infecciones – 2010
 - f. Alianza Microbiología – UCI – 2010
 - g. Estudio prospectivo durante un año de la incidencia de SARM en UCI – 2008
 - h. Objetivación con SCASEST y aumento de su mortalidad
3. Resultados obtenidos:
 - a. Reducción de la incidencia de infección nosocomial
 - b. Concienciación de la enfermería de la unidad y participación en los proyectos de mejora
 - c. Creación de alianzas entre servicios
 - d. ¿Alerta o mejor gestión en relación a los pacientes coronarios?

CONCLUSIONES. La monitorización de indicadores de calidad en Medicina Intensiva ha permitido crear un ciclo de calidad: detección de problemas, implementación de programas de mejora y mejora de resultados