

MESA 5

COMUNICACIONES ORALES

SALÓN DE ACTOS

20 DE JUNIO 12:00 HORAS

TITULO: " LA ATENCIÓN AL ICTUS COMO GESTIÓN POR PROCESOS "

AUTORES : Mostacero. E, Tejero. C, Santos. S, Perez-Lázaro. C, Santiuste. A, Josa. C, et all..

CENTRO DE TRABAJO (NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD U HOSPITAL Y SERVICIO , ETC) H. Clínico : "Dr. Lozano Blesa"

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:NO.....

PALABRAS CLAVE : Gestión. Procesos. Ictus

OBJETIVO DEL TRABAJO: Incorporar la sistemática y experiencia de la gestión por procesos, en el marco del Modelo Europeo de Calidad EFQM, a la atención urgente al Ictus desde una perspectiva integradora y multidisciplinar.

METODOLOGÍA EMPLEADA: aplicación de forma sistemática de la metodología de la gestión por procesos a las distintas secuencias de la atención al Ictus, tanto a nivel extrahospitalario como en Urgencias del hospital, en la Unidad de Ictus, y de nuevo en Atención Primaria. Identificando el responsable del Proceso y Subprocesos, Procesos Clave y Estratégicos. Focalizado en el paciente y alineado con los objetivos de calidad del Area III y del Salud.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Estudio en fase de Rediseño e integración de los Servicios implicados.

CONCLUSIONES
Aprobación de un Sistema de Atención Continuada para Neurología y el Ictus en el Hospital "Lozano Blesa". Reuniones de coordinación con el Servicio de Urgencias. Reuniones de coordinación para establecer las necesidades y recursos con la Dirección del Hospital y con la Dirección de Enfermería.

TÍTULO: PRIMERA MONITORIZACION DEL PROGRAMA TRIAMAR TRAS 10 MESES DE SU PUESTA EN MARCHA

AUTORES: Portero MP, Calvo I, Ortas MR, Galache G, Ferrer MC, Peleato A et al.

CENTRO DE TRABAJO : Servicios de Cardiología. Unidades de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario Miguel Servet. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

TIPO DE COMUNICACIÓN **Oral** Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE : Infarto agudo de miocardio, angioplastia

OBJETIVO DEL TRABAJO: Monitorización de los primeros 10 meses de puesta en marcha del Programa TRIAMAR (Plan Integral del Tratamiento de Revascularización del Infarto Agudo de Miocardio en Aragón), con la finalidad de analizar el perfil de los casos realizados, el funcionamiento de la red asistencial y la actividad realizada.

METODOLOGÍA EMPLEADA: Se analizaron los casos que cumplieron los criterios de inclusión del programa TRIAMAR y que activaron la Alerta de Hemodinámica (AH) desde enero de 2006 hasta noviembre de 2006. Se analizaron conjuntamente los casos realizados en las Unidades de Hemodinámica del Hospital U Miguel Servet y Hospital U Clínico Lozano Blesa, estudiando las variables edad y sexo, indicaciones del procedimiento, hospitales de procedencia y destino de los pacientes y una primera valoración de los tiempos desde que se activa la alerta hasta que el paciente llega a la Unidad de hemodinámica que está de guardia.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO: Tras 10 meses de puesta en marcha del programa TRIAMAR se han realizado 173 casos, con una edad media de 65,59 años (edad máxima 88 y edad mínima 36). El 78% (136 casos) son varones y el 21% (37 casos) son mujeres. La principal indicación fue la angioplastia de rescate (49%), la segunda el shock cardiogénico (14,45%) y la tercera angioplastia primaria (13,87%) y el resto de indicaciones (toma de Sintrom, contraindicación de fibrinólisis,...) en menor proporción. El Hospital Miguel Servet fue el hospital de procedencia en el 33% y el de destino en el 41,6% de los casos. El Hospital Clínico fue el hospital de procedencia en el 33% y el de destino en el 40% de los casos, los hospitales de la red asistencial de Aragón participaron en el resto de los casos en menor proporción. Se realizó traslado secundario a otros hospitales en el 33% de los casos (58 casos). El tiempo desde que se activó la alerta hasta que el paciente llega a la sala de hemodinámica supera los 60 minutos y hay casos en que la demora ha llegado a ser de hasta 4 horas.

CONCLUSIONES

1. Aragón ha conseguido tener AH 24 horas los 365 días del año, ofreciendo la alternativa de revascularización mecánica a una patología tan prevalente, grave y en ocasiones mortal como es el Infarto Agudo de Miocardio.
2. La angioplastia de rescate y el shock cardiogénico son las dos indicaciones más frecuentes que activan la AH.
3. Los hospitales dónde están ubicadas las salas de hemodinámica son los que más demandan la AH y los que acogen a la mayoría de los pacientes a los que se realiza el procedimiento.
4. El tiempo desde que se activa la AH hasta que llega el paciente a la sala de hemodinámica es excesivo. Todavía es el comienzo y esperamos que mejore en las próximas valoraciones.

TITULO

Actualización de las indicaciones y control de la Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria.

AUTORES

Mateo Lázaro ML¹, **Berisa Losantos F²**, De Pablo Cárdenas JM¹, Plaza Bayo A¹.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital O. Polanco. Secciones de Neumología¹ y Nefrología². Teruel

TIPO DE COMUNICACIÓN

Oral Póster

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

PALABRAS CLAVE

Oxigenoterapia domiciliaria, control.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Recordar a los profesionales las normas que rigen la prescripción de la oxigenoterapia domiciliaria y mejorar los controles en nuestra Área Sanitaria.

METODOLOGÍA EMPLEADA Reuniones en 8 Centros de Salud de un especialista en neumología con los médicos de zona. Se informa sobre los criterios de indicación aceptados por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), tipos de terapia y controles que deben hacerse.

Se implanta un formato impreso para las altas y bajas que se producen con centralización en la Secretaría de Medicina Interna.

Un Neumólogo supervisa las nuevas solicitudes y se controlan los pacientes que están en tratamiento con los listados proporcionados por la casa suministradora (Marzo, Agosto, Diciembre). En los casos que faltan datos de la prescripción se procede a:

1- Buscar análisis o historia clínica reciente del paciente en el hospital y en caso de cumplir criterios se mantiene el tratamiento.

2- Se contacta con el médico que indicó el tratamiento para que envíe al paciente a consulta de Neumología, o, en caso de incapacidad física, emita el informe correspondiente sobre la necesidad de mantenerlo.

Los resultados se comparan con los obtenidos antes de implantar este programa.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se han evaluado un total de 557 pacientes (306 hombres y 251 mujeres), con edad media de 76.9 años (31 – 100). Por diagnósticos predomina la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con 195 casos (28.6%), seguido de casos con pluripatología 121 (21.8%), problemas cardiológico 57 (10.3%). En un 54% la indicación es desde consulta externa y en el 35% al alta hospitalaria. Las prescripciones fueron por Neumología (42%) y por Medicina Interna (39.7%). En 216 casos fue necesario hacer algún tipo de control por falta de datos en la prescripción.

Al final del año solo un 7.3% de los casos permanecían sin criterios claros de indicación, lo que contrasta con el 48% encontrado en el estudio del 2005.

En días facturados, se produjo una disminución de más de 3000 con respecto al año 2005. Si se calcula con la tendencia que se esperaba para esta terapia, según la evolución de los últimos 3 años, suponen más de 23.000 días de ahorro, que en Euros asciende a más de 60.000/año.

CONCLUSIONES

La información a los profesionales sobre esta terapia y el control por un especialista, mejora la cumplimentación y supone un ahorro importante en el gasto sanitario.

TITULO Criterios de Fine para decidir ingreso o alta en casos de Neumonía Adquirida en la Comunidad

AUTORES Mozota J, Pérez-Aradros C, Rivas M, Valiente C, Gómez Bitrian J, Royo R.

CENTRO DE TRABAJO Servicio de Urgencias. Hospital Clínico “Lozano Blesa”

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE . Formación. Neumonía. Ingreso hospitalario urgente.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Valorar la adecuación /inadecuación de ingreso de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, antes y después de sesiones clínicas formativas para invitar al uso de una herramienta clínica: Criterios de Fine.

METODOLOGÍA EMPLEADA

- Estudio de intervención.
- Intervención: En octubre- noviembre de 2005 se realizaron sesiones clínicas en el servicio de urgencias a los médico residentes y médicos adjuntos, con los criterios de FINE y su aplicación para seleccionar la indicación de tratamiento hospitalario o ambulatorio en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. Se colocaron los Criterios de Fine en la sala de trabajo de Urgencias.
- Muestra; Se tomaron dos muestras. Una 47 pacientes al azar, del total de 67 pacientes ingresados en el mes de marzo de 2005 en el hospital desde urgencias. Otra de 68 pacientes del total de 70 ingresados en el mes de diciembre de 2005.
- Se recogieron factores demográficos, comorbilidad, examen físico y hallazgos de laboratorio.
- Clasificamos a los pacientes según los criterios de Fine en cinco grupos pronósticos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Las muestras estaban formadas por 30 varones y 17 mujeres con una edad media de 71 años y por 52 varones y 16 mujeres con una media de edad de 69 años, respectivamente.

Siguiendo los criterios de Fine, en nuestra muestra preintervención fueron ingresados 4 pacientes del grupo I y otros 4 pacientes del grupo II, los cuales deberían haber recibido tratamiento ambulatorio, y 1 del grupo I y 10 del grupo II en la muestra postintervención.

Dentro del grupo III encontramos 11 pacientes en marzo y 14 en diciembre que fueron ingresados, cuyo tratamiento habría que individualizar.

El número de pacientes que cumplen los criterios de ingreso son los que pertenecen al grupo IV, que en nuestra muestra son 18 en marzo y 32 en diciembre y los que pertenecen al grupo V, que son 10 y 11 respectivamente.

CONCLUSIONES

Fueron ingresados un total de 18% de pacientes que podrían haber recibido tratamiento ambulatorio, en marzo y 16,17% en diciembre.

El porcentaje de pacientes que ingresaron cumpliendo los criterios de Fine fueron 59% y 63,2% .

Tras intervención educativa ha mejorado la adecuación del manejo de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad: de altas en un 1,83% y de ingresos en un 4,22%.

TITULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FARMACEUTICOS DE ENLACE: INTERVENCIONES PARA MINIMIZAR LA DISCONTINUIDAD ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

AUTORES : Beloqui JJ, Villar I, Izuel-Rami M, Bandrés AC, Arenere M, Aza M.

CENTRO DE TRABAJO : H. C. U. Lozano Blesa. H. U. Miguel Servet. H. Royo Villanova. Servicios Centrales. SALUD

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Pendiente de aceptación en el LII Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

PALABRAS CLAVE : Atención farmacéutica, Continuidad asistencial

OBJETIVO DEL TRABAJO

Evaluar la contribución del farmacéutico de enlace (FACE) a la continuidad farmacoterapéutica entre Atención Primaria y Especializada

METODOLOGÍA EMPLEADA

Desde noviembre de 2006 se ha iniciado los sectores sanitarios I, II, III la actividad de 4 FACE ubicados en 3 unidades de Medicina Interna y 1 de Neumología de tres hospitales generales. Dichas actividades incluyen la realización de la historia farmacoterapéutica de los pacientes (incluyendo medicamentos sin receta e información sobre adherencia), el seguimiento durante el ingreso y la información farmacoterapéutica al paciente y/o cuidadores al alta hospitalaria. Se realiza Atención Farmacéutica al ingreso y durante la estancia en el 100% de los pacientes. Al alta se seleccionan los pacientes mayores de 64 años no institucionalizados y/o con 5 ó más medicamentos prescritos. Se utilizan como herramientas informáticas el programa Infowin® para la información al alta, Isofar® para el registro de intervenciones farmacéuticas y un programa propio para la realización de la historia farmacoterapéutica al ingreso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Desde noviembre de 2006 hasta marzo de 2007 (ambos meses inclusive) se realizó atención farmacéutica sobre 1405 pacientes al ingreso. Al alta hospitalaria se consideraron susceptibles de atención farmacéutica el 69 % de los pacientes de Medicina Interna y el 63 % de los de Neumología, siendo informados el 74,4% y el 88,3% de ellos respectivamente. Durante este periodo se detectaron 1001 Problemas Relacionados con Medicamentos lo que motivó otras tantas intervenciones farmacéuticas. El 50,4% de las intervenciones se realizaron al ingreso, el 24,7 % durante la estancia y el 24,9 % al alta. Al ingreso y al alta, la intervenciones más frecuentes fueron la cumplimentación de órdenes médicas (244 y 85 intervenciones respectivamente), el inicio de tratamiento (139 y 72 intervenciones) y la suspensión de medicamento (48 y 22 intervenciones). Durante la estancia, las intervenciones más frecuentes fueron las relacionadas con la cumplimentación de órdenes médicas (92 intervenciones), la modificación de la forma farmacéutica (42 intervenciones), la suspensión del medicamento y la modificación de dosis (37 y 22 intervenciones). El 62% de las intervenciones incidieron sobre la seguridad de la terapia, mientras que el 38 % lo hizo sobre su efectividad. La mayoría (el 92%) fueron aceptadas por el facultativo responsable

CONCLUSIONES

La labor de los FACE al ingreso ha evitado la interrupción inadecuada de tratamientos crónicos y asegurado su correcta dosificación. Al alta, las intervenciones realizadas han mejorado la calidad de la prescripción, por otro lado la información proporcionada personalmente a los pacientes contribuye al mayor conocimiento sobre su terapia lo que está asociado a un aumento en la adherencia al tratamiento y reducción de los PRM prevenibles*. Estas intervenciones revelan el valor intrínseco de la actividad FACE en aumentar la calidad y seguridad de la atención al paciente en la interfaz asistencial.

TITULO Detección de oportunidades de mejora en la atención de urgencias vitales.

AUTORES Puyol E, Bailac J, Torres E, Lueza C, Chaverri C, Agon P.

CENTRO DE TRABAJO Centro de Salud de Binéfar.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral

PALABRAS CLAVE Urgencias-vitales, algoritmos

OBJETIVO DEL TRABAJO

Aumentar la calidad técnica en la asistencia de estos procesos, estableciendo una dinámica de entrenamiento cada 6 meses.

Disminuir la variabilidad entre profesionales en estas actuaciones.

Minimizar el tiempo de respuesta y actuación.

Facilitar la asistencia fuera del Centro de Salud.

Mejorar la coordinación entre profesionales de AP y otros niveles asistenciales.

METODOLOGÍA EMPLEADA

La selección de las áreas de mejora se realiza con metodología cualitativa por técnica de grupo nominal. Diseño de encuesta de opinión, que es cumplimentada por los profesionales del EAP, para detectar deficiencias y necesidades.

Se organiza espacios y material en las consultas de urgencias, coche y consultorios locales.

Se difunden normas de uso y reposición de material.

Elaboración de algoritmos actualizados de consulta rápida de diferentes procesos: R.C.P, politrauma, IAM y urgencias Pediátricas. Distribución de los mismos.

Entrenamiento periódico en R.C.P. del equipo cada 6 meses en colaboración con 061 y servicio de urgencias del Hospital.

Al año y medio se realiza de nuevo la encuesta de opinión a los profesionales, para conocer su percepción y el grado de satisfacción por las medidas adoptadas para la atención de las urgencias vitales.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Nº de sesiones formativas y de entrenamiento sobre temas de urgencias realizadas en 2006: 4 sesiones, 2 de RCP y 2 de politrauma.

Porcentaje de personal sanitario asistente a sesiones formativa: 26 profesionales de plantilla incluidos los refuerzos (92% RCP, 76% politrauma)

Nº de algoritmos elaborados en diciembre de 2006: 4 pósters (uno de politrauma, uno de RCP básica, uno de RCP avanzada, uno de taquicardia-bradicardia)

Resultados de la encuesta de satisfacción de los profesionales a los 18 meses:

- Se detecta la gran utilidad de los algoritmos expuestos en la sala de urgencias
- Dada la poca frecuencia de estos procesos, se detecta la necesidad de formación periódica y el entrenamiento dentro del equipo y rotación específica
- Necesidad de ampliar los algoritmos a otros procesos urgentes.

CONCLUSIONES

- Existe unanimidad por parte de los profesionales del EAP en mejorar la atención a las urgencias vitales. En la atención de estas patologías, el equipo considera útil una dinámica de entrenamiento periódico y el apoyo de guías visuales y algoritmos de actuación en urgencias y maletín sobre politraumatizado, RCP, IAM y técnicas intervencionistas poco habituales (OIT, toracocentesis, cricotirotomía....).

TITULO:

MEJORA DE ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES : Torres E, Lueza C, Buil J A, Allue M, Montaner L.**CENTRO DE TRABAJO** Centro de Salud de Binéfar (HUESCA)**TIPO DE COMUNICACIÓN** Oral**PALABRAS CLAVE**

Tuberculosis, contactos, registro-unificado

OBJETIVO DEL TRABAJO

Tras una epidemia de TB en el año 2004, el EAP por unanimidad prioriza mejorar la actuación en dicha enfermedad, mediante un estudio de contactos de TB con los siguientes objetivos:

- 1) Tener una idea global en nuestra zona de salud, de la enfermedad tuberculosa y de los contactos para mejorar su diagnóstico y seguimiento
- 2) Disminuir la variabilidad de actuación de los profesionales
- 3) Minimizar el tiempo de diagnóstico y evitar pérdidas de contactos

METODOLOGÍA EMPLEADA

Elaboración de una hoja de registro que incluye datos de filiación, localización, tipo de contacto, exploraciones efectuadas...

Realización de registro unificado para toda la zona de salud. (censo de contactos)

Coordinación entre los profesionales del EAP(incluido urgencias) en las actuaciones y nombramiento de profesional de referencia en el equipo

Formación de los profesionales

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Los indicadores que se midieron fueron los siguientes:

- Detectar actuaciones en diagnóstico:

1. Nº de pacientes con PPD inicial negativo repetido a los 2 meses// Nº de pacientes con PPD inicial negativo (OBJETIVO 95%). Resultados en diciembre de 2005: 83%, en junio de 2006: 80%, en diciembre de 2006: 100%
2. Nº de Rx tórax realizadas en el estudio de contactos/(Nº pacientes con PPD positivo + Nº de pacientes con PPD negativo que sean contactos íntimos)(OBJETIVO 95%). Resultados en diciembre de 2005: 100%, en junio de 2006: 88%, en diciembre de 2006: 0%

- Detectar actuaciones en los registros:

3. Nº de casos registrados en el centro//Nº de casos declarados en la D.G.A. (OBJETIVO 100%). Resultados en diciembre de 2005: 85%, en junio de 2006: 80%, en diciembre de 2006: 0%

Tras la actualización del proyecto 2006, se añadieron 2 indicadores nuevos:

4. Nº de contactos registrados con variables realizadas//Nº de contactos. (OBJETIVO 95%). Resultados en junio de 2006: 83%, en diciembre de 2006: 100%
5. Nº de contactos con todos los ítems de la hoja de registro cumplimentados/ nº de contactos estudiados (OBJETIVO 100%). Resultados en junio de 2006: 41%, en diciembre de 2006: 100%

En primer semestre de 2006, hay un caso sin declaración se trata de una TBC ocular no bacilífera diagnosticada en el Hospital. En el 2º semestre ha sido declarado un caso de TBC, diagnosticado en el Hospital de Barbastro, se trata de un caso no bacilífero con BK. negativo realizado con broncoscopia. Se llega al diagnóstico de tuberculosis por exclusión de otras enfermedades pulmonares y mejora con tratamiento con tuberculostáticos.

Sus contactos íntimos fueron PPD(-), y consensuado con epidemiología se decidió cerrar el estudio de contactos.

CONCLUSIONES

- La tuberculosis precisa un abordaje integral y coordinado, teniendo en consideración aspectos asistenciales y condiciones sociales. Se ha conseguido visualizar la magnitud de la infección en la comunidad, y mejora la coordinación y colaboración con Salud Pública.
- La creación en el Centro de Salud de un registro único de casos y contactos facilita el seguimiento clínico y epidemiológico.

En el momento en que aparece un caso de TB en la zona, disponemos de una herramienta, la hoja de registro, y el registro unificado para el Centro, que nos facilita el estudio/seguimiento de contactos y la no pérdida de los mismos.

TITULO

¿NOS CONOCEN LOS CENTROS DE SALUD?

AUTORES Mir Ramos Eduardo, Castro Salanova Rafael, Mendoza Barquín Ana Belén, Antón Ramas Roberto, Solano Bernad Victor, Cano Muñoz Mabel.

CENTRO DE TRABAJO

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE

Calidad asistencial. Encuestas. Emergencias. Recursos asistenciales. Niveles asistenciales

OBJETIVO DEL TRABAJO**Generales:**

- Proporcionar información sobre la valoración de los servicios de emergencia por los centros de salud (CS).

Específicos.

- Promover estrategias de actuación conjunta.
- Elaborar y validar la encuesta para posibilitar estudios similares en otras Comarcas

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se diseñó una encuesta con 30 preguntas (25 cerradas y 5 abiertas) utilizando la técnica de incidentes críticos y la de preparación de oraciones aserverativas. Fueron llevadas a cada CS tras el contacto con los coordinadores.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El 46.2% de los encuestados afirmaba conocer bien el servicio del 061. Un 10% no conoce bien los recursos de emergencias de los que dispone. La valoración del tiempo de llegada al lugar de la demanda se consideró rápido y/o muy rápido en un 53%, considerándonos lentos el 11.5% (el 66.7% correspondió al CS más distante). La valoración asistencial responde generalmente o siempre a sus expectativas en un 90.4% de las ocasiones, y la del personal técnico en un 82,7%.

CONCLUSIONES

Se debe realizar un esfuerzo para aumentar y mejorar el conocimiento de nuestro servicio por parte de los profesionales de atención primaria. Se propone realizar un nuevo cuestionario en toda la Comunidad Autónoma de Aragón

TITULO PLAN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS. UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE LA U.M.E..GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL SERVICIO DE URGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

AUTORES MUR DE FRENNE L, NAVARRO AC, TARTAJ JL, GIL A, APARICIO O, FALOMIR R, MONTOLIU V

CENTRO DE TRABAJO CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE MEJORA. TRATO PERSONAL. SATISFACCION

OBJETIVO DEL TRABAJO

Mejora de la atención en el servicio de urgencias del centro de salud de Calamocha, que tiene 23 pueblos dispersos alrededor, coordinación con la UME, aumentar la efectividad, para mejorar la salud de la población, al resultar mas accesible la unidad medica especializada, por eliminar distancias, al tener la UME en el vecino Centro de Salud de Monreal del Campo, y tener autovía desde Calamocha a Teruel. Y conocer el grado de satisfacción general de la población mediante encuestas con respuestas concretas a preguntas cerradas.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Reunión de la Comisión de Calidad entre sí y con la UME del Jiloca
Medir número de Urgencias del Centro de Salud, cuantos de ellos derivan en un aviso a UME.
Número de pacientes Monitorizaron desde el Equipo de Atención
Análisis de Satisfacción del Usuario y conclusiones derivadas de su procesamiento estadístico y plasmar datos en Diagrama de Barras para su estudio y difusión con mayor claridad de exposición.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Indice de Urgencias en horario de Atención Continuada Y en un año $79/6086=0,012$, esto es 12 por mil de los pacientes
Indice de Monitorización de Urgencias pacientes monitorizados por cada 100 pacientes que se llama a la UME $(16/43) \times 100=37,2\%$: un aumento significativo
Indice Urgencias UME/en horario de atención continuada en un año $(43/6086) \times 1000=7,06$
Indicador de Actividad de la UME en Atención Continuada en relación a la totalidad de sus actuaciones en la Zona de Salud de Calamocha $(43/79) \times 100=47,77\%$

CONCLUSIONES

La valoración global del servicio de urgencias en las encuestas que llevamos a cabo desde el grupo de control de calidad de este Centro de Salud de Calamocha, es muy bueno y creen que el tiempo que se usa en atender a los pacientes es considerado suficiente por nuestros usuarios, comprenden nuestras explicaciones, y les damos el tiempo necesario para explicar sus problemas con facilidad.
La espera en el Centro de Salud les parece bien, ya que están aquí en Calamocha, pero si esperan al Médico en su domicilio, se angustian más, y si están aún mas graves, que esperamos la UME están más nerviosos y se desesperan ante la gravedad que es vista o intuida por los pacientes y los familiares.
Las encuestas son positivas incluso en amabilidad, es algo que agradecen nuestros pacientes, por encima del frío y distante trato profesional. La espera hasta que se acude el médico, es lo único que valora negativamente la población (el que espera, desespera).
El tiempo que dedicamos a los actos de asistencia sanitaria estrictamente es considerado como bueno.