

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Proyecto de mejora del Proceso de Atención Continuada domiciliaria en Atención Primaria: rediseño y AMFE

A. Cañada Dorado^{a,*}, J. Cárdenas Valladolid^b, F. Espejo Matorrales^c, I. García Ferradal^c, S. Sastre Páez^d e I. Vicente Martín^e

^aUnidad de Calidad y Atención al Usuario, Gerencia Atención Primaria, Área 4, Madrid, España

^bDepartamento de Sistema de Información Asistencial, Gerencia Atención Primaria, Área 4, Madrid, España

^cSubdirección Asistencial, Gerencia Atención Primaria, Área 4, Madrid, España

^dEnfermería, Centro de Salud Gandhi, Área 4, Madrid, España

^eAtención Continuada, Centro de Salud Sanchinarro, Área 4, Madrid, España

Recibido el 10 de noviembre de 2009; aceptado el 14 de junio de 2010

Disponible en Internet el 20 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Continuidad de
cuidados;
Rediseño;
AMFE

Resumen

Objetivo: Describir el proyecto de mejora aplicado al proceso de atención continuada (ATC) de sábados y festivos en el Área 4 de Atención Primaria (AP) de Madrid, para garantizar una atención segura y libre de fallos en los cuidados domiciliarios de los fines de semana.

Material y método: El proceso de ATC se identificó como de riesgo por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) del Área, además presentaba quejas: de las enfermeras que realizan la atención y de pacientes. En 2009 se realiza un DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) que evidenció problemas. Posteriormente se diseña un proyecto de mejora que se desarrolla en las fases: 1. Rediseño y mejora del proceso. 2. Aplicación AMFE al nuevo proceso. 3. Pilotaje. 4. Formación a las enfermeras. 5. Implantación en todo el Área. 6. Encuesta de satisfacción a las enfermeras de ATC.

Resultados: El rediseño del proceso, proporcionó mejoras como la automatización y aumento de la eficiencia. Posteriormente a la implantación de las medidas de mejora, no se han producido nuevas reclamaciones de pacientes y ha mejorado la satisfacción de las enfermeras de ATC medida a través de encuesta. Al aplicar el AMFE se priorizaron fallos y se pusieron en marcha acciones de mejora.

Conclusiones: La mejora del proceso y sobre todo su automatización, ha sido un gran avance para mejorar la seguridad. El AMFE nos ha resultado una herramienta útil y práctica que ha permitido implantar importantes acciones, igualmente se ha conseguido mejorar la satisfacción de las enfermeras que realizan la ATC.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acanada.gapm04@salud.madrid.org (A. Cañada Dorado).

KEYWORDS

Primary care;
Continuous health
care;
Redesigning;
FMEA

Improving the continuous care process in primary care during weekends and holidays. Redesigning and FMEA

Abstract

Objective: To describe a project carried out in order to improve the process of Continuous Health Care (CHC) on Saturdays and bank holidays in Primary Care, area number 4, Madrid. The aim of this project was to guarantee a safe and error-free service to patients receiving home health care on weekends.

Materials and method: The urgent need for improving CHC process was identified by the Risk Management Functional Unit (RMFU) of the area. In addition, some complaints had been received from the nurses involved in the process as well as from their patients. A SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) analysis performed in 2009 highlighted a number of problems with the process. As a result, a project for improvement was drawn up, to be implemented in the following stages: 1. Redesigning and improving the existing process. 2. Application of failure mode and effect analysis (FMEA) to the new process. 3. Follow up, managing and leading the project. 4. Nurse training. 5. Implementing the process in the whole area. 6. CHC nurse satisfaction surveys.

Results: After carrying out this project, the efficiency and level of automation improved considerably. Since implementation of the process enhancement measures, no complaints have been received from patients and surveys show that CHC nurse satisfaction has improved.

By using FMEA, errors were given priority and enhancement steps were taken in order to: Inform professionals, back-up personnel and patients about the process. Improve the specialist follow-up report. Provide training in ulcer patient care.

Conclusion: The process enhancement, and especially its automation, has resulted in a significant step forward toward achieving greater patient safety. FMEA was a useful tool, which helped in taking some important actions. Finally, CHC nurse satisfaction has clearly improved.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención en sábados y festivos consiste en ofrecer cuidados en domicilio a pacientes inmovilizados y terminales¹ que requieren una continuidad asistencial cuando los centros de salud no están operativos. Los cuidados son derivados por su enfermera habitual a las enfermeras que realizan esta actividad en informe específico incorporado en la Historia Clínica Informatizada (HCI); el proceso cómo tal se inició a principios de los años 90 en toda la Comunidad de Madrid, con el objetivo de que toda la actividad programada para los fines de semana en el domicilio dejará de ser realizada por los servicios de emergencias y fuese asumida por las enfermeras de los centros de salud. No obstante, la Atención Continuada (ATC) es un proceso que presenta una gran variabilidad en toda la comunidad y cada área sanitaria la ha organizado de una manera determinada. En el Área 4 hay actualmente 14 enfermeras realizando la actividad, divididas en dos grupos según distribución geográfica y con una responsable encargada de coordinar cada grupo. El n.º de derivaciones realizadas en 2008 fue de 5.200, lo cual supone una media de aproximadamente 400 al mes, correspondiendo a las curas el mayor porcentaje de derivaciones, un 60% y un 40% a los inyectables.

El Área 4 es completamente urbana y está formada por tres distritos: Ciudad Lineal, San Blas y Hortaleza - Barajas. Consta de 21 Centros de Salud que atienden a una población de más de 600.000 personas con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI); para la implantación del proceso desde la Dirección de

Enfermería del Área se realizaron las siguientes intervenciones: conseguir que las enfermeras de ATC pertenecieran a centros del área y no fueran contratadas específicamente para ello, con el objetivo de que estuviesen familiarizadas con la metodología enfermera utilizada, los procesos y las características de la población; elaboración de un informe específico de derivación de las enfermeras que habitualmente proporcionan los cuidados a sus pacientes entre semana a las que realizan la ATC los fines de semana, estructurado según la metodología enfermera²⁻⁵, que se incorporó a la HCI; igualmente se diseñó el proceso, monitorizándose distintos indicadores como: incidencias en la recepción de informes de derivación, que a veces no llegan a las enfermeras de ATC por fallos en la mensajería, las detectadas por las propias enfermeras al realizar la atención y derivaciones incorrectas o cuidados inadecuados, relacionados sobre todo con curas de úlceras cutáneas que no se adecuaban a las recomendaciones de la Guía del Área⁶; posteriormente se difundió el proceso al resto de enfermeras. A pesar de las intervenciones el proceso seguía dando algunos problemas que originaron quejas de las enfermeras de ATC sobre su funcionamiento y algunas reclamaciones de pacientes.

Material y método

Desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UGRS) del Área⁷, se identificó el proceso de ATC como de riesgo para la

seguridad del paciente: Es un proceso que aún estando diseñado, requiere de una coordinación eficaz, para evitar que se retrase la atención al paciente o que este reclame la asistencia al servicio de emergencia aún siendo una atención programada y no urgente, además de los problemas anteriormente mencionados.

En febrero de 2009 se decide crear un grupo de trabajo formado por enfermeras de ATC y asistenciales, un experto en sistema de información, una subdirectora asistencial y la responsable de calidad del área, con el objetivo de realizar un análisis de la situación sobre el proceso en la actualidad, que se llevó a cabo a través de un DAFO. Esta herramienta se utiliza para analizar una situación tanto desde la perspectiva interna (fortalezas y debilidades) como externa (oportunidades y las amenazas del entorno). El DAFO evidenció problemas, como: desconocimiento del proceso por parte de suplentes y otros profesionales, dificultades con el envío de los informes o informes mal cumplimentados.

Por todo ello el equipo de trabajo decide desarrollar un proyecto de mejora con el objetivo de garantizar una atención segura y libre de fallos en los cuidados ofertados a los pacientes en su domicilio los fines de semana; dicho proyecto se desarrolla en las siguientes fases:

1. Rediseñar/mejorar el proceso⁸. El nuevo proceso (fig. 1) incluye la automatización, consiguiendo, a través de la elaboración de un aplicativo informático que los datos de los informes de derivación de los días festivos o de fin de semana registrados en la Historia Electrónica de salud de los pacientes en un protocolo informático (fig. 2), se exporten mediante sentencias *Structured Query Language* (SQL) a un gestor de bases de datos (fig. 3) desde el que se pueden generar, en formato electrónico,

los informes correspondientes al periodo solicitado. Posteriormente cada responsable de grupo los envía por correo electrónico a las enfermeras de ATC y estas desde el ordenador de su casa, al tener acceso al correo institucional pueden recibir los informes sin necesidad de desplazarse a recogerlos. SQL es un lenguaje informático que permite interrogar mediante «sentencias» la base de datos en la que se registra la información clínica del paciente. En el Área 4, este procedimiento basado en sentencias SQL se utiliza de manera sistemática para la investigación y en los programas de mejora de la calidad⁹⁻¹¹.

Figura 2 Protocolo informático para elaborar el Informe de derivación.

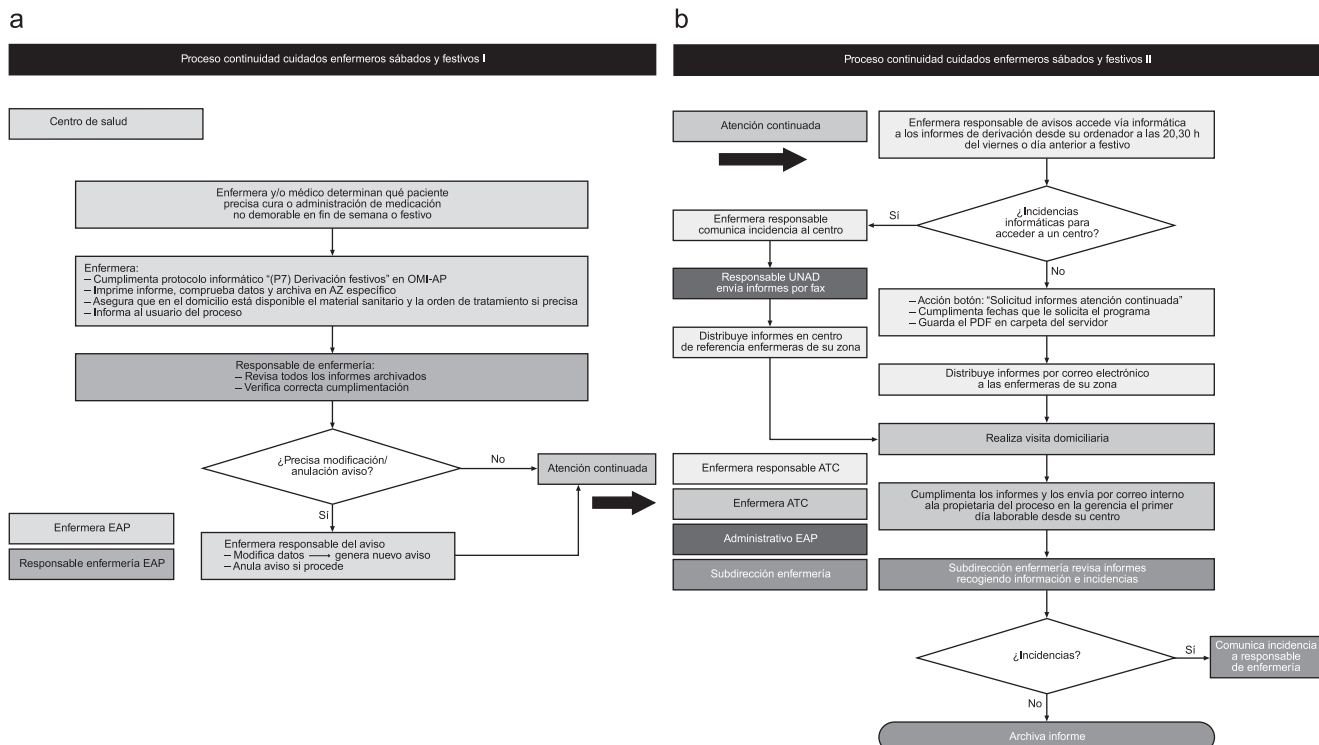


Figura 1 Diagrama de flujo del Nuevo proceso de Continuidad de Cuidados enfermeros en sábados y festivos.



Figura 3 Aplicativo informático para la extracción de los datos.

2. Aplicación del AMFE¹²⁻¹⁶ al nuevo proceso. Algunos miembros del equipo de trabajo ya conocían la herramienta AMFE y al resto se le dio una breve formación. El AMFE es una herramienta preventiva, simple y sistemática, de identificación de las debilidades potenciales de un diseño o proceso, que ya habíamos utilizado anteriormente en el área con el proceso de Anticoagulación Oral⁹ y que nos había resultado muy útil. Permite identificar los fallos potenciales, así como los posibles efectos; posibilita igualmente priorizar el riesgo, según la gravedad, la probabilidad de que se produzcan y las posibilidades de detección que tenemos en nuestro medio; por último el AMFE propone acciones para eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan dichos fallos. La metodología de aplicación fue la siguiente: a) se identificaron los posibles fallos de cada paso del proceso y se averiguaron las causas y efectos de los fallos. Se analizó primero de manera individual y posteriormente, por consenso; todos los datos se iban registrando en el AMFE (fig. 4); b) se analizaron los riesgos y se puntuaron, según los criterios de ocurrencia de la causa, gravedad del efecto y posibilidad de detección de los modos de fallo. Para el criterio de ocurrencia: se asignó la mayor puntuación - 10- cuando se consideraba frecuente y la mínima puntuación -1- cuando la posibilidad era remota. Para el criterio de gravedad, la mayor puntuación - 10- se asignó cuando la gravedad del efecto era «catastrófica» y podía crear problemas serios de seguridad; la menor puntuación -1- cuando la gravedad era menor, siendo indetectable por el paciente. Para el criterio de detección del fallo la máxima puntuación -10- se relacionó con una baja posibilidad de detección y la mínima puntuación -1- con una alta probabilidad de detección. El Índice de Priorización del Riesgo IPR, se obtuvo con los índices de ocurrencia, gravedad y detección; agrupándose posteriormente por afinidad. Más tarde se determinaron las causas dónde se podía actuar, y c) se propusieron acciones de mejora para cada causa de modo de fallo, dónde se pudiera actuar y se definieron medidas de evaluación para verificar el cumplimiento de esas acciones implantadas; igualmente se identificó el responsable de verificar todas las acciones (fig. 5).
3. Pilotaje del nuevo proceso en dos centros de salud. Que se realizó sin problemas, detectándose algunas incidencias que se pudieron resolver fácilmente.
4. Elaboración del manual. Con el objetivo de facilitar el manejo del programa informático para la recepción de informes de derivación, a las enfermeras de ATC.

5. Presentación y adiestramiento en el programa a las enfermeras de ATC y Responsables de Enfermería de todos los centros.
6. Implantación en todos los centros utilizando los dos sistemas. informe en papel con mensajero y el informatizado-detectándose algunas incidencias, en total 7, en las cuales se intervino.
7. Implantación exclusiva del modelo informatizado.
8. Encuesta de satisfacción a las enfermeras de ATC.

Resultados

El rediseño del proceso, implantado en todos los centros de salud del área, ha proporcionado mejoras como la automatización del mismo anteriormente mencionada, asegurando la recepción de todos los informes y evitando que pacientes viesan retardada su atención en el domicilio los fines de semana o esta tuviese que ser realizada por los servicios de emergencia. El proceso es más eficiente: no se necesitan mensajeros y las enfermeras no invierten tiempo en recoger los informes. No se han producido nuevas reclamaciones de pacientes y ha mejorado la satisfacción de las enfermeras de ATC, conocida a través de una encuesta, que proporcionó los siguientes resultados: el 80% de las enfermeras de ATC dice estar satisfecha con el nuevo proceso. Lo que más valoraron es: poder recibir en tiempo real los avisos a domicilio desde el ordenador de su centro, el no tener que desplazarse a recoger los avisos a última hora de los viernes o anterior a festivo y el no depender del mensajero (olvidos de recoger informes...); a la pregunta de lo que debe mejorar aún, indicaron: incluir una cuarta fecha (de momento el aplicativo informático estaba diseñado para poderlo utilizarlo en 3 festivos consecutivos y en la actualidad se ha ampliado hasta cuatro), el poder acceder a los informes desde el ordenador de casa (las enfermeras e ATC podían recibir los informes en el ordenador de su casa puesto que tienen acceso al correo institucional, pero acceder a la información de la HCI solo fue posible desde los ordenadores de los centros de salud, tal y como lo hemos explicado anteriormente) y que no falte material en los domicilios. Al aplicar el AMFE se priorizaron fallos como: falta material en domicilios, desconocimiento del proceso, no cumplimentar protocolo informático, teléfono o dirección incompletos o erróneos y no especificar cuidados en informe. Las principales acciones de mejora han tenido que ver con informar del proceso: sesiones en los centros, cada centro tiene programadas dos sesiones para explicar el proceso, el nuevo protocolo informático, para concienciar a las enfermeras de los centros de la importancia de la adecuación de las derivaciones, de tener el material necesario en los domicilios, de la correcta planificación de los cuidados y de la importancia de informar a los pacientes, así como de que los datos de identificación del paciente, dirección y teléfono sean correctos; para solucionar éste problema se les informó a las enfermeras de ATC que reflejasen éstas incidencias en el apartado específico del informe, con el objetivo de que la propietaria del proceso en la gerencia las revisase posteriormente y se las comunicase a las unidades administrativas correspondientes para que

FECHA	feb-09	PUNTUACIÓN	I.GRAVEDAD	I.LOCURRENCIA	I.DETECCIÓN				
			CATASTRÓFICO DE 9-10	FRECUENTE DE 9-10	BAJA DE 9-10				
			MAYOR DE 5-8	OCCASIONAL DE 7-8	MODERADA DE 7-8				
			MODERADO DE 3-4	INFRECUENTE DE 5-6	OCCASIONAL DE 5-6				
			MEJOR DE 1-2	REMOTO DE 1-4	ALTA DE 1-4				
Nº	PASOS DEL PROCESO		POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	IG	IO	ID	IPR
1	1. Enfermera/médico determinan si un paciente precisa cuidados enfermeros en domicilio en sábados y festivos		Paciente no está clínicamente bien derivado	Desconocimiento criterios	Avisos innecesarios falta	1	5	10	50
			Se deriva sin valoración previa	Alta hospitalaria día anterior al festivo	Problemas organizativos (falta e	4	4	10	160
			Suplentes y otros profesionales desconocen el	Falta información	No se generan avisos necesarios,	8	6	10	480
			No se deriva cuando está indicado	Falta de Formación	Paciente no recibe	8	1	10	80
			No cumplimentar el protocolo	Desconocimiento proceso. Olvido	Aviso no se realiza o se reclama al	8	6	10	480
2	2. Enfermera EAP cumplimenta protocolo informático		Registro en protocolo equivocado	Desconocimiento proceso	Pérdida de tiempo de la enfermera	2	1	6	12
			Registro datos inadecuados o incompletos	Desconocimiento proceso. Error profesional	Información incompleta sobre	8	8	1	64
			Registro después de la hora estipulada	Usuario contacta con el centro después de las	Enfermera AC no acude	8	1	9	72
			Fallo informático	fallo del servidor	Enfermera AC no acude	8	1	1	8
3	3. Verifica datos introducidos en el		No compruebe dirección y/o teléfono	Olvido. Prisas Desconocimiento proceso	Pérdida de tiempo en localizar	8	5	8	320
4	4. Imprime informe y guarda en carpeta específica por si incidencias informáticas		No imprime el informe de seguridad	Olvido. Prisas Desconocimiento proceso	Si problemas informáticos, el aviso	8	2	9	144
			No verifique impresión efectuada	Olvido. Prisas Desconocimiento proceso	Si problemas informáticos, el aviso	8	2	2	32
			Impresora no funciona	Mala configuración. Falta toner. Caída red. Atasco	Si problemas informáticos, el aviso	8	1	1	8
			No hay material en domicilio	Olvido. Desconocimiento proceso	La enfermera AC no puede realizar	8	8	9	576
									0
									0
									0
									0
									0
									0
			Falta orden de tratamiento médico, estando	Olvido. Desconocimiento proceso	Desconfianza el paciente. E. asume	9	4	9	324
			Paciente/familia no tiene orden de tratamiento	Pérdida. Falta de información al paciente	Asume una responsabilidad que no	1	4	10	40
6	6. Enfermera EAP Informa al paciente del proceso		No informa del proceso	Olvido. Presupone que está informado	Incertidumbre, desconfianza del	4	5	9	180
			Información incompleta o inadecuada	Desconocimiento proceso	Incertidumbre, desconfianza del	4	5	9	180
7	7. Si es necesario eliminar alguna derivación, Responsable Enfermería borra protocolo informático y rompe copia papel		Una vez anulada una derivación, Responsable no	Responsable está ausente y no	Enfermera AC acude	1	1	9	9
			Responsable enfermería borra protocolo después	Notificación después de 20,30h día anterior a	Enfermera AC acude	1	1	9	9
			Responsable no rompe copia en papel	Olvido. Desconocimiento el proceso	Si falta de tiempo para	1	1	9	9
8	8. Responsable grupo de At C. accede vía		No puede acceder a la información	Fallo informático	comunicación entre derivados y	1	1	7	7
			No conseguir contactar telefónicamente con el	Línea telefónica ocupada	No se conocen las derivaciones.	8	1	9	72
9	9. Si incidencias informáticas para acceder a un centro, llama y administrativo UNAD envía informes por fax		Fax no funciona	Avería telefónica	No se conocen las derivaciones.	8	1	9	72
			Administrativo desconoce carpeta informes	Desconocimiento proceso administrativos	No se conocen las derivaciones.	8	1	9	72
			Los informes no están en papel	Olvido. Desconocimiento proceso Enfermera EAP	No se conocen las derivaciones.	8	1	9	72
10	10. No incidencias, administrativos centros rompen		No se rompen los informes de papel	Olvido. Desconocimiento proceso	Si incidencias informáticas próximo	1	1	1	1
11	11. Responsable grupo de At C. acciona botón		Fallo informático	Caída de la red. Fallo ordenador	Responsable AC debe contactar	1	1	9	9
12	12. Imprime informes		Fallo informático	Caída red. Fallo ordenador.	Resp. de At. C. no tiene informes	1	1	9	9
13	13. Distribuye informes por correo electrónico a		Fallo informático		Resp. de At. C. no tiene informes	1	1	9	9
13	14. Si incidencias informáticas. Distribuye informes en SUAP a enfermeras del grupo		Responsable AC no puede acudir SUAP	Fallo en el transporte... motivos personales	Resp. de At. C. no puede repartir	1	1	1	1
			Enfermera AC no puede acudir SUAP	Fallo en el transporte... motivos personales	Enfermera de At. C. no tiene	1	1	1	1
			Domicilio erróneo	Enfermera EAP no verificó datos. Cambio domicilio	Pérdida de tiempo en localizar	8	5	1	40
			Falta material	Falta previsión enfermera EAP. Desconocimiento	La enfermera AC no puede realizar	9	5	9	405
			Falta orden de tratamiento	Olvido. Desconocimiento proceso	Desconfianza del paciente. E.	9	4	9	324
			Informe no específica cuidados a realizar	Olvido. Falta de formación. Desconocimiento	Inseguridad Enfermera AC realiza	5	3	7	105
15	16. Cumplimenta informes y envía a Subdirección al día siguiente		Enfermera AC no cumplimenta informes	Olvido.	Desconocimiento de las	1	2	4	8
			No envía informes a Sb al día siguiente	Olvido. día libre enfermera	Tardanza en conocer las incidencias	1	2	4	8
16	17. Subdirección envía copia de informes con		No enviar incidencias	Olvido. Ausencia de la responsable	Si desconoce errores cometidos, no	1	2	9	18

Figura 4 AMFE. Algunos pasos del proceso puntuados con el Índice de Priorización del Riesgo.

actualicen los datos en la ficha administrativa del paciente del programa informático. También se ha incorporado el proceso en el documento de acogida a las nuevas enfermeras y se ha recomendado a los centros que lo incluyeran en su reglamento de régimen interno, igualmente se incorporó en el programa de la HCI; otra acción realizada después del AMFE ha sido la mejora del informe de derivación incorporándole un sistema de verificación para que las enfermeras que realizan la derivación, comprueben que existe material en el domicilio, así como la orden clínica si es necesario; en cuanto a la formación en cuidado de úlceras, se ha planificado un curso específico en el área para 30 enfermeras y tienen como objetivo en el contrato programa en todos los centros: un porcentaje de enfermeras que deben acudir al curso de úlceras presencial que se oferta en la Agencia de Formación de la Consejería de Sanidad o al que se imparte vía «on line». En relación a la evaluación de los indicadores del proceso, que aún estando diseñados anteriormente no se monitorizaban sistemáticamente, en la actualidad y desde la implantación del nuevo proceso sólo se han producido 27 incidencias, de las cuales 15 tienen que ver con el registro inadecuado del informe de derivación, 10 con incidencias asistenciales: no tener material en el domicilio para realizar la cura y derivaciones inadecuadas y 2 incidencias por datos administrativos incorrectos de los pacientes que ya se han solucionado.

Discusión

La automatización del proceso ha supuesto una importante mejora y después de un pilotaje, la implantación es efectiva en el 100% de los centros del área.

La aplicación de la metodología AMFE, nos ha sido de gran utilidad para identificar y priorizar los principales riesgos y poner en marcha acciones de mejora. Lo que nos ha servido también para consolidar la metodología AMFE.

Podemos concluir diciendo que ha mejorado la seguridad del proceso; la eficiencia; la satisfacción de las enfermeras: reciben todos los informes y además sin necesidad de desplazarse; tenemos posibilidad de detectar errores de identificación de pacientes (teléfono y dirección) y corregirlos en el programa informático y además no han vuelto a producirse reclamaciones de pacientes.

Las limitaciones que presenta el estudio, están relacionadas con la dificultad de compararnos con otros similares relacionados con la ATC de los fines de semana, ya que no hemos encontrado ninguno publicado que haga referencia a este proceso en concreto.

Los aspectos que nos quedan por mejorar tienen que ver fundamentalmente con: la adecuación de las derivaciones para los fines de semana y la planificación de los cuidados relacionados con curas de úlceras, es decir que los

FALLOS CRÍTICOS ORDENADOS POR IPR Y AGRUPADOS	CAUSAS DONDE SE PUEDE ACTUAR	POSIBLES SOLUCIONES	ACCIONES CONCRETAS	MEDICIÓN DEL RESULTADO	RESPONSABLE EVALUAR	RESULTADOS
No hay material ni orden de tratamiento médico (cuando se precisa) en domicilio	Desconocimiento proceso	Informar del proceso. Concienciar de la importancia de que esté la orden de tratamiento en el domicilio cuando es necesaria y el material	Sesiones para todos los profesionales en el centro (2 al año) incluidas en el programa de autoformación, para todos los profesionales (médicos, enfermeras y administrativos)	Dos sesiones impartidas en cada centro a fecha 31 de diciembre 2009	Responsable de Enfermería de cada centro y Responsable de Calidad del Área	Todos los centros tienen programadas las dos sesiones
		Mejorar el informe de derivación. Concienciar	Añadir un sistema de verificación en el informe de derivación para que aparezca un campo de comprobación: material y orden clínica. Para evitar confusión entre los profesionales, cambiar el nombre del protocolo y poner: Informe de derivación festivos	Informe modificado Protocolo informático modificado	Desarrollo de Sistema de Información	Ya está modificado el informe
Desconocimiento del proceso: suplentes y otros profesionales del EAP	No se informa adecuadamente a los suplentes, otros profesionales "olvidan" o tiene un conocimiento incompleto del proceso	Informar del proceso.	Poner el proceso en el documento de acogida a nuevas enfermeras, en el Reglamento de régimen interno de los centros de salud y en el protocolo informático, como campo de acción	Acciones realizadas	Responsable de Enfermería de cada centro y Responsable de Calidad del Área	El proceso ya está incluido en documento de acogida. Los centros deben incorporarlo en el reglamento de régimen interno y está incluido en el protocolo informático
Enfermera EAP no cumplimenta el protocolo	Desconocimiento proceso	Informar del proceso.	Sesiones informativas	Dos sesiones impartidas en cada centro a fecha 31 de diciembre 2009	Responsable de Enfermería de cada centro y Responsable de Calidad del Área	Todos los centros tienen programadas las dos sesiones
Dirección y/o teléfono del paciente incorrectos	Ficha administrativa del paciente no está actualizada en el sistema informático	Enfermera ATC notifica la incidencia en el informe de derivación	Propietaria del proceso en la Gerencia, si recibe ésta incidencia interviene con la Unidad Administrativa correspondiente para que actualice los datos del paciente en el protocolo informático	Propietaria del proceso en la gerencia interviene ante éstas incidencias	Propietaria del proceso en la gerencia	Propietaria del proceso en la gerencia interviene ante éstas incidencias
No informa del proceso adecuadamente al paciente, familia	Desconocimiento proceso	Informar del proceso y concienciar	Sesiones informativas	Dos sesiones impartidas en cada centro a fecha 31 de diciembre 2009	Responsable de Enfermería de cada centro y Responsable de Calidad del Área	Todos los centros tienen programadas las dos sesiones
Se deriva sin valoración previa	Alta hospitalaria día anterior al festivo	Implicar a los profesionales del centro	Enfermera de avisos o la que designe el centro para éstos casos, debe acudir al domicilio, valorar cuidados, dejar material en el domicilio y cumplimentar el informe de derivación	Los centros tendrán designada una enfermera para éstos casos concretos	Responsable de Enfermería de cada centro y Responsable de Calidad del Área	Todos los centros tienen designada a la enfermera de interior
Enfermera EAP no imprime el informe.	Desconocimiento proceso. Olvido	Mejorar del proceso informático. Concienciar	Sesiones informativas	Dos sesiones impartidas en cada centro a fecha 31 de diciembre 2009	Responsable de Enfermería de cada centro y Responsable de Calidad del Área	Todos los centros tienen programadas las dos sesiones
El Informe no especifica cuidados a realizar o están incompletos	Desconocimiento proceso. Falta de formación en cuidados úlceras cutáneas	Informar del proceso. Formación en cuidado úlceras	Sesiones informativas. Todas las enfermeras del centro realizarán el curso úlceras cutáneas de la Agencia Laín Entralgo, bien presencial o on line	Dos sesiones impartidas en cada centro a fecha 31 de diciembre 2009. En 2009, al curso asistirán al menos 2 de cada centro, 1 al menos hará el curso on line	Responsable de Enfermería de cada centro y Unidad de Calidad	Sesiones planificadas. Curso programado en el Área para 30 enfermeras
No se deriva cuando está indicado realizar un cuidado	Falta de Formación en cuidados úlceras cutáneas	Formar en úlceras cutáneas	Todas las enfermeras del centro realizarán el curso úlceras cutáneas de la Agencia Laín Entralgo, bien presencial o on line	En 2009, al curso asistirán el 50% de las enfermeras de cada centro y el resto en 2010	Responsable de Enfermería de cada centro y Responsable de Calidad del Área	Curso programado en el Área para 30 enfermeras

Figura 5 Priorización de acciones por IPR. Fallos críticos ordenados por ipr en el proceso atención continuada en sábados y festivos.

cuidados derivados se adecuen a las recomendaciones recogidas en la Guía del Área 4; pensamos que estos aspectos mejoraran con la formación específica en úlceras que se ha planificado en el área para las enfermeras. Otro aspecto importante a tener en cuenta es la necesidad de potenciar la comunicación entre las enfermeras de los centros y las que realizan la ATC con el objetivo de mejorar aún más el proceso de derivación y la realización de los cuidados.

Agradecimientos

A Rosa Arnal Directora de Enfermería, por su interés en desarrollar e impulsar la Atención Continuada en el Área; a David Rodríguez Responsable de Sistemas de Información por su ayuda técnica; a Pilar Villasevil y a Daniel Sacristán del departamento de Informática por el aplicativo informático elaborado.

Bibliografía

- Servicio Madrileño de la Salud. SERMAS. Cartera Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Madrid: 2007.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- NANDA: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. Madrid: Elsevier España SA; 2007.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ª ed. Barcelona: Harcourt; 2009.
- Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y Aplicación, 3.ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1996.
- SERMAS. Guía de Prevención y Manejo de las Úlceras de la Piel, desde la Atención Primaria a la Especializada. Madrid: Área 4 de Atención Primaria; 2005.
- Mena Mateo JM, Sáenz-Virseda de la Fuente A, Cañada Dorado A, Villamar Borrego M. Estrategia de implantación y evaluación de una Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios en un Área de Atención Primaria. Rev Calidad Asistencial. 2009;24:95-103.
- Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Dirección de Asistencia Sanitaria. Guía para la Gestión de Procesos.

9. Cañada Dorado A, Mena Mateo JM, Sánchez Perruca L, Cárdenas Valladolid J. Mejora de la seguridad y evaluación de los resultados del proceso de anticoagulación oral implantado en un Área de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22: 287–98.
10. Cárdenas Valladolid J, Mena Mateo JM, Cañada Dorado A, Rodríguez Morales D, Sánchez Perruca L. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedicado en un Área de Atención. *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24:24–31.
11. Mena Mateo JM, Sánchez Perruca L, Cañada Dorado A, Cárdenas Valladolid J. Implantación y evaluación informática de un programa de mejora de la calidad asistencial en el Área 4 de Atención Primaria de Madrid. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21:238–46.
12. DeRosier J, Stalhandske A, Bagian JP, Nuudell T. Using health care failure mode and effect analysis - The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risks Analysis System. *J Qual improvement*. 2002;248–67.
13. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Plan de Riesgos Sanitarios. 2006.
14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. [consultado 5/10/2009]. Disponible en: <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety/fmea/failure+mode+and+effects+analysis.htm>.
15. Institute for Healthcare Improvement. [consultado 15/9/2009]. Disponible en: <http://www.ihl.org/ihl/workplace/tools/fmea>.
16. Instituto Universitario de Evaluación Sanitaria. Máster Gestión de Calidad en Organizaciones Sanitarias y socio- sanitarias. Madrid: Análisis Modal de Fallos y Efectos AMFE; 2001.