

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Mesa 1 * 13J-18:00 h.

Reg	Presentador/a	Título de la Comunicación
50	BARA MACHIN GLORIA	LA RECESIÓN ECONÓMICA: ¿MOTIVA O DESMOTIVA A LA ENFERMERÍA?
182	CATALAN EDO MARIA PILAR	CALIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS DURANTE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN
162	FATAHI BANDPEY LUIZA	REVISIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE PROTOCOLOS EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA
414	GASCON FERRER ISABEL	MARCADORES DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA: LA IMPORTANCIA DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS
81	LAGANGA ESTEBAN MARIA NATIVIDAD	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE POTENCIALES EVOCADOS DE ESTADO ESTABLE
277	LAIN MERCADAL JUAN	IMPLANTACION DEL LA ISO 9001 Y LA ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA
322	LANZUELA VALERO MANUELA	RADIOTERAPIA ANTIÁLGICA EN SESIÓN ÚNICA: CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES
119	LAVIÑA CASTAN ANA BELEN	PRACTICAS OBSTÉTRICAS Y DEPRESIÓN POSTPARTO. APLICACIÓN RECOMENDACIONES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL
47	PALANCA ARIAS DANIEL	EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS EN NUESTRA UNIDAD
367	PEREZ SANS JAVIER	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: MEJORA CONTINUA DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y USUARIOS EN ATENCIÓN ASISTENCIAL
215	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	MEJORA DE LA CALIDAD MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN SEIS SIGMA
295	SANZ GOMEZ ANA ISABEL	ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN
396	SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION	ENCUESTA DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA Y SERVICIO DE REHABILITACIÓN SECTOR ZARAGOZA II
142	TEJERO BAJADOR ARLANZA	PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROCESO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 50

TÍTULO. LA RECESIÓN ECONÓMICA: ¿MOTIVA O DESMOTIVA A LA ENFERMERÍA?

Autores: BARA MACHIN G, MAINER SANMARTIN MP, LOPEZ IBORT N, GONZALEZ DE LA CUESTA D, BARRADO NARVION MJ, RAMOS MUÑOZ C, MARCELLAN RALDUA N, TELLO EXTREMAD C

BARA MACHIN GLORIA . H MIGUEL SERVET . URPA BLOQUE QUIRURGICO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

1. Conocer qué factores ayudarían, según las enfermeras, a elevar el nivel de motivación.
2. Conocer qué factores ayudarían a las supervisoras a motivar a su personal.
3. Comparar elementos motivadores en situación de crisis y en situación de bonanza económica

METODOLOGÍA

Material y método:

Estudio cualitativo mediante la técnica de grupo nominal realizado con dos grupos de trabajo, uno de supervisoras y otro de enfermeras de atención especializada, con la pregunta:

Para enfermeras:

¿Qué necesitarías para que aumentara tu motivación en el trabajo diario?

Para supervisoras:

¿Qué necesitarías para motivar y liderar al personal que gestionas?

Se llevó a cabo en Noviembre de 2012 en un contexto de crisis económica con la intención de compararlo con una situación de estabilidad laboral recogida de estudios previos.

Las preguntas son las mismas que se realizaron en un estudio previo en el año 2007, con la misma metodología y manteniendo el 50% de los informadores clave, para poder realizar un estudio comparativo entre ambos.

RESULTADOS

Se convocaron a 12 supervisoras de enfermería de las que acudieron 7, justificando el resto su ausencia. De la misma forma y en día diferente se convocaron otras 12 enfermeras asistenciales acudiendo 9 de ellas excusándose el resto.

Los elementos fundamentales necesarios de las supervisoras son:

- ? Que las direcciones asuman la responsabilidad del cumplimiento de la normativa y el mismo nivel de exigencia en el desempeño profesional
- ? Adecuación de Recursos Humanos

Los elementos motivadores identificados por las enfermeras son:

- ? Respeto profesional
- ? Reconocimiento profesional y económico

CONCLUSIONES

mientras los elementos motivadores en las enfermeras se mantienen en los dos escenarios temporales estudiados, las necesidades identificadas por las supervisoras son radicalmente distintas. Una petición de autonomía, toma de decisiones y asunción de responsabilidades en tiempo de bonanza, se transforma en una dependencia de la Dirección de Enfermería para la toma de decisiones, mayor control y rigidez de actuación

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 182

TÍTULO. CALIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS DURANTE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: CATALAN EDO MP, ARELLANO SANCHEZ C, GALVEZ ALVAREZ E, GRACIA HIGUERAS I, LAGANGA ESTEBAN N, NOYA CASTRO C

CATALAN EDO MARIA PILAR . H MIGUEL SERVET . Subdirección Enfermería Infantil

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la calidad de los registros enfermeros y la pérdida de información durante el proceso asistencial y comparar la efectividad de los registros en formato papel respecto al uso de nuevos métodos de registro informático implantados en el hospital. Proporcionar un medio que sirva de base a la reflexión para la mejora constante de los cuidados y punto de partida en la implantación y aceptación de nuevos métodos de registro.

METODOLOGÍA

Estudio analítico retrospectivo de las historias clínicas de todos los lactantes hospitalizados a través del servicio de urgencias e intervenidos de Estenosis Hipertrófica de Píloro entre enero de 2009 y diciembre de 2012. Se evaluó el registro llevado a cabo por el personal de enfermería en las historias clínicas de las variables: edad, sexo, peso, tipo de lactancia, tensión arterial, frecuencia cardiaca, acceso venoso (calibre, zona anatómica de inserción y servicio que efectúa la técnica), sonda nasogástrica (calibre, características y servicio que efectúa la técnica), extracción sanguínea. Las historias correspondientes a los años 2009-2011 fueron consultadas en papel (53) y las del año 2012 se consultaron a través de los registros informáticos (12).

RESULTADOS

En el 69% de las historias en papel se omitió el registro de alguna de las variables estudiadas. Destaca en un 18,9% el calibre y/o zona anatómica de inserción de vía venosa, seguido del tipo de lactancia en un 11%. En un 43,3% de estas historias la omisión de variables ha sido múltiple (más de 3 variables), en un 17% de historias no se especifican las constantes (TA y FC), calibre y zona anatómica de inserción del acceso venoso y características de la SNG. Respecto a la evaluación de los datos disponibles a través de registro informático sólo se omite alguna variable en un 33% de las historias, destacando en un 25% de casos la TA y FC, seguido del calibre y tipo de SNG en un 8% de los casos, no existiendo pérdida de más de 3 variables en ningún caso. Existe relación entre el formato de registro usado por los profesionales de enfermería (papel o electrónico) y la omisión de variables en la historia clínica $p=0,024$ ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

La protocolización e implantación de métodos informáticos conseguirá que los registros enfermeros sean de mayor calidad, evitando la pérdida de y/o omisión información. Se hace necesaria la colaboración y concienciación de todo el personal de enfermería, fomentando el correcto flujo de información entre las distintas unidades del hospital para evitar la pérdida de información.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 162

TÍTULO. REVISIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE PROTOCOLOS EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Autores: ROIG SALGADO C, VILAR BONACASA E, FATAHI BANDPEY L, LENGHEL F, SANTA EULALIA MAINEGRA E, JARA DIAZ ANA M, TRUCCO FERNANDO E

FATAHI BANDPEY LUIZA . H OBISPO POLANCO . RADIODIAGNOSTICO

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Desde el año 2007 nuestro hospital cuenta con una guía clínica propia para el manejo de la pancreatitis aguda en la que participan numerosas especialidades. Con el objetivo de obtener el máximo rendimiento a las pruebas de imagen, es imprescindible seleccionar sus indicaciones y realizarla en el momento evolutivo adecuado.

Nos hemos propuesto como objetivos:

- analizar la realización de una adecuada clasificación radiológica por parte del servicio de Radiodiagnóstico.
- analizar la indicación correcta de ecografía y TC en el diagnóstico esta patología
- analizar la indicación de TC en la evolución de las pancreatitis graves y complicadas
- establecer el grado de cumplimentación de los protocolos para pancreatitis aguda de nuestro hospital

METODOLOGÍA

Se recogen y revisan durante 4,5 meses los casos diagnosticados de pancreatitis aguda, recopilando 10 casos, para comprobar su correcta clasificación radiológica, así como la adecuación temporal en la realización de las distintas pruebas de imagen.

La evaluación de la clasificación radiológica, se ha realizado en base al TC diagnóstico y la adecuación temporal se ha evaluado valorando la fecha de realización del TC y la ecografía tras su ingreso hospitalario.

Se comunica a los facultativos la iniciación del proyecto, solicitando su colaboración en la recogida de casos. Asimismo, se les facilita un esquema con el índice de severidad del TC en el que se guía el protocolo para la pancreatitis aguda de nuestro hospital.

RESULTADOS

El 89% de los casos analizados tenían la clasificación radiológica adecuadamente cumplimentada. No se pudo filiar el motivo por el que uno de los casos no contaba con dicha clasificación.

El 44% de las pancreatitis fueron clasificadas como pancreatitis graves y el 56% se etiquetaron de pancreatitis leves.

Al 89% de los pacientes se le realizó un estudio ecográfico posterior al TC diagnóstico. De estas ecografías, el 67% se efectuaron en las primeras 24 horas tras el ingreso hospitalario y el 33% a los 3 o 4 días.

De los pacientes diagnosticados de pancreatitis graves y complicadas, en un 50% se les solicitó estudio de TC en las primeras 24 horas tras el ingreso. Al 25% de las pancreatitis agudas leves (un caso) se le solicitó TC en 24 horas, evidenciando una complicación de la misma en la historia clínica.

CONCLUSIONES

Según lo expuesto anteriormente se observa una moderada cumplimentación en cuanto a imagenología, del protocolo para las pancreatitis agudas. Se debe trabajar de forma interdisciplinar para mejorar la adecuación de las pruebas diagnósticas y optimizar el rendimiento de las mismas.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 414

TÍTULO. MARCADORES DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA: LA IMPORTANCIA DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS

Autores: GASCON FERRER I, CASAMAYOR C, SANCHEZ N, BARRANCO I, GUTIERREZ M, HERRERO M, RODRIGUEZ J, ESARTE J

GASCON FERRER ISABEL . H MIGUEL SERVET . CIRUGÍA GENERAL

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

El margen quirúrgico en cirugía de cáncer de mama se define como la distancia existente entre las células tumorales y el borde marcado con tinta de la pieza extirpada. Se trata de el único factor pronóstico que depende directamente del cirujano, y uno de los marcadores de calidad de cualquier unidad de patología mamaria. Una elevada tasa de márgenes quirúrgicos positivos tras el tratamiento quirúrgico, marca una alerta en la calidad del tratamiento que estamos ofreciendo a nuestras pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes re-intervenidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, por márgenes afectos tras cirugía de cáncer de mama, desde Enero 2012 a Marzo 2013.

RESULTADOS

Del total de pacientes intervenidos en nuestro Servicio por patología tumoral maligna de mama (101 pacientes), 7 (6.9%) han precisado de una segunda cirugía por márgenes afectos. La edad media estuvo en 74 años, presentando antecedentes tumorales 2 de las pacientes (carcinoma renal y carcinoma intraductal). En 4 de las pacientes no se realizó estudio radiológico por protocolo clínico con resonancia magnética debido a la edad de las pacientes. La localización más frecuente fue en cuadrante superoexterno, siendo los tamaños tumorales desde 8 a 30 mm. El diagnóstico histológico preoperatorio más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante. Ninguna de las pacientes había recibido tratamiento neoadyuvante. El tipo de cirugía inicial practicada fue conservadora en todos los casos, siendo 3 de ellas guiadas por arpón, con resultado de estudio de márgenes intraoperatorio negativo en todos los casos. En 6 de las pacientes el estudio axilar intraoperatorio resultó positivo, presentando 3 resultados de macrometástasis. La segunda cirugía practicada tras el hallazgo anatomopatológico fue cirugía radical en 5 de las pacientes, dada su avanzada edad, encontrándose tumor residual en la pieza quirúrgica en el 86% de los casos.

CONCLUSIONES

El margen quirúrgico negativo es el único factor pronóstico tumoral que depende del cirujano, y un indicador básico de calidad en la unidad de patología mamaria. El margen afecto tanto en carcinoma infiltrante como en el carcinoma in situ, compromete la supervivencia de nuestra paciente. Ninguna otra terapia complementaria puede evitar las consecuencias de un margen positivo. El estudio intraoperatorio de la pieza nos permite obtener resultados satisfactorios de márgenes afectos (6.9% Vs 8.4% demostrado en la bibliografía), siendo la buena comunicación con el patólogo y el uso de ecografía intraoperatoria para lesiones no palpables una opción adecuada que nos permite bajar dicha cifra.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **81**

TÍTULO. **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE POTENCIALES EVOCADOS DE ESTADO ESTABLE**

Autores: LAGANGA ESTEBAN MN, SERRANO ARANDA L, CALVO CUELLO B, CATALAN EDO P

LAGANGA ESTEBAN MARIA NATIVIDAD · H MIGUEL SERVET · PEDIATRIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Normalizar la actuación de enfermería en la sedación del paciente pediátrico en los Potenciales Evocados de Estado Estable (PEE), para mejorar la seguridad clínica.

Crear un documento que protocolice la atención del personal de enfermería evitando errores clínicos.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos en las siguientes fuentes: Pubmed, Medline, Cuiden,....

RESULTADOS

Los procedimientos a tener en cuenta consisten en:

- una primera fase preliminar relacionada con el ingreso del niño en el hospital y traslado a la zona de realización de la prueba,
- una segunda fase en la que se describe la actuación de enfermería durante todo el proceso de la prueba.

Se han tenido en cuenta dos indicadores de calidad para la futura evaluación del protocolo, relacionados con la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

Con la elaboración del protocolo se ha conseguido,

- una herramienta útil para aumentar la seguridad clínica del paciente
- un método que sirve para disminuir las incidencias en el transcurso de la prueba (material y personal)
- aumento de la confianza y disminución de la ansiedad del personal de enfermería que realiza la prueba, y
- disminución del riesgo de errores de identificación.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 277

TÍTULO. IMPLANTACION DEL LA ISO 9001 Y LA ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA

Autores: LAIN MERCADAL J, REVILLA LOPEZ MC, VELA MARQUINA ML

LAIN MERCADAL JUAN . H MIGUEL SERVET . ELECTROMEDICINA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Describir la implantación, evolución y desarrollo de las Normas ISO 9001 e ISO 13485 en el Servicio de electromedicina. del HUMS.

METODOLOGÍA

El Servicio de electromedicina obtuvo la certificación por las Normas ISO 9001 e ISO 13485 en el año 2010, con el asesoramiento y apoyo de una empresa consultora externa.

Se procedió de forma conjunta a elaborar todo el sistema documental, a la formación del personal e implantación de dicha normas.

A lo largo de los tres años siguientes se consigue la recertificación del servicio y se inicia un proceso de apoyo y coordinación a través de la Unidad de Calidad.

Así mismo, los responsables del sistema de calidad del Servicio de Electromedicina se incorporan al programa formativo del hospital (Implantación de Sistemas de Calidad, formación de Auditores Internos, etc.)

A partir del año 2012 se trabaja con colaboración de la UCA, en la integración de Electromedicina al sistema de calidad del Sector, unificando la documentación.

Se realizan sesiones de trabajo semanales impulsando que el Servicio se conciente del funcionamiento del sistema de calidad, sea autónomo en el manteniendo y mejora del mismo y puedan ser independientes de la consultora

RESULTADOS

El Servicio de Electromedicina obtuvo en julio de 2010 la certificación del sistema de calidad en la Norma ISO 9001 e ISO 13485. Siendo el primer Servicio de Electromedicina a nivel nacional en obtener este ultimo certificado.

La certificación se ha mantenido durante los 3 años siguientes.

En el año 2013, las auditorias internas se realizan por los propios profesionales del Hospital que han recibido la capacitación para ello y en estos momentos está obteniendo los certificados de las normas con la nueva documentación adaptada al Sector.

En mayo de 2013 se realiza la auditoria externa por parte de un Auditor externo de la ISO 9001, esperando resultados. En Junio se realizará la parte de la 13485.

CONCLUSIONES

La implantación del sistema de calidad en el Servicio ha supuesto una mejora en la dinámica de trabajo, una mayor colaboración e implicación del personal

La colaboración de la UCA es eficiente para mantener y coordinar que los servicios del Hospital mantengan la certificación y la colaboración entre estos.

Los servicios certificados del hospital conocen mucho mejor el servicio de electromedicina y se planifican objetivos comunes.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 322

TÍTULO. **RADIOTERAPIA ANTIÁLGICA EN SESIÓN ÚNICA: CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES**

Autores: LANZUELA VALERO M, IBAÑEZ CARRERAS R, MENDEZ VILLAMON A, PUERTAS VALIÑO MM, PONCE ORTEGA JM, TEJEDOR GUTIERREZ M, CUARTERO CONEJERO E, SANCHEZ AGUDO B

LANZUELA VALERO MANUELA . H MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

En el proceso oncológico, más del 60% de los pacientes recibirán radioterapia (RT) y una gran parte de ellos a lo largo de su evolución la necesitarán para el control del dolor producido por el tumor primitivo o por sus metástasis. Más del 30% de los pacientes tratados anualmente en un servicio de Oncología Radioterápica lo son con intención paliativa, lo que supone una ocupación importante en servicios con recursos limitados y una alta presión asistencial. Por otra parte, estos pacientes presentan con frecuencia mal estado general, dolor con la movilización, etc.

Objetivos:

- Establecer criterios que permitan dirimir fácilmente los pacientes candidatos a RT en sesión única basados en la evidencia disponible.
- Analgesia en el Servicio previa a dolor irruptivo provocado por la planificación y el tratamiento.
- Limitación de las demoras en el inicio del tratamiento en la medida de lo posible.

METODOLOGÍA

Tras revisar la evidencia científica, se establecieron como criterios para poder administrar RT antiálgica en sesión única: no existencia de compresión medular, no masa de partes blandas acompañante a la lesión ósea y no riesgo de fractura patológica.

A lo largo del último año hemos tratado 150 pacientes con finalidad antiálgica fundamentalmente por metástasis óseas. De ellos, un 40 cumplían los criterios para poder recibir radioterapia en sesión única.

En todos aquellos que presentaban mal control del dolor ya en reposo, se administró analgesia mediante un opioide de liberación rápida (fentanilo transmucoso) previo a la realización de la planificación del tratamiento radiante y a la administración del mismo.

Se ha establecido, para intentar disminuir las demoras en la administración del tratamiento, hacerlo el sábado por la mañana, día de menor presión asistencial en los aceleradores.

RESULTADOS

La tolerancia a la posición de tratamiento y a la administración del mismo ha sido mejor desde la administración de opioide previa. Se ha apreciado un incremento en la satisfacción de los pacientes y familiares con la necesidad de venir sólo un día a tratamiento frente a la necesidad de venir varios días.

Hay una disminución en el consumo de recursos no sólo a nivel de nuestro servicio sino también en el de ambulancias, etc.

La reserva de espacios en máquina los sábados por la mañana para estos tratamientos ha disminuido la demora para administrar el tratamiento.

CONCLUSIONES

En los casos de indicación de radioterapia para la paliación de síntomas, debemos intentar la menor repercusión sobre la calidad de vida de estos pacientes que ya se encuentra bastante deteriorada.

La limitación de recursos hace que la optimización en el empleo de los mismos sea vital para el correcto sostenimiento del sistema.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 119

TÍTULO. PRACTICAS OBSTÉTRICAS Y DEPRESIÓN POSTPARTO. APLICACIÓN RECOMENDACIONES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

Autores: LAVIÑA CASTAN AB, HERNANDEZ PEREZ J, GARCIA MARTINEZ MA, AMAYAS LORAO R, FERRANDEZ CORTES J, GOTOR COLAS ML, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEAS L, GOTOR COLAS S

LAVIÑA CASTAN ANA BELEN . H MIGUEL SERVET . PARITORIOS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

-Conocer la aplicación de las recomendaciones recogidas en la Estrategia de atención al parto normal en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza en octubre y noviembre de 2011

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, prospectivo

Muestra

Mujeres cuyo parto fue en los meses octubre y noviembre de 2011 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Recogida de datos

Antes del alta hospitalaria se entrega y recoge un Cuestionario con las variables a estudiar y consentimiento informado.

Variables

1. Variables de de la Estrategia de atención al parto normal:

- Episiotomía: sí/no.
- Manejo del dolor en el parto: epidural sí/no.
- Percepción por la mujer de tener un apoyo continuo durante el parto y postparto por la matrona: sí/no.
- Acompañamiento durante el parto y postparto por la persona elegida por la mujer: sí/no.
- Tipo de parto: normal, instrumental (Ventosa o fórceps), cesárea.
- Contacto precoz piel con piel madre-recién nacido durante al menos los 70 minutos tras el parto: sí/no.
- Primera toma de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto (lactancia precoz): sí/no.

2. Variables sociodemográficas

3. Variables Obstétricas

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio hubo 737 partos. La muestra total final recogida fue de 541 púérperas.

CONCLUSIONES

A pesar de trabajar en un hospital de III nivel, con una alta patología gestacional y un 10,91 % de partos prematuros en el periodo estudiado hay que destacar la baja tasa de cesáreas, incluso por debajo de la recomendación de la OMS (14,97%) y de episiotomía (48,61%) debido a la política que se sigue de episiotomía selectiva.

Destacar el alto porcentaje de madres que inician con su bebé contacto (73%) y lactancia materna precoz (70,32%), siendo estos aspectos muy importantes para el estado emocional de la madre.

Limitaciones del estudio:

-Pérdida de casos debido a la barrera idiomática y a que no se pudieron recoger todas las encuestas por la dedicación que exige un recién nacido.

-Escasa muestra de partos gemelares(4,9%) y de algunas nacionalidades (por ejemplo chinas).

Podemos concluir que se debe promocionar a

la aplicación de las recomendaciones de la estrategia de atención al parto normal, principalmente:

-Contacto precoz piel con piel madre-recién nacido durante al menos los 70 minutos tras el parto.

-Primera toma de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto.

Estas dos medidas se deben tomar principalmente en aquellos casos con más riesgo de presentar DPP: partos prematuros, partos instrumentales y cesáreas.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **47**

TÍTULO. **EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS EN NUESTRA UNIDAD**

Autores: PALANCA ARIAS D, MADURGA REVILLA P, GARCIA IÑIGUEZ JP, MURILLO REVILLA O, GUTIERREZ LIZARRAGA C, ESTABEN BOLDOVA V, VIÑADO COCA C, ROYO PASCUAL LA

PALANCA ARIAS DANIEL . H MIGUEL SERVET . UCI PEDIATRICA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar la cultura de seguridad en nuestra Unidad. Analizar los incidentes y eventos adversos recogidos tras un año de la implantación del sistema de notificación. Identificar áreas prioritarias de acción para el grupo de trabajo de seguridad del paciente

METODOLOGÍA

Se impartieron sesiones docentes en horario de trabajo a todo el personal de la Unidad (adjuntos, MIR, enfermería, auxiliares) para crear cultura de seguridad y detallar en qué consiste un sistema de notificación y qué se debe notificar. Una instructora en seguridad del paciente de nuestro centro acudió para resolver las cuestiones que pudieran surgir al implantar un sistema de seguridad. Se diseñó un sistema de notificación de incidentes/acontecimientos adversos sencillo y adaptado a nuestra unidad, en formato papel, para ser rellenada de forma voluntaria y anónima por todo el personal de la UCIP que observara un incidente. Las notificaciones se recogieron en un buzón fuera de la unidad.

RESULTADOS

Se recogieron 19 notificaciones; 15 incidentes detectados sin repercusión para el paciente y 4 eventos adversos (2 causaron alguna molestia al paciente/monitorización extra, 1 precisó tratamiento intravenoso y otro ocasionó un cambio en las constantes vitales o bien extracciones adicionales). Hubo una mayor notificación en: abril-mayo, el turno de noche, en pacientes postoperados, por adjuntos y enfermería y en menor proporción por residentes. De los 6 camas de la Unidad la que más incidencias recogió fue una de aislados. El 100% de los incidentes fueron declarados evitables y se propusieron ideas para solucionar futuros errores.

CONCLUSIONES

Se ha valorado positivamente y considerado importante la implantación del sistema de notificación de incidentes/acontecimientos adversos. Se han propuesto líneas de mejora en relación a errores de medicación. A pesar de su reciente implantación, creemos necesario promover el uso del sistema de notificación y crear cultura de seguridad para animar a los trabajadores a notificar más y sin miedo. Los objetivos pendientes fueron: realizar rondas de seguridad internas, reunirnos para comentar algún efecto adverso o realizar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE).

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **367**

TÍTULO. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: MEJORA CONTINUA DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y USUARIOS EN ATENCIÓN ASISTENCIAL

Autores: PEREZ SANS J, OBIS SANCHEZ FJ, MARCO LIARTE MC, PALMERO PEREZ F, HERNANDEZ GOYENECHEA P, SANJOAQUIN BENAVENTE MC, PASTOR OLIVER AM

PEREZ SANS JAVIER . H SAN JUAN DE DIOS . CALIDAD

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Mostrar como el modelo de gestión del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, basado en el modelo EFQM y la norma ISO 9001:2008, han sido herramientas fundamentales para mejorar de manera sistemática la calidad de nuestros servicios y la percepción que tienen nuestros clientes de dicha mejoría.

METODOLOGÍA

Resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes de Hospitalización acerca de la Atención Asistencial: trato dispensado por personal asistencial, nivel de seguimiento médico, información facilitada sobre el estado de salud y el tratamiento, resolución de problemas,...

RESULTADOS

Mejora progresiva de la satisfacción global durante los últimos 5 años pasando de 8,74 en 2008 a 9,16 en 2012. Más de 177 acciones de mejoras trabajadas en el periodo estudiado.

CONCLUSIONES

La sistemática de mejora continua implantada en el Hospital, ha permitido que la satisfacción de nuestros pacientes y usuarios con respecto a la Atención Asistencial haya mejorado de forma progresiva en los últimos 5 años (2008-2012), gracias a la identificación de áreas de mejora y la consecuente puesta en marcha de planes de acción para subsanar dicha situación (acciones formativas, objetivos anuales, instrucciones de trabajo, grupos de mejora,...), teniendo una influencia directa en la mejora de los resultados, demostrando que la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad debe abordarse como una herramienta y no un fin en sí mismo.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **215**

TÍTULO. **MEJORA DE LA CALIDAD MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN SEIS SIGMA**

Autores: REAL CAMPAÑA JM, VINUES C, LOPEZ A, IDOPE A, GIMENO V, NAVARRO H, SANTAMARIA E, ABAD SAZATORNIL MR
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL . H MIGUEL SERVET . FARMACIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar las aportaciones de la metodología LEAN SEIS SIGMA al sistema de calidad del Servicio de Farmacia

METODOLOGÍA

Se analizaron las incidencias y propuestas recogidas durante el 2012 tras la implantación de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Se dividió al personal del SF en 10 grupos de cinco personas, cada uno con un coordinador específico, y englobaban el turno de mañana y tarde. Cada grupo debía y debe reunirse todos los días a la misma hora durante 5 minutos, registrando todas las incidencias ocurridas durante la jornada anterior, así como propuestas de mejora. El registro se realizaba en una base de datos Access®. Las incidencias/propuestas se revisan posteriormente, valorando la apertura de informes de “no conformidad” que requerirán acciones correctivas o preventivas

RESULTADOS

Se registraron 1682 incidencias, 134 transmisiones de informaciones relevantes para el resto del servicio y 16 preguntas al sistema de calidad. Todas las categorías profesionales estuvieron representadas: los facultativos notificaron el 29,19% de las incidencias, los grupos multidisciplinares (auxiliares, DUEs y facultativos) 21,46%, la función administrativa 11,95%, grupos combinados de auxiliares y DUEs 15,76%, auxiliares 8,20%, los celadores 1,13% y otros 1,13%. Se abrieron 21 “no conformidades” durante el 2012, destacando la implantación de un protocolo de capacitación del personal auxiliar, la modificación/actualización de los protocolos de funcionamiento del Servicio para las unidades y se reorganizó el trabajo interno para optimizar los tiempos de los procesos. Se observó una disminución en la tasa de devoluciones de las unidades de preparaciones del laboratorio de Farmacia, una disminución de las peticiones realizadas por vía urgente y se disminuyó el índice de errores de llenado de los carros de dosis unitaria. Debido a las propuestas de mejora se detectaron problemas de almacenamiento que derivó en una reorganización del almacén, déficit de conocimiento sobre normas de dispensación de medicamentos con requisitos especiales que se solucionó mediante la colocación de alertas visuales con código de colores, eliminación de registros innecesarios que sobrecargaban el trabajo sin añadir valor al producto

CONCLUSIONES

Un sistema de calidad completo y eficiente requiere la implicación de todo el personal para alcanzar la excelencia. Las mejores propuestas de mejora son aquellas que provienen del personal que desarrolla el trabajo, por lo que sistemas que estimulen la participación se beneficiarán de mayor número de acciones preventivas y correctivas

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **295**

TÍTULO. **ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN**

Autores: SANZ GOMEZ AI, IRIARTE RAMOS S, GASCON CATALAN A

SANZ GOMEZ ANA ISABEL . H ROYO VILLANOVA . CONSULTAS EXTERNAS

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar como influyen los factores psicosociales del entorno laboral y personal, de los profesionales de enfermería, en el riesgo de cometer errores sanitarios en el personal de enfermería de hospitalización.

METODOLOGÍA

Estudio de diseño descriptivo comparativo realizado sobre el personal de enfermería de hospitalización en activo del Hospital Royo Villanova, mediante un cuestionario realizado a 50 enfermeras

RESULTADOS

Han cometido un error sanitario el 96 % de la población estudiada, la cual está constituida por un 94% de mujeres y un 6% de hombres, cuyos intervalos de edad median entre los 22 y 52 años. De la muestra analizada un 85,4% consideran que cuando se comete un error sanitario hay influencia de los factores psicosociales del entorno laboral, pero sólo un 27,1% consideran que si influyen los factores del entorno personal en el error. Destacando que la mayoría de los profesionales encuestados sufre burnout y existe una relación significativa entre burnout y error asistencial ($p=0,016$), así como entre errores cometidos y la variable despersonalización del profesional ($p=0,006$). A su vez se encontraron relaciones significativas entre menor antigüedad laboral y aumento en la frecuencia de errores cometidos ($p=0,038$).

CONCLUSIONES

Las conclusiones extraídas del análisis de los datos ofrecidos por el personal de enfermería entrevistado muestran que existe relación entre burnout, los factores psicosociales que lo producen, y el error asistencial en la práctica enfermera en hospitalización.

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. **396**

TÍTULO. ENCUESTA DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA Y SERVICIO DE REHABILITACIÓN SECTOR ZARAGOZA II

Autores: SANZ RUBIO MC, REVILLA LOPEZ MC, GARCIA GALAN MJ, MERCADO RUS S, TOBAJAS SEÑOR E, VILLA GAZULLA MT, COCA MORENO J, GARRIDO SANTAMARIA I

SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION . CS ROMAREDA (SEMINARIO) . UNIDAD DE FISIOTERAPIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Contribuir al análisis de indicadores del Proceso de Rehabilitación / Fisioterapia ambulatorias en patología osteomuscular
Asegurar una atención de calidad con un uso óptimo y racional de los recursos, mejorando eficacia y eficiencia mediante la coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria

METODOLOGÍA

En Marzo de 2013 se realizó una encuesta para valorar la satisfacción en las consultas de fisioterapia de Atención Primaria y del Hospital

Se realizó un análisis descriptivo y un comparativo entre ambas

RESULTADOS

-Hospital:

97 encuestas realizadas (media de edad 53,51 años)

La asistencia en general se valora positivamente en un 89,9%

El 95% de los pacientes consideran las instalaciones adecuadas, satisfactorias o muy satisfactorias

La facilidad para conseguir cita es poco o nada satisfactoria en un 21,3%

El tiempo de espera entre el día en que se cita y la fecha de consulta en un 26,3% es poco o nada satisfactorio

El trato del personal, la confianza, amabilidad y el interés demostrado fue satisfactorio o muy satisfactorio en la mayoría de pacientes

En cuanto al respeto a su intimidad, el 57% está muy satisfecho

El tiempo dedicado en consulta y la información recibida, se consideran adecuados

El 97,9% recomendaría esta consulta a familiares y amigos

-Atención Primaria:

163 encuestas realizadas (media de edad 56,78 años)

La asistencia en general se valora positivamente en un 99,4%

Las instalaciones, la facilidad para conseguir cita, el tiempo de espera entre el momento de la cita y la consulta, se consideran adecuados

El tiempo de espera entre el día que se cita y la fecha de consulta en un 28,6% es poco o nada satisfactorio

El trato del personal, la confianza, amabilidad y el interés demostrado fue satisfactorio o muy satisfactorio en su mayoría

En cuanto al respeto a su intimidad, el 68% está muy satisfecho

El tiempo que se dedica en consulta y la información recibida se consideran adecuados

El 98,7% recomendaría esta consulta a familiares y amigos

CONCLUSIONES

La opinión del usuario indica una mayor facilidad para conseguir cita en las consultas de Fisioterapia de AP con un menor tiempo de espera entre la cita y la primera consulta y entre la hora de citación y la atención recibida

El usuario muestra mayor satisfacción ante la información recibida sobre su caso en AP

De las preguntas abiertas, en ambos casos lo que más ha gustado es la profesionalidad, amabilidad, conocimientos y dedicación de los fisioterapeutas y lo que menos, el tiempo de espera y la saturación por falta de fisioterapeutas

XI JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 13 de junio de 2013

Comunicación ORAL *** Mesa 1

Nº Reg. 142

TÍTULO. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROCESO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Autores: TEJERO BAJADOR A, BLANCO CHAMORRO C, BORQUE FERNANDO A, GIL MARTINEZ P, GIL FABRA J, RIOJA ZUAZU J, MENDEZ VILLAMON A, GIL SANZ MJ

TEJERO BAJADOR ARLANZA . H MIGUEL SERVET . UROLOGIA

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Limitar el número de pacientes en seguimiento tras tratamiento curativo por cáncer de próstata en Atención Especializada,
- Disminuir el coste del seguimiento del paciente
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Homogeneizar criterios de seguimiento y de altas en Atención Especializada y en Primaria.

METODOLOGÍA

Con la elaboración en 2011 del Proceso Asistencial al paciente con cáncer de próstata en el Sector II, surgió la necesidad de limitar los pacientes en seguimiento tras tratamiento curativo por cáncer de próstata en Atención Especializada. Para ello se elabora el Protocolo de Derivación a Atención Primaria.

Para su elaboración se establecen 4 grupos de riesgo de progresión (bajo, intermedio, alto y muy alto) y en cada grupo, el momento en el que la probabilidad de recidiva es muy baja, y por tanto, pueden continuar controles en Atención Primaria mediante análisis anual con PSA.

Así se establece el siguiente esquema:

	SEGUIMIENTO AT. ESPECIALIZADA	SEGUIMIENTO AT. PRIMARIA
Bajo Riesgo	3 años	7 años
Riesgo intermedio	3 años	7 años
Alto riesgo	5 años	5 años

RESULTADOS

Desde el momento de implantación del Protocolo en Mayo 2012, hasta el momento de la primera revisión en Enero 2013 se han visto 2.155 pacientes y se han registrado 296 altas. De todas ellas, 80 altas han sido definitivas y 216 han sido altas a Atención Primaria para seguimiento.

En todos los pacientes se ha generado el informe correspondiente en Hp- Doctor.

Se aprecia un ahorro coste económico reseñable derivado de los 80 pacientes dados de alta definitiva de 6.480€año y de los 216 pacientes dados de alta a Atención Primaria de 7.700 euros. Posteriormente se ahorrarán 35,66€por paciente y por revisión.

En estos 8 meses ningún paciente ha regresado a Atención Especializada y sólo se ha producido una consulta telefónica para resolver dudas, lo que demuestra el correcto consenso con Atención Primaria y la simplicidad del proceso.

Globalmente, se aprecia una satisfacción general por parte del paciente ya que es más cómodo realizar su revisión en el centro de salud, disminuyendo su ansiedad por mayor complicidad con el médico de Atención Primaria.

Los Urólogos disminuyen presión de consultas y en Atención Primaria se recibe un informe muy detallado del proceso sin generar sobrecarga asistencial dado que el control de PSA se realiza anualmente y en casi todos estos pacientes, por su edad media, siguen algún otro tipo de control analítico

CONCLUSIONES

Este Proyecto contribuye a la incorporación de la tecnología y herramientas de gestión clínica en nuestro trabajo cotidiano, mejora la gestión y relación con los pacientes y entre los profesionales y participa en la sostenibilidad del sistema sanitario.