V Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD

y

II Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2006

Libro de Comunicaciones

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Salud y Consumo

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

salud servicio aragonés de salud

Las V Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD se van a celebrar conjuntamente con el II Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, confirmando una línea de colaboración iniciada el año pasado. Sin duda es una buena noticia.

Se van a desarrollar siete talleres sobre temas de gran interés, así lo acredita el elevado número de participantes. Lamentablemente, no ha sido posible facilitar el acceso a estos talleres a todas las personas que los solicitaban.

También vamos a escuchar las intervenciones que ponentes, tanto de Aragón como de otras Comunidades Autónomas, expondrán presentando temas de gran importancia en este momento, como es la seguridad clínica, los procesos asistenciales integrados, el empleo del modelo EFQM o los resultados de nuestros "nuevos" contratos de gestión.

En esta edición, vamos a conocer múltiples experiencias que se están llevando a cabo en los centros de salud y en los hospitales de nuestra comunidad autónoma. Escucharemos las distintas aportaciones de la atención primaria y de la salud mental, de la atención sociosanitaria y de las demás especialidades. Contaremos además con la presentación de pósters, un valor añadido a las Jornadas de 2006.

El Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD, sigue siendo una importante fuente de experiencias y trabajos para estas Jornadas.

Tengo que agradeceros a todos los profesionales de SALUD vuestro trabajo diario y vuestro compromiso con la mejora continua del servicio que prestamos, entre todos, a nuestros pacientes y usuarios o, por qué no decirlo, a nuestros clientes. Para todos vosotros, deseo que las V Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y el II Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial sean útiles, interesantes y amenas.

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2006

Antonio Brun Macipe
Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud

V Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y II Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial
PROGRAMA

Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2006

21 de jun	Salón de Actos
9:00	Entrega de Material y Documentación

21 de jun	Sala 103	Sala 105	Sala 113	Sala 115
9:30 14:00	Taller 1 La comunicación y el trato como fuente de error en la atención clínica ***Carlos Aibar*** *(Sº Med. Preventiva, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza)*	Taller 2 Diseño de Proyectos de Mejora ***Juan Ramón García Mata***, *(coord.calidad Zaragoza II)* ***José Ignacio Barrasa Villar***; *(coord.calidad Zaragoza III)*	Taller 3 Enfermería Basada en la Evidencia ***Pilar Comet***, ***Elena Altarribas***, *(Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza)*	Taller 4 Diseño y Evaluación de protocolos: de "guía" a "práctica clínica" ***Pilar Astier***, *(Esp. Salud Pública)* ***José Miguel Celorrio***, *(Hosp.Nª Sra.Gracia, Zarag.)* ***Natalia Enríquez***, *(Dir.Gral.Planificación)*

Sala 108	Sala 107	Sala
Taller 5 Proceso Asistencial Integrado "Trastorno Mental Grave" ***Marcelino López Álvarez*** *Director de program., eval. e investig., Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)*	Taller 6 Proceso Asistencial Integrado "Dolor Torácico" ***Francisco Delgado Vilchez*** *Coordinador del P.A.I. Dolor Torácico, Hospital Inmaculada, Huércal-Overa (Almería)*	Taller 7 Proceso Asistencial Integrado "Cuidados Paliativos" ***Bárbara Malagón Solana*** *Unidad Cuidados Paliativos, Hospital de Baza, Área Nordeste de Granada*

21 de jun	Salón de Actos
15:30	Entrega de Documentación

21 de jun	Salón de Actos
16:00	Inauguración y Presentación

21 de jun	Salón de Actos
16:30	Los "Procesos Asistenciales Integrados" en Andalucía ***Marcelino López Álvarez,*** *Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)* ***Francisco Delgado Vilchez,*** *Hospital Inmaculada, Huércal-Overa (Almería)* ***Bárbara Malagón Solana,*** *Unidad Cuidados Paliativos, Hospital de Baza, Área Nordeste de Granada* ***Javier Ras Luna,*** *Servicio Seguimiento Procesos, Junta de Andalucía* *Modera:* ***Victoria Pico Soler*** , *Directora de Atención Primaria de SALUD*

21 de jun	Salón de Actos	Sala 115	Sala 103	Sala 105
18:30	Mesa C1 Comunicaciones *(José Miguel Celorrio)*	Mesa C2 Comunicaciones *(Elena Altarribas)*	Mesa C3 Comunicaciones *(Fernando Ramos)*	Mesa P1 Pósters *(Aurora Calvo)*

21 de jun	Salón de Actos
20:00	Asamblea de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE…

22 de jun	Salón de Actos	Sala 115	Sala 105
10:00	Mesa C4 Comunicaciones *(María José Revillo)*	Mesa C5 Comunicaciones *(Mabel Cano)*	Mesa P2 Pósters *(José María Turón)*

22 de jun	Salón de Actos
11:30	Los efectos adversos de la atención sanitaria: resultados en España y en Aragón ***Carlos Aibar**, Servicio Medicina Preventiva, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza* ***Diego Júdez**, Becario i+cs, Zaragoza* ***Juana Jiménez**, Servicio Medicina Interna, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza* *Modera: **Fernando Tejada** , Director de Atención Especializada de SALUD*

22 de jun	Salón de Actos
12:30	La receta del Hospital de Zumárraga hacia la "calidad total" ***Óscar Moracho del Río**, Gerente del Hospital de Zumárraga, Premio Europeo a la Excelencia (EFQM), 2005* *Modera: **Juan Carlos García Aísa** , Coordinador de Calidad de SALUD*

22 de jun	
14:00	Comida

22 de jun	Salón de Actos	Sala 115	Sala 103
16:30	Mesa C6 Comunicaciones *(Jesús Díez)*	Mesa C7 Comunicaciones *(José Ignacio García)*	Mesa C8 Comunicaciones *(Juana Jiménez)*

22 de jun	Salón de Actos
18:30	El contrato de gestión y el modelo EFQM en SALUD: los resultados en 2005 ***Roberto Garuz Bellido**, Director de Coordinación Asistencial de SALUD* *Modera: **José Ignacio Barrasa Villar** , Coordinador de Calidad del Sector Zaragoza III de SALUD*

22 de jun	
19:30	Clausura

22 de jun	
19:45	Vino de despedida

Moderador y Mesa	
José Miguel Celorrio Mesa C1 Miércoles 21, 18:30 h Salón de Actos	
C101 VIA CLINICA RTU CA VESICAL	**Aranda Lassa, Jm.,** Trivez Boned,M.A., Lozano Enguita, J., Ambroj Navarro,C., Paesa Murciano,P. Y Garcia Montero, J.I.
C102 INFLUENCIA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS PETICIONES DE ESTUDIOS ECOCARDIOGRÁFICOS.	Ordóñez B., Lacambra I., Del Rio P., Portero P., Bierge D., González M.
C103 CREACIÓN DE UNA RED DE REVISORES PARA LA VALIDACIÓN DE RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA	**García-Latorre F**, Pérez-Calvo J; Barrasa JI Comisión de Revisores de RPC
C104 VIA CLINICA DEL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO: ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA	Portero MP, Bergua C, Ordóñez B, Lacambra I, Latorre P, Chillarón E
C105 IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA LUMBALGIA	**Morata Crespo A.B.,** García Galán M.J., Lera Carreras M., Tris Ara MJ, Ramos Carreras N. Ripol Muñoz E, Serrano Plou M.A., Romero Tierra C.
C106 VÍA CLÍNICA (VC) DE NEUMONECTOMÍA: ¿MODA O HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL CIRUJANO TORÁCICO?	**Royo Crespo I**, Rivas de Andrés JJ, Martínez Vallina P, García Tirado J, Embún Flor R, García Mata JR.
C107 VIA CLINICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE DERMATOLÓGICO CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y/O DEPRESIVA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD	**Marrón S.E.**, Ferrando A, Artal A, Moreno JA, Tomás L et al)
C108 VIA CLINICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON CANCER CUTÁNEO EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD	**Marrón S.E.**, Ferrando A, Artal A, Moreno JA, Tomás L et al)
C109 PROYECTO 2004: BUCEANDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS	**Hijós L. A**., Aranguren F., Mendoza A., Abadía I., Rubio L., Gracia-Trujillo E. Ara D y Muniesa M.

Moderador y Mesa	
Elena Altarribas Mesa C2 Miércoles 21, 18:30 h Sala 115	
C201 PLANIFICACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA	**Núñez E,** Hellín MªJ., Ochoa P., Alcober P.
C202 ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS Y SU ENTORNO FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA	**Pemán T,** Pueyo C, □érez□E A, Escriche R, Sobreviela N, Romeo A.
C203 CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EN LA VIDA DEL PACIENTE HEMATOLÓGICO	**Ciprián Bergua, N.**
C204 CALIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN	**Colomer A.** Granada, JM. Benedí,. L. Rubio; C. "et al"
C205 CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL	**Azón Belarre JC**, Elboj Saso M, Fidalgo Abadías E, Galindo Lasierra J, Berges Usán P, Blasco Grau P.
C206 EVALUACIÓN DE LOS INFORMES DE ENFERMERÍA AL ALTA EN EL HOSPITAL DE HUESCA. AÑO 2005.	**Viñuales C**
C207 PROGRAMA DE ORTOGERIATRÍA: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA.	**Vallés J**., Galindo J, Clerencia M, López A, Gorgas M.C., Ubis E., Morlans L.
C208 ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO. ZUERA	**Garcés E, Duato A, Arroyo JM**
C209 PREVENCIÓN DE DIABETES Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL INTEGRAL A PACIENTES DIABÉTICOS EN ZONAS DE SALUD RURALES	**Hernández A**, Fernández MJ, López P, Laorden M, Pinedo JL, Pérez R et al

Moderador y Mesa	
Fernando Ramos Mesa C3 Miércoles 21, 18:30 h Sala 103	
C301 ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PRIMEROS PASOS EN UN CENTRO RURAL	Granado M, Sarasa D, Bárcena M, Fustero MV, Casbas D, Oto A.
C302 ESTUDIO SOBRE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA EN ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA Y PROPUESTAS DE MEJORA	**Nuño Morer F**, Miravete Valiente M J, Navas Piedrafita D, Uribe Comps J F
C303 MEJORA EN LA UTILIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA TRAS LA PROTOCOLIZACIÓN DE INGRESOS	Broto, A. **Tello, C**. Peinado, R. Hernández,T Antoñanzas,T. Escribano,T
C304 PLAN DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE NEUROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CEFALEA Y DETERIORO COGNITIVO	Iñiguez C, Santos S, López E, Larrodé P, Mauri JA,Tejero C.
C305 EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA EN LA ATENCIÓN CONTINUADA (1990-2004), EN UN CENTRO DE SALUD RURAL	Fustero MV, Bárcena M.
C306 LA CONSULTA COMO SISTEMA DE DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEL GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD	Egido P,.Yagüe M.D,.Revillo M.J y Miembros del Grupo de Mejora de la Calidad
C307 PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION PEDIATRICA INMIGRANTE DE TERUEL	Montaner Cosa M, **Feliz-De Vargas Pastor J**, Galan Rico J, Navarro Serrano E, Muñoz Campos A, Colas F, Et Al.
C308 PLAN MEJORA EN ATENCION DE URGENCIA DE ZONA DE SALUD CALAMOCHA, INFRAUTILIZACION UME	**Mur-de-Frenne L,** Baquerizo I, Carbonell T, Gil A, Navarro AC, Tartaj JL, Sebastian R

Moderador y Mesa	
María José Revillo Mesa C4 Jueves 22, 10:00 h Salón de Actos	
C401 REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN A PARTIR DEL CMBD	**García-Montero JI**, Aibar C, Rodrigo MP, Barrasa I, Altarribas E, Mareca R
C402 EXTRACCIÓN PERIFÉRICA Y NIVELES DE POTASIO ¿AYUDA O FACTOR DE CONFUSIÓN? EXPERIENCIA EN UNA LOCALIDAD RURAL	Bárcena M, Fustero M V.
C403 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIINFECCIOSOS DURANTE CINCO AÑOS (1999-2003) EN UN CENTRO DE SALUD RURAL ¿CANTIDAD O CALIDAD?	Bárcena M, Fustero MV, Siles M, Goldaracena M.
C404 AUDIT SOBRE CARTILLAS DE LARGO TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ.	Andrés F., Patricia; Cazorla R., Ana; Ibarrondo F., Isabel; Martinez M., Adriana
C405 UTILIZACIÓN ADECUADA DE "BOTIQUINES PARTICULARES" EN PACIENTES POLIMEDICADOS.	**Ascoz C**, Martínez J.M, Palomar P, Zafra F, Sánchez I, Gómez C et al.
C406 TRATAMIENTO ADECUADO Y PRECOZ DE LA MUERTE SUBITA CARDIACA	Soteras I, Fácil JM, Capella E, Bernabé M, Desportes F, D´Asprer G. et al.
C407 CONTROL DE CADUCIDADES DEL MATERIAL Y MEDICACIÓN EN LA UME DE EJEA DE LOS CABALLEROS	Gallego Catalán, Jose Antonio Mir Ramos, Eduardo, **Castro Salanova, Rafael**
C408 EPISIOTOMÍA LIBERAL vs SELECTIVA: UN ESTUDIO DE COHORTES	**Subiron A**, Juste A, Isar P, Cruz E, Luque R, Sanz E et al.

Moderador y Mesa	
Mabel Cano Mesa C5 Jueves 22, 10:00 h Sala 115	
C501 ¿EN PESETAS O EN EUROS?... SATISFACCIÓN CON NUESTRO SISTEMA DE INCENTIVACIÓN.	Hijós L.A., **Ara D**., Sanz D., Castellanos A., Jiménez-Sender M., Ordás O y Torres V..
C502 ¿QUÉ OPINA EL CUIDADOR PRINCIPAL SOBRE DIVERSOS ASPECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO"	**Cucullo JM,** Cánovas C, Ochoa P, De Val A.
C503 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A LA PUÉRPERA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	Alvarez B; Ascoz R; **Fleta M** ; Moreno V; Laviña A; Sánchez P
C504 EVALUACIÓN DE USUARIOS EN CENTRO DE DIA E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN CENTRO OCUPACIONAL	**García-Gómez MA**, **Querol A** , Tari A, Lite A , Heras N, Munárriz A Et Al.
C505 INFROMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA EN EL PARTO. PROGRAMA PILOTO DE MEJORA E INTEGRACIÓN DE NIVELES.	**Navarro A**, Oliva P, Muñoz L, Urtubia C, Charro A, Garrido P.
C506 EL ESPEJO	Vela M L, Egido P, Revillo MJ, Miembros del Grupo de Mejora de Calidad de Microbiología
C507 PROGRAMA DE ELECCIÓN DE MENÚ: DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO	**Berisa F**, Mateo ML, Conejos C, Camacho MA, Andrés A, Bellido P et al.
C508 CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	Fernández B, Gómez C, **Geijo E**
C509 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN Y SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE USUARIOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"	**Gracia E M**, Borobio A, Monclús P, Olivera J, Campayo A

Moderador y Mesa	
Jesús Díez Mesa C6 Jueves 22, 16:30 h Salón de Actos	
C601 PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA EN EL POST-PARTO Y POST-MENOPAUSIA	**Morata Crespo A.B.,** García Galán M.J., De la Torre Beldarrain M.L., Abril Esco S., Arratta Linares.R., Ledesma Romano L.
C602 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CON RECURSOS PROPIOS, DENTRO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORACICA	**Royo Crespo I**, Martínez Vallina P, Rivas de Andrés JJ, García Tirado J, Embún Flor R, García Mata JR.
C603 MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA DIABETES MEDIANTE EDUCACIÓN GRUPAL	**Revilla AI,** Torres M., Arrieta E., Blesa M.
C604 UTILIZACIÓN DEL COAGUCHEK SYSTEM PARA LA ANTICOACULACIÓN ORAL EN EL CENTRO DE SALUD RURAL DE BERDÚN	**Gimenéz AC,** Arnal A, Repolles J, Vitoria MA.
C605 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTICOAGULANTES (1996-2004) EN UN CENTRO DE SALUD RURAL	**Fustero MV**, Bárcena M, Siles M, Goldaracena M.
C606 MEJORANDO LA ASISTENCIA AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Mozota J, Trenc P, García Noaín A, Gil Romea I, Pérez-Aradros C, Rivas M.
C607 ¿ES ÓPTIMO EL TRATAMIENTO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO MEDIO?	Ordóñez B., Portero P., Lacambra I., Del Rio P., Ruiz JR., Del Rio. A.
C608 ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO EN EL SECTOR ZARAGOZA I	Casallo Mantecón y Rodriguez Abad P.
C609 MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN USUARIAS DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA	**Calvo Pardo A,** López Gracia S, Aldea Martínez A, Monge Otal S, Rovira Satué M, Valdovinos Martínez E.

Moderador y Mesa	
José Ignacio García Mesa C7 Jueves 22, 16:30 h Sala 115	
C701 CARACTERÍSTICAS DE LAS PETICIONES DE ECOCARDIOGRAFÍA RECIBIDAS EN UN LABORATORIO DE ECOCARDIOGRAFÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO	Ordóñez B., Lacambra I., Portero P., Bierge D., Álvarez LM., Gonzalez M.
C702 OBJETIVO: VALORAR LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA).	Ordóñez B., Lacambra I., Portero P., Del Rio P., Ruiz JR., Del Rio A.
C703 APLICABILIDAD DE LA "FACILITACIÓN DE PROCESOS" PARA LA MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS SANITARIOS.	**Pardos A.**
C704 EL VOLANTE DE PETICIÓN EN LOS TIEMPOS DE LA INFORMÁTICA	Omeñaca M, Egido P, Revillo MJ y Miembros de Grupo de Mejora de la Calidad
C705 ACTUALIZACION EN LOS REGISTROS ENFERMEROS	**Mendez S.** , Aula M. C., Díaz M, Forcano M, Martínez R.
C706 MEJORA DEL CUMPLIMIENTO Y NORMALIZACIÓN DEL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN ATENCIÓN CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE.	**Muñiz Vega M. M.** , Gil Molinos, M.
C707 HORA DE LA MUERTE... 6:45 h.	López P., **Orduna A**., Núñez L., Bandrés, A.
C708 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.	**Alcedo J** , Marín M, Blesa E, Muñoz I, Sánchez Puértolas AB, Montoro MA.
C709 ADECUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUDES DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS, SEGÚN LA GUÍA DE LA COMISIÓN EUROPEA	**Martínez G**, Torres J, Sánchez P.

Moderador y Mesa	
Juana Jiménez Mesa C8 Jueves 22, 16:30 h Sala 103	
C801 SABER LO QUE HACER CUESTA DINERO: ESTIMACIÓN DEL COSTE DE UNA AUTOEVALUACIÓN EFQM	**Barrasa JI,** Altarribas E; Antoñanzas T; Beltrán A, Celaya S
C802 EXPERIENCIA DE AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM EN UN CENTRO DE SALUD RURAL	Mª Victoria Fustero M V, Bárcena M, Roig I, Casbas D, Oto A, Sarasa D.
C803 PROGRAMA CONTINUO DE CALIDAD EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: OBJETIVOS, AVANCES Y DIFICULTADES	**Giménez Mas JA**, Alvarez Alegret R, Yus C, Alfaro Torres J, Valero Palomero MI, Gimeno Serrano P, y Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Anatomía Patológica.
C804 CONTROL DE CALIDAD EXTERNO E INTERNO DE LAS TÉCNICAS INMUNOHISTOQUÍMICAS (IHQ) EN ANATOMÍA PATOLÓGICA	**Alvarez Alegret R**, Giménez Mas JA, Hörndler C, Pascual M, Ozón A, López Prieto P, y Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Anatomía Patológica.
C805 DETECTANDO EXPECTATIVAS Y NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES DEL EAP	ANTOÑANZAS A, CANTALAPIEDRA JL, **CRESPO MC**, OLIVEROS P,LACARTA MP, PÉREZ JC, VILLANOVA A..
C806 ATENCION URGENCIAS VITALES CARDIOLOGICAS, TRAUMATOLOGICAS EN NIÑOS Y ADULTOS. CENTRO SALUD DE LUNA 2004	**Echeverri AI**, Sumelzo AC, Abadia P, De Perez C, Recio J, Naudin J, et al)
C807 LA CONFIDENCIALIDAD EN LOS PROCESOS CLAVE DEL SISTEMA DE CALIDAD DE LOS LABORATORIOS	**Marta, V**; Sebastián, J.M.; Peg, V.; Murciano, S.; Juez, N.; Oliván, T. y Sanjosé, T,
C808 ¿ES RENTABLE PARA EL SALUD INVERTIR EN FORMACIÓN CONTINUA?	**Julve Mv**, Artiga Jr, Aznar V, Cisneros A, Gomez V, Sancet Mf, "Et Al"
C809 CAMINANDO HACIA LA EXCELENCIA EN LA EMERGENCIA	**Cano M.,** Domínguez E.

Moderador y Mesa	
Aurora Calvo Mesa P1 Miércoles 21, 18:30 h Sala 105	
P101 MANUAL DE HIGIENE POSTURAL DEL PACIENTE HEMIPLÉJICO	**Peña Giménez A**, Ripol Muñoz E, Reigada Pérez-Santacruz P, Hernández Andrés B, García y García E.
P102 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA U.P.P. EN LA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES	**Isidoro I.,** Alzuet, V., Marín H., Macía M., Paniego A., García-Escobedo A., Ledesma L.
P103 PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS MEDICAMENTOSOS. I ESTUDIO DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGÍA.	**Martín J**, Alonso V*, Capablo L, Casajus MP*, Velilla I
P104 MEJORANDO LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN UN CENTRO DE SALUD RURAL ¿TENEMOS EN CUENTA LAS INTERACCIONES DE LOS NUEVOS ANTIBIÓTICOS?	Bárcena M, Fustero MV, Siles M, Goldaracena M.
P105 PUESTA EN MARCHA DE UN PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA E INTEGRACIÓN EN UN SERVICIO	Juez N, Marta V, Oliván T, Sanjosé T, Murciano S, **Peg V.**
P106 GESTIÓN POR PROCESOS EN ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: INGRESO, REHABILITACIÓN, ALTA. IMPLANTACIÓN TAXONOMÍA ENFERMERA EN U.M.E.	**Samaniego E.**, Muñoz B., López T., Kirilova Y., et al.
P107 LA PINTURA COMO EXPRESIÓN Y METÁFORA DEL "DOLOR DE VIVIR"	**Calvo Salillas, Mª José**
P108 IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DE UN CIRCUITO DE MANEJO DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ANCIANOS DETECTADA EN EL INGRESO	**Gamboa Huarte B,** Cucullo JM, Navarro P, Manrique JM, Guajardo I, Navarro M.
P109 PROYECTO DE MEJORA: REVISIÓN DE LA IDONEIDAD DEL INSTRUMENTAL DEL AREA QUIRÚRGICA	Vecino A, Robles A, **Rosés E**, Rueda MJ, De Miguel C, Antoñanzas T.
P110 EL CUESTIONARIO AGREE: ¿ÚTIL PARA MEJORAR LAS RECOMENDACIONES EN HOSPITALES?	Del Pino Jiménez MD, **García-Montero JI**, Aibar Remón C, Barrasa Villar I,Mareca R, Júdez D.

Moderador y Mesa	
José María Turón Mesa P2 Jueves 22, 10:00 h Sala 105	
P201 TRÍPTICO DE INFORMACIÓN A PACIENTES SOBRE LA ESCUELA DE ESPALDA	**Isidoro I**., Marín H., Macía M., Álvarez N., Vellosillo J., Alamillo J,García Galán MJ
P202 PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS DESDE EL GRUPO DE MEJORA EN EL Sº DE ASUNTOS GENERALES DEL H. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	Marco Arbués, Mª M.; Pérez Eseverri, C.; García Miñana, V; Jiménez Caverni, A.; Revuelto López, A.; Caballero Agreda, F.; Martín Pérez, J.
P203 PRESENCIA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA REVISTA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	Vela-Marquina M*, Marzo-Martín M, Misiego-Peral A, Jiménez-Bea L, García-Mata JR Unidad de Calidad. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza
P204 FORMACIÓN EN CALIDAD EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA: PASO CLAVE EN LA ACREDITACIÓN ISO 15.189	**Izquierdo S**, García de Jalón A, García - Mata JM, Vela M, Giménez P.
P205 MEJORAR LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN NUESTROS PACIENTES AL ALTA HOSPITALARIA EN MATERIA DE ALIMENTACIÓN NUTRICIÓN	**Bolinaga MI** et al
P206 EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	Tornés Pallaruelo T, Fumanal Lacambra C, Lalana Cuenca JM, Berges Usán P, Azón Belarre JC, Blasco Grau P, et al.
P207 INCLUSION DEL PACIENTE OBESO EN CARTERA DE SERVICIOS DE OMI-AP	**Castillón A**., Peña M, Franco T., Piedrafita J.I.
P208 ORTOGERIATRÍA: ¿UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ANCIANOS?	**Gamboa Huarte B,** Canales V, Navarro P, Pascual M.
P209 PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION HOSPITALARIA AL PACIENTE ENCAMADO CON RIESGO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESION.	Girón G, Laita, C., Marco, C., Marco, M.J., Torres, A., **Sanchez, P.**
P210 CENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CAMAS. CREACIÓN DE UNA UNIDAD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN	**Broto, A**. Tello, C. Ballano, M. A. Sanz, J.C. Lafuente, O. Júdez, D.
P211 EL SEGUIMIENTO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: DEL PILOTAJE A LA SATISFACCIÓN EN UN CENTRO RURAL	Fustero MV, Bárcena M, Casbas D, Granado M, Sarasa D, Roig I.
P212 PROGRAMA DE CALIDAD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL EVOLUTIVO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA	**Flamarique Pascual A**, Ruiz Laiglesia FJ, Amores Ferreras M, Sampériz Legarre MP, Pérez Calvo JI, Morales Rull JL et al
P213 INTRODUCCIÓN DE UN DISPOSITIVO DE BIOSEGURIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	Jimenez.E ,Gomez-Juarez.A, Del Villar.A, Lapresta.C, Montaño.C, Gimenez.T
P214 PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL	Montaño C., Giménez-Júlvez T., Lapresta C., Del Villar A., Gómez-Juárez A., Jiménez-Callejo E.

TITULO C101
VIA CLINICA RTU CA VESICAL

AUTORES
Aranda Lassa, J.M., Trivez Boned, M.A., Lozano Enguita, J., Ambroj Navarro,C., Paesa Murciano,P. Y García Montero, J.I.

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral □ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cual:

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Ernest Lluch. Calatayud

PALABRAS CLAVE
CA Vesical. Vía Clínica

OBJETIVO DEL TRABAJO
- Evitar variabilidad práctica clínica.
- Búsqueda de soluciones definiendo secuencia, duración y responsabilidad de distintos profesionales
- Herramienta de coordinación

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Búsqueda bibliográfica
- Formación del grupo de trabajo
- Diseño general del proceso
- Elaboración de protocolos
- Definición de características de calidad

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Presentación de Vía clínica elaborada. Tras aprobación por parte del grupo de trabajo se ha comenzado a poner en marcha durante el presente mes de Junio de 2006.

CONCLUSIONES
A pesar de haber iniciado durante el presente mes la puesta en marcha de la vía clínica buscamos:
- Reducir la diversidad no deseada en la asistencia de los pacientes
- Permitir la programación cuidadosa del proceso motivo de esta vía
- Proporcionar seguridad legal a los profesionales
- Excelente herramienta de información a pacientes y familiares.

TITULO C102

INFLUENCIA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS PETICIONES DE ESTUDIOS ECOCARDIOGRÁFICOS.

AUTORES

Ordóñez B., Lacambra I., Del Río P., Portero P., Bierge D., González M.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro congreso indicar cuál: Reunión SECA 2005 Cádiz.

PALABRAS CLAVE

Peticiones, ecocardiograma, guía clínica.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Estudiar si las peticiones de ecocardiograma se adaptan a las guías de práctica clínica para ecocardiografía de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Evaluando la prevalencia de hallazgos incidentales y hallazgos incidentales significativos y su relación con la edad y el tipo de indicación.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se recogieron de forma prospectiva todas peticiones de ecocardiografía doppler recibidas en nuestro laboratorio durante abril 2005 (482 estudios). Fue evaluada la razón de la petición, tipo de indicación, origen de la petición, diagnóstico clínico y ecocardiográfico, información adicional aportada por el estudio y la presencia de hallazgos incidentales significativos y no significativos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

La edad media de la población estudiada fue de 62,68 años, el 53% eran hombres y el 47% eran mujeres. El 52,.3% de las peticiones fueron tipo I, el 14,8% tipo IIA, el 5,49% tipo IIB y el 17,42% tipo III. El 18,2% de peticiones no estaban contempladas en las guías de práctica clínica de la SEC. El tipo de indicación se relaciona de forma estadísticamente significativa con la edad y el origen de la petición. En un 32,22% se encontraron hallazgos incidentales y en un 17,2% hallazgos incidentales significativos. Ambos tipos de hallazgos se relacionan de forma estadísticamente significativa con la edad del paciente ($P<0.01$ Y $0<0.001$ respectivamente con un intervalo de confianza del 95%). Solo los hallazgos incidentales significativos se relacionan de forma estadísticamente significativa con el tipo de indicación ($P=0.014$ con un intervalo de confianza del 95%).

CONCLUSIONES

- Aproximadamente el 60% de las peticiones recibidas en nuestro laboratorio de ecocardiografía son de tipo I y IIA. El 20% de tipo IIB y III.
- Los hallazgos incidentales significativo y no significativos se asocian con la edad. Solo los hallazgos incidentales significativos se asocian con el tipo de indicación.
- Los hallazgos incidentales no significativos y las peticiones no incluidas en las guías de práctica clínica para ecocardiografía de la SEC (18%) son las principales limitaciones para el uso de estas guías.

TITULO C103
CREACIÓN DE UNA RED DE REVISORES PARA LA VALIDACIÓN DE RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES
García-Latorre F, Pérez-Calvo J; Barrasa JI Comisión de Revisores de RPC

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Evaluación Protocolos

OBJETIVO DEL TRABAJO
La creación de una red estable de revisores con formación en Medicina Basada en la Evidencia y evaluación de Guías de Práctica Clínica (RPC) para coordinar y llevar a cabo todo el proceso de revisión crítica y validación de las Recomendaciones de Práctica Clínica del Hospital

METODOLOGÍA EMPLEADA
Formación del personal (médicos y enfermeras) en la utilización del instrumento Agree y creación de una Comisión Clínica de revisores para evaluar y dar el visto bueno institucional a las diferentes Recomendaciones de Práctica Clínica que elaboran los Servicios y Unidades asistenciales

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
1. Formación de Revisores: Se organizaron cuatro talleres y se formó a un total de 59 personas en el instrumento AGREE
2. Creación de una **Comisión de Revisores de Recomendaciones de Práctica Clínica:** Formada por 14 personas (del área médica y de enfermería
3. Elaboración del **Reglamento de Funcionamiento Interno** de la Comisión de revisores.
4. Elaboración de un "**Manual para elaborar Recomendaciones de Práctica Clínica**" para difundirlo entre los profesionales del Hospital, en el que se detallan las principales consideraciones que hay que tener en cuenta a la hora de redactar un documento con recomendaciones de práctica clínica.
5. Elaboración de un **Procedimiento para Validar Recomendaciones de Práctica Clínica:** procedimiento escrito para normalizar y estandarizar todos los circuitos y plazos durante el Proceso de revisión de las Recomendaciones
6. Formación de un Panel de Revisores: Son profesionales médicos y enfermeros de diferentes servicios del Hospital que se han formado en el AGREE y que se comprometen voluntariamente y están en disposición de colaborar con la Comisión de Revisores durante la evaluación puntual de una determinada Guía o recomendación cuando se lo soliciten.
7. Registro de Recomendaciones Clínicas existentes: Se ha elaborado una base de datos y se han registrado todas las recomendaciones de práctica clínicas existentes en el hospital
8. Puesta en marcha de la primera experiencia de revisión: Se ha puesto en marcha una primera experiencia piloto para comprobar todos los circuitos, plazos y principales problemas, utilizando dos Guías elaboradas por el Subcomité de Tumores Digestivos (Cáncer de estómago y Cáncer de esófago
En términos de **indicadores de evaluación**, los resultados conseguidos hasta el momento han sido los siguientes: • Nº de revisores que forman parte de la red: 59; • Nº de RPC revisadas por la red de revisores: 8

CONCLUSIONES
La nueva Comisión de Revisores se ha convertido en un foro de debate útil sobre la adecuación a criterios objetivos de calidad de las RPC de los diversos protocolos existentes en el hospital y en un medio para el diálogo científico y relacional (coordinación) entre los diferentes servicios. A medio plazo los logros de esta Comisión pueden ser muy importantes tanto en términos de coordinación, como de transferencia de conocimientos científicos actuales a la práctica diaria de nuestro centro.

TITULO C104
VIA CLINICA DEL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO: ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA

AUTORES
Portero MP, Bergua C, Ordoñez B, Lacambra I, Latorre P, Chillarón E.

CENTRO DE TRABAJO
Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa**.** Zaragoza.

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Vía clínica, cateterismo cardiaco

OBJETIVO DEL TRABAJO
Elaboración de la Vía Clínica (VC) del cateterismo cardiaco programado (CCP) y su puesta en marcha por el Equipo de Calidad del Servicio de Cardiología.

METODOLOGÍA EMPLEADA:
Diferentes profesionales implicados en el cateterismo cardíaco (CC): personal de enfermería, y personal médico, proceden a la elaboración de la VC del CCP tomando como punto de partida un nuevo protocolo de cuidados para el mismo, adaptado para dicho fin. Este protocolo se puso en funcionamiento durante unos meses, se realizaron las correcciones oportunas y necesarias para su óptima realización y posteriormente se confeccionó la Via Clínica.
Tras el visto bueno por la Comisión de Calidad se procede a su inclusión en la Historia Clínica de los pacientes que ingresan de forma programada para CC y su puesta en marcha. Se revisaron las historias clínicas de 39 pacientes remitidos para CCP durante el mes de Mayo de 2006, recogiendo datos demográficos y del documento de la VC para analizar el grado de cumplimiento de la misma y conocer el resultado de los indicadores elaborados para su evaluación al inicio de su puesta en marcha.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
La vía clínica:
- Detalla el cronograma de eventos, desde la citación del paciente hasta el alta hospitalaria,
- Describe la actividad administrativa, la actuación médica y los cuidados de enfermería previos, durante y posteriores al CC, incluyendo el papel del celador y del personal auxiliar.
- Valora la información administrada al paciente y la firma del consentimiento informado.

La puesta en marcha:
- El cumplimiento total de la VC fue del 15,4% durante el primer mes tras su implantación.
- En el 100% de los casos, se había cumplimentado la información relativa al día previo al procedimiento (se trataba de una encuesta similar a la que el personal de enfermería realizaba de forma rutinaria previa al desarrollo de la VC). Los fallos en el cumplimiento se concentraban en el día del cateterismo y el día posterior al mismo.

CONCLUSIONES
- La elaboración de la VC del CCP conlleva una serie de pasos previos hasta su puesta en marcha, estando implicados diferentes estamentos del servicio de cardiología.
- Supone una manera detallada y objetiva de la evaluación de dicho procedimiento.
- La implantación de una VC implica notables dificultades, sobre todo cuando se realizan nuevas actuaciones.
- Es necesario un cuidadoso seguimiento para detectar los puntos de mejora.

TITULO C105
IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA LUMBALGIA

AUTORES
Morata Crespo A.B.*, García Galán M.J.*, Lera Carreras M.*, Tris Ara MJ*, Ramos Carreras N.**, Ripol Muñoz E**, Serrano Plou M.A.**, Romero Tierra C.**

CENTRO DE TRABAJO
Médico Rehabilitador Hospital Miguel Servet **Terapeutas ocupacionales Hospital Miguel Servet.

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: 15 European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine

PALABRAS CLAVE
Escuela de Espalda, dolor lumbar crónico

OBJETIVO DEL TRABAJO
Dada la alta prevalencia del dolor lumbar crónico y el gran gasto socioeconómico que origina, nos pareció importante poner en marcha una vía clínica para pacientes con dolor lumbar adaptada a nuestro medio. En el año 2003 nos fue concedida una beca dentro del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Los profesionales que han participado son: médicos rehabilitadores, de familia, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Inicialmente se estableció un algoritmo decisional para la derivación del paciente. Aquellos que llegaban a la consulta del médico rehabilitador se les realizaba una valoración funcional y se les proponía participar en un programa de Escuela de Espalda, tratamiento en el que participaban los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales del Hospital.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Han realizado el programa de Escuela de Espalda hasta el momento actual un total de 343 pacientes, 95 durante el año 2004, 156 en 2005, y 92 en 2006. El 76% han sido derivados por el médico de atención primaria.
La satisfacción percibida por el paciente media a través de encuesta telefónica es alta.

CONCLUSIONES
Existe un alto seguimiento de la vía clínica de derivación, que ha ido aumentando en los años sucesivos.
El trabajar con un equipo multidisciplinar permite mejorar la satisfacción del paciente.

TITULO C106

VÍA CLÍNICA (VC) DE NEUMONECTOMÍA: ¿MODA O HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL CIRUJANO TORÁCICO?

AUTORES

Royo Crespo I, Rivas de Andrés JJ, Martínez Vallina P, García Tirado J, Embún Flor R, García Mata JR.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Cirugía Torácica Hospital Universitario Miguel Servet-Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XXIII Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial. Cádiz, Octubre de 2005.

PALABRAS CLAVE

Vía Clínica, Variabilidad, Calidad asistencial

OBJETIVO DEL TRABAJO

Las VC son planes asistenciales desarrollados de forma sistemática, para contribuir a la toma de decisiones en patologías concretas de curso clínico predecible. Aúnan los conceptos de efectividad y eficiencia bajo la condición de Medicina Basada en la Evidencia. Implican la coordinación de las distintas dimensiones de la calidad asistencial: aspectos de interés para los profesionales sanitarios (coordinación entre profesionales, optimización de recursos, calidad científico-técnica), para los enfermos y familiares (información, seguridad, ajuste de expectativas), así como para los gestores (eficiencia, gestión de costes).

Se elige la VC de Neumonectomía por ser la técnica que más recursos consume y con mayor morbimortalidad postoperatoria, dentro de la especialidad de Cirugía Torácica.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se revisa el cumplimiento de 12 indicadores durante los 3 años de implantación, establecidos por el grupo interdisciplinar (Cirugía Torácica, Anestesia, Cuidados Intensivos, Enfermería) que diseñó la VC de Neumonectomía.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Durante este periodo se realizaron 75 neumonectomías. El 94.6% (71) fueron varones. En el 96% (72) se cumplimentó la vía correctamente. Cumplió la VC un 58.6% (44) del total de las neumonectomías. Indicadores estudiados y resultados: 1º) Ingreso el día previo a la intervención: 100%. 2º) Alta al 7º día postquirúrgico o antes: 70.02%. 3º) Colocación de catéter epidural (CE) en quirófano: 52%. 4º) Analgesia por CE en UCI: 37.7%. 5º) Extubación en quirófano: 80.9%. 6º) Estancia no superior a 48 horas en UCI: 81.5%. 7º) Retirada de sonda vesical a las 24 horas: 24.26%. 8º) Profilaxis tromboembólica: 100%. 9º) Protección gástrica: 100%. 10º) Profilaxis antibiótica: 71.8%. 11º) Retirada drenaje torácico antes de 48 horas: 98.4%. 12º) Rx tórax y hemograma al 6º día: 100%.

CONCLUSIONES

Los indicadores que dependen de los cirujanos torácicos son los que obtienen mejor cumplimiento. Tampoco se ha observado una mejora a lo largo de estos 3 años en los indicadores que dependen de otros Servicios. A pesar de estos inconvenientes el Grupo de Mejora de Cirugía Torácica califica la experiencia como muy positiva y piensa diseñar nuevas VC

TITULO C107

VIA CLINICA DE ATENCION AL PACIENTE DERMATOLOGICO CON SINTOMATOLOGIA ANSIOSA Y/O DEPRESIVA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

AUTORES

Marrón S.E., Ferrando A, Artal A, Moreno JA, Tomás L et al)

CENTRO DE TRABAJO

Sector de Salud de Calatayud. Hospital Ernest Lluch Martín. Servicio de Dermatología.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Ansiedad; Depresión; Dermatología

OBJETIVO DEL TRABAJO

1) Garantizar una asistencia de calidad; 2) Promover una mejora de los procesos dentro del Servicio y del Sector; 3) Mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes; 4) Optimización y racionalización de recursos mediante una asistencia más eficaz y eficiente; 5) Disponer de todas las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de nuestros pacientes; 6) Mejorar la continuidad de la asistencia de nuestros pacientes (coordinación primaria-especializada), entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados; 7) Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados; 8) Mejorar la satisfacción de los pacientes con una atención holística de su proceso morboso y con una mejora constante de la información recibida; 9) Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro.

METODOLOGÍA EMPLEADA

1) Evaluación de las necesidades, tanto internas como externas; 2) Análisis del proceso; 3) Constitución de un equipo de mejora multidisciplinar en el que participan todos los implicados en el proceso; 4) Elaboración de vía clínica de atención al paciente dermatológico con sintomatología ansiosa y/o depresiva; 5) Reevaluación anual del proceso para detectar nuevas posibilidades de mejora con objeto de obtener una mejora continua del proceso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

1) Constitución de un Equipo de Mejora para la Vía, multidisciplinar, dentro del Sector de Salud; 2) Elaboración de la Vía; 3) Puesta en funcionamiento de la Vía, tras consenso con las partes implicadas; 4) Identificación de citas especificas en la agenda de Dermatología para la Vía (DPD); 5)Se han iniciado en diferente medida tres de los grupos inicialmente propuestos: El de Tratamiento Dermatológico estándar (TDE); el de TDE + Psicofarmacología y el de TDE + Terapia psicológica (formato de grupo); 6) Durante el año 2005 se han incluido correctamente en la Vía un total de 1.000 pacientes en el grupo (TDE); 150 pacientes en el grupo (TDE + Psicofarmacología) y 24 pacientes en el grupo (TDE + terapia Psicológica); 7) Los 11 Centros de Salud que nos remiten pacientes han incluido pacientes en la Vía.

CONCLUSIONES

Podemos concluir diciendo que: 1) Entendemos que la capacitación en la detección de la sintomatología ansiosa y/o depresiva asociada a la enfermedad dermatológica a efectuar conjuntamente con los profesionales de Primaria es fundamental para una correcta atención al paciente dermatológico; 2) Los esfuerzos encaminados en esta línea de trabajo dan excelentes frutos en: calidad de vida para los pacientes, mejora en la percepción de calidad de la asistencia por aparte de los pacientes y consiguen una menor utilización de recursos sanitarios.

TITULO C108
VIA CLINICA DE ATENCION AL PACIENTE CON CANCER CUTANEO EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

AUTORES
Marrón S.E., Ferrando A, Artal A, Moreno JA, Tomás L et al)

CENTRO DE TRABAJO
Sector de Salud de Calatayud. Hospital Ernest Lluch Martín. Servicio de Dermatología.

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Oncología, Dermatología, Gestión

OBJETIVO DEL TRABAJO
1) Garantizar la calidad asistencial; 2) Evitar las sucesivas demoras diagnostico-terapéuticas; 3) Racionalizar el uso de los recursos disponibles; 4) Mejorar la coordinación primaria-especializada, entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados; 5) Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados; 6) Mejorar la satisfacción de los pacientes tras una atención holística de su proceso morboso, con una mejora constante de la información recibida; 7) Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro; 8) Sea una herramienta de formación para todos los profesionales implicados incluyendo a los Residentes de MF y C.

METODOLOGÍA EMPLEADA
1) Evaluación de las necesidades, tanto internas como externas; 2) Análisis del proceso; 3) Constitución de un equipo de mejora multidisciplinar en el que participan todos los implicados en el proceso; 4) Elaboración de vía clínica de atención al paciente con cáncer cutáneo; 5) Reevaluación anual del proceso para detectar nuevas posibilidades de mejora con objeto de obtener una mejora continua del proceso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
1) Constitución de un Equipo de Mejora para la Vía, multidisciplinar, dentro del Sector de Salud; 2) Elaboración de la Vía; 3) Puesta en funcionamiento de la Vía, tras consenso con las partes implicadas; 4) Identificación de citas especificas en la agenda de Dermatología para la Vía (DCC); 5) Instauración del acceso a la Vía como "detección temprana" desde Enfermería de Primaria; 6) En los tres primeros trimestres de 2005 se han incluido correctamente en la Vía un total de 255 pacientes, cantidad que supone un incremento sobre igual periodo del año 2004 del 46´55%, en el que se incluyeron correctamente 174 pacientes; 7) Se creó el Perfil 31 (P-31) para facilitar el proceso en el laboratorio de análisis clínicos; 8) Se extraen los resultados del P-31 directamente por nosotros de la Intralab; 9) Los 11 Centros de Salud que nos remiten pacientes han incluido pacientes en la Vía; 10) Emisión de informes de alta; 11) Control durante los 5 años siguientes del alta por Enfermería de Primaria; 12) % superiores al 85% de correlación anatomoclínica en los pacientes incluidos en la Vía; 13) % inferiores al 5% de pacientes incluidos incorrectamente en la Vía;14º) Disponer de ayudante quirúrgico para la realización de las intervenciones.

CONCLUSIONES
Podemos concluir diciendo que: 1) la coordinación primaria-especializada obtenida en este proyecto va a ser el eje central en la consecución de los objetivos propuestos. 2) Entendemos que la capacitación en el diagnostico del cáncer cutáneo y sus diferentes diagnósticos diferenciales efectuada con los profesionales de primaria y realizada en los propios centros de salud favorece la adherencia de los mismos al proyecto.

TITULO C109
PROYECTO 2004: BUCEANDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

AUTORES **Hijós L. A**., Aranguren F., Mendoza A., Abadía I., Rubio L., Gracia-Trujillo E. Ara D y Muniesa M.
CENTRO DE TRABAJO Centro Salud de Grañén

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster

PALABRAS CLAVE Proyectos calidad, Gestión por procesos

OBJETIVO DEL TRABAJO

En el centro de salud de Grañén (Huesca) se realizan actividades que avanzan hacia un plan de mejora integral, persiguiendo un doble objetivo:

1.- Garantizar la continuidad de las actividades realizadas, así como su mejora abarcando las tareas de los proyectos que ya se realizan en el centro.

2.- Mejorar la organización del grupo de trabajo en calidad y del EAP.

Así se fomenta consolidar un grupo de mejora de calidad en este EAP, abarcando a todos los estamentos en la realización de actividades e intentando incentivar y motivar sus actuaciones, reforzando la realización de evaluaciones internas.

METODOLOGÍA EMPLEADA

1.-Ciclos de mejora en:
- Valoración del riesgo cardiovascular en el paciente crónico.
- Formación continuada
- Reevaluación del programa de HTA.
- Toma de responsabilidades

2.-Gestión por Procesos, definiendo:
a.-Misión/Visión del EAP.
b.-Mapa de procesos de primer nivel. Misión/interrelaciones/clientes.
c.-Selección de procesos clave: atención al cliente y programación sanitaria.
d.-Desarrollo de procedimientos en los procesos críticos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

1.-Con respecto a la monitorización/ seguimiento de los proyectos de años anteriores:

-Programa HTA: Monitorización mediante muestreos para la aceptación de lotes (LQAS); realizados en diciembre del 2003 y junio del 2004 fueron aceptados ambos.

-Evaluación del riesgo cardiovascular en el paciente crónico: Por el mismo sistema, la muestra de diciembre del 2003 fue rechazada; aceptamos el lote de junio del 2004.

-Valoración de la formación continuada: Los estándares de calidad relativos a la cantidad, planificación y satisfacción fueron alcanzados (satisfacción general 79,78%); el criterio referente a la realización de una sesión específica al mes para cada estamento, solo se cumple en enfermería –al contrario del año pasado-. Entre las diversas causas se valora la realización de múltiples actividades para el desarrollo de los proyectos de Calidad y la realización por parte de medicina de interconsultas en el centro de salud con un miembro del servicio de Medicina Interna.

2.- Gestión por procesos: a través del área de mejora de "toma de responsabilidades"se ha realizado el mapa de procesos de primer nivel del Centro de Salud. Priorizando nuestra actividad en los procesos clave: "Atención al cliente" y "Programas sanitarios". En cada uno de ellos se constituyó un Grupo de Trabajo en Calidad, con representantes de los distintos estamentos del EAP.

CONCLUSIONES: En primer lugar comentar que la continuidad en el Plan de apoyo sirve como garantía para la realización de la mayor parte de los ciclos de mejora ya iniciados.

En el plano de la GxP, al iniciar las actividades desde un punto de vista teórico, se puso en evidencia la necesidad de llevar la misma a un terreno más concreto y práctico. Así en un ámbito más pragmático decidimos abordar otras áreas de mejora que surgieron en el centro: mantenimiento área de urgencias (proceso de primer nivel: apoyo logístico) , satisfacción del cliente externo (proceso estratégico: voz del cliente) y acogida del nuevo personal (proceso apoyo: coordinación).

TITULO C201
PLANIFICACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

AUTORES
Núñez E, Hellín MªJ., Ochoa P., Alcober P.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Geriátrico San Jorge

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Jornadas Aragonesas de Geriatría

PALABRAS CLAVE
Cuidador. Apoyo Enfermería.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Responder a las necesidades de los cuidadores del paciente con demencia, en dos aspectos fundamentales:
- La prevención de la aparición del Síndrome del Cuidador, proporcionando información y entrenamiento para cuidar mejor y cuidarse mejor.
- La mejora de la Atención del Paciente

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Realización de una encuesta de valoración de sobrecarga del Cuidador " Zarit y Zarit".
- Análisis de la misma, confirmándonos sobrecarga en el 91,49 % de los encuestados
- Puesta en marcha de la Consulta de Enfermería, ofertando Atención personalizada y Atención telefónica

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Resultados de la Encuesta:
Nº de encuestas entregadas: 62
Nº encuestas recibidas: 44
Nº de encuestas que indican no sobrecarga: 4 (9, 09 %)
Nº de encuestas que indican sobrecarga leve: 5 (11, 36 %)
Nº de encuestas que indican sobrecarga intensa: 35 (79, 55 %)

Desde Enero se han atendido en la Consulta que se oferta en principio 2 horas/semana de forma presencial y todas las mañanas de lunes a viernes atención telefónica:
- 38 consultas telefónicas
- 39 consultas presénciales

Total Cuidadores: 28
Total Pacientes: 25

CONCLUSIONES
- Se detecta la sobrecarga evidente de los Cuidadores de pacientes con demencia
- Se confirma por ello la necesidad de la puesta en marcha de la Consulta (debido a la alta demanda se ha tenido que ampliar la oferta de atención)
- La consulta esta bien integrada en la organización, quien facilita los recursos humanos y materiales, para poder llevarla a cabo.
- La retroalimentación inicial ha resultado positiva favoreciendo acciones de mejora que se han podido instaura de forma rápida.

i

TITULO C202
ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS Y SU ENTORNO FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA

AUTORES
Pemán T, Pueyo C, Baguena A, Escriche R, Sobreviela N, Romeo A.

CENTRO DE TRABAJO C..S..ALMOZARA

PALABRAS CLAVE ATENCIÓN PACIENTE INMOVILIZADO

OBJETIVO DEL TRABAJO
INCREMENTAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE INMOVILIZADO (PI.)
- Mejorar la calidad de captación / calidad del registro del P. I.
- Coordinar y potenciar las actividades del Equipo de Salud
- Utilizar los recursos socio-sanitarios de la red de salud
- Instaurar normas Técnicas Mínimas

METODOLOGÍA EMPLEADA
1. Formación del Equipo de Trabajo.
En noviembre de 2003 se formó el definitivo Equipo de Trabajo multidisciplinar integrado por:
- 4 Médicos y 2 Residentes de M F y C ,1 Enfermera de adultos y 1 T. Social.

2. Captación del Paciente Inmovilizado:
La población de pacientes mayores de 65 años en nuestro Centro de Salud en el año 2003 fue de 3.511 pacientes, con una población estimada de Inmovilizados de 116 pacientes.
En una evaluación previa, realizada en el año 2002, se estimó que existía un déficit de captación en torno al 60% de los PI.
Por ello se diseñó un Programa de Captación de los PI. que se llevó a cabo en la Consulta Médica, en la Consulta de Enfermería y en la Consulta de Trabajo Social, de acuerdo a unos criterios predefinidos en la Cartera de Servicios del Salud (referencia 313), en la que se define como "Paciente Inmovilizado al que por un proceso crónico, físico o psíquico presenta una incapacidad temporal o permanente que le dificulta desplazarse al Centro de Salud para su atención , durante un tiempo superior a los dos meses"

3. Elaboración de una Base de Datos para el registro de los pacientes:
Se diseñó una base de datos en el programa informático Excel, constituída por una tabla de variables para cada cupo del Centro de Salud. Las variables a controlar fueron:-Variable definitoria (SS, edad, nombre y apellidos) - Motivo de inclusión /exclusión y fecha- Cumplir Nº total de registro. SI / NO (C. Captación)-Cumplir criterio motivo de inclusión SI / NO (C. Registro)

4. Desarrollo de Normas Técnicas Mínimas:
Todas las consultas de Medina y Enfermería utilizaron los siguientes documentos para desarrollar el protocolo: a)Tabla pacientes inmovilizados totales y por cupo b).Hoja de registro de captación de PI.(C. Captación) c).Hoja de registro servicio 313 (C. Registro) c)Cuestionario validado del cuidador principal d)Normas de recogida de datos y de evaluación

5. Elección de los Indicadores:
- Indicador de calidad de captación (ICC) = Nº PI registrados /Nº total PI posibles %
- Indicador de calidad de registro (ICR) =Nº de PI con motivo inclusión/ Nº PI registrados %

6. Presentación del proyecto al Equipo de Atención Primaria.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
1. **Nº de Pacientes captados: se captaron 129 PI**, >**100% de lo previsto.**
2. **Evaluación de los Indicadores:**

- **Indicador de calidad de captación:** El objetivo previsto era de un 30% y el resultado en la última medición ha sido 33,4%. Durante el año 2002-03 se alcanzó un porcentaje del 18%.
- **Indicador de calidad de registro:** Nuestro objetivo para este indicador era alcanzar el 80% de pacientes con registro de motivo de inclusión alcanzando, en Septiembre de 2.004 el 97,6%. En el año anterior estaba registrado el 25% de las historias de los pacientes.

3. **Consolidación del Equipo de Trabajo**.
4. **Generalización del protocolo de Atención al PI.:**

El desarrollo del Programa de Calidad ha permitido que todos los integrantes del EAP sigan el protocolo de Atención al PI, lo que ha significado un incremento de la calidad objetiva y de la calidad percibida por estos pacientes.

CONCLUSIONES
A -. El diseño e implantación de un Programa de calidad ha permitido:
- **Mejorar la calidad del registro**, utilizando todos los miembros del EAP un mismo sistema de registro-
- **Mejorar la calidad de captación,** unificando el seguimiento del paciente a través de las hojas de evolución del programa de inmovilizados (servicio 313).

B - El conocimiento en profundidad del Paciente Inmovilizado nos ha permitido introducirnos en su medio familiar y analizar la problemática del Cuidador Principal y las carencias socio-sanitarias de su entorno. En base a ello se ha decidido proseguir el Programa de Calidad ampliándolo en los siguientes aspectos:

a. **Detectar las carencias socio-sanitarias** de nuestros pacientes inmovilizados.
b. Captación del Cuidador Principal del PI.
c. Estudio global del cuidador principal, valorando sus necesidades, tanto físicas como psíquicas y sociales, para abordar posteriormente su tratamiento
d. Inventariar los recursos socio-sanitarios del Salud.

TITULO C203
CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EN LA VIDA DEL PACIENTE HEMATOLÓGICO

AUTORES
Ciprián Bergua, N.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital San Jorge. Huesca. Unidad hospitalaria de hematología.

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Jornadas Científicas Hospital San Jorge 2006

PALABRAS CLAVE
Materiales. Cuidados de enfermería. Repercusiones.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Valorar las consecuencias que ha supuesto la incorporación de nuevos materiales en la unidad hospitalaria de hematología desde el año 2003 a la actualidad sobre la atención de enfermería y la calidad de vida del paciente.

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Estudio descriptivo, cualitativo, retrospectivo y longitudinal.
- Se elabora una lista cronológica de la incorporación de nuevos materiales a lo largo de los tres últimos años utilizados en los pacientes hematológicos.
- Se realiza una revisión de registros, protocolos, guías y procedimientos de cuidados del Hospital San Jorge de Huesca.
- Revisión bibliográfica de características de los materiales
- Entrevista pacientes y personal de enfermería

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se describen las repercusiones asistenciales para el paciente y para el trabajo enfermero en cada una de las siguientes etapas o cambios:
Hasta el año 2003 se usa la punción venosa tanto para la extracción sanguínea, con jeringa y aguja o sistema vacío (Vacutainer) como para la administración de tratamientos a través de catéteres venosos periféricos de corto recorrido (Abocath).
En el año 2003 se comienza a implantar el catéter permanente Hickman.
Durante el año 2005 comienzan a utilizarse los apósitos transparentes (Tegaderm), el preparado comercial de heparina sódica en unidosis (Fibrilin) y el sistema clave.
Actualmente continúa la tendencia de conocer y valorar materiales novedosos para la futura incorporación a la práctica diaria y se está elaborando un dossier informativo para que el paciente conozca las características del catéter, el manejo y los cuidados que precisa.

CONCLUSIONES
- La llegada de nuevos materiales a la unidad de hematología ha sido rápida y mejoran actividad asistencial de enfermería y la vida del paciente por la comodidad, ventajas y facilidad de cuidados.
- Se revisan y adaptan los protocolos y procedimientos de cuidados de acuerdo a las características que los nuevos materiales ofrecen.
- Se actualizan los conocimientos del personal de enfermería para brindar una óptima atención.
- Destacada labor de enfermería en la educación del paciente, familia y personal sanitario de atención primaria mediante educación sanitaria e informes de continuidad de cuidados.

TITULO C204
CALIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN

AUTORES
Colomer, A. Granada, JM. Benedí,. L. Rubio; C. "et al"

CENTRO DE TRABAJO
CRP "Nª Sª del Pilar"

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Cuidados, Enfermeros y TMG

OBJETIVO DEL TRABAJO
Consenso criterios TMG
Programa de preparación al alta
Grupos de autoayuda para familiares de TMG
Indicadores de resultados
Documentación divulgativa
Disponibilidad no programada

METODOLOGÍA EMPLEADA
Grupo multicéntrico.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Ajustes al proyecto inicial y desdoblamiento en cinco grupos de mejora.
Elaboración de ficha para recolección de datos.

CONCLUSIONES
Se consolida línea de trabajo común en cinco unidades de agudos psiquiátricos de la Comunidad Autónoma

TITULO C205
CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL

AUTORES
Azón Belarre JC, Elboj Saso M, Fidalgo Abadías E, Galindo Lasierra J, Berges Usán P, Blasco Grau P.

CENTRO DE TRABAJO
Servicio de urgencias y Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica del Hospital General San Jorge de Huesca. Hospital de Día Psiquiátrico de Huesca. Centro Psicosocial "Cinco Villas" de Ejea de los Caballeros (Zaragoza). Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba (Zaragoza).

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XXIII Congreso Nacional de la AEN.

PALABRAS CLAVE
Continuidad de cuidados; gestión de casos; enfermera.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Los centros de salud mental, como eje de la asistencia psiquiátrica y de la atención a la salud mental, las estructuras intermedias (hospitalización, equipos de atención primaria…), junto con las familias, asociaciones, etc., requieren una coordinación que debería ser obligada.

La continuidad de cuidados se basa fundamentalmente en la atención comunitaria que, además de ser de mayor accesibilidad para el usuario, le proporciona una atención completa e integral y le ofrece explicaciones de los fenómenos psicopatológicos y del propio sufrimiento psíquico.

La continuidad de cuidados como base fundamental para la atención de calidad al enfermo mental.

El equipo gestor de casos como elemento clave para garantizar la continuidad de los cuidados.

CONCLUSIONES
Es necesario un adecuado funcionamiento del circuito de Salud Mental como una unidad funcional organizada que gestione la atención sanitaria del usuario.
Se precisa la figura de enfermera gestora de casos como herramienta fundamental de la continuidad de cuidados.
Se precisa de recursos multidimensionales dotados de equipos multiprofesionales.
Hay que coordinar competencias de diversos departamentos y consejerías (Sanidad, Bienestar Social, Trabajo, Economía y Vivienda).

TITULO C206
EVALUACIÓN DE LOS INFORMES DE ENFERMERÍA AL ALTA EN EL HOSPITAL DE HUESCA. AÑO 2005.

AUTORES: **Viñuales C**

CENTRO DE TRABAJO
Hospital General San Jorge De Huesca. Coordinación de la Gestión de Cuidados. Dirección de Enfermería.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE Informe, continuidad, cuidados

OBJETIVO DEL TRABAJO
El objetivo fue doble: 1.Conocer si se cumplía el estándar establecido en el Contrato de Gestión para el indicador: pacientes dados de alta en cuya historia figura el informe de enfermería al alta y que se marcaba superior al 10%. Además y como objetivo particular del hospital nos propusimos 2. Conocer el grado de cumplimentación de los criterios de calidad establecidos para el susodicho informe.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Tipo de estudio: descriptivo y retrospectivo.
Población: Pacientes dados de alta entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2005 (N= 5308); la muestra fue de 86. La muestra se determinó para conocer el cumplimiento del indicador mencionado y tiene para éste una confianza del 95% con una precisión del 10%.
Fuente de datos: Historia clínica e Informe de enfermería al alta.
Variables a estudio: Número de informes de enfermería al alta presentes y cumplimentación de los criterios de calidad establecidos.
Procedimiento: Se revisaron 86 historias clínicas de forma sistemática. K= 60.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- El **INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA** figura en 33 historias, esto es, el 38,4 %, IC (28´2-48´6) .
- **Los criterios de calidad** en los 33 informes encontrados figuraban según se expone:

Criterios de calidad del informe de continuidad de cuidados de enfermería	**¿Consta?**
Datos identificativos del paciente (25)	75´7%
Fecha del ingreso (31)	93´9%
Alergias / intolerancias (23)	69%
Motivo del ingreso (24)	72´7%
Resumen del ingreso (5)	15´1%
Problemas al alta (17)	51,5%
Indicaciones o recomendaciones (32)	97%
Fecha del alta (26)	78´8%
Destino (31)	93´9%
Nombre legible de la enfermera responsable (22)	66´6%
La firma de la enfermera (30)	90´9%
La unidad remitente del informe (32)	97%
Escrito con ordenador (11)	33´3%

CONCLUSIONES Los datos obtenidos nos muestran un satisfactorio porcentaje de presencia de informes de enfermería al alta, muy superior al estándar marcado en el contrato de gestión.
Las áreas fundamentales de mejora se encuentran en un mayor cumplimiento de los criterios referentes a: resumen del ingreso, escrito con ordenador y problemas al alta.
Presentaremos al Servicio Aragonés de Salud, a través de la Comisión de Cuidados Central recién creada, los contenidos de este trabajo para conseguir fijar unos criterios de calidad comunes para los informes de continuidad de cuidados.

TITULO C207

PROGRAMA DE ORTOGERIATRÍA: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA.

AUTORES

Vallés J., Galindo J, Clerencia M, López A, Gorgas M.C., Ubis E., Morlans L.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Geriatría. Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.

Unidad de Valoración Sociosanitaria. Hospital San Jorge de Huesca

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Ortogeriatría. Fractura de cadera. Calidad asistencial.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Conocer la evolución de la actividad, evaluar la intervención y valorar los parámetros de mejora de gestión de proceso.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con fractura de cadera en hospitales San Jorge (HSJ) y Sagrado Corazón de Jesús (HSCJ) correspondiente a 2004. Para cada hospital se registró número de pacientes, edad, sexo, situación funcional (Barthel), cognoscitiva previa (Escala Cruz Roja), al ingreso y al alta (Katzman), convivencia, destino al alta y estancia media (EM). Se comparan número de altas, estancia media por GRD (2001-04) y se describen otros indicadores asistenciales en el último año de actividad (marzo 2005-06): nº de visitas por paciente, demora y diagnósticos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

HSJ/HSCJ: n=153/122. Edad media: 82/84. Sexo: 76,5/79,5% mujeres. Media valoraciones HSJ: 8. Situación funcional media: previa: 80/70, ingreso: 15/20, alta: 30/50. Situación cognoscitiva media: previa: 1/2, ingreso: 11/19, alta: 11/14. Convivencia (%): domicilio propio: 45,1/45,9, domicilio familiares: 32,7/32, residencia: 22,2/21,3. EM: 13/24,4. Destino (%): HSCJ: 56,2/-, domicilio: 24,2/56,5, residencia: 9.8/28,6, éxitus: 6,5/9,8, otro hospital: 2,6/3,3, HDG: 0,6/0. M. Número de altas/EM HSJ: 2001:131/17,8. 2002:158/16. 2003:154/14,3. 2004:153/13. Actividad marzo 2005-06: pacientes de la Unidad de Valoración: 391 (55%). Demora: 0.1 días. Visitas: 3597. Promedio: 9. Barthel previo/alta (%): 0 – 30: 2/26; 35 – 70: 11/40; 75 – 100: 87/34. Destino a domicilio 57%: Diagnósticos (%): fractura de cadera: 46, otras fracturas: 17, politraumatismo: 4, prótesis de cadera: 7, prótesis de rodilla: 14, miscelánea 13.

CONCLUSIONES

1. Una valoración geriátrica integral y la intervención de un equipo interdisciplinar permiten la mejora de parámetros asistenciales, funcionales y de gestión.
2. La reducción de la estancia media conseguida y el uso de recursos por personal experto contribuyen al control del gasto sanitario.
3. La comunicación y colaboración entre los diferentes profesionales implicados resulta esencial para obtener una estrategia de anticipación.
4. Es necesario profundizar en la metodología de trabajo y registrar, analizar y divulgar sus resultados para consolidar la utilidad de la intervención.

TITULO C208
ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO. ZUERA

AUTORES:
Garcés E, Duato A, Arroyo JM

CENTRO DE TRABAJO
SERVICIO MEDICO. CENTRO PENITENCIARIO DE ZARAGOZA – ZUERA

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Salud Mental, Psiquiatría, Prisiones

OBJETIVO DEL TRABAJO
Describe un modelo de asistencia psiquiátrica para los enfermos agudos y crónicos más graves, ingresados en el Módulo de la Enfermería del Centro

METODOLOGÍA EMPLEADA
A lo largo de estos años, sobre la base del ciclo de mejora de Deming, hemos utilizado metodología propia de la epidemiología clásica para plantear estudios de prevalencias, metodología cualitativa para explorar la efectividad de los modelos de asistencia ensayados basándonos en la opinión de los miembros del equipo y metodología y actividades propias de la clínica para desarrollar mejoras en la terapia.
Hemos ensayado el modelo de asistencia psiquiátrica ambulatoria con introducción dentro del arsenal terapéutico, de un programa combinado de psicoterapia + farmacoterapia, centrado en los enfermos más graves, tanto crónicos como agudos, que se encontraban ingresados en el Módulo de Enfermería del centro.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
- Se describe la incidencia y prevalencia de los distintos procesos mentales por los que los internos ingresan en el módulo de enfermería de la prisión.
- Se propone un Programa de Atención al enfermo mental ingresado en el Módulo de enfermería
- Se describen las implicaciones judiciales de su ingreso

CONCLUSIONES
- El 50% de los internos ingresados en el módulo de enfermería lo hicieron a causa de un trastorno mental
- Las causas se debieron en el 43% de los casos, a cuadros relacionados con trastornos adaptativos, en le 30% de los casos, a trastornos psicóticos y en el 20% a un síndrome depresivo.
- Se ha comenzado a implantar un programa individualizado de cuidados psiquiátricos a los internos ingresados por un trastorno mental en la enfermería del centro.

TITULO C209
PREVENCIÓN DE DIABETES Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL INTEGRAL A PACIENTES DIABÉTICOS EN ZONAS DE SALUD RURALES

AUTORES Hernández A, Fernández MJ, López P, Laorden M, Pinedo JL, Pérez R et al

CENTRO DE TRABAJO C.S. Albarracín - C.S.Cella

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE Diabetes, rural, hábitos.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Conseguir que los pacientes diabéticos de las Zonas de Salud de Albarracín y Cella tengan un mayor conocimiento de su enfermedad para elevar en la medida de lo posible su calidad de vida.

METODOLOGÍA EMPLEADA

- Estudio retrospectivo de los niveles de glucosa en sangre, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes.
- Sesiones de ejercicio físico. Para la realización de las mismas, nos hemos apoyado en el libro " Educación física en personas mayores".
- Dinámicas de grupo.
- Proyección de vídeos.
- Sesiones de educación sanitaria organizadas en charlas coloquio siguiendo una metodología de acción participativa.

Diseño de una sesión educativa:

1. Población diana: Grupo de personas diabéticas con un perfil lo más parecido posible, tanto personal como glucémico y cultural.
2. Contenidos:
   Información sobre la diabetes.
   Información sobre hábitos nutricionales.
   Información sobre tratamiento farmacológico.
3. Período: Entre media y una hora de duración, dependiendo del grupo, sus necesidades, sus demandas y sus capacidades.
4. Método: Hemos utilizado el diseñado por el E.A.P. del área 3 de Zaragoza. La metodología fue de acción participativa flexible a cada uno de los grupos, lo cual implica que aunque seguimos un protocolo nos adaptamos a las circunstancias específicas de cada sesión.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Los pacientes conocen más su enfermedad, tanto la fisiopatología como los factores nocivos y las complicaciones.
- Se confirma la introducción de hábitos de vida saludables referentes a la higiene, dieta y ejercicio físico.
- Los pacientes son conscientes de la importancia de tener un buen control de la glucemia.
- Los pacientes se implican en el tratamiento de su enfermedad.
- Se realiza un control efectivo sobre los medicamentos que toman los diabéticos: cumplimiento, reacciones adversas...
- Se realizan sesiones farmacoterapéuticas que forman, motivan y actualizan a los miembros del equipo.
- Se controla el gasto de tiras para análisis de glucemia por paciente, con lo que obtenemos un perfil del mismo.
- El programa tiene una gran aceptación por parte de los pacientes.

CONCLUSIONES La buena aceptación por parte de los pacientes diabéticos de las actividades realizadas nos motiva a seguir trabajando con ellos y ampliar la población diana a más pacientes diabéticos, así como a la población general.

TITULO C301
ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PRIMEROS PASOS EN UN CENTRO RURAL

AUTORES
Granado M, Sarasa D, Bárcena M, Fustero MV, Casbas D, Oto A.

CENTRO DE TRABAJO
C.S. Cariñena. Sector III. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XII Congreso Nacional VI Internacional de la Medicina General Española. Gijón junio 2005

PALABRAS CLAVE
Atención primaria. Ecografía. Calidad.

OBJETIVO DEL TRABAJO
La ecografía como técnica de apoyo sistemático al diagnóstico en medicina general se está utilizando cada vez más tanto en España como en otros países.
Desde 1991 la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) ha apostado por la ecografía, y viene realizando formación específica para médicos de atención primaria.
Dentro del Plan Integral de Calidad del centro de salud y como actividad de mejora, tanto de la competencia profesional como de la atención a los pacientes, se decidió incluir la ecografía como técnica de apoyo sistemático al diagnóstico del médico general para lo que se diseñó un plan de formación en ecografía y una estrategia para la consecución de un ecógrafo.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Estudio descriptivo retrospectivo: febrero 2004 – abril 2005.
Fuente de datos: registro normalizado para todas las exploraciones ecográficas realizadas.
Formación de los profesionales en los cursos intensivos (100 horas) organizados por la Escuela de Ecografía de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) y de la Aragonesa (SAMG) en Madrid y Zaragoza. Realización de varios talleres y sesiones clínicas impartidas por un radiólogo.
Se gestionó la obtención de un ecógrafo adecuado para comenzar la implantación de la técnica.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
En los 3 últimos años se consiguió financiación del Plan de Apoyo a los Proyectos de Mejora de la Calidad del Gobierno de Aragón para la asistencia de 3 médicos a los cursos intensivos (100 horas) organizados por la Escuela de Ecografía de la SEMG en Madrid.
Se han realizado varios talleres y sesiones clínicas impartidas por un radiólogo.
En la actualidad 8 de los 10 médicos del EAP han realizado el curso intensivo de 100 horas y disponemos de un ecógrafo Toshiba SSH 140A con sondas de 3,75 y 7,5 MHzs donado por nuestroHospital de referencia (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa).
En el periodo de estudio se han realizado 150 exploraciones ecográficas, destacando entre los hallazgos: En hígado 3 quistes hidatídicos, 2 metástasis, 1 hemangioma y 3 dilataciones de vía portal, 13 litiasis biliares, en riñón 3 litiasis y 15 quistes, 1 cáncer de próstata, 2 pólipos vesicales y 5 nódulos tiroideos.

CONCLUSIONES
Existe un elevado nivel de satisfacción personal por las habilidades adquiridas de los médicos formados. Creemos que ha mejorado nuestro nivel de competencia al introducir voluntariamente una técnica novedosa en nuestro medio y ha aumentado la satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes, lo que sin duda, contribuye a mejorar la calidad asistencial que prestamos y nos anima a seguir avanzado en este campo.

TITULO C302

ESTUDIO SOBRE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA EN ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA Y PROPUESTAS DE MEJORA

AUTORES

Nuño Morer F, Miravete Valiente M J, Navas Piedrafita D, Uribe Comps J F

CENTRO DE TRABAJO

Hospital "San Jorge" – Huesca- Servicio de Radiodiagnóstico

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: IX Jornadas Científicas del Hospital "San Jorge"-Huesca

PALABRAS CLAVE

Ecografía, Intervensionista, Enfermería

OBJETIVO DEL TRABAJO

Dar a conocer, al personal sanitario en general, las actividades asistenciales realizadas por el personal de Enfermería en los servicios de Ecografía Intervencionista.

El aumento de las intervenciones realizadas en Ecografía Intervencionista en nuestro Hospital justifica que se realice el presente estudio.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se realiza un estudio retrospectivo de las intervenciones de Ecografía Intervencionista y urgentes realizadas en nuestro Servicio en los últimos 8 meses, comprendiendo el periodo de estudio entre Agosto del 2005 y Marzo del 2006 ambos inclusive.

La fuente de información han sido los datos estadísticos del Servicio y su contrastación con las agendas del mismo.

Los criterios de inclusión en el presente estudio fueron la selección de las intervenciones que requirieron la presencia de personal de Enfermería en Ecografía Intervencionista y ecografías urgentes.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El número de intervenciones realizadas en dicho periodo de estudio ha sido de 638 desglosadas:

- Ecocistografías con uso de potenciador: 22
- Alcoholizaciones: 10
- Biopsias de Tiroides: 34
- Biopsias renales: 8
- Biopsias hepáticas: 21
- Otras Biopsias: 10
- Drenajes: 4
- Ecografías urgentes: 529

Realizaremos una breve descripción de estas intervenciones, las funciones que realiza Enfermería y el material necesario.

CONCLUSIONES

- La Ecografía Intervencionista evita laparotomías exploratorias que conllevarían largos ingresos y alto coste sanitario.
- Las biopsias con esta técnica logran un alto % de diagnósticos histológicos.
- Diferentes estudios demuestran la baja morbi-mortalidad de estas técnicas, si bien no están exentas de posibles complicaciones.
- Es necesario potenciar los registros de Enfermería en estas actividades asistenciales.
- Creemos que habría que aumentar el número de codificaciones para poder reflejar algunas de estas intervenciones asistenciales de Enfermería en las estadísticas del Servicio.
- El papel de Enfermería en Ecografía Intervencionista creemos que queda totalmente justificado.

TITULO C303

MEJORA EN LA UTILIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA TRAS LA PROTOCOLIZACIÓN DE INGRESOS

AUTORES

Broto, A. **Tello, C**. Peinado, R. Hernández,T Antoñanzas,T. Escribano,T

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso de la SECA (Cádiz)

PALABRAS CLAVE

Gestión de camas

OBJETIVO DEL TRABAJO

Ofertar a los servicios médico-quirúrgicos una unidad de ingreso de 24 camas de lunes a viernes para ingresos programados.

Reducir estancias inadecuadas mediante protocolos consensuados con los servicios.

Optimizar la utilización de camas en base a la agilización de las altas.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Gestión de la Unidad por Enfermería y Admisión (Coordinador Médico). De las 24 camas, 2 son individuales y 2 se reservan exclusivamente a estudios de sueño. Se estableció la definición de la unidad facilitando a los servicios las condiciones de ingreso en la misma. Éstas incluían una estancia inferior a 5 días, la obligatoriedad de facilitar junto a la fecha de ingreso, la de la programación de la exploración o intervención prevista y la de alta probable. Detectados los posibles procedimientos tributarios de ingreso, se solicitó a los servicios la realización de los protocolos correspondientes. En caso de complicación o prolongación de la estancia por otros motivos, se debía asumir el traslado del paciente a su servicio. La normalización del horario de pase de sala y realización de informe de alta de forma precoz completaban las condiciones exigidas para agilizar las altas. La información a los pacientes por Enfermería acerca de las características de la unidad facilitaba este último punto.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Desde la creación de la unidad en el año 2000, la mayor dificultad en la gestión se debía a la ocupación de las reservas por el servicio de urgencias y al menor número de solicitudes para jueves y viernes. Con la gestión centralizada de camas en Admisión desde Noviembre de 2004, la programación realizada conjuntamente por personal de enfermería de la propia Unidad y el Servicio de Admisión, ha permitido el ingreso de 1.150 pacientes hasta abril de 2005.(Ocupación 104,3 %).

A pesar de la alta rotación mensual (15,5), lo que obliga a agilizar al máximo las altas, no ha habido ninguna reclamación de esta unidad al Servicio de Atención al Paciente.

La ocupación hospitalaria mantenida > 95% ha obligado a realizar ingresos urgentes que han alcanzado el 15% en los últimos 6 meses. A pesar de ello, con la gestión centralizada en el Servicio de Admisión se ha conseguido en este periodo la reducción de los traslados a otras unidades del 29 al 20%. Actualmente son 46 los protocolos facilitados por los servicios.

CONCLUSIONES

La creación de un hospital de semana permite optimizar el recurso "cama". La protocolización de los procedimientos, junto con la información a los pacientes a su ingreso ha permitido agilizar las altas sin detrimento de la calidad y confort percibido por el paciente

TITULO C304

PLAN DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE NEUROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CEFALEA Y DETERIORO COGNITIVO.

AUTORES

Iñiguez C, Santos S, López E, Larrodé P, Mauri JA,Tejero C.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Cefaleas, demencias, atención primaria

OBJETIVO DEL TRABAJO

Protocolizar de forma consensuada con Atención Primaria la asistencia a los pacientes con cefaleas y deterioro cognitivo. Con esto se pretende contribuir a mejorar la calidad de la asistencia, reducir la tasa de derivaciones con la consecuente disminución de la demora y mejorar la accesibilidad de los pacientes a las consultas de Neurología.

METODOLOGÍA EMPLEADA

1º-Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de protocolos.

2º-Se han desarrollado los protocolos de actuación para las patologías citadas (protocolos de seguimiento y tratamiento de dichas enfermedades así como definición de los criterios de consulta urgente, preferente o programada).

3º-Se ha preparado y diseñado el material de trabajo con la colaboración de los diferentes expertos en estas patologías.

4º-Se han presentado los documentos de forma práctica en los diferentes Centros de Salud urbanos del área 3, consensuando con los médicos de los centros cada protocolo.

5º- Reunión con los coordinadores de los Centros de Salud urbanos del Area 3 para emitir protocolos conjuntos.

6º-Se ha valorado por medio de indicadores de derivación a consultas los logros alcanzados.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Antes de la puesta en marcha del protocolo se habían diagnosticado correctamente solo el 16% de las cefaleas remitidas a consultas. Tras aplicar el protocolo la cifra ha aumentado al 78%. El abuso de analgésicos solo se había diagnosticado en el 60% de los casos. Tras la aplicación del protocolo se ha diagnosticado en el 100% de los casos. En la valoración previa al inicio del plan de mejora ningún paciente llegó a la consulta con tratamiento preventivo y tras el protocolo casi un 40% de los casos habían recibido tratamiento.

Tras la puesta en marcha del protocolo de deterioro cognitivo se ha objetivado mejora tanto en la derivación (pacientes con diagnostico correcto antes de implantar el protocolo: 8%. Tras implantar el protocolo: 58%) como en las exploraciones realizadas antes de derivar a los pacientes (casos con exploración cognitiva realizada (antes del protocolo): 0%. Tras implantar el protocolo: 43%).

CONCLUSIONES

Consideramos que cualquier medida que se aplique para mejorar la coordinación entre Neurología y Atención primaria logra mejorar la accesibilidad de los pacientes, la calidad de la asistencia y reducir la tasa de derivaciones con la consiguiente reducción en la demora.

TITULO C305
EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA EN LA ATENCIÓN CONTINUADA (1990-2004), EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

AUTORES
Fustero MV, Bárcena M.

CENTRO DE TRABAJO
C.S. Cariñena. Sector III. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XIX Congreso Aragonés de Atención Primaria y Medicina Rural. Zaragoza, noviembre 2005

PALABRAS CLAVE
Atención Primaria, Centro de Salud Rural, Atención continuada.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Analizar algunos parámetros de la demanda en Atención Continuada en un Centro de Salud rural al comienzo de su actividad (1990) y compararlos con los actuales (2004).

METODOLOGÍA EMPLEADA
Estudio observacional y retrospectivo. Ámbito de estudio: centro de salud rural. Periodo de estudio: del 1/01/ 1990 al 31/12/1990 y del 1/01/2004 al 31/12/ 2004. Fuentes de datos: libro Oficial de registro de urgencias del Servicio Aragonés de Salud y página Web del Instituto Aragonés de Estadística. Población de estudio: todas las asistencias realizadas en el Servicio de Urgencias de un centro de salud rural en horario de Atención Continuada durante los periodos de estudio. Tratamiento de los datos con Excel 2000.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se prestaba Atención Continuada a 9.546 habitantes en 1990 y a 9.002 en 2004. En 1990 el número total de pacientes atendidos fue 4.043, con una media de 11,08 pacientes/ día, el 12,39 % de los pacientes fue atendido en su domicilio y un 9,9% fueron derivados al hospital de referencia. En 2004 el número de asistencias ascendió a 6.436, con una media de 17,58 pacientes/día de los que el 8,51 % requirieron atención domiciliaria y un 9,45% fueron derivados al hospital.
La atención realizada por el médico fue valorada como urgente en un 19,96% de las ocasiones en 1990 y de 15,26% en 2004.

CONCLUSIONES
Se pone de manifiesto un importante incremento de la demanda (59%), pese a haber descendido la población un 5,6%. Se mantiene el porcentaje de derivaciones al hospital resultando resolutiva la atención en un 90%. Han disminuido las asistencias realizadas a domicilio y aumenta el número de problemas valorados como "no urgentes" por los profesionales. Habría que discutir, concretar y diferenciar el amplio abanico de motivos de demanda que se incluyen en la Atención Continuada para iniciar acciones de mejora eficaces.

TITULO C306
LA CONSULTA COMO SISTEMA DE DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEL GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD

AUTORES
Egido P,.Yagüe M.D,.Revillo M.J y Miembros del Grupo de Mejora de la Calidad
Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital Universitario Miguel Servet

CENTRO DE TRABAJO
Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital Universitario Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Objetivos Consulta Calidad

OBJETIVO DEL TRABAJO

1. Conocer las áreas de mejora percibidas por los integrantes del servicio.
2. Fijar dos objetivos de calidad que se desprendieran de las opiniones recogidas.
3. Implicar a todo el personal en las tareas de calidad

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se diseñó una consulta abierta con dos apartados:

- 1ª: Descripción de dos situaciones susceptibles de mejora
- 2ª: Cómo acometerlas

La consulta se entregó a todo el personal del Servicio (facultativos, residentes, enfermeras, TEL, auxiliares de enfermería y administrativos), junto a una carta firmada por el grupo de mejora, solicitando la participación e indicando el plazo de entrega y el lugar dónde depositar las respuestas, de forma anónima.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se entregaron 59 consultas y se obtuvieron 20 respuestas (34%); de ellas, se desprendieron 35 temas de mejora y otras tantas sugerencias, que se agruparon en 6 áreas:

1. Fase preanalítica: 11 sugerencias distintas que iban desde la toma de muestras hasta los circuitos internos del laboratorio
2 Fase analítica: 5 sugerencias distintas relativas a distribución del trabajo
3 Fase postanalítica: 4 sugerencias distintas relacionadas con la entrega y recepción de informes en las plantas.
4 Control de reactivos: 3 sugerencias idénticas.
5 Motivación, formación e información: 10 sugerencias relacionadas con temas muy diversos, desde acceso a la formación hasta relaciones personales.
6 Tecnología: 2 sugerencias relacionadas con la manualidad de las técnicas.

De estas sugerencias se escogieron dos objetivos para el año 2006:

- mejorar la información relacionada con calidad al personal de enfermería y administrativo
- establecer un sistema de control de reactivos.

Los criterios utilizados para la selección fueron:

- el número de sugerencias coincidentes,
- grado esperado de implicación de los integrantes del Servicio.

CONCLUSIONES

1. Las sugerencias obtenidas nos permitieron conocer las áreas de mejora percibidas y elegir dos objetivos en los que está trabajando el grupo de mejora y el servicio.
2. Todas las sugerencias realizadas se relacionaban con aspectos cotidianos del puesto de trabajo, y no con aspectos globales de la organización.
3. El Grupo de Mejora utilizará el mismo sistema para elegir los objetivos del 2007

TITULO C307
PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION PEDIATRICA INMIGRANTE DE TERUEL

AUTORES
Montaner Cosa M, **Feliz-De Vargas Pastor J**, Galán Rico J, Navarro Serrano E, Muñoz Campos A, Colas F, Et Al.

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Salud "Teruel Urbano"

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Niño inmigrante, Patología importada, vacunación

OBJETIVO DEL TRABAJO
Mejorar la asistencia sanitaria de los niños inmigrantes y tratar de asegurarles una situación sanitaria similar a la que disfrutan los niños españoles.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se ha implantado un Programa de Atención al Niño Inmigrante consistente en:
1.- Realizar una Historia Clínica completa a todos los niños inmigrantes.
2.- Actualizar su calendario vacunal, revacunándolos si fuera preciso.
3.- Realizar las siguientes pruebas complementarias para descartar patología oculta: hemograma, bioquímica sanguínea con estudio de hierro, serologías para hepatitis B y VIH, Mantoux, sedimento de orina y parásitos en heces.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
NIÑOS DE OTRO PAIS
1.- Ananmesis y exploración: correcta en el 84 %.
2.- 17 % no han recibido ninguna vacuna, 43,5 % están bien vacunados y 39,5 % han recibido algunas. Los llegados en 2004 están mejor inmunizados (4 % no vacunados) que los llegados en 2005 (29 % no vacunados)
Por vacunas individuales, los no vacunados oscilan entre 23,5 % (triple vírica) y el 33 % (polio inyectable).
3.- 54 % realizaron todas las pruebas complementarias, 34 % algunas y 12 % ninguna. El rango de cumplimiento oscila entre 79,6 % (hemograma) y 65 % (parásitos). El cumplimiento es mejor para los llegados en 2004.
5.- La patologia más prevalente fue la caries (30 %) seguida de ferropenia (12,5 %). Solo encontramos 3 mantoux +
NACIDOS EN ESPAÑA Entre 2004-2005 nacieron 109 hijos de inmigrantes, 93 % han recibido todas las vacunas y 85 % acudieron a todos los controles de salud.

CONCLUSIONES
1.- La implantación del Programa ha conseguido mejorar el control sanitario del niño inmigrante
2.- Pasamos de un 50 % de niños sin información vacunal a solo un 17 % de no inmunizados.
3.- Los niños llegados en 2004, que han tenido mas probabilidades de acudir a consultas, presentan un mejor cumplimiento
4.- El estado de salud en general es bueno, sin encontrarse patologías graves
5.- Los hijos de inmigrantes nacidos en España presentan buen cumplimiento del Programa del Lactante

TITULO C308
PLAN MEJORA EN ATENCION DE URGENCIA DE ZONA DE SALUD CALAMOCHA, INFRAUTILIZACION UME

AUTORES
Mur-de-Frenne L, Baquerizo I, Carbonell T, Gil A, Navarro AC, Tartaj JL, Sebastian R

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Salud de Calamocha

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Mejora atención urgencias

OBJETIVO DEL TRABAJO
Saber si está infrautilizada la UME

METODOLOGÍA EMPLEADA
Reuniones de equipo de mejora de calidad con UME
Elaboración de Protocolos ante situaciones urgentes
Sesiones Clínicas y Talleres prácticos Interdisciplinarios de forma periódica.
Adecuación y puesta a punto de recursos materiales

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Número de urgencias atendidas por UME en un año en la Zona de Salud de Calamocha: 101
Número de urgencias atendidas en Atención Continuada en en un año en la Zona de Salud de Calamocha: 5.899
Número de Registros de Atención por UME en horario de atención continuada durante un año en la Zona de Salud de Calamocha: 48
Número de registros en los que consta monitorización realizada por el Equipo de Atención Primaria: 2
Número de urgencias atendidas por UME en un año: 239

CONCLUSIONES
Debemos optimizar los recursos disponibles en la atención a urgencias
La UME está infrautilizada
Con la atención Médica de Emergencias se disminuye la mortalidad y las secuelas en las situaciones urgentes
La UME disminuye el tiempo de espera al estar la Unidad Medicalizada y traslado urgente al hospital de referencia en mejores condiciones gracias a la estabilidad que mantienen en sus pacientes durante todo el trayecto desde Calamocha a Teruel (60 minutos)

TITULO C401

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN A PARTIR DEL CMBD

AUTORES

García-Montero JI, Aibar C, Rodrigo MP, Barrasa I, Altarribas E, Mareca R

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" / Hospital "Ernest Lluch"

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:…Calidad Cádiz 2005…..

PALABRAS CLAVE

Efectos Adversos, Medicación, CMBD

OBJETIVO DEL TRABAJO

Análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitalización (CMBDH) para cuantificar y clasificar los Efectos Adversos causados por fármacos y sustancias medicamentosas y biológicas en su empleo terapéutico (CIE-9-MC: E930-E949) y estudiar su evolución en el periodo correspondiente en los últimos cinco años.

METODOLOGÍA EMPLEADA

A partir del CMBDH de los años 2.000 a 2.004, obtenido de la codificación de los informes de alta, se identificaron los Efectos Adversos asociados a fármaco correcto debidamente administrado (EAs), agrupándose por su correspondiente categoría CIE-9-MC.

En el año 2004 se han codificado todos los episodios de alta, mientras que en el resto del periodo el porcentaje codificado es cercano al 100%.

Se analizan los EAs identificados de forma global y en cada categoría a lo largo del periodo comparando las siguientes variables: Número total y por Servicio de alta, Estancia Media y Edad Media de los pacientes.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El análisis de los datos obtenidos para todo el periodo muestra un porcentaje global en torno al 3,5% de EAs asociados a la medicación, que permanece casi constante a lo largo de los diferentes años (valor más bajo en el 2.000 con un 2,95%; valor más alto en al 2.004 con un 3,94%), sin que se haya encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Los grupos farmacológicos con mayor número de EAs son el E933 Agentes cuya acción es primariamente general, E942 Agentes que afectan primordialmente al sistema cardiovascular, E935 Analgésicos antipiréticos y antirreumáticos, E932. Hormonas y sustitutos sintéticos y E934 Agentes que afectan primordialmente a los componentes de la sangre, por ese orden y que concentran más del 70% del total de EAs (los tres primeros suponen más del 50%).

No se observan diferencias en cuanto a la edad media de los pacientes que han presentado algún tipo de EA con respecto a la del global de pacientes atendidos en el periodo. Por el contrario, sí se encuentran diferencias en cuanto a la Estancia Media de los episodios con EA (en torno a los 16 días) en relación con el dato global (en torno a 9 días)

CONCLUSIONES

El análisis de los EAs relacionados con la medicación a partir del CMBD puede ser una forma rápida y fiable de cuantificarlos y analizarlos, al menos en aquellos casos en que se pueda confirmar la adecuada cumplimentación y codificación de los informes de alta.

TITULO C402
EXTRACCIÓN PERIFÉRICA Y NIVELES DE POTASIO ¿AYUDA O FACTOR DE CONFUSIÓN? EXPERIENCIA EN UNA LOCALIDAD RURAL

AUTORES
Bárcena M, Fustero M V.

CENTRO DE TRABAJO
C.S. Cariñena. Sector III. Zaragoza

PALABRAS CLAVE
Kalemia, Extracción periférica, Atención Primaria

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál**:** XIX Congreso Aragonés de Atención Primaria y Medicina Rural. Zaragoza, noviembre 2005

OBJETIVO DEL TRABAJO
El rango de normalidad de la kalemia es estrecho (3,5-5,1) y sus alteraciones tienen importantes repercusiones clínicas. Dado que en los informes analíticos aparece el comentario *"cuando el transporte al laboratorio de referencia se demora mas de 2 horas, los valores de potasio pueden aumentar mas del 20%"*, decidimos valorar la influencia del lugar de extracción en las cifras de potasio obtenidas en pacientes de una localidad rural e identificar posibles áreas de mejora.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Estudio observacional y retrospectivo. Ámbito de estudio: localidad rural de 574 habitantes, integrada en un centro de salud cuya cabecera dista 46 km del laboratorio de referencia. Periodo de estudio: primer semestre de 2005. Fuentes de datos: historias clínicas y registro de extracciones del centro de salud. Población de estudio: analíticas realizadas a mayores de 18 años y registradas en la historia clínica, independientemente del lugar de extracción y profesional peticionario. Tratamiento de los datos: Excel 2000.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
El circuito de transporte de las muestras tiene una duración excesiva. De las 80 analíticas valoradas presentan hiperkalemia el 23,75%. La extracción tuvo lugar en el centro de salud en 51 casos con un 31,4% de hiperkalemias y en 29 ocasiones en la capital con un 10,3% de elevaciones de potasio. Se ha encontrado un porcentaje mayor de pacientes en tratamiento con fármacos potencialmente elevadores del potasio en el grupo de los normokalémicos.

CONCLUSIONES
Es prioritario mejorar el proceso de transporte de las muestras, ya que la calidad de los resultados analíticos no puede ser cuestionada por problemas estructurales, identificados y solucionables. Tampoco debe recaer sobre el profesional de primaria la incertidumbre que genera un resultado impreciso ni ocasionar al paciente perjuicios innecesarios.

TITULO C403

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIINFECCIOSOS DURANTE CINCO AÑOS (1999-2003) EN UN CENTRO DE SALUD RURAL ¿CANTIDAD O CALIDAD?

AUTORES

Bárcena M, Fustero MV, Siles M, Goldaracena M.

CENTRO DE TRABAJO

C.S. Cariñena. Sector III. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XXII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Octubre 2004

PALABRAS CLAVE

Calidad, Antiinfecciosos, Consumo

OBJETIVO DEL TRABAJO

Conocer la evolución del consumo de antiinfecciosos en un centro de salud rural a lo largo de cinco años, para en base a ella implantar acciones de mejora.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Estudio descriptivo transversal, encuadrado dentro del Plan Integral de Calidad del centro de salud.

Población: Todas las prescripciones de antiinfecciosos del subgrupo terapéutico J01 realizadas en receta oficial, a los usuarios incluidos en los diez cupos del centro desde 1999 hasta 2003, periodo en el que se pasó de 7261 a 7712 tarjetas sanitarias. Los datos de consumo se obtuvieron mediante el Sistema Informático Farmacéutico Servicio Aragonés de Salud. Se procesaron con Microsoft Excel 2000.Se ha asignado a cada especialidad el principio activo que contiene, usando la clasificación internacional ATC de la Organización Mundial de la Salud. Como unidad de medida se usó la Dosis Diaria Definida (DDD), y de comparación la DHD (DDD/ 1000 habitantes/ día). Los valores para las DDD son los publicados por la WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (ATC Index 2004).

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Consumo total de antiinfecciosos en DHD a lo largo de los años 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003: 24,58; 22,13; 17,52; 19,40 y 24,17.

Consumo de antiinfecciosos por subgrupos: Penicilinas: 6,70; 6,88; 5,30; 5,06 y 8,09. Penicilinas mas inhibidor de β-lactamasas: 6,25; 5,64; 4,16; 5,37 y 7,18. Macrólidos: 4,64; 3,70; 3,38; 3,55 y 3,67. Cefalosporinas: 3,16; 2,49; 1,87; 1,99 y 2,17. Quinolonas: 1,97; 1,91; 1,70; 2,05 y 1,84. Otros subgrupos: 1,86; 1,51; 1,11; 1,38 y 1,22.

Consumo de antiinfecciosos que habitualmente no son de primera elección en atención primaria: Cefalosporinas de 3ª generación: 0,62; 0,44; 0,38; 0,56 y 0,50. Quinolonas respiratorias: 0,03; 0,14; 0,23; 0,36 y 0,25.

CONCLUSIONES

El consumo total de antiinfecciosos tras descender los primeros tres años alcanza en 2003 un nivel muy similar al de 1999. Se ha disminuido el uso de antiinfecciosos que habitualmente no son de primera elección en atención primaria (cefalosporinas de 3ª generación, quinolonas y macrólidos). El aumento de los dos últimos años ha sido a expensas de penicilinas con o sin inhibidores de beta-lactamasas, pasando a suponer del 52% al 62% del total de la prescripción.

Se observa una mejora en la calidad del perfil de la prescripción, pero un aumento en el consumo total.

Esta sistemática de trabajo es útil para identificar problemas en la prescripción, sobre los que poder actuar para mejorarla. Pensamos que la monitorización del consumo, la información a los profesionales y otras actividades de mejora nos podrán ayudar a conseguirlo.

TITULO C404
AUDIT SOBRE CARTILLAS DE LARGO TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ.

AUTORES
Andrés F., Patricia; Cazorla R., Ana; Ibarrondo F., Isabel; Martínez M., Adriana

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Prescripción repetida, Auditoria Medica, Interacciones de drogas

OBJETIVO DEL TRABAJO
Mejora del control terapéutico mediante cartilla de largo tratamiento(CLT)
Comprobar cumplimentación y controles de la CLT
Mejora de la prescripción mediante detección de interacciones farmacológicas en las CLT

METODOLOGÍA EMPLEADA
Auditoria interna. Muestreo de CLT y evaluación de cumplimentación de los criterios prefijados. Tabulación y comparación con los estándares prefijados. Difusión interna de los resultados obtenidos y plantear estrategias de mejora.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
De 150 CLT evaluadas se han detectado errores de cumplimentación que varían entre el 0% y el 98 %.
Se ha detectado duplicidad de fármacos en un 10,35% de las CLT estudiadas. Un 2% presentaban interacción farmacológica de relevancia clínica y el 45% de las CLT tenían fármacos clasificados como de baja utilidad terapéutica.

CONCLUSIONES
- Existen Ítems de imposible cumplimentación con el programa informático, por lo que serán retirados para próximos audit.
- Se informa a los médicos de las deficiencias detectadas: falta de cumplimentación, interacciones de relevancia clínica, duplicidad de fármacos y fármacos de baja utilidad terapéutica.
- Es preciso continuar con el proceso de mejora de las CLT mientras se siga con el actual sistema de prescripción.

TITULO C405
UTILIZACIÓN ADECUADA DE "BOTIQUINES PARTICULARES" EN PACIENTES POLIMEDICADOS.

AUTORES **Ascoz C**, Martínez J.M, Palomar P, Zafra F, Sánchez I, Gómez C et al.
CENTRO DE TRABAJO Centro de Salud de Monreal del Campo

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster

PALABRAS CLAVE Botiquines particulares peligrosos

OBJETIVO DEL TRABAJO

- Evitar posibles confusiones con la aparición de los genéricos en la toma de medicamentos por la similitud que tienen las cajas.
- Controlar la automedicación y detectar interacciones y reacciones adversas.
- Correcto almacenamiento y conservación de las fármacos y correcta eliminación de fármacos caducados.

METODOLOGÍA EMPLEADA

- 80 pacientes seleccionados con pluripatologías que tomen 4 o más medicamentos y que estén dispuestos a colaborar.
- Aprovechar las visitas médicas domiciliarias de los 8 Médicos y 4 Enfermeras de A.P. que integran el Equipo del Centro de Salud de Monreal del Campo.
- Elaboración de un protocolo a seguir para ver la situación de partida mediante un cuestionario común (Anexo I)

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Enfermedades más frecuentes en la población del estudio cardiovascular 40%.
- El 50% de los pacientes del estudio conoce todos los medicamentos de su botiquín.
- Un tercio de los pacientes lee los prospectos de los medicamentos.
- Un 15% de esta población se confunde con los medicamentos.
- Más del 85% conoce como y cuando deben tomar los medicamentos
- El 67% de esta población no se automedica.
- La mayoría de los pacientes, un 87% tienen ubicado el botiquín en un lugar correcto.
- Un 30% de los pacientes no saben como preparar los medicamentos extemporáneos. Aproximadamente 2/3 de los pacientes guardan más tiempo del indicado los medicamentos extemporáneos.
- El grado de control de caducidades en la población de estudios de los medicamentos es pequeño un 35% de la población de los pacientes no realiza ningún control de caducidades.
- En cuanto al destino final de los medicamentos caducados la mayoría de la población, un 63% los tira a la basura, siendo este un destino inadecuado.
- Ante la posibilidad de que los pacientes abandonen el tratamiento prescrito por su médico, como consecuencia de la aparición de una reacción adversa podemos concluir que la mayoría de los pacientes, un 75% no abandonan en tratamiento.
- El 95% de los pacientes se toman toda la medicación que les ha sido prescrita para el tratamiento de su enfermedades.
- Un 11% de la población de pacientes estudiada dispone de cajas enteras sin utilizar o en exceso.
- El nº de medicamentos caducados supone un 3,81%.
- Los 5 grupos de fármacos más abundantes en dichos botiquines son:
    - Analgésicos Antiperiticos 9,8%
    - Antiinflamatorios Antirreumáticos 9,37%
    - Antihipertensivos 7,81%
    - Antiulcerosos 5,54% y Antibióticos 4,68%

CONCLUSIONES

- Nuestros esfuerzos deben estar encaminado en primer lugar, a la lucha contra los factores desencadenantes de las enfermedades cardiovasculares.
- Dar más información al paciente sobre los medicamentos que toma.
- Plantear un sistema de información o pautas de trabajo con ciertos pacientes con dificultad de compresión de la información y Educación a la población para evitar la automedicación.
- Aconsejar a la población en general que los medicamentos deben almacenarse en un lugar adecuado.
- Dar información a la población que utilice como destino final de los medicamentos caducados los puntos SIGRE de los oficinas de farmacia.
- Insistir a los pacientes que cuando tengan algún problema o molestia con la medicación prescrita que consulten con su médico.

TITULO C406
TRATAMIENTO ADECUADO Y PRECOZ DE LA MUERTE SUBITA CARDIACA

AUTORES
Soteras I, Fácil JM, Capella E, Bernabé M, Desportes F, D´Asprer G. et al.

CENTRO DE TRABAJO
061 Aragón. UME Sabiñánigo

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

OBJETIVO DEL TRABAJO
Mejora de la supervivencia de la muerte súbita cardiaca en nuestra área.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Mediante una identificación del problema y un análisis de las causas que lo producen, proponer unos objetivos y diseñar una programa de actuación para cumplirlos así como unos indicadores para valorarlos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Aumento del número reanimaciones cardiopulmonares de pacientes afectos de muerte súbita cardiaca.

CONCLUSIONES
Tras la realización del programa durante un año, se ha observado solo una tendencia al aumento de RCP realizadas por los testigos.
Consideramos que es preciso más tiempo para valorar resultados, así como un aumento en la difusión de información y habilidades. En estos objetivos se localizaran nuestras actuaciones en años posteriores.

TITULO C407

CONTROL DE CADUCIDADES DEL MATERIAL Y MEDICACIÓN EN LA UME DE EJEA DE LOS CABALLEROS

AUTORES:

Gallego Catalán, Jose Antonio Mir Ramos, Eduardo, **Castro Salanova, Rafael**

CENTRO DE TRABAJO

UME Ejea de los Caballeros

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Caducidad, Calidad

OBJETIVO DEL TRABAJO

- Evitar los problemas existentes en el control de las caducidades tanto del material como de la medicación existente en esta UME
- Identificar de forma rápida los materiales y medicamentos cuya caducidad sea más próxima para utilizarlos en primer lugar a fin de optimizar los recursos.

METODOLOGÍA EMPLEADA

- Se realizó una base de datos sencilla y de fácil manejo que consta de los siguientes campos:
  1. Nombre del medicamento o material
  2. Ubicación: Hace referencia al lugar donde se encuentra el fármaco
  3. Lote del medicamento: En algunos casos se identifican lotes de medicamentos que presentan alguna anomalía y que se deben retirar
  4. Fecha de caducidad
- Cada tres meses se realiza un control de todo el material y de la medicación existente. Se registra en el libro de incidencias la aparición de medicamentos caducados que deberían de haberse retirado para vigilar el cumplimiento de los objetivos: Desde la implantación de este sistema no se ha notificado ninguna incidencia.
- Cada seis meses se hace otra revisión exhaustiva de todo el material y medicación y se identifica con una etiqueta de color rojo todo aquello que vaya a caducar en los siguientes seis meses con el fin de emplearlos en primer lugar

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Implicación de todo el personal de la Base en el mantenimiento y actualización de los datos
- Desde el momento de la implantación del sistema de control creado, la gestión de las caducidades tanto de la medicación como del material se realiza correctamente
- Rápida identificación de todos los productos que están próximos a caducar lo que redunda en una mejor gestión de ellos

CONCLUSIONES

- No se ha notificado la aparición de fármacos caducados desde la implantación de este sistema.

Es posible realizar programas de calidad sencillos que proporcionan resultados favorables y que favorecen la implicación de todos los miembros de la Base mejorando sensiblemente la satisfacción y el grado de autoestima de los componentes.

TITULO C408
EPISIOTOMÍA LIBERAL vs SELECTIVA: UN ESTUDIO DE COHORTES

AUTORES
Subiron A, Juste A, Isar P, Cruz E, Luque R, Sanz E et al.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio Paritorios

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Zaragoza / Oviedo

PALABRAS CLAVE
Parto. Episiotomía. Bienestar materno-fetal

OBJETIVO DEL TRABAJO
De forma sistemática en muchos de nuestros centros hospitalarios, se hace por rutina episiotomía en el expulsivo del parto, lo que ocasiona para las mujeres mas dolor en general, molestias al deambular, hematoma en algunos casos y mayor tiempo de recuperación. A fin de disminuir esta práctica en nuestro entorno, analizamos las ventajas, desventajas y consecuencias de la realización de episiotomía de forma selectiva.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Estudio observacional, prospectivo, de cohortes.
El grupo de estudio fue de 402 madres. Se recogieron datos de abril 2004 a diciembre 2005, mediante encuesta personal tras el parto y al segundo día, y con llamada telefónica al tercer mes. En 2007-2008, se concluirá el trabajo con una mayor investigación mediante encuesta telefónica.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de matronas que realizaban episiotomía de forma rutinaria, y el grupo que lo hacía de forma selectiva, en características del embarazo ni en el comienzo del parto, ni en el uso de epidural. No se produjo ningún desgarro de tercer y cuarto grado. No se encontraron diferencias en el ingreso de los recién nacidos, ni en el Apgar al minuto ni a los 5 minutos. Al alta, se encontraron diferencias en la presencia de significativamente mayor dolor al sentarse y a la deambulación en mujeres con episiotomía. Al tercer mes, solo se encontró una prevalencia mayor de dispareumia en mujeres con episiotomía.

CONCLUSIONES
La NO episiotomía:
- No aumenta los periodos de dilatación ni de expulsivo.
- No produce diferencias en los resultados perinatales.
- No aumenta los desgarros de tercer y cuarto grado, y permite mas perinés intactos.

Durante el puerperio las pacientes sin episiotomía presentan:
- Mayor bienestar general y necesitan menos analgésicos.
- Presentan menor dispareunia.

Por tanto, coincidiendo con estudios previos, se aconseja la realización de la episiotomía de forma selectiva.
A la luz de estos resultados, el grupo de matronas, ha empezado a implantar la episiotomía selectiva en la Unidad con el fin de mejorar la calidad de la atención suministrada, intentando basar nuestra práctica en dicha evidencia científica.

TITULO C501
¿EN PESETAS O EN EUROS?... SATISFACCIÓN CON NUESTRO SISTEMA DE INCENTIVACIÓN.

AUTORES
Hijós L.A., **Ara D**., Sanz D., Castellanos A., Jiménez Sender M., Ordás O y Torres V..

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Salud de Grañen

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Comunicación Póster en SECA 2005

PALABRAS CLAVE
Incentivación, atención primaria, satisfacción profesionales.

OBJETIVO DEL TRABAJO
El sistema incentivación es un subproceso del proceso de apoyo: coordinación. Realizándose un reparto siguiendo dos asunciones filosóficas. "ninguna incentivación es absolutamente justa" y "hay que evitar la desmotivación de los buenos profesionales". Desde el año 2002, han participando todos los miembros del EAP en reuniones específicas.
Entre los criterios de reparto están el puesto de trabajo y categoría profesional, la participación en reuniones, formación..., y las actividades extraordinarias. Todos los miembros tienen asignada una cantidad mínima para evitar la desincentivación. El objetivo es cuantificar la satisfacción de las personas del EAP en este proceso, siendo adecuado, transparente y participativo.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se realizó una encuesta entre los miembros del EAP que han recibido la incentivación . La encuesta se compone de 10 ítems, 6 dicotómicos (método adecuado, transparente, participativo...), escalas tipo likert (cantidades asignadas), 2 preguntas abiertas relativas al conocimiento de los criterios, y una valoración de la satisfacción general (escala 1-10).

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
La realización de la encuesta fue del 86,77% (21 personas), por estamentos 42,86% para enfermería, 38,10% medicina y 19,05 el resto. La incentivación es necesaria para un 85,71%. Las cantidades individuales son adecuadas/muy adecuadas en el 90,48% y las cantidades recibidas por el resto del EAP en un 42,86 %. Los motivos de este desacuerdo son los criterios empleados (63,64%). El grado de conocimiento de los criterios fue del 71,43%. .El método es transparente (85,71%) y participativo (80,95%); la información sobre el mismo es menor (76,19%) al igual que la adecuación (66,67%). La satisfacción general del proceso es del 7,18 ($\pm$1,71). El sistema es suspendido en dos casos (9,52%).

CONCLUSIONES
La discrepancia entre la valoración de la cantidad recibida individualmente y la cantidad asignada a los otros miembros puede ser debida a criterios inadecuados y/o su infraponderación en el reparto. Sobre el método, los índices sobre participación y transparencia son altos pero debemos analizar las causas debidas a la falta de información y adecuación del sistema, mejorando el conocimiento de los criterios. El nivel de satisfacción es pertinente y consecuente con las dos premisas descritas. La incentivación en este EAP al interactuar con el resto de los procesos (dirigiendo y potenciando), es vista como un proceso que debe ser dinámico (modificable/adaptable a las necesidades, prioridades...).

TÍTULO C502

¿Que opina el cuidador principal sobre diversos aspectos de la hospitalización del paciente geriátrico?

AUTORES: **Cucullo JM,** Cánovas C, Ochoa P, De Val A.
Grupo de Calidad Servicio del Geriatría.Geriatría. Hospital Geriátrico San Jorge. Zaragoza (Sector III)

OBJETIVO :

1. Describir la opinión del cuidador principal.
2. 2. Mejorar los cuidados del paciente a través de las actividades de apoyo en su atención.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal en cuidadores principales de los pacientes ingresados el día 19 de mayo de 2005 en las camas de agudos de un Hospital Geriátrico. Descripción de sus opiniones a través de una encuesta elaborada por el Grupo de Calidad del del Servicio de Geriatría, que engloba temas relacionados con el abandono de la habitación durante la atención, ubicación de la recepción de la información médica, participación en el cuidado del paciente e identificación de profesionales, así como una ventana abierta para plasmar sugerencias. Cada pregunta se puntúa con: 0 (no se está de acuerdo), 1 (poco de acuerdo), 2 (de acuerdo) y 3 (totalmente de acuerdo). se completa con un espacio libre para sugerencias.

RESULTADOS

60 pacientes ingresados, 37 encuesta rellenadas, una no válida. La mayoría realizada por hijo/a (28), con una media de 10,6 días de estancia. Las medias de las diferentes variables, así como las sumas de los porcentajes con contestaciones de acuerdo y totalmente de acuerdo (2+3) fueron: Se está de acuerdo en abandonar la habitación en la visita médica (1,94), 2+3 (63,9%); En la visita de enfermería (1,81), 2+3 (66,6%); En la atención de AE (2,17), 2+3 (86,1%); Al proceder a la limpieza de la misma (2,72), 2+3 (100%); Se está de acuerdo en ser informado por el médico al salir de la habitación (2,14), 2+3 (80%), o se prefiere en undespacho con horario prefijado (2,38), 2+3 (91,2%). Se está de acuerdo en colaborar en la atención del paciente durante las comidas (2,57), 2+3 (97,2%); En los desplazamientos (2,53), 2+3 (91,7%)Acompañamiento por las noches 2,39, 2+3 (77,8%); Seguimiento de instrucciones del personal sanitario (2,71), 2+3 (94,5%); Recibir formación para! los cuidados (2,71), 2+3 (88,9%); Identificación del personal (1,85), 2+3 (63,9). De las 14 sugerencias, había un predominio de agradecimiento por la atención recibida.

CONCLUSIONES.

1) El cuidador principal en general esta de acuerdo con las normas del hospital.
2) Interesado también en colaborar en los cuidados del paciente.
3) Detección de problemas, sirven para diseñar líneas de mejora (identificación, etc.
4) Sería necesario en un futuro abordar encuestas más amplias.

TITULO C503
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A LA PUÉRPERA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

AUTORES
Alvarez B; Äscoz R; **Fleta M ; Moreno V**; Laviña A; Sánchez P

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Unidad de Obstetricia y Nidos. 4ª Planta.

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Presentado previamente como Póster en el Congreso de Matronas de Cartagena Mayo 2006.

PALABRAS CLAVE
Puerperio, lactancia materna, educación para la salud

OBJETIVO DEL TRABAJO
Satisfacer las necesidades y expectativas de información y educación demandadas por las mujeres puérperas a través de la implantación de un programa de Educación para la Salud en las unidades de Obstetricia y Nidos del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Tras realizar 54 encuestas (hasta saturación de datos), en la unidad de obstetricia, se observa la demanda por parte de las puérperas de una mejor información.
- Se constituye un equipo de mejora multidisciplinar que lleva a cabo reuniones documentadas mensuales para la unificación de criterios en los dos servicios.
- El equipo realizó un curso de formación en Habilidades de comunicación.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
- Equipo de mejora multidisciplinar (enfermeras, matronas y auxiliares de enfermería) de obstetricia y nidos.
- Elaboración y difusión de cuatro protocolos consensuados:
  1. Protocolo de Lactancia materna.
  2. Protocolo de cuidados al Recién nacido en nidos.
  3. Protocolo de cuidados de la madre y el niño en dilatación y postparto inmediato.
  4. Protocolo de cuidados de la gestante y puérpera en la Unidad de Obstetricia.
- Diseño del programa de Educación para la Salud a la mujer puérpera.

CONCLUSIONES
La puesta en marcha del equipo de mejora está permitiendo la coordinación y consenso de criterios de los profesionales de las dos unidades asistenciales, así como, la implicación de los mismos en la detección y puesta en marcha de acciones de mejora.

TITULO C504

EVALUACION DE USUARIOS EN CENTRO DE DIA E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN CENTRO OCUPACIONAL

AUTORES

M García-Gómez MA, **Querol A** , Tari A, Lite A , Heras N, Munárriz A Et Al.

CENTRO DE TRABAJO

Centro de Día Romareda, Centro Ocupacional Delicias.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral ☒ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Satisfacción de usuarios, rehabilitación psicosocial

OBJETIVO DEL TRABAJO

a)Evaluar la calidad en los diferentes grupos de actividad ocupacional desarrollados en el C. de Día a través de la percepción de los usuarios atendidos.

b)Implantar un programa de rehabilitación estructurado en el C. Ocupacional Delicias para ello, los pasos seguidos serían:

1) Poner en marcha un sistema de evaluación eficaz que ilustre de forma amplia la situación clínica y las capacidades laborales de los pacientes derivados a este recurso.

2) Iniciar un programa de intervenciones de tipo rehabilitador dirigido a todos y cada uno de los usuarios que pertenezcan a este recurso, así como a las futuras derivaciones.

3) Mejorar el sistema de derivaciones de pacientes.

4) Mejora en los recursos del área ocupacional-laboral así como en el adecuado aprovechamiento de éstos.

METODOLOGÍA EMPLEADA

a) Revisamos distintas escalas de evaluación y seleccionamos una escala sencilla utilizada ya por dispositivos similares a nosotros en nuestra Comunidad Autónoma (Fund. Rey Ardid), lo que permitiría en un segundo momento la comparación entre dispositivos, se realizo una primera evaluación aplicándola a todos los usuarios presentes en el C. De Día.

b) - Sistematizar el protocolo de evaluación de los usuarios.

- Establecer reuniones periódicas de los miembros del equipo responsable de cada dispositivo con el terapeuta ocupacional y el médico psiquiatra.

- Desarrollo y ejecución del PIR.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

a)Hemos realizado una primera evaluación, discriminando la percepción de la satisfacción de los pacientes en los distintos programas del C. de Día. 100% de usuarios.

b)Se ha incrementado notablemente el porcentaje de historias clínico-laborales completas realizadas, así como el nº de pacientes que tienen realizado el PIRR (100%), También hemos realizado una primera evaluación del porcentaje de ausencias y abandonos, como del nº de ingresos por descompensación.

CONCLUSIONES

a) El nivel de satisfacción es bastante alto con las actividades evaluadas, si bien hay resultados que nos resultan problemáticos, si la evaluación global es buena, la satisfacción aparecería vinculada algunos aspectos de la actividad que no esperábamos.

b) Hemos establecido las condiciones para que algunos indicadores de estructura se cumplan. Hemos establecido algunas líneas base para poder ir introduciendo progresivas mejoras en la calidad asistencial del dispositivo C. Ocupacional.

TITULO C505
INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA EN EL PARTO. PROGRAMA PILOTO DE MEJORA E INTEGRACIÓN DE NIVELES.

AUTORES
Navarro A, Oliva P, Muñoz L, Urtubia C, Charro A, Garrido P.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Universitario Miguel Servet, Sección de Anestesia Hospital Materno Infantil

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Información, Satisfacción paciente, Consentimiento Informado

OBJETIVO DEL TRABAJO
Establecer un programa estructurado por niveles y formatos de la información para gestantes sobre analgesia epidural previo al desencadenamiento del parto

METODOLOGÍA EMPLEADA
Desarrollo planificado y controlado, con participación de profesionales, estamentos y niveles implicados: anestesista, obstetra y matronas de Atención Primaria.
Diseño y evaluación de encuestas de conocimientos y satisfacción, por el grupo de mejora; validadas por consenso del mismo y posteriormente con realización de pre-test.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Conocimientos: Mejora de respuestas correctas en Encuesta de Conocimientos del 47% sin intervención a 88% con intervención
Satisfacción Información: Incremento de gestantes satisfechas o muy satisfechas con la información recibida del 75% sin intervención al 100% postintervención.
Cumplimiento de expectativas: Incremento de gestantes satisfechas o muy satisfechas con el cumplimiento de sus expectativas del 75% sin intervención al 91% postintervención.
Satisfacción analgesia epidural: mejora de los indicadores de satisfacción con la analgesia por disminución de las gestantes insatisfechas o muy insatisfechas que descienden del 13% al 3% tras la intervención.

CONCLUSIONES
La estructuración y mejora de la información, además de constituir un derecho de los pacientes y necesidad cara el consentimiento informado, mejora la satisfacción de los pacientes tanto de con la información recibida como con la asistencia clínica por adecuación de las expectativas.
Los resultados del programa piloto aconsejan su establecimiento como programa permanente.

TITULO C506
EL ESPEJO

AUTORES
Vela M L, Egido P, Revillo MJ, Miembros del Grupo de Mejora de Calidad de Microbiología

CENTRO DE TRABAJO
Servicio de Microbiología. Hospital Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Satisfacción. Encuesta. Cliente

OBJETIVO DEL TRABAJO

1. Conocer cómo nos valoran los clínicos de nuestro hospital
2. Detectar áreas de mejora a través de la percepción de nuestros clientes

METODOLOGÍA EMPLEADA

1- Se diseñó una encuesta de 28 preguntas que recogían las principales áreas de relación con los clínicos (volantes, informes, confianza en los resultados):
Todas las preguntas se valoraban del 1 al 10 excepto las 2 últimas que eran preguntas abiertas
2- La encuesta fue validada por el grupo de calidad.
3- En una primera fase, se envió la encuesta a 22 facultativos del hospital estratificados por áreas clínicas (grupo pretest).
4- Posteriormente, se remitieron 699 encuestas a los profesionales clínicos del sector sanitario en el mes de mayo de 2005.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Respondieron 11 facultativos del grupo pretest (50%) y 87 facultativos (12.7 %) de los profesionales encuestados.
La puntuación media global estaba por encima de 7 puntos.
No se detectaron diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el grupo pretest y las obtenidas en la totalidad de las encuestas recibidas.
Los items que obtuvieron mejor puntuación fueron los siguientes:

- Grado de confianza en los resultados (Media de 8.36 puntos).
- Volante de petición: Facilidad para indicar diagnóstico (Media de 8.22 puntos).
- Trato personal con el laboratorio (Media de 8.16 puntos).
- Claridad en el informe de resultados (Media de 8.11 puntos)

Los items que obtuvieron peor puntuación fueron los siguientes:

- Conocimiento de la cartera de servicios (Media de 5.99 puntos)
- Conocimiento de los tiempos de respuesta (Media de 6.28 puntos)
- Información acerca de la recogida de las muestras (Media de 6.51 puntos)

CONCLUSIONES

1- El Servicio de Microbiología es valorado muy satisfactoriamente en el hospital.
2- El Servicio debe revisar y mejorar los mecanismos de transmisión de información.
3- Las encuestas de satisfacción pueden hacerse entre un nº pequeño de facultativos, sin menoscabo de la validez de los resultados obtenidos.
4- La encuesta es un buen punto de partida para definir áreas de mejora

TITULO C507
PROGRAMA DE ELECCIÓN DE MENÚ: DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO

AUTORES
Berisa F, Mateo ML, Conejos C, Camacho MA, Andrés A, Bellido P et al.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Obispo Polanco.Teruel

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Menús, dietas hospitalarias, elección menú

OBJETIVO DEL TRABAJO
Ofrecer a los pacientes, sin restricción dietética, la posibilidad de elegir su menú entre varias ofertas, para satisfacer mejor sus preferencias. Disponer de platos más adecuados al cocinar para colectivos y que no pueden consumirse de inmediato.

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Creación, desde y con la Unidad de Calidad, de un Grupo de Mejora formado por profesionales sanitarios, de cocina y usuarios
- Revisión de las dietas de nuestro hospital y adaptación de las de otros de nuestro entorno
- Programa Informático para, desde las plantas de hospitalización, informar a cocina de los menús solicitados
- Diseño de impresos de solicitud para los pacientes y carpeta de presentación
- Ajustes en los menús tras revisar la elección
- Encuestas de valoración

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
El Grupo de Mejora, tras valorar los platos disponibles en nuestro hospital y varios de otros centros de nuestro entorno, diseñó, tanto para comida como para cena, menús diferentes para catorce días, distintos para verano e invierno. Se tuvieron en cuentas las costumbres y gustos de nuestra población. Siempre es posible elegir platos adecuados para pacientes con problemas de masticación. Tras valorar la aceptación se han realizados algunos cambios.
Se les presenta a los pacientes, que no tienen dietas especiales, un impreso donde pueden elegir, para la comida y la cena del día siguiente, entre tres primeros platos, tres segundos y tres postres.
El programa informático permite a cocina conocer directamente las solicitudes y posibilita añadir indicaciones individualizadas.
El programa de elección de menú lleva tres años funcionando. De todos los pacientes ingresados, alrededor del 60% se benefician de esta oferta. El porcentaje es mucho mayor si consideramos solo los que llevan alimentación oral.
En todas las encuestas realizadas es unánime la gran aceptación que, tanto los pacientes como sus familias, conceden a la posibilidad de elegir.
Las puntuaciones de la percepción de la calidad alimentaria son elevadas tanto para la calidad como para la presentación, cocinado, cantidad, etc. La queja mas señalada es la referida a los horarios, mas tempranos que los habituales, y que coinciden en muchas ocasiones con la realización de pruebas.

CONCLUSIONES
- La comida es parte muy importante de los servicios ofrecidos por un Hospital y en muchas ocasiones parte del tratamiento
- La oferta alimentaria debe respetar los usos y costumbres y adaptarse a las necesidades y problemas de los pacientes
- Poder elegir menú es muy bien valorado y debe incluirse dentro del respeto a la autonomía de los pacientes
- Debemos conocer la percepción de la calidad y adecuación alimentaria y aceptar las sugerencias de los usuarios

TITULO C508

CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

Fernández B, Gómez C, **Geijo E**

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General San Jorge; 5ª planta (Digestivo, Neurología, Medicina Interna, Reumatología y Hematología)

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: IX Jornadas Científicas del Hospital San Jorge de Huesca.

PALABRAS CLAVE

Calidad percibida, paciente, unidad hospitalaria

OBJETIVO DEL TRABAJO

Para prestar un servicio de calidad es fundamental conocer la opinión de los usuarios, el objetivo del presente trabajo es medir la calidad percibida, de la atención de enfermería, por los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización, para obtener posibles áreas de mejora

METODOLOGÍA EMPLEADA

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta cuali-cuantitativa anónima el día del alta. Periodo de estudio el mes de febrero del 2006. Se analizaron variables de sexo, edad y servicio por el que fueron atendidos. Las áreas de estudio fueron acogida e identificación, visitas, satisfacción global y atención de enfermería. Las variables fueron introducidas en el programa Excel XP y en el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se analizan un total de 69 encuestas, 35 mujeres y 34 varones. La media de edad es de 69.57 (DE: 8.22). En el área de Identificación y acogida un alto porcentaje de pacientes no identifican las diferentes categorías profesionales, ya que solo un 17.39 % responden de forma adecuada.

En el área de Visitas un 68.11 % sienten la necesidad de que su acompañante permanezca de 9 a 12h en el hospital. En el área de satisfacción global la puntuación media ha sido un 8.14. En las preguntas abiertas el 49 % de encuestados hacen referencia al buen trato recibido.

CONCLUSIONES

Como un área de mejora vemos necesario una información mas precisa en el sistema de identificación del personal.

La valoración de la atención de enfermería ha sido satisfactoria, como muestra el 90% de los encuestados volverían a nuestra planta.

En el servicio de Reumatología la satisfacción en la atención de enfermería ha sido menor que en el resto de especialidades.

Los encuestados en el servicio de Reumatología sienten menor necesidad de que su familia permanezca de 9 a 12h.

TITULO C509
EVALUACION DEL NIVEL DE INFORMACION Y SATISFACCION DE FAMILIARES DE USUARIOS DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

AUTORES
Gracia E M, Borobio A, Monclús P, Olivera J, Campayo A

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros de Huesca

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Información, satisfacción y familiares

OBJETIVO DEL TRABAJO
Evaluar las carencias informativas respecto a la estructura, funcionamiento y nivel de actividades del Centro de Rehabilitación Psicosocial, con el objetivo de mejorar su conocimiento y por tanto la calidad en la atención tanto a los usuarios como a sus familias.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Envío de encuestas personalizadas y dirigidas a los familiares/tutores de los usuarios del CRP y evaluación posterior de los resultados.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Tras el análisis de las encuestas se desprende un alto grado de satisfacción con el recurso por parte de los familiares, si bien se objetivan importantes carencias en el nivel de información tanto especifica como general.

CONCLUSIONES
Al hilo de los resultados obtenidos a través de las encuestas, la comisión de calidad encargada de valorar este proyecto expone las siguientes consideraciones:
La necesidad de mantener los niveles de satisfacción en cuanto al personal, servicios y actividades desarrolladas en el CRP, si bien ampliar aquellas actividades encaminadas a desarrollar y mejorar las vías de comunicación e información con los familiares de los usuarios del centro, para un mayor conocimiento del trabajo que se realiza, así como para favorecer su implicación en el proceso de rehabilitación.
Como actuaciones que se desprenden del trabajo realizado, destaca la elaboración de un folleto informativo que recoja las diferentes áreas de intervención, así como las actividades que se desarrollan.
Como proyecto en el futuro y con el objetivo de acercar a la sociedad el funcionamiento del centro, seria aconsejable realizar encuestas en la población general para valorar la opinión que se tiene y realizar una campaña de información y divulgación.

TITULO C601

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA EN EL POST-PARTO Y POST-MENOPAUSIA

AUTORES

Morata Crespo A.B.*, García Galán M.J.*, De la Torre Beldarrain M.L.**, Abril Esco S.**, Arratta Linares.R.***, Ledesma Romano L.*

CENTRO DE TRABAJO

*Médico Rehabilitador Hospital Miguel Servet, **Fisioterapeutas de Atención primaria Centro de Salud Fuentes Norte ***Matrona de centro de Salud Fuentes Norte

TIPO DE COMUNICACIÓN **x** Oral Póster

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

PALABRAS CLAVE

Rehabilitación, incontinencia urinaria.

OBJETIVO DEL TRABAJO

La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta a 2 millones de españoles, de ellos el 75% son mujeres, sin embargo el índice de personas que consultan por este problema es inferior al 50%. Por otro lado existe una fuerte evidencia de la utilidad de los programas de rehabilitación en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Decidimos poner en marcha un proyecto que nos iba a permitir detectar más pacientes con este problema y proponerles el tratamiento que actualmente presenta menos efectos secundarios y que posee más evidencia científica, que es el rehabilitador.

METODOLOGÍA EMPLEADA

En el Centro de Salud Fuentes Norte se ha iniciado la nueva vía de derivación y tratamiento de la incontinencia, y en el Centro de Salud Seminario se están recogiendo los datos de un grupo control. En ambos centros de salud el médico rehabilitador es el responsable de la valoración inicial, el seguimiento de la vía y el control periódico de las pacientes.

En la fase inicial nos reunimos con los jefes de Servicio de Ginecología y obstetricia, y por otro lado con los profesionales participantes en la vía de derivación (fisioterapeutas de primaria, médicos de atención primaria, y matronas). En estas reuniones se propusieron los criterios de inclusión y exclusión, el tipo y tiempo de tratamiento y los tiempos de supervisión.

En la valoración por parte del médico rehabilitador utilizamos la escala Incontinence questionnaire-short form, una hoja de recogida de datos, la anamesis y exploración clínica.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Hemos comenzado el proyecto hace 2 meses, por el momento han sido derivadas 45 pacientes al grupo de tratamiento, de ellas 20 han sido valoradas por el médico rehabilitador y han iniciado ya tratamiento rehabilitador en el centro de salud.

CONCLUSIONES

La vía clínica está permitiendo que trabajen conjuntamente profesionales de diferentes niveles asistenciales.

Actualmente

TITULO C602
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CON RECURSOS PROPIOS, DENTRO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORACICA

AUTORES
Royo Crespo I, Martínez Vallina P, Rivas de Andrés JJ, García Tirado J, Embún Flor R, García Mata JR.

CENTRO DE TRABAJO
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet-Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

TIPO DE COMUNICACIÓN **X** Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XXIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

PALABRAS CLAVE
Cirugía Mayor Ambulatoria, estancias inapropiadas.

OBJETIVO DEL TRABAJO
La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria para tratar a pacientes seleccionados de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama para la pernoctación del paciente. Habitualmente se desarrollan con una estructura autónoma de quirófano, camas y personal, y deben dotarse de presupuesto diferenciado y una continuidad quirúrgica para su rentabilidad. Nuestra experiencia aporta un tipo de CMA que se realiza con los recursos existentes de nuestra especialidad (camas, personal y quirófanos) y por tanto, sin dotación ni presupuesto gravoso propio de las unidades de CMA convencionales. Analizamos las áreas de mejora, y problemas surgidos al aplicar este programa de CMA.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Consideramos dos procesos quirúrgicos en los que con anterioridad hemos evaluado nuestra efectividad, y que cumplen los criterios de Davis para un programa de CMA. Analizamos las estancias inadecuadas que generan (AEP). Se procede a un estudio piloto, interviniéndose, según nuestro protocolo de CMA 7 mediastinoscopias y 4 simpatectomías bilaterales.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se detecta que con la técnica clásicamente utilizada hay una estancia media de 72 horas con 2 noches de pernoctación, dos días de estancia inadecuada. Con la aplicación de nuestra técnica de CMA las complicaciones postoperatorias fueron nulas, la estancia en la Unidad de Reanimación similar a la de cirugía convencional. La estancia postoperatoria media fue de 6 horas y la estancia hospitalaria de 11. No hubo ningún problema administrativo, de atención de enfermería, ni reingresos. Obtuvimos un 100% en el índice de satisfacción del paciente.

CONCLUSIONES
Eliminamos estancia preoperatoria. Disminuimos la estancia media de estos pacientes a un máximo de doce horas. Ahorro de recursos en estancia hospitalaria. Aumentamos el índice de rotación de nuestras camas. Se alcanza un alto nivel de satisfacción y de la calidad percibida por el paciente y familiares. Mantenemos el mismo nivel de eficacia siendo más eficientes al ahorrar en recursos normalmente asignados. Mejoramos la protocolización de los procesos. Implicamos, en dicho programa, a los médicos residentes de la especialidad y enfermeras, familiarizándose con los criterios de selección, manejo de protocolos y observación de la importancia del coste competitivo, formándose, por ello, en la comprensión de los actuales métodos de gestión.

TITULO .C603
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA DIABETES MEDIANTE EDUCACIÓN GRUPAL

AUTORES : Revilla AI, Torres M., Arrieta E., Blesa M.

CENTRO DE TRABAJO Centro de Salud Canal Imperial, EAP S José Sur.

PALABRAS CLAVE Diabetes, educación grupal,

OBJETIVO DEL TRABAJO Conseguir que el 95% de los diabéticos realicen autocontroles después del curso. Reducir la Hb A1c en al menos un punto en el 50%., Mejorar el perfil lipídico al mejorar el perfil glucídico. En el test de evaluación de conocimientos posterior al curso conseguir que al menos el 90% de pacientes acierten al menos el 90% de cuestiones.

METODOLOGÍA EMPLEADA Implantación de grupos de educación, 4 sesiones por cada grupo de dos horas de duración, exponiendo reconocimiento y actuación ante complicaciones agudas, alimentación y ejercicio, importancia de autocontroles, cuidado del pié. Al final de las sesiones se pasan test de autoevaluación para evaluar conocimientos adquiridos

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Hemos hecho 8 grupos en 4 años, con una participación de 93 pacientes con DM 2, edad media 63,8 años, desviación estándar 9,52, con una edad mínima de 32 y máxima de 82 años. Hemos conseguido reducir la Hb A1c en un punto en un 22,6% de los pacientes, (25% de casos perdidos). Un 29% de pacientes presentan una HbA1c después del curso menor al 6,5%, (24% de casos perdidos). Del 32,8% que presentaban una Hb A1c mayor al 8 antes del curso sólo un 19.4% la presentaban después, $p=0,07$. Del 41,08% con HbA1c menor a 7 antes del grupo, a un 56,71% después, $p<0,05$, 26 casos perdidos. Un 84;9% de los pacientes hacen autocontroles después del curso, frente al 38,7% antes, $p<0,05$. En 6 pacientes se consiguió normalizar las cifras de TG al conseguir un control óptimo de la diabetes. El 66,44% de pacientes obtuvo resultados en el test superior o igual al 90%, (11 casos perdidos).

CONCLUSIONES

La educación diabetológica consigue mejoras en el control de la diabetes, con diferencias significativas, consiguiendo optimizar el control glucémico, aunque lógicamente influyen también el tratamiento y otros factores.

TITULO C604
UTILIZACIÓN DEL COAGUCHEK SYSTEM PARA LA ANTICOACULACIÓN ORAL EN EL CENTRO DE SALUD RURAL DE BERDÚN

AUTORES :
Gimenéz AC, Arnal A, Repolles J, Vitoria MA.

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Salud de Berdún. Berdun, Huesca

TIPO DE COMUNICACIÓN **x** Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Anticoagulación oral, Coaguchek System, Atención Primaria

OBJETIVO DEL TRABAJO
Iniciar la anticoagulación oral desde el Centro de Salud, en una zona rural con población dispersa y envejecida.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se realizaron varias sesiones del Equipo de Calidad para definir objetivos y fijar calendario.
Se realizó un periodo de formación de todo el Equipo, en manejo del Coaguchek System y cálculo de dosis.
Se incluyó en todas las historias clínicas una hoja de registro.
A final de 2005 se realizó una evaluación de los resultados en las personas

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Formación del 100% del Equipo del Centro de Salud.
Participación en el programa del 100% de los componentes del Equipo.
Captación de más del 75% de los pacientes con anticoagulación oral, acudiendo a 11 poblaciones diferentes, para dar cobertura a 28 pacientes, con una media de edad de 76 años.
Satisfacción expresada por los pacientes como muy satisfactoria.
Muy buena cumplimentación de hoja de registro de cada paciente

CONCLUSIONES
Tras un periodo de entrenamiento y apoyo de la Gerencia de Atención Primaria, la anticoagulación oral es asumible por el Equipo del Centro de Salud.
Se constata una mejora en la atención global del paciente anticoagulado.
La participación de todo el Equipo es importante para su consecución.

TITULO C605
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTICOAGULANTES (1996-2004) EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

AUTORES
Fustero MV, Bárcena M, Siles M, Goldaracena M.

CENTRO DE TRABAJO
C. S. Cariñena. Sector III. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Consumo. Antitrombóticos. Atención Primaria

OBJETIVO DEL TRABAJO
Conocer y analizar la evolución del consumo de anticoagulantes orales (ACO) y heparinas de bajo peso molecular (HBPM) durante los últimos nueve años (1996-2004), en un centro de salud rural, comparando dicho consumo con el de la provincia.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Tipo de estudio**:** Observacional y retrospectivo.
Periodo de estudio**:** Años 1996-2004
Población estudiada**:** Prescripción extrahospitalaria en la Zona Básica de Cariñena y en la provincia de Zaragoza de medicamentos de los subgrupos B01AA (Antagonistas de la vitamina K o ACO) y B01AB (Heparinas) en receta oficial de la Seguridad Social. Se ha utilizado la Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) y la Dosis Diaria Definida (DDD) como unidad de medida. Los datos de consumo se expresan en DHD (DDD/1000 habitantes/día); los valores de referencia usados para las DDD son de los de la WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (ATC Index) de Oslo; para la explotación de los datos se utiliza un programa propio de la Inspección Farmacéutica de Salud. Los datos de población han sido facilitados por el Instituto Aragonés de Estadística.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
En el centro de salud estudiado, el consumo de anticoagulantes orales ha aumentado de 2,88 DHD en 1996 a 6,68 en 2004; En la provincia se ha pasado de 1,9 a 4,79 DHD en el mismo periodo.
El consumo de heparinas aumentó en el centro de salud de 0,31 DHD en 1996 a 1,38 en 2004 y de 0,31 a 1,72 DHD en la provincia. En las dos poblaciones estudiadas los principios activos más recetados de cada subgrupo han sido: Acenocumarol y Enoxaparina respectivamente.

CONCLUSIONES
El consumo de ACO en DHD, en nuestra Zona de Salud es claramente más alto que en la provincia de Zaragoza, entre otras causas sin duda por la edad de la población (30% mayores de 65 años). El incremento del consumo, tanto de ACO como de HBPM, es similar al de la provincia y muy próximo al de otros estudios publicados.
Parece fundamental, potenciar la formación continuada de los profesionales de AP en este campo y adecuar la estructura de los centros de Atención Primaria para asumir las nuevas tareas que se imponen.

TITULO C606
MEJORANDO LA ASISTENCIA AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
Mozota J, Trenc P, García Noaín A, Gil Romea I, Pérez-Aradros C, Rivas M.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clínico "Lozano Blesa". Servicio de Urgencias. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Urgencias. Síndrome coronario. Calidad.

OBJETIVO DEL TRABAJO

- Conocer la etiología de los pacientes que acuden con dolor torácico a urgencias.
- Evaluar la asistencia a los pacientes con Síndrome Coronario Agudo y corregir las desviaciones de los estándares internacionales.

METODOLOGÍA EMPLEADA

- Estudio de prevalencia del dolor en urgencias.
- Análisis de los casos atendidos con Síndrome Coronario Agudo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El dolor torácico supone el 2,5% de los pacientes que atendemos en nuestro servicio de urgencias, ingresamos al 35% de los casos, mientras que ingresan el 14,5% del conjunto de pacientes que acuden a nuestro servicio.

Una causa frecuente de dolor torácico es el Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST, el ECG se realiza en urgencias en un tiempo medio de 9 minutos. De estos pacientes ingresamos al 88% (20% en UCI y 68% en planta). Al alta del hospital los diagnósticos de estos pacientes son: 50% angor inestable, 30% IAM no Q y 20% dolor no coronario/angor estable.

Otra parte de pacientes padecen el Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST, en estos el ECG lo realizamos en una media de 5 minutos. Ingresan el 100% de estos pacientes. Conseguimos un tiempo puerta-aguja de 33,8 minutos.

CONCLUSIONES

- Un elevado porcentaje de pacientes con SCA requieren ingreso.
- El ECG lo realizamos en general dentro de lo marcado por los estándares (<10 minutos).
- El tiempo puerta-aguja está próximo a los estándares (<30 minutos), aunque hay que mejorar.
- La observación de la cómo actuamos nos permite conocer la desviación de los estándares y la posibilidad de mejora.

TITULO C607

¿ES ÓPTIMO EL TRATAMIENTO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO MEDIO?

AUTORES
Ordóñez B., Portero P., Lacambra I., Del Rio P., Ruiz JR., Del Rio. A.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN ☐ Oral ☒ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Tratamiento, SCA, calidad

OBJETIVO DEL TRABAJO

Valorar la calidad de los tratamientos (adecuación a las pautas marcadas por guías de la Sociedad Americana de Cardiología) de pacientes dados de alta con el diagnóstico síndrome coronario agudo (SCA) en un servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se analizaron de forma retrospectiva los informes de alta durante el mes de Abril y Mayo del 2005 de 100 pacientes con síndrome coronario agudo de un servicio de cardiología de un hospital terciario. Se obtuvieron datos de: filiación del paciente, fecha de ingreso, fecha de alta, antecedentes personales, pruebas diagnóstica, tratamiento, autor del alta….

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se recogieron datos de 100 pacientes, 70% hombres y 30% mujeres con edad media de 67 años. De los 100 individuos diagnosticados de SCA el 34% habían presentado una angina inestable, el 29% un IAM no Q y el 37% un IAM con onda Q. Los porcentajes de prescripción de tratamiento que son indicación clase I según las guías de actuación de la American Heart Asociation (AHA) en función del tipo de SCA se representan en la tabla 1.

La prescripción de dieta y ejercicio supera el 90% en la mayoría de los informes de alta. Aconsejar el abandono del tabaco en los fumadores está presente en 71% de los informes de angina inestable, 62,5% de los informes de IAM no Q y en el 100% de los informes de alta de los IAM con onda Q. El uso de AAS y betabloquantes, que es indicación tipo I en todos los casos de SCA si no existe contraindicación, es bastante generalizado. El clopidogrel, que se debería utilizar en todo paciente con SCA tipo angina inestable o IAM no Q salvo contraindicación durante 9 meses, se ha prescrito en un 41,2% de las anginas inestables y en un 65,5% de los IAM no Q. Los IECAs, que deben ser prescrito en todos los pacientes con IAM con onda Q, solo se han utilizado en el 40,5% de éstos . El uso de estatinas cuando el paciente presenta LDL colesterol >100 mg/dl (indicación tipo I) supera el 65% en todos los casos de SCA.

CONCLUSIONES

-La prescripción de abandono del hábito tabáquico, dieta, ejercicio, AAS, betabloqueante y estatinas se adaptan a las indicaciones de las guías de SCA de la AHA.

-El uso de clopidogrel en anginas inestable o IAM no Q y el uso de IECAs en el IAM con onda Q (indicaciones tipo I) no alcanzan porcentajes aceptables de prescripción.

TITULO C608
Actualización del programa de cribado del cáncer de cérvix uterino en el Sector Zaragoza I

AUTORES
Casallo Mantecón y Rodriguez Abad P.

CENTRO DE TRABAJO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

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

PALABRAS CLAVE
Cáncer de cérvix, cribado, virus de papiloma

OBJETIVO DEL TRABAJO
Evaluación del Programa de cribado del Cáncer de cérvix uterino desarrollado por Atención Primaria.

Análisis de los datos actuales: cobertura alcanzada y eficiencia del protocolo actual. Propuestas para mejorar la cobertura.

Aplicabilidad de los protocolos actuales de cribado en el Sector Zaragoza I.

Desarrollo del protocolo actual consensuado por la SEGO, en el que se incluye la detección del virus del papiloma humano (HPV) y coordinación de los recursos del Sector I (Atención Primaria y Atención Especializada) para su desarrollo y puesta en marcha.

TITULO C609

MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN USUARIAS DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

AUTORES

Calvo Pardo A, López Gracia S, Aldea Martínez A, Monge Otal S, Rovira Satué M, Valdovinos Martínez E.

CENTRO DE TRABAJO

Programa Detección Precoz Cáncer de Mama. Huesca

PALABRAS CLAVE

Cribado, cáncer de mama, continuidad asistencial

OBJETIVO DEL TRABAJO

Evaluar de que manera el programa planifica las actuaciones necesarias para detectar el cáncer de mama y cómo facilita el acceso a un nivel de atención adecuado garantizando la continuidad asistencial en plazo adecuado.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se trata de analizar la demora entre la solicitud de primera cita en centro hospitalario para mujeres con resultado positivo en el Programa de cribado de Cáncer de mama.

Se realizará un seguimiento de la información que se proporciona entre los distintos niveles asistenciales que participan en las actividades propias del Programa en uno y otro sentido para tratar de garantizar en todo momento que las actuaciones se realicen de forma encadenada y que cada profesional cuente con los datos e información necesaria para satisfacer las necesidades de la usuaria en cada momento.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Demora de la primera cita hospitalaria: Mediana: 15 días (11 – 15 días)
- % mujeres en las que se repite en Hospital pruebas radiológicas con respecto alas mujeres enviadas: 9,09 % (año 2004) 6,8% (año 2005)
- % de mamografías que no se reciben en la consulta respecto al total de mujeres enviadas: 2,27% (año 2004), 0% (año 2005)
- % de informes individualizados que recibe el médico de A.P. con respecto al total de mujeres de su cupo con mamografía positiva: 0 % (año 2004) 74% (año 2005)

CONCLUSIONES

- La demora de primera cita hospitalaria, aunque ha mejorado, no alcanza el estándar que nos habíamos fijado como óptimo. El retraso no siempre es responsabilidad del Sistema Sanitario.
- No se ha conseguido establecer cauces para conocer resultados de diagnóstico y tratamiento de las pacientes en hospital. Seguimos con la búsqueda activa, aunque la Intranet de SALUD facilitará el intercambio de información
- El facilitar información escrita e individualizada al médico de cabecera de la paciente positiva, mejora la comunicación entre niveles

ACCIONES SENCILLAS Y BARATAS PUEDEN HACER QUE LA ASISTENCIA PRESTADA SEA UN SISTEMA INTEGRADO DE LUGARES, SERVICIOS, PROFESIONALES SANITARIOS Y NIVELES ASISTENCIALES.

TITULO C701
CARACTERÍSTICAS DE LAS PETICIONES DE ECOCARDIOGRAFÍA RECIBIDAS EN UN LABORATORIO DE ECOCARDIOGRAFÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

AUTORES
Ordóñez B., Lacambra I., Portero P., Bierge D., Álvarez LM., Gonzalez M.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Reunión SECA Cádiz 2005

PALABRAS CLAVE :
Ecocardiografía, peticiones.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Evaluar si las peticiones de ecocardiografía están correctamente cumplimentada, su origen, síntoma o enfermedad que genera la petición...

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se recogieron de forma prospectiva todas peticiones de ecocardiografía doppler recibidas en nuestro laboratorio durante Abril 2005 (482 estudios). Fue evaluada la razón de la petición, tipo de indicación, origen de la petición, diagnóstico clínico y ecocardiográfico, información adicional aportada por el estudio y la presencia de hallazgos incidentales significativos y no significativos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
La edad media de la población estudiada fue de 62,68 años, el 53% eran hombres y el 47% eran mujeres. El origen más común de las peticiones fue la consulta externa de Cardiología (29%), seguida de medicina interna (18%) y hospitalización de cardiología. Sobre la correcta cumplimentación de las solicitudes, no estaba presente la fecha de nacimiento en el 18,63% de las peticiones, el número de historia clínica en el 23,19%, el peticionario no aparecía en un 5,3% de los casos y en el 34% de los casos no se expresaba con exactitud la sospecha clínica por la cual se solicitaba el ecocardiograma. Por otra parte, en el 40-50% de los casos el ecocardiograma era normal. El diagnóstico más común (si se eliminan los ecocardiogramas normales) fue la valvulopatía aórtica (12%) y valvulopatía mitral (12%) seguida de la disfunción diastólica.

CONCLUSIONES
-Podemos concluir que las peticiones de ecocardiogramas están correctamente cumplimentadas en la mayoría de los casos.
-El origen de solicitud más común son las consultas de cardiología.
-El 40,58% de los ecocardiogramas fueron normales.
-La patología más prevalente entre las peticiones de ecocardiografia en nuestro laboratorio es la valvulopatía aórtica y mitral.

TITULO C702
OBJETIVO: VALORAR LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA).

AUTORES
Ordóñez B., Lacambra I., Portero P., Del Rio P., Ruiz JR., Del Rio A.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN **x** Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
SCA. Calidad. Altas

OBJETIVO DEL TRABAJO
Valorar la calidad de los informes de alta de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) en un servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se analizaron de forma retrospectiva los informes de alta durante el mes de Abril y Mayo del 2005 de 100 pacientes con síndrome coronario agudo de un servicio de cardiología de un hospital terciario. Se obtuvieron datos de: filiación del paciente, fecha de ingreso, fecha de alta, antecedentes personales, pruebas diagnóstica, tratamiento, autor del alta…

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
se recogieron datos de 100 pacientes, 70% hombres y 30% mujeres con edad media de 67 años. La fecha de ingreso aparecía en el 100% de los informes y la fecha de alta en el 96%. En todos los informes aparecía un apartado de antecedentes personales: en el 71% de los informes de alta no se hacía referencia a la obesidad, en un 41% a la dislipemia, 54% a la Diabetes mellitus/hiperglucemia, en el 87% a la hiperuricemia, en un 89% a los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.
Las pruebas diagnósticas básicas SCA estaban presentes: la analítica básica en el 100%, (valores de perfil lipídico en el 41 % en cuanto a la trigliceridemia en el 71%; a la colesterolemia en el63%, a los niveles de LDL colesterol y el 68% de los casos en cuanto al HDL colesterol), Rx de tórax 94% de los casos, valores enzimáticos pico en el 88% de los casos. En el 97% de los informes de alta se daba información básica en cuanto a la dieta y el tipo de ejercicio que puede realizar el enfermo. En el 100% de los informes existe pauta de medicación. El 99% de los informes estaban firmados y también en el 99% de los informes de daban pautas de actuación al alta en cuanto a remitir al pacientes a su médico de atención primaria y/o cardiólogo de área.

CONCLUSIONES
- Los cardiólogos de un hospital terciario en los informes de alta priorizan las pautas de tratamiento (lo consideran el elemento más importante).
- Los factores de riesgo cardiovascular son citados en menor medida lo que puede implicar que las medidas preventivas de nuevos eventos se consideran menos importantes

TITULO C703

APLICABILIDAD DE LA "FACILITACIÓN DE PROCESOS" PARA LA MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS SANITARIOS.

AUTORES **Pardos A.**

CENTRO DE TRABAJO Centro de Salud de Herrera de los Navarros. Zaragoza.

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Presentado como póster y como comunicación oral en el **XVI Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. Pamplona. 13 de abril de 2005.**

PALABRAS CLAVE Facilitación, Organización y Equipos sanitarios

OBJETIVO DEL TRABAJO Valorar la aplicabilidad de la "Facilitación de Procesos" para la mejora de la comunicación y el funcionamiento de los Equipos sanitarios.

METODOLOGÍA EMPLEADA

1. Identificación del problema en el equipo de trabajo.
2. Aprobación de una intervención facilitadora interna para abordarlo.
3. Creación de una **comisión interna de diseño metodológico***
4. Aplicación de la facilitación para consensuar una Visión de Futuro, Misión y Principios del Equipo de Atención Primaria.
5. Abordaje de asuntos pendientes y planificación de actividades.
6. Reparto de responsabilidades.
7. Revisión.

(*) Se ha utilizado la **metodología constructivista C3** de facilitación de procesos de cambio adaptada a las características de nuestro entorno sanitario.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Logros conseguidos durante el proceso de facilitación:

- Se han realizado **17 encuentros** dedicados a la calidad-organización interna y otras muchas reuniones informativas en las cuáles se han tratado numerosos asuntos que anteriormente permanecían desatendidos o desconocidos.
- El principal resultado del proceso de organización interna en el propio centro ha sido el **mantenimiento de la sala de urgencias**.
- De un total de veintiún asuntos problemáticos definidos a comienzos de año se han tratado y **resuelto dieciocho**
- Respecto al **clima laboral**, desgraciadamente no podemos decir que hayamos mejorado significativamente como en las urgencias.
- Las diferencias internas no han mermado la atención cuidadosa al usuario, cuyos indicadores señalan la **ausencia de reclamaciones en este período** y dos felicitaciones en medios de comunicación escritos.
- Se ha desarrollado una percepción bastante precisa del funcionamiento no explícito de los equipos de atención primaria que puede contribuir a mejorar a otros equipos. *(Como resultado del análisis detallado de este proceso se han encontrado la mayor parte de las resistencias al cambio, tanto individuales como organizacionales, así como las dinámicas básicas que subyacen en las interrelaciones de equipos sanitarios)*

CONCLUSIONES

- Es posible **mejorar significativamente la organización interna** de los equipos sanitarios y orientarla hacia los usuarios.
- La mejora de los equipos requiere motivación suficiente por parte de sus integrantes y se pueden beneficiar de las **perspectivas y herramientas de la facilitación de procesos**, de la gestión del cambio organizacional y de la transformación de conflictos.
- Es prudente antes de comenzar intervenciones sobre equipos disfuncionales ofrecerles **formación** en habilidades de gestión del estrés, comunicación (especialmente asertividad) , resolución de conflictos y trabajo en equipo.
- Es conveniente la creación de una **comisión de diseño** metodológico compuesta de personas con distintos cargos y sensibilidades para preparar y evaluar los encuentros, validarla por el equipo, con ritmo de reuniones estable y abierta a la participación y sugerencias del resto del equipo.
- Los objetivos de mejora de la organización deben estar ajustados a la capacidad del equipo.
- Es importante contar con el apoyo de la gerencia y que reconozca el trabajo en equipo para obtener resultados satisfactorios evitando la desmotivación laboral y que apoye cada proceso de forma individualizada.

* La comunicación ha sido modificada por la Organización

TITULO C704
EL VOLANTE DE PETICIÓN EN LOS TIEMPOS DE LA INFORMÁTICA

AUTORES
Omeñaca M, Egido P, Revillo MJ y Miembros de Grupo de Mejora de la Calidad

CENTRO DE TRABAJO
Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital Universitario Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Volante, Solicitud, Pruebas

OBJETIVO DEL TRABAJO
Diseño de un volante de petición que:
Sea un volante multimuestra
Facilite a los clínicos su cumplimentación
Evite errores de interpretación de solicitudes
Contenga los datos demográficos y clínicos mas relevantes

METODOLOGÍA EMPLEADA
-Se revisaron los volantes de petición de otros servicios de laboratorio del hospital
-Sobre el formato general se valoraron los datos demográficos que había que mantener
-Se estudiaron en nuestro sistema informático las muestras mas frecuentes en los últimos años
-Se consulto la cartera de servicios para adecuar el petitorio

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se diseñaron dos volantes grafitados según el modelo de otros laboratorios: 1- Cultivos 2-Serología
En ambos volantes se mantuvieron los datos demograficos, la identificación del facultativo (nombre y codigo de nº de colegiado), las indicaciones para cumplimentar el volante y las cuadriculas para pactar los perfiles específicos. Se añadió texto libre para indicar las características clínicas relevantes del paciente. En el dorso se especificaron las instrucciones para la toma de las muestras mas frecuentes y los criterios de rechazo.
En el volante de cultivos se estructuraron 6 columnas: En la primera las muestras mas frecuentes ordenadas por aparatos y sistemas, en las 5 siguientes se reflejaba la petición de bacterias, hongos, micobacterias, parásitos y virus.

En el volante de serología se dispusieron dos partes:
Solicitud por perfil: Comprende los 26 conjuntos de determinaciones mas frecuentes
Solicitud por prueba comprende las determinaciones contenidas en nuestra cartera de servicio indicando en el caso de los virus si se pretende comprobar el estado inmunitario o diagnosticar un síndrome.
En la actualidad se está presentando el volante en los servicios y recogiendo las sugerencias

CONCLUSIONES
La ausencia de datos esenciales manuscritos minimizará los errores.
Se facilita la interpretación por parte del personal administrativo
Publicita nuestra cartera de servicios
Los clínicos han recibido el cambio de petitorio con satisfacción

TITULO C705
ACTUALIZACION EN LOS REGISTROS ENFERMEROS

AUTORES
Mendez S. , Aula M. C., Díaz M, Forcano M, Martínez R.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital San Jose. Teruel.

TIPO DE COMUNICACIÓN **X** Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Mejora, registros, informáticos.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Favorecer el trabajo enfermero.
Aumentar la calidad en los cuidados enfermeros y la satisfacción en nuestros usuarios.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Creación de programas informáticos y puesta en marcha de los mismos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Registrar las hojas de enfermería en soporte informático.
Facilitar el trabajo enfermero.
Acceso rápido a la información registrada.
Potenciar la labor investigadora de enfermería.

CONCLUSIONES
* Se tienen registrados en los programas informáticos los datos de los pacientes, lo que nos facilita los tiempos enfermeros.
* Acceso rápido a la información registrada, así como instrumento de consulta tanto para enfermería como para facultativos.
* Garantía, de que se valora al paciente tanto al ingreso como al alta.

TITULO C706
MEJORA DEL CUMPLIMIENTO Y NORMALIZACIÓN DEL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN ATENCIÓN CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE.

AUTORES
Muñiz Vega M. M. , Gil Molinos, M.

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Salud de Calaceite

TIPO DE COMUNICACIÓN **X** Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Atención continuada, proceso, registro

OBJETIVO DEL TRABAJO
Facilitar a los médicos de cabecera de los pacientes atendidos en horas de atención continuada una herramienta de consulta sobre lo abordado en dichas circunstancias frente al médico de guardia, así cómo dejar constancia en el Centro de Salud de la atención prestada a dicho usuario.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Evaluación antes-después de la calidad del registro de atención continuada tras la implantación de los impresos de registro de actividad en atención continuada pertenecientes al Centro de Salud de Calaceite.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Sólo el 21,06 % de los pacientes atendidos en horas de atención continuada habían sido adecuadamente registrados mediante dicho impreso en el año previo a comenzar el estudio que nos ocupa.
En el primer semestre de estudio, que abarcó desde Octubre de 2004 a Marzo de 2005, se observó que de 966 pacientes que recibieron atención en horas de atención continuada: 548 fueron registrados adecuadamente mediante impreso, lo que representa el 56,7 % del total de usuarios atendidos.
En el segundo semestre de estudio, que abarcó desde Abril de 2005 a Septiembre de 2005, se observó que de 892 pacientes que recibieron atención en horas de atención continuada: 604 fueron registrados adecuadamente mediante impreso, lo que representa el 67,7 % del total de usuarios atendidos.
El total anual de usuarios correctamente registrados mediante impreso de actividad de atención continuada representa el 62 %.

CONCLUSIONES
De tan apenas un 21,06 %,previo al estudio,de pacientes debidamente registrados tras recibir prestación sanitaria en horas de atención continuada, en tan sólo un año se ha triplicado dicho porcentaje alcanzando la cifra del 62 %.Así mismo destacar la gran utilidad que dichos impresos poseen, pues, por un lado, son una herramienta útil para el médico de cabecera del usuario que recibió la prestación en horas de atención continuada, y, por otro lado, representan una garantía al dejar constancia de la atención recibida, así como de los datos de paciente y médico implicados.

TITULO C707
HORA DE LA MUERTE... 6:45 H

AUTORES
López P., **Orduna A**., Núñez L., Bandrés, A.

CENTRO DE TRABAJO Hospital San Jorge de Huesca. Supervisión Tardes/Noches

TIPO DE COMUNICACIÓN **X** Oral Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: IX Jornadas Científicas del Hospital San Jorge de Huesca

PALABRAS CLAVE Muerte, Necesidades familiares, Registros enfermeros

OBJETIVO DEL TRABAJO

Conocer el contenido de los registros enfermeros en relación a los cuidados en los últimos momentos de los pacientes fallecidos en nuestro hospital y explorar la opinión de los familiares para identificar sus necesidades.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Estudio cuali-cuantitativo estructurado en dos partes:

- **Cuantitativa:** Se revisaron los registros de enfermería de una muestra aleatoria de 47 historias clínicas de pacientes fallecidos en nuestro hospital en 2005. Los datos se recogieron en una plantilla diseñada al efecto y se analizaron con el programa informático Excel 2000.
- **Cualitativa:** El grupo de Supervisores de Tardes/Noches realizó 25 encuestas telefónicas a familiares de éstos fallecidos, en base al cuestionario específicamente elaborado. Todas las entrevistas se desarrollaron entre las 18:30 h y la 21 h. siendo grabadas en soporte magnético. La información obtenida se agrupó en 6 bloques temáticos (Información recibida, elementos de preocupación de la familia, comunicación con el equipo de enfermería, apoyo recibido por parte de enfermeras y auxiliares en el momento de la muerte, participación en los cuidados del moribundo, y participación en la toma de decisiones) y se sometió a análisis cualitativo de contenido.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Los **registros de enfermería** de los días de estancia previos a la muerte contienen 4 categorías de anotaciones: 1.- referencias al estado físico de los pacientes (95,74%), 2.- a los cuidados directos realizados, (95,74%), 3.- referencias al estado psíquico, (85,11%), y 4.- expresiones referidas al estado de terminalidad del paciente,. (80, 55%). Cuando se trata de las anotaciones realizadas en relación con el momento del fallecimiento, el 36, 17 % de los registros no contiene referencia alguna al respecto

El análisis de información obtenida en la **fase de encuesta telefónica** muestra los siguientes resultados: 1.- Enfermería sólo responde a preguntas puntuales y concretas referentes a medicación administrada, constantes, técnicas, etc. Existe desconocimiento de la información que puede dar enfermería (plan de cuidados, etc. 2.- Es recurrente la preocupación de los familiares por que el paciente terminal no sufra. Existe, así mismo, una manifiesta confianza en la tecnología existente y la preocupación, por su parte, en que ésta tecnología no pueda ser utilizada con ellos o su uso resulte ineficaz. 3.- La mala comunicación entre los componentes del equipo de enfermería se traduce en un mal seguimiento del plan de cuidados y en quejas al respecto por parte de la familia. 4.- Destaca la importancia de vivir ese proceso en intimidad y se resalta la escucha activa y el consuelo, ya que la sola presencia de la enfermera da tranquilidad a la familia y sensación se acompañamiento. 5.- Cuando se colabora en los cuidados al familiar moribundo, se hace en actividades como la alimentación y el aseo en situaciones de ayuda parcial. No se siente la necesidad de participar en los cuidados o bien, no se les ofrece la posibilidad. 6.- No se participa en la toma de decisiones porque no hay ya opciones de tratamiento, porque no se siente la necesidad y por la confianza existente en el criterio científico-técnico.

CONCLUSIONES

- La Dirección de Enfermería debería insistir en la concienciación del colectivo enfermero para mejorar la cumplimentación de las observaciones de enfermería y que éstas sean un reflejo de la realidad de su trabajo.
- La palabra “muerte” parece estar, cada vez, más ausente de nuestro lenguaje.
- El discurso de los entrevistados permite observar que la confianza existente en la tecnología sanitaria disponible condiciona el hecho de que, tanto el proceso de morir como la muerte en sí misma, no se perciban como el final de una vida o, si se quiere, la consecuencia lógica de una grave enfermedad, sino como el fracaso y la ineficacia de dicha tecnología.

TITULO C708

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

AUTORES

Alcedo J [a], [a]Marín M [b], Blesa E [b], Muñoz I [b], Sánchez Puértolas AB[b], Montoro MA[a].

CENTRO DE TRABAJO

[a]Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital San Jorge. Huesca.
[b]Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huesca.

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: : IX Reunión de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid 9-11 de Marzo de 2006.

PALABRAS CLAVE

Calidad, Historia Clínica, ERGE.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las Guías de Práctica Clínica recientemente elaboradas por AEG-SEMFYC-Cochrane basan el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en la información proporcionada por la anamnesis. Sin embargo, no existe consenso acerca de los parámetros que debe recoger la historia clínica (HC) ni se han establecido estándares de calidad para la misma.

Objetivo: Evaluar la calidad de la historia clínica realizada por médicos especialistas en gastroenterología, a pacientes con ERGE

METODOLOGÍA

Se evaluaron retrospectivamente las HC realizadas por 5 gastroenterólogos (3 de ellos con formación MIR) a pacientes que consultaron por síntomas de ERGE, excluyendo aquellos con antecedentes conocidos de la enfermedad, y/o déficits de comprensión-comunicación.

Se elaboró un cuestionario con 12 variables, agrupadas en 5 dimensiones (Características de los síntomas/ Manifestaciones atípicas/ Clínica de alarma/. Síntomas de otros TF/. Factores psicosociales), que fueron ponderadas por un panel de expertos constituido por miembros del Grupo para el Estudio de los Trastornos Funcionales Digestivos, de la A.E.G. Mediante sus valoraciones se establecieron estándares de calidad óptima, y aceptable (≥50% del valor óptimo). Los resultados fueron tabulados y analizados mediante los test de Fisher, Friedman y Wilcoxon.

RESULTADOS

De 782 HC revisadas, 107 cumplieron criterios de inclusión. El 89,7% no alcanzaron el estándar aceptable de calidad. El 60,7% de las historias reflejaban la semiología básica y un 42,1% presencia/ausencia de síntomas atípicos. Sólo en un 42,1% se hizo constar la evaluación de los síntomas de alarma, mientras que los factores psicosociales y la eventual presencia de síntomas de otros TF figuraron en el 20,6% y 17,8% de los casos, respectivamente. Analizando las puntuaciones obtenidas para cada una de las dimensiones y sus desviaciones con respecto al valor óptimo, hubo diferencias significativas en las dimensiones relativas a coexistencia de otros TF (-1,7) y a factores psicosociales (-1,7), al compararlas con semiología básica (1,0), manifestaciones atípicas (0,8) y de alarma (0,8) ($p<0.05$).

CONCLUSIONES

La calidad de la historia clínica realizada por médicos especialistas a pacientes con ERGE, se aleja del estándar de calidad recomendado por expertos, siendo las áreas más deficitarias las directamente relacionadas con el origen funcional de la enfermedad.

TITULO C709

ADECUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUDES DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS, SEGÚN LA GUÍA DE LA COMISIÓN EUROPEA

AUTORES

Martínez G, Torres J, Sánchez P.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital General de Teruel Obispo Polanco. Servicio de Radiología

TIPO DE COMUNICACIÓN **X** Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Justificación, Adecuación, Radiología

OBJETIVO DEL TRABAJO

- Utilización racional de recursos, incluyendo una reducción en las listas de espera para algunas pruebas mediante una mejor justificación de solicitudes radiológicas.
- Reducción de la dosis de radiación recibida por la población atendida y adelanto en el diagnóstico derivado de la eliminación de pruebas intermedias de bajo rendimiento.
- Cumplimiento de la legislación vigente al respecto (RD 815/2001, de 13 de julio, sobre "Justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas").

METODOLOGÍA EMPLEADA

- Análisis de los "Criterios de Remisión de Pacientes a los Servicios de Radiodiagnóstico del Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido, adoptados por la Comisión Europea", para usarla como guía de referencia.
- Selección de las indicaciones prioritarias de mejora, en razón de su número, dosis de radiación o manifiesta inadecuación según los criterios actuales.
- Elaboración de un algoritmo del circuito para la revisión de solicitudes y de un esquema preciso de actuación en cada caso, con el fin de originar las menores molestias al paciente.
- Información completa del proceso completo a los servicios o médicos prescriptores, con el aval de las comisiones hospitalarias (Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y comisiones específicas).
- Revisión y registro de solicitudes, incluyendo en el circuito previamente establecido las rechazadas, modificadas o sustituidas por otra exploración.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Se revisaron durante un año 160 solicitudes de urografía de eliminación, de las que 16 (10 %) fueron rechazadas o sustituidas por otra prueba, y 2019 solicitudes de TAC, de las que sólo 28 (1,3 %) fueron devueltas o cambiadas.
- No fue posible valorar la adecuación de cada solicitud, especialmente de TC, sin una inversión de tiempo desproporcionada, por lo que prácticamente sólo se rechazaron las manifiestamente discordantes con los criterios actuales.
- Las solicitudes rechazadas supusieron una notable fuente de conflictos con médicos prescriptores y pacientes, no atribuible a una falta de claridad en el proceso.

CONCLUSIONES

- En la práctica no ha sido posible hasta el momento establecer en nuestro medio un sistema eficiente para valorar la idoneidad de las peticiones radiológicas desde el Servicio de Radiología, salvo en casos extremos de inadecuación.
- La evidencia proporcionada por la Guía de Adecuación Radiológica utilizada es genérica y precisa un mayor desarrollo a través de protocolos para su aplicación, siempre con decisiones compartidas con los servicios prescriptores.
- Incluso en casos con suficiente evidencia y a pesar del marco legal, el notorio rechazo profesional y social ante cualquier intento de limitación en el uso de pruebas radiológicas (una 'Medicina Basada en Pruebas") hace poco factible hoy en día su uso racional sin un cambio radical de actitud, convencido y pactado, y un decidido apoyo administrativo.

TITULO C801
SABER LO QUE HACER CUESTA DINERO: ESTIMACIÓN DEL COSTE DE UNA AUTOEVALUACIÓN EFQM

AUTORES
Barrasa JI, Altarribas E; Antoñanzas T; Beltrán A, Celaya S

CENTRO DE TRABAJO:
Hospital Clínico Universitario

TIPO DE COMUNICACIÓN **X** Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso SECA (Cádiz)

PALABRAS CLAVE:
Evaluación EFQM, Coste de la Calidad

OBJETIVO DEL TRABAJO
Describir el proceso de evaluación EFQM seguido en el Hospital Clínico Universitario y estimar el coste directo del proceso

METODOLOGÍA EMPLEADA
La evaluación EFQM-2004 del HCU se realizó de acuerdo con el siguiente plan: 1- Formación del Equipo Coordinador de la Evaluación. 2- Creación de grupos de trabajo de 4-6 personas por cada criterio, con formación EFQM. 3- Recopilación de información de los criterios resultado 4-Reparto del material y trabajo de grupo 5- Preparación y redacción de la Memoria. 6-Jornada externa de autoevaluación con puesta en común, puntuación REDER y priorización de areas de mejora. Para calcular el coste del proceso se han estimado las horas de trabajo de cada persona en cada una de las fases y se han calculado los costes de acuerdo con las tablas salariales oficiales del SALUD. Se han añadido tambien los gastos en infraestructura y materiales

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
El proyecto comenzó el 23 de septiembre y terminó el 10 de febrero y participaron en él un total de 59 personas (13 del equipo directivo, 15 del personal médico, 16 del personal de enfermería y 15 de administración y gestión. Se redactó una Memoria completa EFQM de 67 páginas, se identificaron 144 puntos fuertes y 149 áreas de mejora, se puntuó el hospital según el método REDER y se priorizaron 32 áreas de mejora. En total, se invirtieron 1.970 horas (16 % de personal directivo, 42 % médico; 23,3 % enfermería y 18,7 % administración y gestión)., lo que supuso un gasto en personal de 39.966,2 € (una media de 20,3 € por hora). La fases de mayor coste fueron las de trabajo de grupo (17.509,7 €) y la Jornada externa de Autoevaluación (12.257,2 €). Entre las dos sumaron el 75 % del gasto de personal. Sumados los materiales y la infraestructura, el coste total del proyecto ascendió a 40.931,4 € ; el 0,03% del presupuesto anual del centro. Cada área priorizada 1.279 €

CONCLUSIONES
La autoevaluación EFQM debe contemplarse como una inversión cuyo coste habrá que poner en relación con los beneficios a los que pueda dar lugar en el futuruo. El método seguido aparenta un coste directo alto, pero ha demostrado ser productivo (se ha redactado una memoria completa y se han priorizado 32 áreas de mejora) y tiene el valor añadido de su capacidad de implicación, riqueza de visión, impulso y difusión de cultura organizacional y fijación de objetivos compartidos. Por supuesto, el grado de despliegue de esas 32 áreas de mejora será lo que marcará la rentabilidad futura de la inversión realizada.

TITULO C802
EXPERIENCIA DE AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

AUTORES
Mª Victoria Fustero M V, Bárcena M, Roig I, Casbas D, Oto A, Sarasa D.

CENTRO DE TRABAJO
C. S. Cariñena. Sector III. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XXIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Cádiz Octubre 2005

PALABRAS CLAVE
Calidad, EFQM, Autoevaluación.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Valorar la aplicabilidad del Modelo EFQM, como herramienta para la mejora de la Calidad en un centro de salud rural, detectar puntos fuertes y áreas de mejora para impulsar el Plan Integral de Calidad establecido en nuestro centro desde el año 2000 y aumentar el interés por la excelencia en el EAP

METODOLOGÍA EMPLEADA
Formación previa de 2 médicos del EAP en el Modelo EFQM de Excelencia y curso de evaluadores del modelo EFQM en 2003; curso de gestión por procesos realizado por 3 médicos; 3 sesiones clínicas de autoformación en el EAP; Curso practico de autoevaluación según el Modelo EFQM, realizado por 4 médicos y 1 enfermero durante el 1º trimestre de 2004
- Autoevaluación realizada por el grupo de garantía de calidad a lo largo de 2004
- Sesión clínica de puesta en común con el EAP en diciembre de 2004, se distribuyeron los resultados de la autoevaluación y planilla decisional de criterios múltiples para priorización en un plazo de 15 días.
- El grupo de garantía de calidad recogió y procesó las respuestas incluyendo las acciones de mejora priorizadas en el Plan de Calidad de 2005.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se detectaron 96 puntos fuertes y 89 áreas de mejora
- Se presentaron al EAP los puntos fuertes y las áreas de mejora detectados en la autoevaluación para su priorización
- Se priorizaron 26 áreas de mejora
- Se han propuesto acciones de mejora para 7 de las áreas priorizadas que han sido incluidas en el Plan integral de Calidad de 2005, presentado para su aprobación al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

CONCLUSIONES
El proceso de autoevaluación nos ha resultado complejo, ha requerido un importante consumo de recursos para la administración (inversión en formación, tiempo de trabajo del personal) y un gran esfuerzo de las personas que han realizado voluntariamente la autoevaluación tanto en horario asistencial como fuera del horario laboral.
Nos ha ayudado a interiorizar la cultura en el Modelo EFQM, ha sido un buen ejercicio de autocrítica y de revisión integral de nuestro centro de salud y nos ha llevado a incluir nuevos planes de mejora en nuestro Plan Integral de Calidad para 2005.
Creemos que la dificultad del Modelo y el tiempo a invertir en la autoevaluación, lo hacen poco operativo para equipos pequeños, la elaboración de una guía simplificada, como en otras Comunidades Autónomas, facilitaría la autoevaluación y la acometida de acciones de mejora en los equipos de características similares al nuestro.

TITULO C803

PROGRAMA CONTINUO DE CALIDAD EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: OBJETIVOS, AVANCES Y DIFICULTADES

AUTORES

Giménez Mas JA, Alvarez Alegret R, Yus C, Alfaro Torres J, Valero Palomero MI, Gimeno Serrano P, y Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Anatomía Patológica.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster

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

PALABRAS CLAVE

Calidad, Anatomía Patológica

OBJETIVO DEL TRABAJO

Estructurar en un documento único todas las Líneas y Puntos de Mejora y su seguimiento anual.

METODOLOGÍA EMPLEADA

- Análisis de la situación
- Objetivos planteados, avances y dificultades
- Diseño estructurado en hoja de cálculo Excel

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

A destacar:

- Sistema de Control Interno y Externo de la Calidad de las Técnicas Inmunohistoquímicas
- Monitorización del tiempo de respuesta y demoras
- Implantación de los criterios de calidad de CLIA'88 para citología ginecológica
- Avances en protocolización de diagnósticos
- Remodelación del Banco de Tumores
- Búsquedas bibliográficas
- Promoción de la Investigación

Dificultades:

- Promoción de las técnicas de Patología Molecular
- Documentación ISO 15189:2003

CONCLUSIONES

La existencia de un documento informático único (Programa Continuo de Calidad), compartido en red, permite un fácil seguimiento de Líneas y Puntos de Mejora, tanto puntual como globalmente y a través del tiempo.

TITULO C804
CONTROL DE CALIDAD EXTERNO E INTERNO DE LAS TÉCNICAS INMUNOHISTOQUÍMICAS (IHQ) EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

AUTORES
Alvarez Alegret R, Giménez Mas JA, Hörndler C, Pascual M, Ozón A, López Prieto P, y Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Anatomía Patológica.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Universitario Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN X Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:…

PALABRAS CLAVE
Calidad, Anatomía Patológica, inmunohistoquímica

OBJETIVO DEL TRABAJO
Controlar la calidad de las técnicas IHQ

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Análisis de la situación
- Control Interno: Acta diaria en hoja de cálculo Excel, compartida en red, con evaluación de cada técnica, seguimiento y propuestas de mejora
- Control Externo de Calidad de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP)

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
- Control Interno: Fiabilidad compartida de los resultados, tanto positivos como negativos. Detección muy eficaz y temprana de fallos.
- Control Externo (SEAP): Aprendizaje continuo y contraste de nuestra calidad con otrops hospitales.

CONCLUSIONES
La IHQ se ha convertido en una herramienta básica en el diagnóstico anatomopatológico que además consume recursos humanos y materiales en cuantía considerable. Optimizar nuestros recursos supone, además de aumentar nuestra seguridad diagnóstica, un ejercicio de responsabilidad en la gestión de nuestros recursos.

TITULO C805
DETECTANDO EXPECTATIVAS Y NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES DEL EAP

AUTORES : ANTOÑANZAS A, CANTALAPIEDRA JL, **CRESPO MC**,
OLIVEROS P,LACARTA MP, PÉREZ JC, VILLANOVA A..

CENTRO DE TRABAJO
CS DELICIAS SUR

PALABRAS CLAVE
Expectativas, Necesidades, Profesionales.

OBJETIVO DEL TRABAJO
En la autoevaluación realizada con el modelo EFQM en el proyecto del año anterior, se detecto como posible area de mejora:
El conocer las necesidades y expectativas para poder analizarlas entre todos, priorizarlas y proponer áreas de mejora.
Monitorizar indicadores para posteriores estudios.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Variante de la técnica de grupo nominal. se dividió al equipo, incluidos residentes y unidades de apoyo, en cuatro grupos interdisciplinares. se realizaron reuniones de 3 horas 4 días de la misma semana, organizando previamente el trabajo asistencial. lluvia de ideas, priorización de los problemas detectados y propuesta de líneas de mejora.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Diseño de la pregunta: según tu situación profesional actual que aspectos de tu trabajo en este equipo deberían mejorar. realizar las sesiones con detección, priorización y propuesta de líneas de mejoras de cada grupo. Se priorizaron:
- Organización en el EAP/Coordinación/Trabajo en EAP.
- Comunicación/Información/Relaciones personales.
- Recursos

El grupo de calidad analiza la información recogida y presenta al EAP los resultados.

CONCLUSIONES
Las reuniones sirvieron para comunicar nuestros problemas, rompiendo la dinámica habitual de comunicar los problemas e grupos de afines.
Las líneas posibles a intervenir fueron:
Manual de procedimientos, normas ISO. Unificar criterios, Guías clínicas, HTA. Carga asistencial excesiva, aumentar plantillas. Reuniones y sesiones mensuales de mayor duración que en la actualidad. Mayor uso de correo electrónico para difundir información, uso de intranet. Mayor relación con la UAU. Material para fisioterapia salud bucodental y consulta de urgencias.

TITULO C806
ATENCION URGENCIAS VITALES CARDIOLOGICAS, TRAUMATOLOGICAS EN NIÑOS Y ADULTOS. CENTRO SALUD DE LUNA 2004

AUTORES:
Echeverri AI, Sumelzo AC, Abadia P, De Perez C, Recio J, Naudin J, et al)

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Salud de Luna. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN **x** Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:…….

PALABRAS CLAVE
Urgencias, formación, protocolos

OBJETIVO DEL TRABAJO
Mejorar la atención de urgencias vitales traumatológicas y cardiológicas, de niños y adultos en nuestro centro de salud rural, pequeño, con mucho personal fuera de plantilla y relativamente alejado, en muchas de sus localidades de sus hospitales de referencia

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Propia de los círculos de calidad
- Consenso
- Formación: sesiones en el centro con nuestra unidad de emergencias y presencia en hospital infantil, apoyo de otros especialistas. Cursos…
- Elaboración de protocolos de actuación actualizados y adaptados a nuestra realidad
- Acercarnos a equipamientos mínimos para los profesionales: mascarillas de reanimación, collarines philadelfia, ambus con mascarillas para adultos y niños trasparentes, con reservorios, aspiradores manuales…

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
- Se consensuaron 5 protocolos de actuación, en 2 años, adaptados a nuestros medios y conocimientos
- Se incrementaron los medios técnicos hasta donde lo permitió la subvención recibida
- Casi todos los profesionales han participado en cursos, sesiones en el centro y/o practicas en el hospital infantil
- Se revisa la sala de urgencias

CONCLUSIONES
- Hemos sido capaces de mejorar un poco la atencion de los usuarios y la formación de los profesionales.
- Seguimos teniendo pendiente crear un equipo de mejora de calidad

TITULO C807
LA CONFIDENCIALIDAD EN LOS PROCESOS CLAVE DEL SISTEMA DE CALIDAD DE LOS LABORATORIOS.

AUTORES
Marta, V; Sebastián, J.M.; Peg, V.; Murciano, S.; Juez, N.; Oliván, T. y Sanjosé, T,

CENTRO DE TRABAJO
Servicios de Análisis Clínicos.
C.M.E. "Grande Covián" y Hospital Real y Provincial Nuestra Señora de Gracia

TIPO DE COMUNICACIÓN **x** Oral □ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Confidencialidad, Procesos clave

OBJETIVO DEL TRABAJO
Implementar como objetivo de mejora de la calidad, un requisito que condiciona un cambio de actitud de los propietarios de las Procesos en un Sistema acreditación de Calidad

METODOLOGÍA EMPLEADA
Herramienta de acreditación Norma UNE-EN ISO 15189:2003.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO (Un año desde la implantación)

En C.M.E. Grande Covián: Reconocimiento formal y documentado de adscripción al compromiso de confidencialidad del 45 % del personal fijo de plantilla y del 100 % del personal suplente

En Hospital Ntra. Sra de Gracia: Reconocimiento formal y documentado de adscripción al compromiso de confidencialidad del 100 % del personal de plantilla y del 100 % del personal suplente

CONCLUSIONES
Es recomendable la puesta en conocimiento de un requisito legal, exigido por norma y su generalización en un Sistema de gestión de Calidad, como compromiso del personal adscrito al los Laboratorios
La simple adscripción del personal en documento específico, supone un cambio en la actitud de las personas intervinientes en los Procesos de los Laboratorios.

TITULO C808
¿ES RENTABLE PARA EL SALUD INVERTIR EN FORMACIÓN CONTINUA?

AUTORES
Julve Mv, Artiga Jr, Aznar V, Cisneros A, Gomez V, Sancet Mf, "Et Al"

CENTRO DE TRABAJO
Dirección Gerencia del Servicio Aragonés De Salud

TIPO DE COMUNICACIÓN **x** Oral □ Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Plan de formación continua, necesidades de los profesionales y de la organización, evaluación

OBJETIVO DEL TRABAJO
- Elaborar un buen plan de formación
- Mejorar la coordinación para un óptimo aprovechamiento de los recursos

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se constituyen dos grupos de trabajo integrados por una variada representación de agentes y responsables de formación con una doble finalidad:
- El análisis sistemático de detección de necesidades formativas
- La descripción de las actividades que integran los procesos formativos, con indicación de plazos, profesionales y Unidades que intervienen, incluyendo los modelos a utilizar, así como diagramas de flujo

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
1. Documento aprobado: "Protocolo de Gestión de los Procesos Formativos"
2. Designación de un Responsable de Formación por Sector
3. Normalización de las distintas actividades y fijación de los plazos para realizarlas
4. Implantación de un modelo único de evaluación de reacción
5. Claridad en la información
6. Mejor coordinación

CONCLUSIONES
Aprobada la implantación del Protocolo el pasado mes de abril, que ha contado con el consenso de todos los participantes en los grupos de trabajo y el refrendo de los máximos responsables de nuestro Organismo, es la herramienta a utilizar para la elaboración de los Planes Anuales de Formación Continua a partir del 2007.
Este Protocolo viene a normalizar el proceso de gestión de la Formación Continua, lo que conlleva la homogeneidad del mismo, sistematizando sus distintas fases, centrando las actuaciones de los gestores de la Formación, planificando las actividades a realizar y facilitando un constante intercambio de información, sin olvidarnos finalmente de la implantación de un modelo de evaluación común que permitirá conocer el grado de satisfacción de los profesionales y su impacto en el entorno laboral.
Actualmente, y a tenor del calendario previsto en el Protocolo, se está completando la fase de Detección de Necesidades Formativas, cuyos resultados se trasladarán a la Propuesta Formativa de cada Sector para el 2007.
En definitiva, la Formación Continua implica cada año para el SALUD un importante presupuesto económico y el esfuerzo y tiempo de muchos profesionales. La puesta en práctica de este Protocolo, al contribuir a una más adecuada selección de las actividades formativas, no busca comprar "precio" sino "calidad", lo que significa asegurar la mejor de las rentabilidades posibles a la inversión realizada.

TITULO C809
CAMINANDO HACIA LA EXCELENCIA EN LA EMERGENCIA

AUTORES
Cano M., Domínguez E.

CENTRO DE TRABAJO
Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Aragón

TIPO DE COMUNICACIÓN x Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Auditorías internas calidad

OBJETIVO DEL TRABAJO
Implantar, evaluar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en el 061 ARAGÓN según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2000.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Fases en las que se desarrolla el proyecto: 1. Análisis Previo/ 2. Análisis funcional / 3. Recogida de información / 4. Realización de la documentación / 5. Implantación / 6. Evaluación del sistema (Auditorías internas y externas) / 7. Mantenimiento del sistema

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Realización del análisis previo y funcional de la organización.
Realización de reuniones de sensibilización en todas las unidades y departamentos.
Recogida de información y elaboración de los documentos relativos al Sistema de Gestión de la Calidad.
Realización de reuniones de implantación del Sistema de Gestión de la Calidad en todas las unidades y departamentos.
Realización de auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad en todas las unidades y departamentos.

CONCLUSIONES
La implantación del Sistema de Gestión de la Calidad nos ha proporcionado un marco de referencia para la mejora continua de toda la organización así como definir e integrar los procesos necesarios para mejorar los resultados deseados y dirigirlos hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano y todas las partes interesadas.
La realización de auditorías internas nos ha permitido evaluar el grado de aplicación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad en toda la organización, así como establecer las acciones correctivas y preventivas necesarias para eliminar las causas de las no conformidades detectadas, comprometiendo a toda la organización en el proceso de mejora continua.

TÍTULO P101
MANUAL DE HIGIENE POSTURAL DEL PACIENTE HEMIPLÉJICO

AUTORES
Peña Giménez A, Ripol Muñoz E, Reigada Pérez-Santacruz P, Hernández Andrés B, García y García E.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral **X** Póster
Si se ha presentado previamente en otro congreso indicar cuál: 15 European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine - 44 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física Madrid 16-20 de mayo del 2006.

PALABRAS CLAVE
Manual – postural – hemipléjico.

OBJETIVO DEL TRABAJO
La hemiplejia tras sufrir un daño cerebral es uno de los procesos clínico-funcionales más frecuentes en Neuro Rehabilitación y unánimemente se considera tributario de tratamiento rehabilitador. Este tratamiento debe comenzar desde los primeros momentos y comprende dos modalidades: medidas pasivas o de mantenimiento y medidas activas o de reeducación. Uno de los pilares más importantes lo constituye el mantenimiento del esquema corporal y una buena higiene postural para evitar posturas anómalas posteriores, rigideces articulares, contracturas dolorosas, úlceras por presión y reflejos patológicos y para prevenir complicaciones respiratorias y circulatorias.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Hemos realizado un manual para instruir al paciente y a sus familiares y/o cuidadores no especializados con normas de higiene postural con un lenguaje claro y asequible e imágenes demostrativas. Comenzamos el manual con una breve introducción sobre el concepto y las causas de la hemiplejía, para luego centrarnos en la postura terapéutica en decúbito, sedestación y bipedestación y los pasos de una a otra, y terminamos el manual con el hombro hemipléjico (muy frecuente en nuestra práctica diaria).

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
En nuestra experiencia este tipo de material informativo (tríptico, manual, etc.) tiene una gran aceptación tanto en el enfermo y sus familiares como en el personal sanitario; es útil en la terapéutica y dado que es un material gráfico permite recordar los consejos médicos y reduce el tiempo necesario para explicarlos y entenderlos.

CONCLUSIONES
En el paciente hemipléjico junto con los trastornos motores, encontramos trastornos sensitivos, perceptivos y de la comunicación, así como emocionales, psicológicos y de la conducta.
Se trata de una patología frecuente y que suele necesitar de cuidados de terceras personas, al menos en la fase inicial.
Por todo ello creemos que este tipo de manuales informativos son muy útiles en la clínica diaria.

TITULO P102
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA U.P.P. EN LA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES

AUTORES
Isidoro I., Alzuet, V., Marín H., Macía M., Paniego A., García-Escobedo A., Ledesma L.

CENTRO DE TRABAJO
Unidad de Lesionados Medulares, Servicio de M. Física y Rehabilitación, H.U. Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral **X** Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:…XXII Jornadas de la Sociedad Española de Paraplejia (Baeza Nov 2005)

PALABRAS CLAVE
Úlcera, Medulares, Descriptivo

OBJETIVO DEL TRABAJO
El objetivo es realizar un estudio descriptivo sobre las U.P.P. en los pacientes que han ingresado en nuestra Unidad en el último año y medio (período 1/1/2004 al 1/7/2005) analizando distintos parámetros relativos a la U.P.P., transcurridos 2 años desde la puesta en marcha de un programa de difusión de cuidados de enfermería en el paciente encamado, encaminado a la prevención de las U.P.P.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se realiza un seguimiento de los pacientes que han ido ingresando en nuestra Unidad a lo largo del último año y medio. Se recogieron datos relativos a la procedencia del paciente (domicilio, otro hospital, Residencia, otro Servicio de nuestro Hospital). También se recogen en relación al tipo de U.P.P. (localización y grado de profundidad según la escala de Norton) y los diferentes tratamientos que han requerido (necesidad de intervención quirúrgica, cura con plaquetas, curas locales,…).

Se analiza también el tiempo de ingreso y se realiza un estimación de los costes que supone el tratamiento de una U.P.P. en el paciente con lesión medular.

Los resultados se analizan con parámetros de estadística descriptiva.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se ha recogido una muestra de 20 pacientes durante el periodo de tiempo elegido (18 meses). Se ha excluido uno de ellos por fallecimiento secundario a otro problema médico, por lo que la muestra quedó reducida a 19 individuos. Se han producido aproximadamente el mismo número de U.P.P. en el último año y medio que en el primer semestre del año 2001 (19 pacientes).De los que componían la muestra 8 procedían de su domicilio (42,10%), 3 de un Centro de media estancia (15,79%)y otros 8 de un centro hospitalario(42,10%), siendo el 44% procedente de otros servicios de nuestro hospital y 66% de otros centros hospitalarios.

En cuanto a la localización de las U.P.P. la más frecuente fue la sacra (13 casos; 48,14%), seguida de los talones y trocanterea (4 casos,14,81% respectivamente) y en menor grado a nivel isquiático(11,11%), occipital, glutea y en codo. Predominaron claramente los grados III y IV que en total supusieron el 72,72%, siendo 36,36%, de grado III y 36,36% grado IV de l escala de Norton. De estas ulceras 3 (15,78%) precisaron de tratamiento quirúrgico y una fue tratada mediante concentrado de plaquetas. El resto precisó distintos tipos de curas locales(78,95%).

La estancia media hospitalaria de estos pacientes ha sido de 135,10 días. En nuestro hospital el gasto aproximado del ingreso por paciente y día es de 342,01 euros/cama y día, por tanto el gasto medio generado por estos pacientes durante su estancia ha sido de 46.205,55 euros por paciente y episodio.

CONCLUSIONES
1.- La U.P.P. sigue siendo una importante complicación del paciente con lesión medular a pesar de ser una complicación previsible y prevenible.
2.- Se ha producido una importante reducción de la incidencia de las U.P.P. comparándola con la incidencia registrada en años anteriores.
3.- A pesar del mejor conocimiento de las medidas preventivas un importante número de casos un se siguen produciendo a nivel intrahospitlario.
4.- La localización más frecuente de las U.P.P. en nuestra Unidad fue la sacra , y el grado más frecuente fue el III-IV.
5.- La U.P.P. supone un gasto sanitario muy elevado producido por los ingresos prolongados que precisan estos pacientes (más de 4 meses de estancia media)

TITULO P103

PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS MEDICAMENTOSOS. I ESTUDIO DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGÍA.

AUTORES

Martín J, Alonso V*, Capablo L, Casajus MP*, Velilla I

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Neurología. * Servicio de Farmacia Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral x Póster

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

PALABRAS CLAVE

Prescripción de medicamentos. Interacciones medicamentosas.

OBJETIVO DEL TRABAJO

La causa principal de lesiones médicas relacionadas con el tratamiento es debida al tratamiento farmacológico. En el 40 y 50% de los casos, la causa próxima se relaciona con la prescripción. Por deficiencia en el conocimiento de los fármacos.

El objetivo de este proyecto es el de conocer los factores de riesgo en la prescripción de fármacos en consultas externas de neurología

METODOLOGÍA EMPLEADA

Estudio transversal durante los meses de Febrero-Abril de la prescripción farmacológica en pacientes con intención de tratar que acudieron a Consultas de neurología del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal.

Se recogieron los datos de morbilidad, tratamientos e interacciones de los tres primeros pacientes con intención de tratar que acudieron a consulta, durante el periodo Febrero-Abril del 2006.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se estudiaron 95 pacientes, 68% mujeres. En el 48% de los casos los pacientes recibían 1-2 medicamentos y en el 43% 3 o más fármacos. En un 51% de los casos el neurólogo no recibía por parte del médico emisor, información médica de los fármacos prescritos para el paciente. El paciente informaba de sus tratamientos en el 90% de los casos, no aportándose información en un 10 % de los pacientes, sin embargo esto no impidió una nueva prescripción medicamentosa en 8 pacientes.

Se detectaron un 19% de interacciones farmacológicas, en el 69% en pacientes con mas de 5 fármacos. El tipo de interacciones fue fundamentalmente de tipo farmacocinética

CONCLUSIONES

El grupo de pacientes atendidos en nuestras consultas, constituye un grupo de especial riesgo dada la comorbilidad y polifarmacia asociada. Este riesgo se acentúa por el bajo nivel de información que se aporta al médico prescriptor y a una tolerancia excesiva hacia la prescripción. Lo que explicaría la prescripción sobre pacientes sin adecuada información.

La complejidad de la patología y tratamientos prescritos obligan al desarrollo de barreras de seguridad eficientes (acceso e informatización de datos de los pacientes y sistemas de detección e interacciones farmacológicas a nivel extrahospitalario

TITULO P104
MEJORANDO LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN UN CENTRO DE SALUD RURAL ¿TENEMOS EN CUENTA LAS INTERACCIONES DE LOS NUEVOS ANTIBIÓTICOS?

AUTORES
Bárcena M, Fustero MV, Siles M, Goldaracena M.

CENTRO DE TRABAJO
C.S. Cariñena. Sector III.Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral x Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál**:** XXIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Cádiz Octubre 2005

PALABRAS CLAVE
Interacciones farmacológicas, calidad, antibióticos

OBJETIVO DEL TRABAJO
Cada vez son más los pacientes polimedicados y no siempre se tienen en cuenta las interacciones medicamentosas, sobre todo las de fármacos de utilización ocasional como los antibióticos. En este sentido, dentro del Plan Integral de Calidad del centro de salud decidimos analizar las potenciales interacciones de los nuevos antibióticos prescritos en un año y presentar los resultados en una sesión clínica al equipo para mejorar nuestra prescripción.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Tipo de estudio: observacional y retrospectivo.
Ubicación: centro de salud rural con 7.870 personas con tarjeta sanitaria (TIS).
Población: todas las prescripciones de levofloxacino, moxifloxacino y telitromicina realizadas en receta oficial durante el año 2004 a las personas con TIS asignada a los médicos de nuestro centro, independientemente del nivel en el que se le prestó la asistencia.
Fuente de datos: Sistema Informático Farmacéutico del Servicio Aragonés de Salud.
Se definió como potencial interacción cuando en un mes concreto coincidía la prescripción de uno de los tres antibióticos con alguno de los fármacos citados, en sus fichas técnicas, en los apartados de contraindicaciones, interacciones o advertencias y precauciones especiales.
Para el procesado de los datos se utilizó Microsoft Excel 2000.
Como intervención para la mejora se realizó una sesión clínica con los médicos del equipo para exponer los resultados.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se recetaron 108 envases de moxifloxacino, 18 de levofloxacino y 18 de telitromicina.
El 19,04% de las fluoroquinolonas fueron prescritas con corticoides, el 45,2% a mayores de 70 años, y en 11,11% coincidió la quinolona, el corticoide y ser mayor de 70 años. El 7,14% tenía prescripciones de acenocumarol, y el 3,17% de sucralfato o antiácidos de magnesio o aluminio.
En 6 casos los fármacos utilizados por el paciente contraindicaban el uso de moxifloxacino y en 1 el de levofloxacino. La prescripción de telitromicina habría sido adecuada en 2 casos si se suspendió la toma de estatina, en 3 si se monitorizó otro de los fármacos y en 1 caso si se actuó con especial precaución.

CONCLUSIONES
El consumo de estos nuevos antibióticos es bajo en nuestro centro, lo que limita el número de potenciales interacciones farmacológicas.
En la sesión clínica se resaltó que las interacciones de las nuevas fluoroquinolonas son comunes a las antiguas y las de la telitromicina a la mayor parte de los macrólidos.
Actividades como estas nos acercan a tener presente el problema de las interacciones en nuestra práctica cotidiana.

TITULO P105
PUESTA EN MARCHA DE UN PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA E INTEGRACIÓN EN UN SERVICIO

AUTORES
Juez N, Marta V, Oliván T, Sanjosé T, Murciano S, **Peg V.**

CENTRO DE TRABAJO
SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. C.M.E. "GRANDE COVIÁN"

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral **X** Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: …SEDIGLAC 2006
Premio MAPFRE MEDICINA

PALABRAS CLAVE
ACOGIDA; EVALUACIÓN COMPETENCIAS

OBJETIVO DEL TRABAJO
PREPARAR UN PROGRAMA DE ACOGIDA DE NUEVO PERSONAL Y DE EVALUACIÓN DE SUS COMPETENCIAS AJUSTADO A NORMA EN-ISO-15189:2003

METODOLOGÍA EMPLEADA
PROCEDIMIENTO SISTEMA DE GESTIÓN

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

IMPLANTACIÓN EN TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANALISIS CLÍNICOS DEL C.M.E. "GRANDE COVIÁN"

CONCLUSIONES

LAS ENCUESTAS QUE SE REALIZARON CON PERSONAL QUE HABÍA SIDO ADSCRITO A NUESTRO SERVICIO ANTERIORMENTE, FUERON MUY BIEN VALORADAS Y VALIDADAS.
SIN EMBARGO, NO SE HAN PODIDO OBTENER RESULTADOS DEFINITIVOS POR QUE NO HA HABIDO NINGUNA NUEVA INCORPORACIÓN AL LABORATORIO.

TITULO P106

GESTIÓN POR PROCESOS EN ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: INGRESO, REHABILITACIÓN, ALTA. IMPLANTACIÓN TAXONOMÍA ENFERMERA EN U.M.E.

AUTORES

Samaniego E., Muñoz B., López T., Kirilova Y., et al.

CENTRO DE TRABAJO

U.M.E. Residencia Profesor Rey Ardid

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Póster2002 Comunicación 2004

PALABRAS CLAVE

P.I.R.R. PROCESO ENFERMERO

OBJETIVO DEL TRABAJO

Mejorar el desarrollo del P.I.R.R. (Plan individual de rehabilitación y reinserción mediante la implantación de la gestión por procesos en enfermería de Salud Mental en la U.M.E.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Implantación de indicadores y resultados del proceso asistencial de rehabilitación en la base de datos.
Participación en grupos de mejora para adaptar el proceso enfermero en el contexto de la U.M.E.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Elaboración, aplicación y cuantificación de indicadores de calidad asistencial de enfermería.
Revisión bibliográfica de documentación científica enfermera aplicada en otros recursos de Salud Mental.
Selección progresiva de diagnósticos, intervenciones y resultados que se adecuen a la práctica enfermera en la U.M.E.

CONCLUSIONES

Integrar al usuario en un proceso asistencial de calidad individual y grupal.
Homogeneizar uso de taxonomía NANDA, NIC, NOC tanto a nivel de coordinación interna como con otros dispositivos.
Los grupos de mejora impulsarán el desarrollo del P.I.R.R. y el trabajo en equipo interdisciplinar.

TITULO P107
LA PINTURA COMO EXPRESIÓN Y METÁFORA DEL "DOLOR DE VIVIR"

AUTORES
Calvo Salillas, Mª José

CENTRO DE TRABAJO
Hospital General San Jorge; Servicio de Información y Atención al Paciente

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Conferencia Internacional Comunicación y Salud, Univ. Pompeu Fabra. Barcelona en 2001.

PALABRAS CLAVE
Empatía, simbolización, comprensión

OBJETIVO DEL TRABAJO
1. Confirmar la existencia y el proceso por el que se produce la empatía a través de la obra de arte.
2. Confirmar la importancia de la simbología en el arte como vehículo de comprensión, reconciliación, futuro

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Aportación de un caso de vivencia empática a través de una "pintura". Un holandés adquiere esta pintura en Francia en 1990; al cabo de los años esta persona sufre una desgracia personal, en esos momentos la pintura le ayuda a interpretar su realidad dolorida.
- Entrevistas:
- Con el autor de la obra para el conocimiento de su obra: universo figurativo y proceso de creación.
- Con el receptor de la pintura que ve y siente esta pintura.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se confirma la bidireccionalidad del proceso de la comunicación empática a través de la expresión artística, en concreto a través de la pintura, actuando como:
- Ventana de la vida, que permite sentir otra realidad: imaginaria y cargada de sentimientos.
- La aventura de la mirada detenida, donde reposa la cabeza y se sosiega el espíritu

CONCLUSIONES
1. La pintura como ayuda para la simbolización vital de la experiencia de la persona.
2. La pintura como vehículo de expresión, comprensión, reconciliación y futuro. Le aporta capacidad de comprensión y fe para unir su experiencia –enfermedad- con su biografía, y así reconciliarse con la vida.
3. La pintura como medio para crear una atmósfera que favorezca el desarrollo de los sentimientos.
4. La pintura como método para el desarrollo de la empatía.

TITULO P108
IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DE UN CIRCUITO DE MANEJO DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ANCIANOS DETECTADA EN EL INGRESO

AUTORES
Gamboa Huarte B, Cucullo JM, Navarro P, Manrique JM, Guajardo I, Navarro M.

CENTRO DE TRABAJO
Unidad Sociosanitaria de Valoración, Hospital Universitario Miguel Servet. Consulta de Alta Resolución, Hospital Geriátrico San Jorge

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso de Calidad, Cádiz 2005

PALABRAS CLAVE
Anciano. Deterioro funcional. Ingreso hospitalario.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Diseñar y desarrollar un circuito ágil de derivación del anciano con dependencia, potencialmente reversible, detectado durante el ingreso hospitalario. Además de garantizar el transporte y la información a Atención Primaria.

METODOLOGÍA EMPLEADA
De forma sistemática en la valoración de los pacientes derivados a la USSV se incluye una escala que incluye actividades básicas de la vida diaria y movilidad (índice de Barthel). Se mide la situación del anciano un mes previo al evento agudo y en el momento de la valoración. También se mide el riesgo de deterioro cognitivo asociado (SPMSQ) que ha demostrado limitar las posibilidades de recuperación funcional. Cuantificada la reversibilidad se busca la aceptación del paciente y la familia. Se solicita la citación en la Consulta de Alta Resolución de deterioro funcional del Servicio de Geriatría de la ciudad y se informa a Atención Primaria.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Durante el año 2004 se han detectado, y aceptado el recurso, 68 pacientes mayores de 65 años (55,88% mujeres). Enfermedades: 57,35% proceso traumatológicos, 19,11% procesos vasculares cerebrales y el resto síndromes de inmovilidad secundarios a la hospitalización prolongada. Indice de Barthel previo: 91,79 y media del índice de Barthel actual: 35,85. Media del SPMSQ: 2,8.

CONCLUSIONES
1. El deterioro funcional en el anciano se detecta escasamente en un hospital sin Servicio de Geriatría.
2. El circuito establecido permite dar continuidad en la atención sin sobrecargar a Atención Primaria y sin desgastar innecesariamente al cuidador.
3. La coordinación entre niveles asistenciales ve garantizada.
4. La recuperación funcional en el recurso diseñado para los ancianos facilita altas hospitalarias.
5. La reversión parcial o total de la dependencia favorece la permanencia del anciano en el entorno familiar.

TITULO P109
PROYECTO DE MEJORA: REVISIÓN DE LA IDONEIDAD DEL INSTRUMENTAL DEL AREA QUIRURGICA

AUTORES
Vecino A, Robles A, **Rosés E**, Rueda MJ, De Miguel C, Antoñanzas T.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clinico Universitario "Lozano Blesa" Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XIII Congreso SECA 2005

PALABRAS CLAVE
Instrumental, área quirúrgica

OBJETIVO DEL TRABAJO
Rentabilizar al máximo el instrumental existente Dotar de material suficiente a especialidades con carencias importantes Eliminar de cada una de las cajas las piezas de uso esporádico Actualizar el contenido de las cajas adecuándolas a los avances realizados en cada una de las especialidades quirúrgicas Adecuar el peso de las cajas al peso permitido Cambiar el nombre de las cajas buscando una denominación más genérica y menos inexacta

METODOLOGÍA EMPLEADA

Realizar una primera evaluación del estado del instrumental a cargo de un grupo formado por una enfermera experta y dos técnicos en diagnóstico de instrumental procedentes de una empresa externa proveedora de instrumental.
Llevar a cavo una evaluación definitiva del estado del instrumental clasificándolo en instrumental inservible, instrumental para reparación e instrumental sin deterioro, por un grupo de trabajo de dos enfermeras expertas en las diferentes especialidades quirúrgicas y elaborar la base de datos sobre el contenido de los nuevos equipos.
Evaluar semanalmente el desarrollo del proyecto por parte de un equipo de control formado por supervisoras del bloque quirúrgico, supervisora esterilización y coordinadora de cuidados y recursos materiales.
Establecer con un proveedor externo con capacidad para la reparación del instrumental dañado, el volumen y periodicidad de los envíos del instrumental.
Consensuar el contenido de los nuevos equipos con las enfermeras y cirujanos de las distintas especialidades.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Reorganización de los equipos nuevos actualizándolos a las necesidades presentes y futuras.
Redistribución de las piezas de instrumental generalizando su uso para una mayor rentabilidad del mismo.
Creación de una base de datos para el programa informático de trazabilidad.Revisión del 100% del instrumental.
Formación de un 19% más de cajas para diferentes especialidades.
Reducción del número total de piezas

CONCLUSIONES
El método utilizado ha resultado efectivo para llevar a cabo la clasificación del grado de deterioro del instrumental y proceder a su reparación, sin interferir en la programación quirúrgica cotidiana.
Ha brindado la oportunidad de actualizar y optimizar el contenido de las cajas.
El esquema de trabajo resultó eficiente, habiendo requerido una asignación de recursos humanos para su realización.

TITULO P110
EL CUESTIONARIO AGREE: ¿ÚTIL PARA MEJORAR LAS RECOMENDACIONES EN HOSPITALES?

AUTORES
Del Pino Jiménez MD, **García-Montero JI**, Aibar Remón C, Barrasa Villar I,Mareca R, Júdez D.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" / Hospital "Ernest Lluch"

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral **X** Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:…Calidad Cádiz 2005…..

PALABRAS CLAVE
"Recomendaciones" "AGREE" "Evaluación"

OBJETIVO DEL TRABAJO
Evaluar la aplicabilidad del cuestionario AGREE para valorar la calidad de las RPC del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Con el fin de mejorar la calidad y establecer criterios de mejora de las RPC, se realizó un programa formativo dirigido a personal médico y de enfermería. El programa constaba de una sesión de 4 horas, con el siguiente contenido:

- El contexto de la práctica clínica: concepto y tipos de normativas
- Evaluación de Recomendaciones: Lectura crítica (Grupo EBM). El cuestionario AGREE
- Trabajo en grupos con lectura y evaluación de una RPC utilizando los criterios del cuestionario. Se seleccionaron una de uso interno en el hospital y una de elaboración y difusión nacional.
- Discusión y puesta en común

Se realizaron 4 ediciones del programa formativo. Cada una de las guías se evaluó por dos grupos de trabajo en cada sesión (5-7 personas por grupo).
Posteriormente, las puntuaciones obtenidas por cada grupo se introdujeron en una hoja de cálculo, analizándose las puntuaciones obtenidas y la concordancia intragrupo y entre grupos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
El cuestionario AGREE evalúa seis áreas de forma independiente (1.*Alcance y objetivo; 2.Participación de los implicados; 3.Rigor en la elaboración; 4.Claridad en la presentación; 5.Aplicabilidad; 6.Independencia editorial*).
De forma global se aprecia una mejor valoración de la guía nacional en las áreas 6, 3 y 4 (por ese orden). Apenas hay diferencias en las otras áreas. Las puntuaciones entre los diferentes grupos presentan un alto nivel de concordancia general para ambas guías.

CONCLUSIONES
La validez y utilidad del cuestionario AGREE para la evaluación de guías de práctica clínica está suficientemente contrastada. Su aplicación es más limitada en la evaluación de documentos de ámbito reducido (centros, servicios y unidades clínicas), si bien el conocimiento de aspectos y criterios de calidad que evalúa, condiciona una mejora de los aspectos considerados.

TITULO P201
TRÍPTICO DE INFORMACIÓN A PACIENTES SOBRE LA ESCUELA DE ESPALDA

AUTORES
Isidoro I., Marín H., Macía M., Álvarez N., Vellosillo J., Alamillo J,García Galán MJ

CENTRO DE TRABAJO
Servicio de Rehabilitación y M. Física, H.U. Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:…44 Congreso Nacional de Medicina Física y Rehabilitación (Madrid Mayo 2006)

PALABRAS CLAVE
Escuela, Espalda, Tríptico

OBJETIVO DEL TRABAJO
Presentar un tríptico informativo sobre la Escuela de Espalda dirigido a pacientes aquejados de lumbalgia.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se diseña un folleto informativo que recoge los conceptos básicos sobre la Escuela de Espalda, en qué consiste, quiénes la imparten, a quién va dirigida… Se emplea un lenguaje sencillo y asequible para garantizar la comprensión por parte del usuario.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Se imprime un tríptico estructurado en cuatro secciones y portada:

- Sección *"¿Qué es la Escuela de Espalda?"*; explica que la Escuela de Espalda es una modalidad terapéutica y se describen de forma sencilla sus objetivos.
- Sección *"¿Para quién?"*; en ella se expone a quién va dirigido y una serie de conceptos básicos relativos a la lumbalgia.
- Sección *"¿Quiénes somos?"*; apartado relativo a los profesionales que participamos en la ejecución de la Escuela de Espalda y cuál es nuestro papel en ella.
- Sección *"¿En qué consiste?"*; describe sucintamente lo que se enseña en la Escuela de Espalda.

CONCLUSIONES

1.- El empleo de trípticos como material de difusión sobre modalidades terapéuticas facilita la transmisión de la información.

2.- El mejor conocimiento por parte del usuario de esta forma de tratamiento antes de participar en la Escuela de Espalda probablemente induzca una mayor disposición para el aprendizaje.

3.- La utilización de estos folletos informativos podría ser útil como medio de divulgación para que otros profesionales sanitarios conocieran algunos recursos terapéuticos de la Rehabilitación.

TITULO P202

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS DESDE EL GRUPO DE MEJORA EN EL Sº DE ASUNTOS GENERALES DEL H. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

AUTORES Marco Arbués, Mª M.; Pérez Eseverri, C.; García Miñana, V; Jiménez Caverni, A.; Revuelto López, A.; Caballero Agreda, F.; Martín Pérez, J.

CENTRO DE TRABAJO Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral x Póster

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

PALABRAS CLAVE Clasificación de Residuos

OBJETIVO DEL TRABAJO **Introducción:** En el Hospital se producen grandes cantidades de residuos y muy variados, desde residuos de riesgo, relacionados con la actividad, hasta residuos asimilables a urbanos, generados por pacientes, trabajadores y visitas.

Objetivo: Mejorar la clasificación para conseguir:

- Respeto al medio ambiente
- Racionalizar el gasto
- Cumplir con las normativas

METODOLOGÍA EMPLEADA

Metodología:

Análisis del punto de partida, actividades a realizar y nombrar responsables.

Formación e información de los trabajadores que se encargan de la gestión de los residuos.

Impacto anual de cartelería en los Servicios donde se generan los residuos.

Revisión de control de residuos en los Servicios donde se generan y clasifican.

Afianzar la actividad del Grupo de Seguimiento de Gestión de Residuos, constituído por: Servicio de Asuntos Generales, Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Prevención, División de Enfermería y Seguridad.

Localización de los puntos donde se generan los residuos.

Cuantificar (kg.) por tipo de residuo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Cuatro charlas informativas por parte del Grupo de seguimiento de gestión de residuos, dos a Enfermería y dos al Sº de Limpieza.
Impacto de cartelería en los Servicios donde se generan los residuos.
Dos reuniones de Grupo de seguimiento de gestión de residuos
Confección del mapa de generación de residuos.
Cuantificación de (kg) residuos con seguimiento mensual año 2004.

CONCLUSIONES

Con la implicación del Grupo de Mejora en la Gestión de Residuos se obtienen mejores resultados y permite aplicar el ciclo de mejora continua al proceso.

* La comunicación ha sido modificada por la Organización

TITULO P203

PRESENCIA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA REVISTA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

Vela-Marquina M*, Marzo-Martín M, Misiego-Peral A, Jiménez-Bea L, García-Mata JR

Unidad de Calidad. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Miguel Servet – Unidad de Calidad Asistencial

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster

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

PALABRAS CLAVE

Comunicación interna. Difusión. Información.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Estudio de la presencia de los temas de calidad asistencial en la revista del hospital.

METODOLOGÍA EMPLEADA

En las organizaciones sanitarias la información debe llegar a los trabajadores de manera estructurada y a través de canales de comunicación formal. Desde el año 1998, en el que se editó el primer número de la revista del Hospital, se ha mantenido su publicación trimestral realizándose algún suplemento especial de temas relevantes. Esta revista, con una tirada de 7500 ejemplares se recibe por todos trabajadores del sector Zaragoza II en su domicilio y está disponible en la intranet y en la web del hospital. Desde la Unidad de Calidad Asistencial se debe informar y hacer participes a los trabajadores de las acciones desarrolladas y motivar para que colaboren en aquellos proyectos pendientes de realización.

Se han revisado los 28 números de la revista, desde noviembre de 1998 hasta mayo del 2005. Se ha clasificado los temas de calidad en los siguientes grupos: comisiones clínicas, grupos de mejora, EFQM, ISO, gestión clínica, plan estratégico, acogida y homenajes a trabajadores, acogida de usuarios, información y participación de los trabajadores, derechos del paciente, plan de humanización, confort e impacto social. Se ha clasificado la extensión de las noticias en página entera, media, un tercio o un cuarto de página, noticias breves y editorial.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se han publicado 200 noticias relacionadas con la calidad asistencial. Los temas más presentes han sido los relacionados con los derechos del paciente (20,5%), plan de humanización (17,5%) y acogida de trabajadores (10%). Las noticias relacionadas con las comisiones clínicas han sido 16 (8%), con el plan estratégico 12 (6%), con los grupos de mejora 9 (4,5%) y con el EFQM 6 (3%). La extensión más frecuente ha sido media (37,5%) y un cuarto de página (35,5%). Solamente 5 noticias (2,5%) tenían una extensión de una página entera. Han sido portada de la revista 17 (8,5%) noticias. El número de noticias ha ido aumentando a lo largo de los años pasando de 16 en los años 1999 y 2000 a 45 en el año 2004.

CONCLUSIONES

Los temas relacionados con la calidad asistencial están muy presentes en la revista del hospital, incrementándose en número a lo largo de los años de estudio. Si bien la mayoría de los temas se han tratado ampliamente, algunos que se consideran estratégicos como los grupos de mejora y el EFQM necesitan una mayor difusión.

TITULO P204
FORMACIÓN EN CALIDAD EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA: PASO CLAVE EN LA ACREDITACIÓN ISO 15.189.

AUTORES
Izquierdo S, García de Jalón A, García - Mata JM, Vela M, Giménez P.

CENTRO DE TRABAJO
Servicio De Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet – Zaragoza.

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE
Formación, Calidad, Acreditación

OBJETIVO DEL TRABAJO
Desarrollo de un **plan anual de formación interna en calidad**, entre cuyos objetivos destacan:

- Presentar la norma UNE-EN ISO 15.189, dando a conocer los requisitos y necesidades establecidas por la misma.
- Explicar el esfuerzo y problemas que van a presentarse durante el desarrollo e implantación del S.G.C.
- Dar a conocer los pilares básicos de cómo afrontar una adecuada gestión de la calidad en las fases preanalítica, analítica y postanalítica.
- Adquirir "competencia técnica" para la elaboración de diversos documentos fundamentales en un S.G.C. documental.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se planificó una distribución en 7 grupos entre los meses de febrero y mayo del 2006 para todos los miembros integrantes del laboratorio de Bioquímica. Se clasificaron en dos bloques: un bloque destinado a la formación de los Facultativos Clínicos y residentes y otro bloque destinado a la formación de ATS/DUE, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio y supervisoras de enfermería. Se impartió a un total de 85 personas, distribuidas en grupos de entre 15-20 personas.
La duración de la acción formativa: "TALLER ISO 15.189 GESTIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD EN EL LABORATORIO" fue de 10 h. totales, de las cuáles 5 se emplearon en la realización de un trabajo (desarrollo de un flujograma, ITT, PNT).
El método de evaluación por el asistente que recibía la formación fue una encuesta anónima.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Respecto a la evaluación por el docente, hubo una asistencia a los cursos del 99% y un 95% realizó satisfactoriamente los trabajos propuestos, i.e., un 95% de los miembros del laboratorio cumplió con el objetivo de adquirir "competencia técnica" para la elaboración de documentos del S.G.C. (ITT' s, flujogramas, y PNT's). El 74% de los asistentes desconocían la norma ISO 15.189 antes de ser informados frente al 25.9% que sí la conocía.
Respecto a la evaluación por el asistente, el 88.2% de los asistentes a la acción formativa consideró que ésta cumplió con sus expectativas iniciales y el 45.8 % creía que podría poner en práctica los contenidos y explicaciones recibidas en la acción formativa frente al 54.1% que creía que no.
A el 89.4% le gustaría recibir más formación sobre calidad en el laboratorio de manera continuada frente al 10.6% que no querían recibir más formación. Al 92.9% le pareció beneficioso que el laboratorio de bioquímica se acreditara según la ISO 15.189. El 67% del personal del laboratorio consideró útil la formación en control y gestión de calidad para su puesto de trabajo. La puntuación global de la acción formativa fue de entorno a un 8. Entre las observaciones realizadas más destacadas se encontraba la necesidad de dedicar una mayor formación continuada en calidad en el laboratorio.

CONCLUSIONES
Antes de que un laboratorio se introduzca de lleno en la acreditación y la implantación de un S.G.C. es necesario llevar a cabo una buena acción formativa e informativa de la ISO 15.189 ya que como se demostró el 74% de los integrantes del laboratorio desconocían al principio dicha norma y su implicación.
Se debe dar formación tanto en control como en gestión de la calidad en el laboratorio continuada y renovada, puesto que al 89.4% del personal le gustaría recibir formación más detallada de calidad en el laboratorio, no centrarse en una acción formativa escueta, ya que sólo el 45.8% de los miembros del laboratorio se encuentra capacitado para llevar a la práctica diaria la elaboración, manejo y puesta en marcha de las tareas que constituyen la implantación de un S.G.C.

TITULO P205

MEJORAR LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN NUESTROS PACIENTES AL ALTA HOSPITALARIA EN MATERIA DE ALIMENTACIÓN NUTRICIÓN

AUTORES

Bolinaga MI et al

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Royo Villanova, Dietética

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Educación nutricional-alimentación-dieta

OBJETIVO DEL TRABAJO

- Mejorar los conocimientos en materia de alimentación de nuestros pacientes y/o sus familiares
- Realización y/o recopilación de dietas adaptadas a cada patología
- Concienciar de la importancia de la modificación de hábitos de alimentación de nuestros pacientes y/o sus familiares

METODOLOGÍA EMPLEADA

- Elaboración de pautas nutricionales por patologías
- Consensuar dichas pautas con los facultativos y/o expertos en nutrición
- Puesta en marcha
- Taller de alimentación (sí petición por parte del servicio)

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Elaboración de Díptico **"Alimentación sana, Vida sana"**
- **Talleres** de alimentación (cardiovascular)
  - Dieta equilibrada
  - Obesidad
- Elaboración de **pautas nutricionales** (cirugía):
  - Pautas recomendadas en dietas astringentes
  - Dieta recomendada en colectomías
  - Dieta recomendada en gastrectomia total
  - Dieta recomendada en ileostomias
  - Dieta recomendada en operados de vesícula y vías biliares
  - Dieta recomendada en el reflujo gastroesofágico
  - Dieta recomendada en la resección de colon

CONCLUSIONES

- Los programas de Educación Nutricional deben integrase para obtener su máxima eficacia en programas más amplios
- El trabajo interdisciplinar y la unificación de criterios entre los miembros del equipo asistencial son básicos para promover cambios de comportamiento
- Es importante integrar la figura del dietista en el hospital para conseguir un trabajo en equipo con los servicios ya existentes, además de contar con el apoyo y asesoramiento de una unidad de calidad

TITULO P206
EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
Tornés Pallaruelo T, Fumanal Lacambra C, Lalana Cuenca JM, Berges Usán P, Azón Belarre JC, Blasco Grau P, et al.

CENTRO DE TRABAJO
Servicio de urgencias y Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica del Hospital San Jorge de Huesca

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XXIII Congreso Nacional de la AEN. Bilbao 2006.

PALABRAS CLAVE
Urgencias; psiquiatría

OBJETIVO DEL TRABAJO
Analizar los tipos de consulta psiquiátrica en los servicios de Urgencias y conocer cómo utilizan este servicio los usuarios nos puede dar pistas para mejorar la calidad y la coordinación con el resto de recursos de la red de Salud Mental.
Realizar un estudio descriptivo y comparativo sobre la evolución y demanda de la atención psiquiátrica en el servicio de Urgencias del Hospital General San Jorge de Huesca.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Revisión de los datos relativos a los pacientes atendidos en urgencias con patología psiquiátrica en los años 2000 y 2005.
Análisis comparativo de los mismos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
En el 2000 se realizaron 914 atenciones a pacientes con patología psiquiátrica y en el 2005 fueron 1234 (35 % de aumento).
Del total de pacientes, 409 en el 2000 y 567 en el 2005 acudieron una sola vez a Urgencias.
Por turnos se observa igual demanda en mañana y tarde, disminuyendo por la noche.
Aumentan significativamente las crisis de ansiedad y los trastornos depresivos, mientras que las consultas por trastornos psicóticos disminuyen.
La demanda por consulta psiquiátrica ha pasado del 7 al 14 %.

CONCLUSIONES
La demanda de atención psiquiátrica ha aumentado y existen factores socioculturales que favorecen su crecimiento.
La accesibilidad del servicio de Urgencias y su horario continuo hacen que cubra, para el usuario, las carencias de otros dispositivos (continuidad de cuidados, atención comunitaria…).

TITULO P207
INCLUSION DEL PACIENTE OBESO EN CARTERA DE SERVICIOS DE OMI-AP

AUTORES
Castillón A., Peña M, Franco T., Piedrafita J.I.

CENTRO DE TRABAJO
Centro de Salud Pirineos. Huesca

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:……..

PALABRAS CLAVE
Cartera-de-servicios; Obesidad; OMI-AP.

OBJETIVO DEL TRABAJO
-Correcta utilización de la cartera de servicios en OMI-AP.
-Mejora en el diagnostico, seguimiento y control evolutivo del paciente obeso.

METODOLOGÍA EMPLEADA
- Búsqueda de problemas mediante la técnica de tormenta de ideas, realizada en reunión de equipo.
- Realización de estudio piloto analizando las 100 últimas visitas a las consultas del centro, valorando porcentaje de pacientes que no consta el IMC, ni el diagnóstico de obesidad.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

En el estudio piloto se obtuvieron los siguientes resultados:
1. Porcentaje de pacientes con Indice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30 diagnosticados de obesidad: 53%
2. Porcentaje de episodios de obesidad introducidos en cartera de servicios: 67%.

CONCLUSIONES
Un porcentaje bastante elevado de pacientes con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30, no son diagnosticados de obesidad.
Entre aquellos que son diagnosticados y registrados como obesos, muchos de ellos no son introducidos en la cartera de servicios

TITULO P208
ORTOGERIATRÍA: ¿UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ANCIANOS?

AUTORES
Gamboa Huarte B, Canales V, Navarro P, Pascual M.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Universitario Miguel Servet

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso de Calidad, Cádiz 2005

PALABRAS CLAVE
Fractura de fémur. Anciano. Función.

OBJETIVO DEL TRABAJO
Cuantificar los resultados de la incorporación de un geriatra al proceso de fractura de fémur proximal de origen osteoporótico en ancianos ≥ 75 años.

METODOLOGÍA EMPLEADA
Se establece un acuerdo de colaboración del geriatra del hospital y su unidad en la valoración sistemática de todos los ancianos de edad igual o superior a 75 años. La participación se estima necesaria desde el ingreso realizándose mediante búsqueda activa. Se realiza valoración y estabilización preoperatoria, seguimiento postoperatorio y participación en la gestión del alta y orientación del recurso sanitario y social apropiado para la continuidad de la asistencia y la consecución de la mejor situación funcional posible.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
72 pacientes fueron dados de alta con el diagnóstico de fractura de fémur proximal (73,61% fueron vistos por Geriatría; 75,47% mujeres). La mortalidad intrahospitalaria fue del 9,4%. El 9,4% no fueron intervenidos, falleciendo el 60% en el hospital. El 16,6% no acuden a revisión y de los que acuden el 83,4% deambulan.

CONCLUSIONES
1. El estrés traumático descompensa enfermedades asociadas.
2. 2. Una intervención precoz de Geriatría previene resultados negativos y facilita el éxito del proceso.
3. 3. La planificación del alta y la gestión adecuada del recurso favorece la recuperación funcional del anciano.
4. La fractura de fémur en el anciano supone un impacto en el individuo afecto y en el entorno próximo.
5. La recuperación funcional facilita la reincorporación al domicilio del anciano.
6. La correcta coordinación de recursos favorece el alta hospitalaria.

TITULO P209

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION HOSPITALARIA AL PACIENTE ENCAMADO CON RIESGO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESION.

AUTORES

Girón G, Laita, C., Marco, C., Marco, M.J., Torres, A., **Sanchez, P.**

CENTRO DE TRABAJO

H.C.U. "Lozano Blesa" S.Juan Bosco 15 (50009)

TIPO DE COMUNICACIÓN ☒ Oral ☐ Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso Nacional de Hospitales, 2005

PALABRAS CLAVE

Lesiones por presión
Prevención
Recursos

OBJETIVO DEL TRABAJO

Unificar criterios relacionados con los cuidados del paciente encamado según niveles de evidencia científica.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Formación de un grupo para unificar criterios y dar formación a los profesionales en relación a los cuidados del paciente encamado, teniendo en cuenta el catálogo de artículos de prevención y tratamiento de las LPP así como los dispositivos de distribución y alivio de presión que dispone el centro.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Elaboración de un plan de cuidados consensuado basado en la evidencia científica.
- Dotación de nuevos materiales a las unidades asistenciales: 7 Colchones dinámicos de alta gama y 30 colchones dinámicos de gama media.
- Formación a los profesionales responsables de cuidados a través de talleres teórico prácticos.
- Disminución de la Prevalencia de las LPP en las unidades donde se han formado estos profesionales

TITULO: P210
CENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CAMAS. CREACIÓN DE UNA UNIDAD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN

AUTORES :
Broto, A. Tello, C. Ballano, M. A. Sanz, J.C. Lafuente, O. Júdez, D.

CENTRO DE TRABAJO
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso SECA (Cádiz)

PALABRAS CLAVE :
Adecuación ingresos. Admisión

OBJETIVO DEL TRABAJO
Mejorar la gestión de ingresos urgentes minimizando el número de ingresos ectópicos y su permanencia en el servicio de urgencias.
Adecuar los ingresos programados a las camas disponibles en el servicio y a la fecha de realización de la exploración o intervención que motiva el ingreso

METODOLOGÍA EMPLEADA
Fase 1: **Detección de problemas.** Se establecieron reuniones de Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Servicio de Admisión con todos los estamentos relacionados con la gestión de camas (Residentes, Supervisores de Unidades de Enfermería, Facultativos de Urgencias, Jefes de Servicio, Jefes de Guardia, Hostelería, Limpieza y Transporte Sanitario).
Fase 2: Adecuación y reestructuración. Se crearon 3 grupos de trabajo con los siguientes contenidos: 1º para redistribuir el número de camas valorando la presión asistencial urgente y programada por servicios atendiendo a la actividad de los últimos 4 años. 2º para revisión de circuitos de ingreso y alta. 3º para revisar y mejorar los circuitos de información.
Se elaboró una Guía de Procedimiento de Gestión de camas centralizando en Admisión la gestión integral de ingresos urgentes, programados y traslados interhospitalarios.
Fase 3: Puesta en marcha en octubre de 2004 con la implementación de un programa informático específico para gestión y posteriormente intranet para comunicación entre Admisión y todas las unidades de enfermería y urgencias.
Integración de 2 supervisoras de Enfermería en el Servicio de Admisión.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
En el periodo de Noviembre de 2004 a abril de 2005 se han gestionado por el Servicio de Admisión 4989 ingresos procedentes de Urgencias y 3958 programados. El tiempo medio desde la solicitud de ingreso de los de Urgencias hasta la adjudicación de la cama fue de 3 horas 40 minutos. El 53% el tiempo de asignación fue inferior a 1 hora. El tiempo medio desde la adjudicación hasta el ingreso efectivo del paciente fue 2 horas 13 minutos. La ocupación hospitalaria para el periodo superó el 95%. Porcentaje de pacientes ectópicos: 25,2 %. El porcentaje de ectópicos para el mismo periodo en el año anterior era del 69,2%.

CONCLUSIONES
La reasignación de las camas hospitalarias junto con la gestión integral de las camas desde Admisión ha supuesto una mejora en la organización global del hospital, reduciendo el número de pacientes ingresados ectópicos y el tiempo de permanencia en Urgencias de los pacientes pendientes de ingreso

TITULO P211
EL SEGUIMIENTO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: DEL PILOTAJE A LA SATISFACCIÓN EN UN CENTRO RURAL

AUTORES
Fustero MV, Bárcena M, Casbas D, Granado M, Sarasa D, Roig I.

CENTRO DE TRABAJO
C.S. Cariñena .Sector III. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XXII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Octubre 2004

PALABRAS CLAVE
Anticoagulación oral, satisfacción, Atención Primaria

OBJETIVO DEL TRABAJO
El seguimiento de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) desde la atención primaria, es una actividad recientemente incorporada a la cartera de servicios de nuestra Comunidad Autónoma, que ha generado bastante controversia, lo que nos ha motivado a realizar esta encuesta con el objetivo de conocer la opinión y satisfacción de los pacientes en TAO, cuyo seguimiento se realizó el último año en un Centro de Salud rural por su médico de AP.

METODOLOGÍA EMPLEADA
La población a estudio es el total de los pacientes en TAO de un centro de salud rural(N = 50), controlados desde hace más de seis meses por su médico, en su localidad. Los pacientes se citaron telefónica o personalmente, para responder a un cuestionario que fue pasado por los trabajadores sociales de la ZB.
La elaboración del cuestionario se realizó tras una revisión bibliográfica y por medio de un grupo de discusión se escogieron las variables que mejor se adaptaban al objetivo del estudio. La valoración se llevó a cabo mediante una escala con 4 opciones de respuesta, dándose también la opción de no sabe/ no contesta.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
El porcentaje de respuesta fue del 84,3%. La media de edad de los encuestados fue de 74,8 (DE 6,09) años y la distribución por sexos 46% mujeres y 54% varones. Los encuestados llevaban una media de 4 años en TAO (DE 3,1). El 100%, se mostraron satisfechos con el nuevo sistema de control, el 86% recomendaría este método a familiares y amigos, un 60% tolera mejor el pinchazo en el dedo que en la vena (al 40% le es indiferente). Opinan que lo mejor del nuevo sistema es no tener que desplazarse 68%, la rapidez del resultado 28%, y evitar venopunciones 10%.
Un 94% no encontraba nada peor en este método y un 2% creía que era menos fiable.

CONCLUSIONES
La tasa de respuesta es elevada comparada con otros estudios, quizás por el alto grado de satisfacción global con esta nueva actividad. Aunque sólo un 68% valora la mejora en la accesibilidad, este dato se corresponde con el 100% de los encuestados en localidades diferentes de la localidad donde se ubica el centro de salud.
Los usuarios muestran un elevado nivel de satisfacción con el control de la anticoagulación por su médico de atención primaria, siendo la mejora de la accesibilidad y la inmediatez en la obtención del resultado los ítems mejor valorados en esta encuesta, cuyos resultados nos animan a extender la implantación de este servicio al mayor número posible de pacientes.

TITULO P212

PROGRAMA DE CALIDAD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL EVOLUTIVO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

AUTORES

Flamarique Pascual A, Ruiz Laiglesia FJ, Amores Ferreras M, Sampériz Legarre MP, Pérez Calvo JI, Morales Rull JL et al

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Clinico Universitario "Lozano Blesa" Servicio de Medicina Interna. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Calidad, Insuficiencia Cardiaca

OBJETIVO DEL TRABAJO

1 Mejorar las líneas de comunicación con entre el MAP y el Médico Especialista en Medicina interna.
2 La educación higiénico-sanitaria de los pacientes.
3 Aplicar y difundir las Guías de Práctica Clínica en IC

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se realizó un seguimiento de los pacientes ingresados en nuestro Servicio y que cumplían al menos criterios clínicos de Insuficiencia Cardiaca.

Se creó una base de datos en el programa Access del entorno Windows en el que se recogían los datos y características clínicas más relevantes de los pacientes.

Creamos un formato de carta para los MAP informándoles de la fecha de ingreso y del alta del paciente. Ofertándoles una consulta externa con especial predilección a la IC donde remitir a los pacientes en caso de empeoramiento sintomático.

Se dispuso de un teléfono móvil de contacto directo con nuestro Servicio.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Han ingresado 105 pacientes en nuestro Servicio que cumplen Criterios Clínicos de IC en el período comprendido entre noviembre del 2004 y agosto del 2005. Se han enviado 105 cartas a sus médicos de Atención Primaria.

Se han realizado 4 preguntas a los pacientes relacionadas principalmente con la atención recibida en el hospital siendo contestadas en un 80.76% de los casos. El 88% refieren estar satisfechos con la atención recibida.

El 52% de los pacientes conocen el nombre del médico que les atiende en planta.

Hemos recibido únicamente 1 llamada al teléfono móvil.

Para la valoración de la calidad asistencial usamos como indicador de proceso el número de ecocardiograma realizados durante el ingreso o en los 6 meses previos. Un 80,43 % de nuestros pacientes se les había realizado. El estándar sería el 100% (Criterios diagnósticos de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología).

Desde Mayo del 2005 citamos a los pacientes en la consulta aproximadamente al mes del alta hospitalaria. En total hemos visto 14 pacientes (50% del total) .

El fármaco más empleado fue el diurético con un 93,25% de los pacientes. Entre los que aumentan la supervivencia fue el IECA con un 62, 92%. Los reingresos precoces (pacientes que reingresan en menos de 30 días) han sido 8,43 %.

CONCLUSIONES

- La escasa comunicación establecida entre la atención especializada y el MAP en la que puede haber influido varios factores como la forma de comunicación empleada, la presión asistencial en la atención primaria...
- Se constata el alto porcentaje de uso del ecocardiograma para el diagnóstico y seguimiento de nuestros pacientes
- El escaso empleo de los B- bloqueantes pese a estar evidenciado su beneficio en los grandes ensayos clínicos, aunque francamente mayor que en estudios similares (7,1% de los pacientes al alta) (R. Torres Gárate et al Rev Clin Esp 2005;205(7):322-5.). En este hecho pueden influir varios factores como la edad media elevada, la comorbilidad, el exceso de precaución ante la aparición de efectos secundarios...
- Existe un elevado grado de satisfacción en los pacientes con la atención hospitalaria recibida.

TITULO P213

INTRODUCCIÓN DE UN DISPOSITIVO DE BIOSEGURIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES

Jimenez.E ,Gomez-Juarez.A, Del Villar.A, Lapresta.C, Montaño.C, Gimenez.T

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Miguel Servet.Servicio de Medicina Preventiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral **X** Póster

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

PALABRAS CLAVE

Riesgo Biológico. Bioseguridad. Evaluación.

OBJETIVO DEL TRABAJO

- Evaluación de la introducción de un dispositivo de bioseguridad en un Servicio de Urgencias.
- Evaluación de a percepción del riesgo biológico.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se realiza un estudio descriptivo de un plan de control y prevención de riesgo biológico (RB) en un Servicio de Urgencias (SU) de un hospital general. En el que se establecen los siguientes estas fases:
1ª Constitución y consolidación del grupo de trabajo; 2ª. Valoración de la percepción del riesgo y cultura de bioseguridad;3ª. Cuantificación del riesgo; 4ª. Priorización de acciones; 5ª Selección y adquisición de dispositivos de bioseguridad; 6ª Implantación, evaluación y comparación de los dispositivos (uno activo y otro pasivo); 7ª Informe y solicitud de compra del dispositivo; 8ª Evaluación económica (Análisis coste-efectividad).

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El índice de respuesta a la encuesta de valoración del Riesgo Biológico fue del 51% de los trabajadores, de, ellos el 88% cree que el RB esta insuficientemente controlado. El 3,4% reconocieron sufrir de 1 a 5 accidentes percutáneos semanales y el 6,8% reconoció no declarar los accidentes. El Servicio de Urgencias declara el 8,3% de todos los accidentes percutáneos del hospital. siendo el 30% causados por la manipulación de catéteres endovenosos. Tras la implantación de un dispositivo de seguridad pasivo no se declaró ningún accidente. El análisis coste- efectividad de termino el gasto por accidente evitado fue de 21280€.

CONCLUSIONES

El alto precio de los dispositivos de bioseguridad obstaculiza su universalización, además la infradeclaración de este tipo de accidentes dificulta la evaluación coste-efectividad de estos productos.

TITULO P214

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL

AUTORES

Montaño C., Giménez-Júlvez T., Lapresta C., Del Villar A., Gómez-Juárez A., Jiménez-Callejo E.

CENTRO DE TRABAJO

Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

TIPO DE COMUNICACIÓN □ Oral X Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:

PALABRAS CLAVE

Infección nosocomial. Herida quirúrgica. Mejora de la calidad

OBJETIVO DEL TRABAJO

Analizar los factores de riesgo asociados a la INHQ en cirugía de colon y establecer una estrategia de mejora basado en los indicadores de INHQ.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Estudio longitudinal de cohortes prospectivo sobre pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal entre el 1 de julio de 2002 y el 30 de junio de 2003. Se realizó un análisis descriptivo. Se utilizó la técnica de punto de referencia o comparación de resultados (benchmarking) como herramienta de estrategia de mejora y se evaluó con la razón de infección estandarizada (RIE). Se realizó un análisis univariante y multivariante de los factores de riesgo para desarrollar infección.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se incluyó en el estudio a un total de 148 pacientes. La incidencia acumulada de INHQ fue de 10,14% y la densidad de incidencia de 6,47 infecciones por cada 1.000 días de estancia. La RIE del primer semestre fue de 1,53 y la del segundo semestre de 1,02. El análisis multivariante identificó 2 factores de riesgo independientes para el desarrollo de infección nosocomial: el ingreso urgente (odds ratio [OR] = 7,47; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,03-27,48) y el índice de riesgo ASA (American Society of Anesthesiologists) >= 3 (OR = 6,77; IC del 95%, 1,15-39,84).

CONCLUSIONES

El ingreso urgente y el riesgo de base elevado previo a la cirugía fueron los factores asociados a riesgo de INHQ tras cirugía colorrectal. El plan de mejora con benchmarking consiguió disminuir las tasas de INHQ e igualarlas al estándar.