

VII JORNADAS DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA Y LEÓN

VALLADOLID, 9 Y 10 DE JUNIO DE 2011

AUDITORIO MIGUEL DELIBES

www.calidadjornadas2011.com

"Afinando"



**LIBRO DE
RESÚMENES**

ENTIDAD ORGANIZADORA:
Gerencia de Atención Primaria
Valladolid Oeste



Junta de
Castilla y León



INDICE

"Gleanada"

PONENCIAS

1ª MESA REDONDA: "CONTINUIDAD ASISTENCIAL"

- PAG – 13** LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL – 1
Moderador de la Mesa Redonda sobre "CONTINUIDAD ASISTENCIAL"
Jesús Abia González
- PAG – 19** LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL - 2
Flor de Castro Rodríguez
- PAG – 24** LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL - 3
D. Pedro Martínez Tenorio.
- PAG – 28** LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL - 4
LA CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN MEDICINA INTERNA. UN INSTRUMENTO ÚTIL PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL
Aurelio Fuertes Martín. Medicina Interna
- PAG – 33** CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMERIA
Mª Carmen Rodríguez Ferrer.
- PAG – 40** ENFERMERO GESTIÓN COMUNITARIA
Dª. Mª Luisa de Reynoso Rodríguez.

2ª MESA REDONDA: "ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DE PROCESOS Y GUÍAS CLÍNICAS."

- PAG – 49** METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC).
María José Vicente Edo. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
- PAG – 50** GESTIÓN POR PROCESOS EN EL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO: 11 AÑOS DE EXPERIENCIA PRÁCTICA
D. Santiago Rabanal Retolaza. Director Gerente del Hospital Galdakao-Usansolo
- PAG – 54** IMPLEMENTACIÓN DE GPC: ¿QUÉ APORTAN LAS ÚLTIMAS PUBLICACIONES?
Carmen Costa Ribas. Médica especialista en M. Familiar y Comunitaria. SAP de Fingoy-SERGAS-Lugo.

COMUNICACIONES ORALES

PAG – 67 R0008 CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN CEFALEAS: ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 500 PACIENTES

PAG – 69 R0013 DIEZ AÑOS DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: VARIABILIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS A LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN

PAG – 71 R0014 ATENCIÓN TELEFÓNICA URGENTE EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRIAJE REALIZADO POR ENFERMERAS

PAG – 73 R0017 CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL. HISTORIA DE UNA FRUSTRACIÓN

PAG – 75 R0041 CRITERIOS DE CALIDAD PARA EL ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS DE OSTEOPOROSIS

PAG – 77 R0052 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA LA DETECCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE LOS MEDICAMENTOS

PAG – 79 R0055 PERFIL DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS QUE SOLICITAN VALORACIÓN DE DEPENDENCIA: CALIDAD DE LOS INFORMES DE SALUD

PAG – 81 R0057 ESPIROMETRÍAS: IMPORTANTE ÁREA DE MEJORA Y ASIGNATURA PENDIENTE DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO. ESTUDIO ESPIRO-RESP

PAG – 83 R0058 ENVEJECIMIENTO DE CALIDAD: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA PREVENIR LA DIABETES TIPO 2 Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR.

PAG – 85 R0066 ¿QUÉ CUIDADOS DE ENFERMERÍA SON MÁS EFICACES EN LOS PACIENTES TRAS UN ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

PAG – 87 R0070 IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS Y ELABORACIÓN DE UNA GUIA SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 89 R0071 REFLEXIONES PARA LA MEJORA DESPUÉS DEL PILOTAJE DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 91 R0074 PERCEPCIONES DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL

PAG – 93 R0079 GESTIÓN EFICIENTE DEL AUTOANÁLISIS DE LA GLUCEMIA CAPILAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA NECESIDAD

PAG – 95 R0080 PREVENCIÓN DE SUCESOS ADVERSOS EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS MEDIANTE GESTIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A MEDICACIÓN

PAG – 97 R0081 CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA RURAL: ANÁLISIS DE UNA EXPERIENCIA

PAG – 99 R0083 EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN UN SERVICIO URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA: MEDORA HERRAMIENTA DE TRABAJO Y CALIDAD ASISTENCIAL.

PAG – 101 R0084 UNIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL ÁREA DE SORIA

PAG – 103 R0117 MEJORA DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA: PUESTA AL DÍA DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS EN MEDORACyL

PAG – 105 R0119 PROCESO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS DE UNA PROPUESTA ORGANIZATIVA

PAG – 107 R0133 EVALUACION DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

PAG – 109 R0134 INVESTIGACIÓN, ESCUELA Y CENTRO DE SALUD, OTRA FORMA DE COLABORACIÓN

PAG – 111 R0140 SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS ORGANIZACIONES DOCENTES

PAG – 113 R0142 CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA, CONSULTAS EXTERNAS, URGENCIAS HOSPITALARIAS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALAMANCA

COMUNICACIONES PÓSTERES

PAG – 116 R0007 IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN EL DESPLIEGUE DEL PLAN DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PAG – 118 R0009 INTEGRACIÓN ASISTENCIAL ENTRE NEUROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA INICIAL CON UN CORREO ELECTRÓNICO PARA CEFALEAS

PAG – 120 R0010 CAMINANDO HACIA LA GESTIÓN POR PROCESOS. UNA EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN

PAG – 122 R0015 EVALUACIÓN EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

PAG – 124 R0016 GESTIÓN DE DESPLAZAMIENTOS CON CALIDAD

- PAG – 126** R0018 PRIMER PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA
- PAG – 128** R0021 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EFICACES EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LOS USUARIOS
- PAG – 130** R0022 ATENCIÓN CONTINUADA A PACIENTES DE RESIDENCIAS DE ANCIANOS. DETECCIÓN DE PROBLEMAS Y PROPUESTA DE MEJORAS.
- PAG – 132** R0023 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO
- PAG – 134** R0024 VARIABILIDAD EN EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CARTERA DE SERVICIOS EN MEDORACYL. PROPUESTA DE MEJORA.
- PAG – 136** R0026 EN ANTICOAGULACIÓN, MEJOR CUANTO MÁS CERCA
- PAG – 137** R0027 PROPUESTA DE MEJORA EN PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)
- PAG – 139** R0028 CRIBAJE DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO
- PAG – 141** R0030 VÍA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL DOMICILIO
- PAG – 143** R0031 COORDINACIÓN ASISTENCIAL PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ÚLCERAS Y HERIDAS CRÓNICAS
- PAG – 145** R0032 PLAN DE GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN Y DEL MATERIAL SANITARIO EN LOS CONSULTORIOS LOCALES Y MALETINES PERSONALES
- PAG – 147** R0033 COMO APROVECHAR EL PLAN DE GESTIÓN 2010 PARA MEJORAR UNA PATOLOGÍA CRÓNICA INFRADIAGNOSTICADA EPOC ¿SIRVEN PARA ALGO?
- PAG – 149** R0034 PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA EL MANEJO DE CERVICALGIAS
- PAG – 151** R0035 EDUCACIÓN EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HIGIENE POSTURAL LABORAL Y CUIDADOS EN USUARIOS CON TRABAJO ADMINISTRATIVO.
- PAG – 153** R0038 COBERTURA DE VACUNA ANTINEUMOCOCICA CONJUGADA EN UN CONSULTORIO SEMIURBANO
- PAG – 155** R0039 EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE DETECCIÓN PRECOZ DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE VALLADOLID
- PAG – 157** R0040 SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO: ÉPOCA DE CAMBIOS Y SATISFACCIÓN, CON ALGUNOS DÉFICIT DE INFORMACIÓN.

PAG – 159 R0042 COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

PAG – 161 R0043 PERCEPCION DE LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA SOBRE EL VALOR DE LA FISIOTERAPIA EN EL AREA ESTE DE VALLADOLID.

PAG – 163 R0044 REDISEÑO DE UN MANUAL DE EQUIPAMIENTO BÁSICO PARA LA ATENCION CONTINUADA.

PAG – 165 R0045 ENTREVISTA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN

PAG – 167 R0046 COMISIÓN DEL PLAN DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON LA SALUD: EXPERIENCIA PARA LA MEJORA EN CALIDAD

PAG – 169 R0047 ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2. PROPUESTAS DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN

PAG – 171 R0048 PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN LIGADOS A CAMBIOS EN FORMAS FARMACÉUTICAS

PAG – 173 R0049 PAPEL DEL ENTORNO PROFESIONAL EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS

PAG – 175 R0050 DEPENDENCIA: MEJORA DE LA CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN EN INMOVILIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 177 R0051 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA INTENSIVA SOBRE ESTILOS DE VIDA MODIFICABLES EN POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE PADECER DM2 EN DOS TRAMOS DE EDAD (45-70 vs >70). (ESTUDIO DE_PLAN)

PAG – 179 R0053 VALORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA LA DETECCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE LOS MEDICAMENTOS

PAG – 181 R0054 IDENTIFICACIÓN DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PERSONAS ATENDIDAS POR UNA UNIDAD DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

PAG – 183 R0056 BAREMO VALORACIÓN DEPENDENCIA: CARACTERÍSTICAS DE LOS SOLICITANTES Y CALIDAD EN SU COMPLEMENTACIÓN

PAG – 185 R0060 ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 187 R0061 CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

PAG – 188 R0064 USO RACIONAL EN LA DISPENSACIÓN DE APÓSITOS SINTÉTICOS

PAG – 190 R0067 GESTIÓN POR PROCESOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA. DISEÑO Y DESPLIEGUE DEL MAPA DE PROCESOS.

PAG – 192 R0068 ¿HEMOS MEJORADO LA ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO PARA NUESTROS PACIENTES? EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN EAP

PAG – 194 R0069 ¿MEJORA LA SATISFACCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA? EVOLUCIÓN A LO LARGO DE TRES AÑOS

PAG – 196 R0072 PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: EPOC

PAG – 198 R0073 SONDAJE VESICAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 200 R0075 DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE LA ELABORACIÓN DE UNA MATRIZ DAFO

PAG – 202 R0076 MEJORA DEL SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA.

PAG – 204 R0077 MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGÍA URGENTE EN UN CENTRO DE SALUD: ELABORACIÓN DE UN PROCESO CLÍNICO ASISTENCIAL

PAG – 206 R0082 PROYECTO CLIP: INCORPORACION SISTEMÁTICA DE DOCUMENTACIÓN EXTERNA A LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

PAG – 208 R0085 ESTUDIO DE LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA EN CANDELARIO EN 2007

PAG – 210 R0086 FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 212 R0087 TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Y PATRONES CIRCADIANOS

PAG – 213 R0088 LUGAR DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS. IMPLICACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

PAG – 215 R0089 MEJORA DE ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

PAG – 217 R0091 PASOS NECESARIOS PARA BUSCAR, EVALUAR Y COMUNICAR EVIDENCIAS CON GARANTÍAS DE CALIDAD

PAG – 219 R0094 ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD DEL JOVEN: PROPUESTAS DE MEJORA

PAG – 221 R0095 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y POSIBILIDAD DE MEJORA DE LOS INFORMES DE ATENCIÓN CONTINUADA REALIZADOS CON MEDORA (2009-2011)

PAG – 223 R0096 CARACTERISTICAS DE FRECUENTACION DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

PAG – 225 R0099 NIVEL DE ADECUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA DE SALUD EN CUANTO A LA GARANTÍA DE ACCESO A LA PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

PAG – 227 R0100 INFORMATIZACION CENTROS DE SALUD. EFICIENCIA Y NECESIDADES FORMATIVAS

PAG – 229 R0104 RESULTADOS DEL PLAN DE ACTUACIÓN TRAS LA PICADURA DE GARRAPATA Y MEDIDAS DE MEJORA

PAG – 231 R0105 ESTUDIO DE IMPACTO DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA SOBRE MANEJO DEL ESPIRÓMETRO POR ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS RESULTADOS DE CARTERA DE SERVICIOS

PAG – 233 R0106 CALIDAD DE RESULTADOS CLÍNICOS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN RELACIÓN CON EL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN

PAG – 235 R0108 EXPERIENCIA DURANTE TRES AÑOS EN EL CRIBADO DE LA RETINOPATIA DIABÉTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 MEDIANTE CÁMARA NO MIDRIÁTICA

PAG – 237 R0109 EXTRACCIÓN PERIFERICA EN UN C.S. SEMIURBANO: ANÁLISIS DE INCIDENCIAS

PAG – 239 R0110 Fácil, fácil, ¿le doy una cita?

PAG – 241 R0111 FACTORES CLÍNICOS CONDICIONANTES DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

PAG – 243 R0112 MODELO DE CALIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DEL ABORDAJE Y CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

PAG – 245 R0113 GESTIÓN DE STOCK DE MEDICAMENTOS DE BOTIQUÍN A TRAVÉS DE LA WEB DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 247 R0114 ADECUACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) EN LA PREVENCIÓN DE GASTROPATÍA POR ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)/ANALGÉSICOS

PAG – 249 R0115 CALIDAD EN LA ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD MEDIANTE LA CITA PREVIA

PAG – 251 R0116 ¡¡SOPLE, SOPLE, SOPLE...!! PROYECTO PARA MEJORAR LA ESPIROMETRÍA EN UN CENTRO DE SALUD

PAG – 253 R0120 MEDIDAS DE MEJORA PARA INCREMENTAR EL NÚMERO DE LLAMADAS ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD CON CITA PREVIA AUTOMATIZADA

PAG – 255 R0121 MEDIDAS DE MEJORA PARA GARANTIZAR LA OFERTA DIARIA DE CITAS EN CENTROS DE SALUD CON CITA PREVIA AUTOMATIZADA

PAG – 257 R0123 IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA FACILITADORA DE LA PRESCRIPCIÓN POR DOE EN MEDORACYL EN UN ÁREA DE SALUD

PAG – 259 R0124 ECO – AP 4

PAG – 261 R0125 PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO

PAG – 263 R0127 EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL USO DE DISTINTOS SISTEMAS DE INHALACIÓN, MEDIANTE EL DISPOSITIVO IN-CHECK ORAL INSPIRATORY FLOW METER EN PACIENTES CON EPOC

PAG – 265 R0129 GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL SERVICIO ASISTENCIAL PRESTADO DESDE UN CENTRO DE SALUD A LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UNA RESIDENCIA

PAG – 267 R0130 DISEÑO Y MAQUETACION DE UNA GUIA PRACTICA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 269 R0131 ALGO MAS EN LA REVISIÓN DE SALUD A LOS 14 AÑOS: SUMANDO ESFUERZOS, AUMENTANDO CALIDAD

PAG – 271 R0132 AUTOEVALUACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD SEGÚN LA GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

PAG – 273 R0135 MEJORANDO LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE EL CENTRO DE SALUD

PAG – 275 R0136 MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ADMISION, MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD

PAG – 277 R0137 PROCESO DE CONSULTA DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE SALUD

PAG – 279 R0138 ENFERMOS CON DEMENCIA, SUS CUIDADORES Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. "MEJOREMOS CONOCIENDONOS". UN DISEÑO DE CALIDAD ASISTENCIAL

PAG – 281 R0139 OBESIDAD INFANTIL: CLUSTER DE ACTIVIDADES

PAG – 283 R0141 CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS EN RELACION CON EL SOPORTE SOCIAL

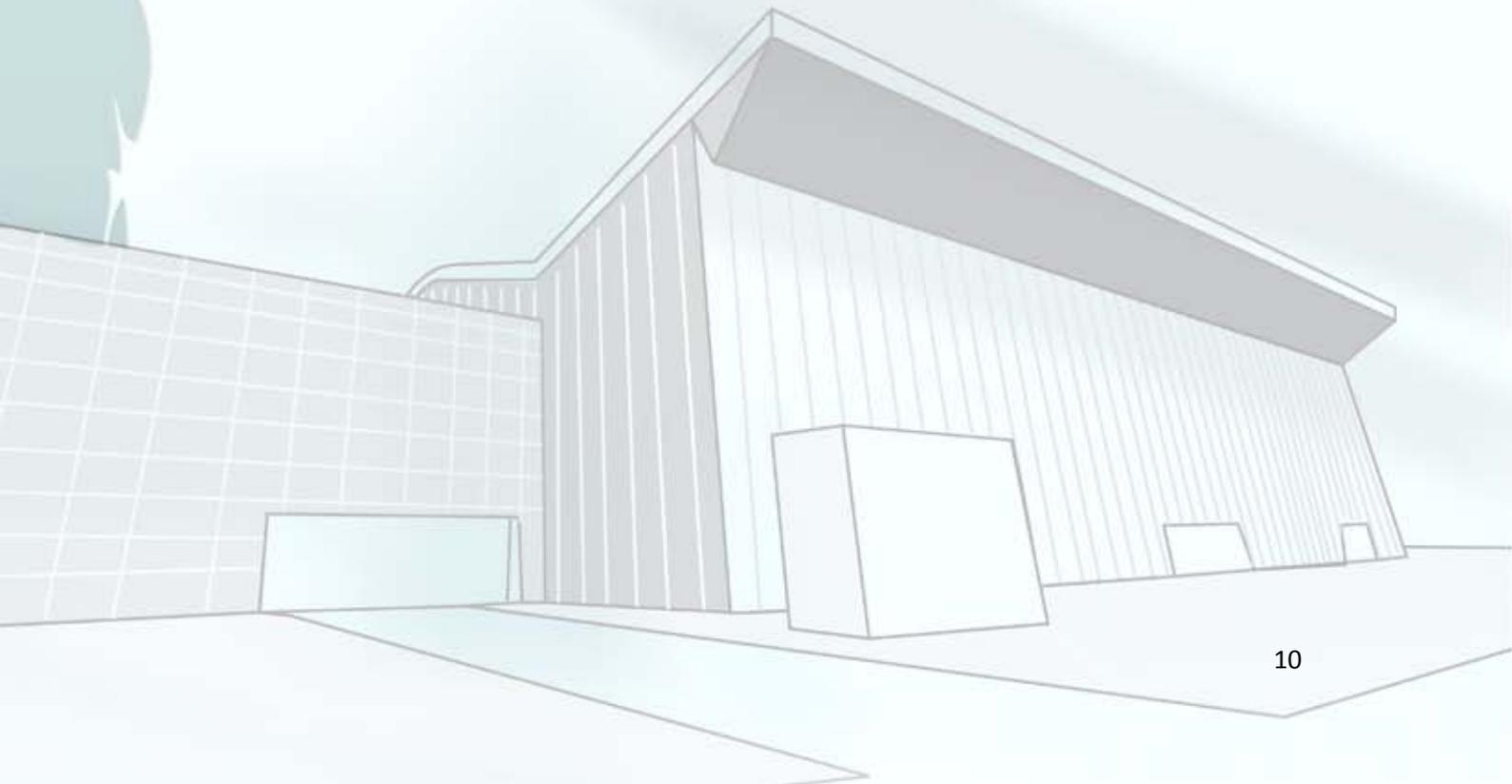
PAG – 285 R0143 FACILITACION A TRAVES DE UN SISTEMA DE TRANSPORTE COLECTIVO, DE LA COBERTURA EN EL PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN UNA ZONA RURAL

PAG – 287 R0144 PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO REUTILIZABLE

PAG – 289 R0146 ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE EN EMBARAZADAS

PAG – 291 R0147 ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE CHARLAS PARA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

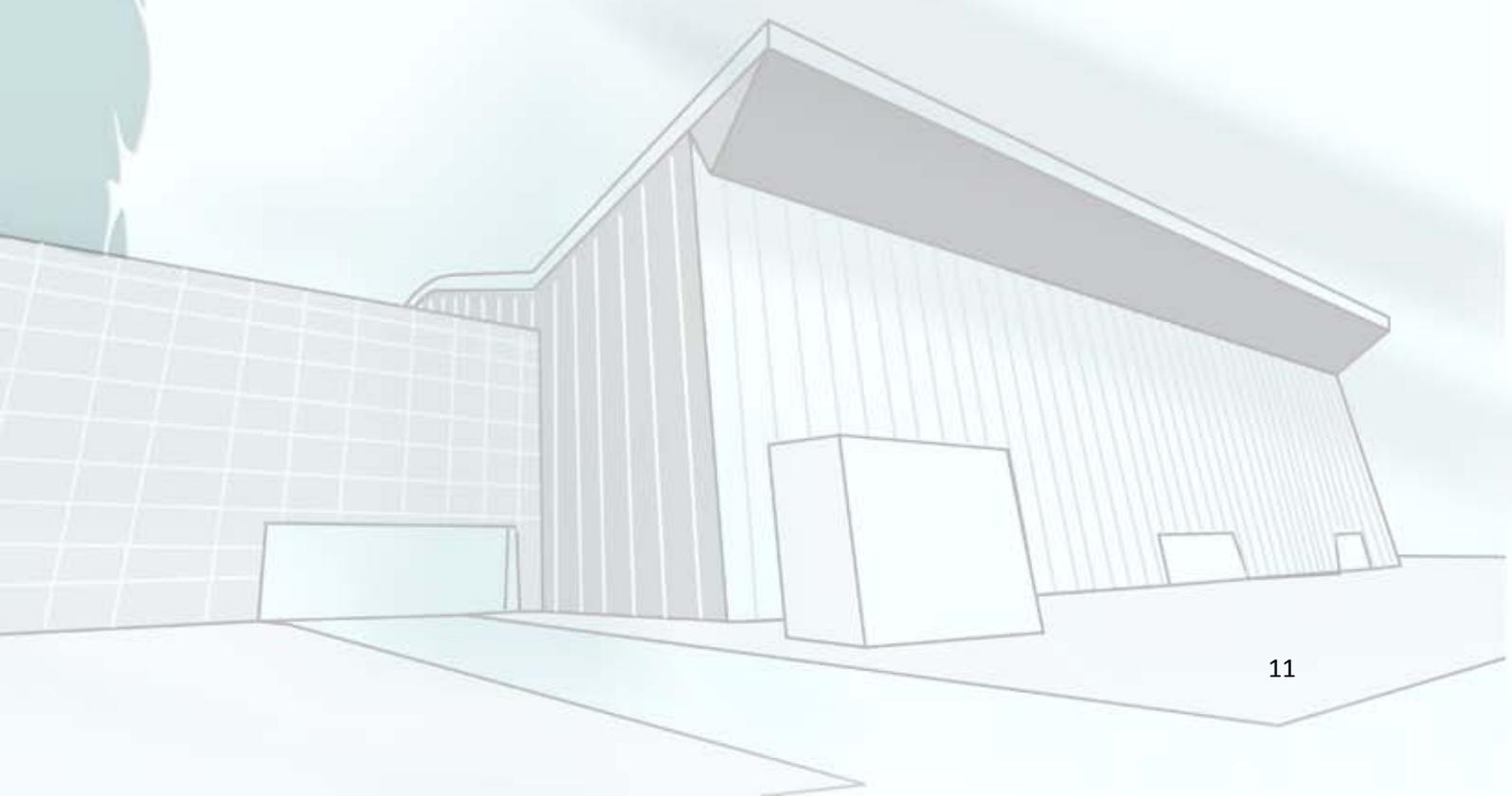
PAG – 293 R0148 MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: CASE MIX EN SALUD LABORAL



"Glinanda"



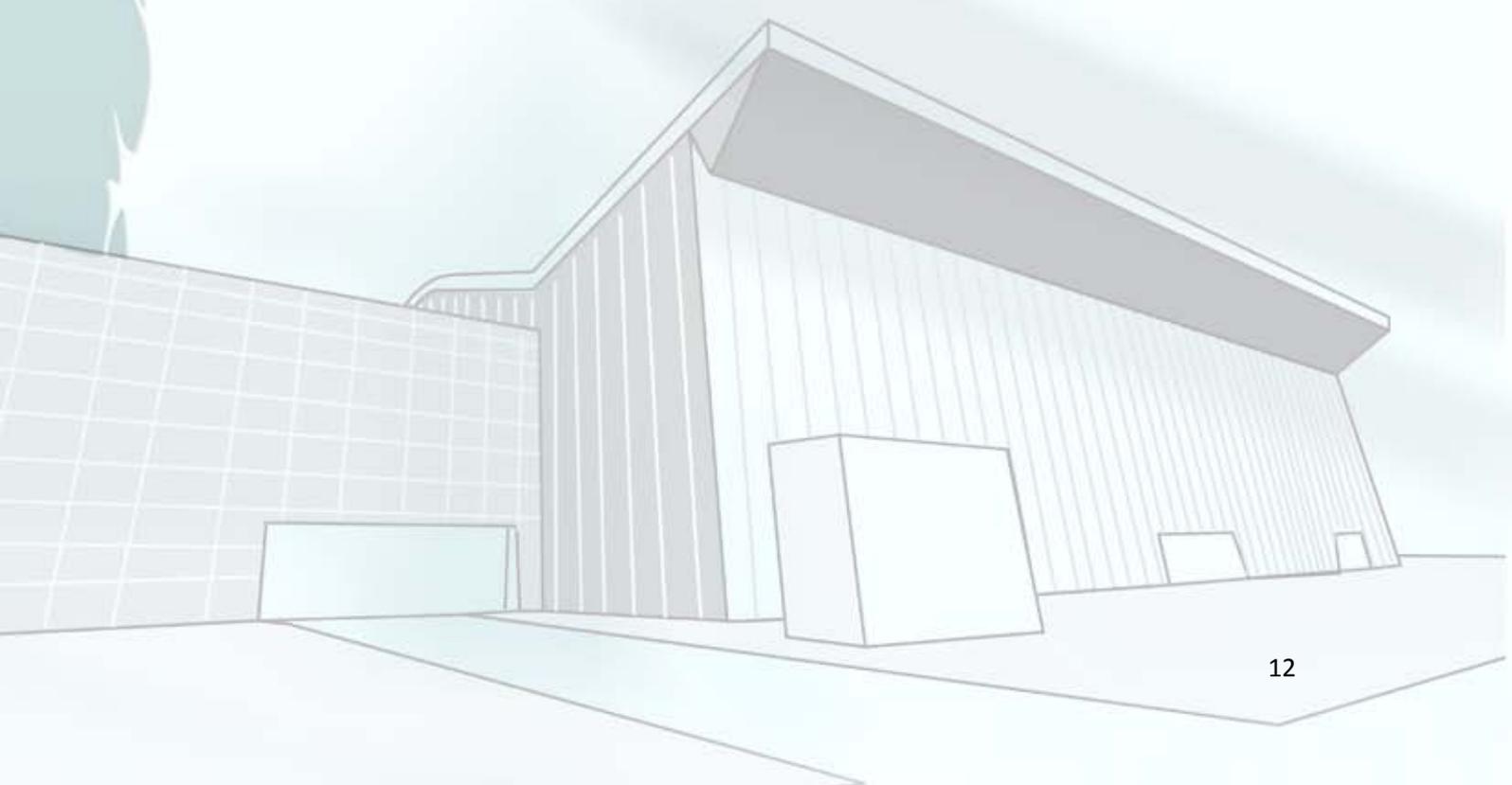
PONENCIAS



"Yginanda"



1ª MESA REDONDA
"CONTINUIDAD ASISTENCIAL"



LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL – 1

Moderador de la Mesa Redonda sobre “CONTINUIDAD ASISTENCIAL”

Jesús Abia González

Director médico de la gerencia de atención primaria va oeste.

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

La Coordinación asistencial, además de fundamental para los Servicios de Salud, constituye una importante herramienta de Gestión Clínica, para mejorar la calidad y satisfacción de los usuarios. La mayoría de los esfuerzos en mejorar la Coordinación asistencial se han volcado en la atención a pacientes crónicos o con Cirugía ambulatoria, implicando a la Atención Primaria y ciertos servicios Hospitalarios. Siendo el paciente el objetivo final de la continuidad asistencial, ha de compartirse el trabajo asistencial entre profesionales de diferentes centros de trabajo y con su intervención en tiempos distintos.

Una adecuada continuidad obligatoriamente comprende, atención personalizada, integral y coordinada entre diferentes servicios. Hace casi una década, diferentes servicios de Salud españoles, incorporan a la Cartera de Servicios de Atención Primaria la continuidad de cuidados para la atención domiciliaria. Alguno de estos Servicios de Salud, crean la “Gestión de Casos”, mejorando de esta forma la Coordinación entre los Servicios Sanitarios de ambos niveles. “El Gestor” planifica y Coordina los cuidados, disminuyendo costes derivados de su fragmentación.

La enfermera, por estar próxima al paciente y su familia sería un profesional idóneo para dicha Gestión. Para conseguir una atención directa a la mayoría de pacientes domiciliarios, se debería llegar a casi tres horas diarias de Atención Domiciliaria por enfermera. Los agentes actores principales de la Atención Domiciliaria, serán, los Equipos de Atención Primaria, Unidades Hospitalarias Domiciliarias, los recursos del sistema de Urgencias y

Emergencias Extrahospitalarias, las Unidades de Salud Mental, y las Unidades Básicas de Rehabilitación. En algunos casos, la respuesta del sistema a las necesidades de Atención Domiciliaria, se ha caracterizado mayoritariamente por el desarrollo autónomo de cada agente, la fragmentación asistencial y la escasa coordinación sociosanitaria. Para superar las deficiencias asociadas a la fragmentación y para la mejora de la calidad en la atención, se pone énfasis en modelos de integración en la provisión de servicios como estrategia.

Los sistemas sanitarios, no acaban de adaptarse al nuevo perfil de los pacientes que deben atender. Ocurre con los enfermos pluripatológicos de gran complejidad terapéutica ó que precisan un diagnóstico rápido sin que su situación clínica obligue a ingresar en cama. El modelo vigente, continúa basado en dos niveles asistenciales que siguen caminos paralelos; atención Primaria que ofrece atención longitudinal y continuada, y una atención hospitalaria, de gran complejidad y especialización, que ofrece sólo atención episódica. Así, son desaprovechados recursos, al duplicar medidas diagnósticas y terapéuticas, condicionando inadecuados ingresos, menor calidad en la asistencia, y produce insatisfacción de los profesionales.

Para la resolución de todo esto, en cualquier entorno desarrollado, surgen iniciativas para establecer continuidad asistencial entre la atención primaria y la atención especializada, pudiendo sumarse también la atención sociosanitaria. Para potenciar la integración entre los diferentes proveedores de Servicios Sanitarios sería necesario que exista adecuado conocimiento, de las partes implicadas, comunicación apropiada y trabajo coordinado. Actualmente, varios instrumentos permitirían conseguir estos objetivos; que resultan de mayor utilidad para potenciar la continuidad asistencial entre los tres niveles Sanitarios Asistenciales; Primaria, Especializada y emergencias.

Entre los instrumentos posibles, uno sería la implantación de sistemas de Información integrados. La Historia clínica digital, es un elemento que permitiría la integración de todos los niveles asistenciales, con la consiguiente posibilidad de disponer en tiempo real de toda la información del paciente, fundamental para evitar duplicidad de pruebas y traslados innecesarios a

urgencias. Esta sería la mejor garantía de la continuidad asistencial. Lo más importante es que este camino es bidireccional, y se convierte en un anillo asistencial, ya que independientemente de donde se atienda al paciente, tiene la garantía de que no sólo recibió una atención sanitaria, sino que todos los agentes sabrán qué sucedió y cómo fué resuelto. Situación aparte en la mejora de la continuidad asistencial es la atención a pacientes del programa de paliativos. En este programa, deben implicarse los tres niveles asistenciales, para mantener la continuidad asistencial las 24 horas, todos los días, ya sean atendidos por urgencias, primaria u hospital, compartiendo todos, la información y colaboración, independientemente del lugar donde fue prestada la asistencia.

Percepción de los usuarios en la Continuidad Asistencial

Se perciben tres tipos de Continuidad Asistencial dependientes de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo de tiempo e interrelacionados entre sí:

De relación: Es la percepción del paciente sobre la relación que establecen a lo largo del tiempo con uno o más proveedores.

De información: Es la percepción sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores, para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales.

De Gestión: es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones.

La Continuidad Asistencial (CA) se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios, mejor calidad de vida percibida, mayor utilización de los servicios preventivos, mayor tasa de adherencia a los tratamientos y disminución del índice de hospitalización. Sin embargo, los rápidos avances tecnológicos, los cambios en la organización de los servicios de Salud, el aumento de enfermedades crónicas complejas y del número de pacientes pluripatológicos hace que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones y servicios distintos, hecho que dificulta la coordinación de la

atención, y amenaza la continuidad de la atención. La CA entre niveles es uno de los grandes retos de nuestro Sistema Nacional de Salud, que busca garantizarla a través de la adscripción de los ciudadanos a un Equipo de Atención Primaria y su coordinación con los otros niveles de atención.

La Coordinación entre niveles

La importancia atribuida a la coordinación entre niveles asistenciales se refleja en las numerosas intervenciones que se generan para abordarla, tanto desde las políticas como en la organización de la provisión. A pesar de los esfuerzos dirigidos al análisis de su promoción en nuestro entorno, son escasos los estudios dirigidos al resultado desde la perspectiva del usuario.

El fin último de las actividades de la evaluación de la calidad, es mejorar la atención de los pacientes, mediante la introducción de cambios en el sistema de trabajo, que deben ser documentados, comprobando que tienen la consecuencia esperada, y que el servicio mejoró efectivamente, transcurrido un periodo de tiempo, y reevaluando el problema, para conocer el grado de mejora alcanzado.

Cambios asistenciales propuestos

La Medicina Interna, puede jugar un papel de puente, dentro del Hospital, sin competir con la función del Médico de Familia, al disponer de medios diagnósticos y terapéuticos de nivel especializado. Esta colaboración es eficaz en las patologías más prevalentes, pacientes crónicos reagudizados, ó por precisar atención hospitalaria transitoria con escasa complejidad. Esta posibilidad, evitaría muchos de los eventuales ingresos, dejaría de sobrecargar los servicios de Urgencias y evitaría romper la aquí tratada continuidad asistencial. La Continuidad de cuidados de enfermería constituye una importante mejora en la atención a los ciudadanos, que viajan de un ámbito a otro de la asistencia Sanitaria.

Repercutirá en la mejora de la atención domiciliaria, con la consecuente disminución de consultas urgentes, ya que el cuidador familiar estará formado e

informado de los signos y síntomas que requieren atención inmediata. La falta de coordinación asistencial acarreará consecuencias como, retrasos en la atención, repetición de pruebas innecesarias, aumento de la demanda asistencial y de reingresos, frustración y desánimo de los profesionales, con el correspondiente aumento de costes e ineficacia en la gestión. Son numerosos los ejemplos encontrados en este momento a lo largo de la geografía española, relacionados con la continuidad asistencial, todos ellos creados en aras a mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios de ambos niveles.

El proyecto del **enfermero gestor de casos**, pretende establecer las líneas estratégicas a seguir en la Atención Domiciliaria, especialmente en los casos complejos ó con un requerimiento mayor de cuidados y seguimiento. Este proyecto es creado para conseguir mayor calidad en la atención domiciliaria, así como la eficiencia en la prestación de los cuidados, además de la capacitación de los cuidadores en su labor, que permita un incremento de bienestar tanto para ellos mismos como para los pacientes.

Los usuarios captados para la gestión de casos, han de cumplir unos criterios de inclusión como; procesos crónicos incapacitantes, pluripatología con deterioro funcional, paciente Terminal y cuidados domiciliarios tras alta hospitalaria. Asimismo, en la gestión de casos, son perseguidos unos importantes objetivos como atención integral en domicilio, contacto continuo y sin pérdidas de información, entre los diferentes niveles asistenciales, contactar con otras instituciones, lograr mejor autonomía, y mejorar la coordinación entre profesionales y niveles promoviendo mayor comunicación e interrelación.

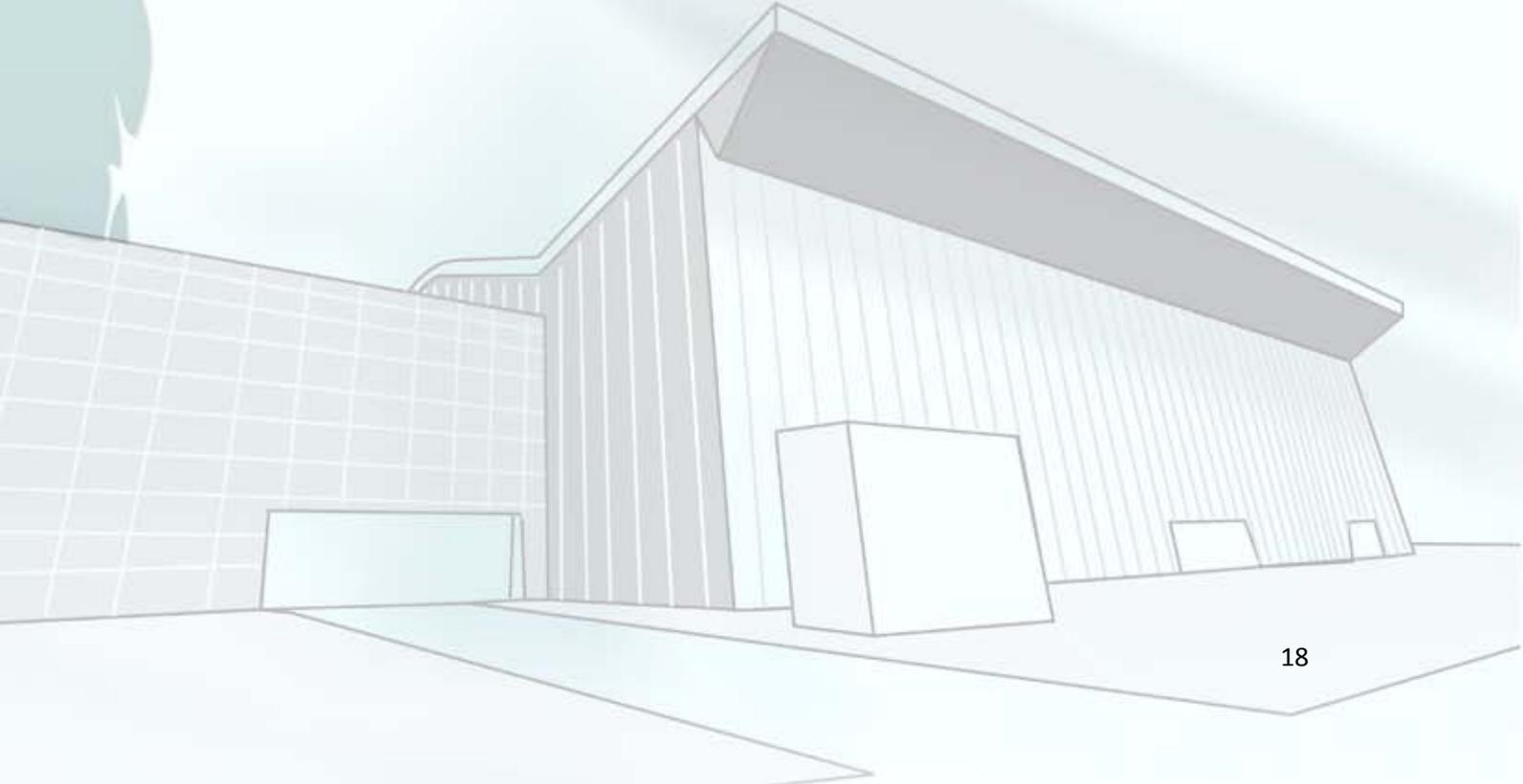
Continuidad asistencial en urgencias y emergencias

El desarrollo de estrategias para mejorar la coordinación asistencial en las que están incluidos todos los niveles asistenciales; Primaria, Especializada y Urgencias Extrahospitalarias, implica la estandarización de los procesos asistenciales de aquellas patologías con mayor repercusión en el ámbito de la urgencia. Esta protocolización debe servir fundamentalmente en el momento de realizar la transferencia del paciente de un nivel asistencial al siguiente. Para potenciar la integración entre los diferentes niveles de servicios, se necesita un

"Gloria"

adecuado conocimiento de todos ellos, la comunicación apropiada y el trabajo Coordinado. Las mejoras en las Tecnologías de la comunicación, sirven para que se unifiquen todos los niveles, siendo esto fundamental para el paciente, ya que en cualquier sitio que esté, llega toda su información, y no al contrario, siendo el paciente el que va a buscar su propia información.

De esta manera, con independencia del lugar donde se preste la atención, el paciente tiene la garantía de que todos sabrán qué sucedió y cómo fue dada respuesta al caso. El proceso de atención a pacientes en cuidados paliativos, puede servir de ejemplo para plantear mejoras en su atención garantizando la continuidad asistencial, ya que se encuentran implicados los tres niveles asistenciales, las 24 horas diarias, sean atendidos por urgencias, primaria u hospital, y comparten toda la información para poder participar en su tratamiento con seguridad.



LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL - 2

Flor de Castro Rodríguez.

Médico de Emergencias.

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Sacyl.

INTRODUCCIÓN

Los términos coordinación, continuidad e integración asistencial han sido utilizados indistintamente para referirse a la conexión de atención que recibe un paciente desde múltiples servicios sanitarios. Sin embargo, cada uno de ellos tiene un significado distinto. La coordinación asistencial podría definirse como la conexión de todos los servicios relacionados con la atención de la salud con independencia del lugar donde se reciban; cuando la coordinación alcanza su grado máximo la atención se considera integrada. La continuidad asistencial es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente¹.

COORDINACIÓN ASISTENCIAL

La mejora de la coordinación asistencial no solo se ha convertido en una prioridad para muchos servicios de salud, sino que está siendo utilizada como una herramienta de gestión clínica generadora de mejor calidad y satisfacción de los usuarios². Son numerosos los estudios que han puesto de manifiesto los problemas que generan la falta de comunicación, coordinación e integración entre niveles: ineficiencia en el uso de recursos (duplicidad de pruebas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuada de los servicios de urgencias y emergencias), pérdida de la secuencia de los procesos asistenciales (falta de seguimiento a pacientes hospitalizados) y disminución de la calidad de la atención prestada³. En nuestro país, la mayor parte de los esfuerzos en mejorar la coordinación asistencial se ha realizado en la atención a pacientes con problemas de salud crónicos o pacientes con cirugías ambulatorias y los

niveles implicados han sido Atención Primaria y algunos servicios de Atención Especializada.

Son pocos los Servicios de Salud que han desarrollado estrategias para mejorar la coordinación asistencial en los que estén incluidos todos los niveles asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios. Uno de estos servicios es el Servicio Andaluz de Salud que desarrolló el llamado Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE), cuyo objetivo era dar respuesta integral y continua a las urgencias y emergencias sanitarias mediante la estandarización de los procesos asistenciales de aquellas patologías con mayor repercusión en el ámbito de la urgencia⁴.

Existen otras experiencias en esta Comunidad en las que el eje de la continuidad asistencial lo constituye el personal de enfermería, en concreto entre los profesionales de enfermería de Urgencias y Emergencias y las denominadas Enfermeras Comunitarias de Enlace⁵.

EXPERIENCIA EN COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN CASTILLA Y LEÓN

La experiencia en nuestra Comunidad es limitada. La Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León inició en el año 2003 una práctica basada en la creación de protocolos asistenciales para la atención del paciente con dolor torácico grave y el paciente politraumatizado. En su desarrollo y aplicación estaban implicados Atención Primaria, los Servicios de Urgencias de Atención Especializada y Emergencias Sanitarias a través de sus diferentes Unidades Medicalizadas de Emergencias (UMES).

Estos protocolos, a pesar de tener una implantación muy irregular en la Comunidad sirvieron, en algunos casos, para conseguir los objetivos perseguidos: mejorar el conocimiento del funcionamiento de los servicios de atención urgente tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario y potenciar la

continuidad asistencial fundamentalmente en los momentos en los que se realizaba la transferencia del paciente de un nivel asistencial al siguiente.

Posteriormente, han surgido algunas iniciativas que han servido para desarrollar guías de práctica clínica en las que han participado Atención Primaria, varios servicios de Atención Especializada, incluido el Servicio de Urgencias, de una determinada Gerencia de Salud de Área y Emergencias Sanitarias. Su uso ha servido fundamentalmente para mejorar la actitud terapéutica y evitar derivaciones inadecuadas. Sin embargo, esta práctica no ha logrado extenderse a todas las Áreas de Salud.

PROPUESTAS DE MEJORA. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL QUE PUEDEN SERVIR PARA INTEGRAR LA ATENCIÓN SANITARIA DE LOS TRES NIVELES SANITARIOS.

Para potenciar la integración entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios es necesario que exista un adecuado conocimiento de las partes implicadas, la comunicación apropiada entre ellas y el trabajo coordinado.

Son varios los instrumentos que en la actualidad permiten conseguir estos objetivos; se destacan los que podrían resultar de mayor utilidad para potenciar la continuidad asistencial entre los tres niveles sanitarios en Castilla y León.

- Implantación de sistemas de información integrados.
 - La historia clínica digital única es el elemento central que permite la integración de todos los niveles asistenciales. La posibilidad de disponer a tiempo real de toda la información del paciente resulta fundamental para evitar interferencias terapéuticas, duplicidad de pruebas diagnósticas, y traslados innecesarios a urgencias hospitalarias.
 - Disposición de un registro único de los pacientes que son considerados de alto riesgo. Es de especial utilidad en los servicios de emergencias extrahospitalarias conocer si un paciente puede precisar la atención de

un determinado recurso. Esto puede facilitar al personal sanitario la toma de decisiones ante una determinada demanda de dicho paciente.

- Implantación de sistemas de telemedicina. La posibilidad de contar con sistemas de imagen y voz que permitan a tiempo real comunicar a los profesionales encargados de la atención extrahospitalaria con los centros hospitalarios, han demostrado ser instrumentos de gran ayuda al permitir mejorar la capacidad diagnóstica de los primeros y por tanto, establecer mejor la indicación del traslado al centro hospitalario y la opción terapéutica más adecuada.
- Guías de práctica clínica compartidas. Son instrumentos que permiten estandarizar el proceso de atención al paciente. Contribuyen a mejorar la coordinación al establecer los objetivos asistenciales del paciente, determinar qué nivel de atención es el más adecuado y concretar los criterios de derivación de los pacientes.
- Creación de grupos de trabajo. Existen diversas variantes “multidisciplinares”, “interdisciplinarios”, “transdisciplinarios”⁶; de todos ellos en los que puede resultar útil la presencia de todos los niveles asistenciales son los “interdisciplinarios”. Se trata de grupos que se reúnen periódicamente para coordinar programas de tratamiento, fijando intervenciones complementarias evitando así contradicciones en la atención y comunicación con el paciente.

La mayoría de los expertos en el tema afirman que la utilización aislada de cualquiera de estos instrumentos no servirá para mejorar la coordinación asistencial, y por tanto, es necesario combinarlos. Así mismo, establecen que el avance en la coordinación asistencial no solo es el resultado de la combinación de estos instrumentos sino que es necesario romper las barreras que existen entre los diferentes niveles asistenciales.

CONCLUSIONES

Resulta evidente que la coordinación e integración entre niveles es un reto que debe afrontar todo sistema sanitario si quiere mejorar la calidad de su prestación. Esta coordinación debe producirse entre todos los niveles asistenciales puesto que, de una manera u otra, todos van a establecer contacto con el paciente en algún momento de su enfermedad. La adecuada integración servirá para mejorar la eficiencia de las acciones diagnósticas y terapéuticas que se realicen a dicho paciente. Existen múltiples instrumentos para mejorar la coordinación asistencial, ninguno es verdaderamente útil si se utiliza de forma aislada, por lo que resulta necesario antes de implantar cualquier medida realizar una planificación adecuada de los objetivos que se pretenden conseguir y determinar la mejor forma de conseguir estos objetivos mediante al combinación de varios de estos instrumentos

BIBLIOGRAFÍA

1. Terraza Nuñez T. et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac. Sanit. 2006; 20 (6): 485-95
2. Fernández Moyano A., Ollero Baturone M., Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. Rev Esp Salud Pública 2010; 84:349-351
4. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (Consultado 20 de abril de 2011) <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal>.
5. Anguita Cámara S. et al. Continuidad de cuidados y comunicación interniveles entre Equipos de Emergencias Sanitarias y Atención Primaria. Revista Digital de Enfermería 2008; 00: 15-25 (www.enferurg.com)
6. Mickman S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. Aust Health Rev. 2000;23:179-92.

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL - 3

D. Pedro Martínez Tenorio.

Gerente del SUMMA 112 de la Comunidad de Madrid.

Desde el SUMMA, siempre se ha basado en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes en la Comunidad de Madrid; consideramos que existen tres niveles asistenciales, no dos como en muchos foros insisten en afirmar; uno, la Atención Primaria, la Atención Especializada y el tercero la Atención a las Urgencias y Emergencias. Durante años estos tres niveles han trabajado en aislamiento, como si fueran islas y la interrelación entre ellos era casi inexistente, siendo el mayor perjudicado el paciente, por la falta de continuidad asistencial. Hoy en día, afortunadamente, se están lanzando puentes entre estas tres islas y la comunicación y la información empieza a fluir, con 2 grandes ventajas, la primera para los pacientes, ya que se benefician de una asistencia integral, porque los distintos niveles trabajan sobre la globalidad de la situación clínica del paciente y no se le trata, como durante mucho tiempo ha sucedido, por procesos puntuales independientes y no como un hecho global de su proceso.



Aún no podemos cantar victoria sobre esto ya que no está desarrollado al 100% en ningún sitio, pero el avance en los últimos años ha sido muy importante. Todo ello es posible a dos factores importantes, uno, el interés de los profesionales en la mejora asistencial de sus pacientes y el otro, el gran avance tecnológico que estamos teniendo en los últimos años. Las historias clínicas informatizadas, la transmisión de datos, la unificación de criterios

profesionales y el lenguaje común, los protocolos de actuación, la elaboración de guías y vías clínicas comunes, evidentemente han favorecido al desarrollo de todos estos avances, ya que facilitan de manera importante el trabajo de los profesionales y cuyo resultado es la mejora en la asistencia al paciente, que es el centro de nuestro trabajo.

Desde el SUMMA en la Comunidad de Madrid se ha apostado firmemente por estos principios, la integración y la comunicación. En el año 2005, se comenzó con la integración en un único Servicio a todos los profesionales que trabajaban en la urgencia y que dependían de tres Administraciones distintas; el primer grupo, era el 061, dedicado a la atención a las Urgencias y Emergencias, con un Centro de regulación y coordinación de recursos; el segundo, el SERCAM, que trabajaba de manera independiente y su trabajo era fundamentalmente la atención a la emergencia en unas zonas geográficas concretas, y el tercero, los Servicios de Urgencias de Atención Primaria, que dependían de cada una de las 11 áreas de Atención Primaria, que entonces existían, y que se dedicaban fundamentalmente a la atención de los pacientes cuando los Centros de Atención Primaria permanecían cerrados, es decir, los festivos y las noches. Con la integración de estos tres Servicios se logró la creación de un gran Servicio de Urgencias, formado por más de 2.000 profesionales, que tenían que trabajar siguiendo criterios homogéneos, y que fueran capaces de actuar ante cualquier situación de urgencia y emergencia que sucediera en cualquier punto de la Comunidad, a cualquier hora y en cualquier día. Para ello, aparte de los sistemas organizativos, se unificó la formación y se informatizó todos los recursos y se aplicaron guías y vías de actuación elaborados por los propios profesionales del Servicio, en resumen, se homogeneizó todos los Servicios de Urgencias que antes actuaban de manera independiente y con criterios distintos e incluso en algún caso hasta dispares.

Una vez unificado y homogeneizado la forma de trabajo, el siguiente paso fue la comunicación con los otros niveles asistenciales; en cuanto con Atención Primaria se consensuaron las situaciones en las que cada uno debería dar respuesta, ya que las situaciones de urgencia y emergencia que pueden surgir deben ser atendidas por este Servicio, y con la lógica

colaboración entre los profesionales para dar una buena respuesta al ciudadano; otra de las medidas que se adoptaron fue la transmisión de información sobre pacientes, en este punto fue por parte de enfermería donde más se desarrolló la colaboración para garantizar la continuidad asistencial en los cuidados de enfermería, trabajo muy complicado, ya que en ese momento la ayuda desde el punto de vista tecnológico era muy escasa y por tanto la transmisión de información lenta y complicada de manejar. Pero gracias al esfuerzo de estos profesionales, en estos momentos, se puede afirmar que la continuidad asistencial de los pacientes, desde los cuidados de enfermería está garantizada, la transmisión de información entre los hospitales, Atención Primaria y SUMMA y viceversa es fluida y segura.

Este avance tan importante que desde la enfermería se ha logrado, aunque queda recorrido para mejorar, podemos afirmar que aún no se ha conseguido en la atención médica, aunque si existen grandes avances, en primer lugar, se está logrando que la información fluya desde la Atención primaria a los hospitales y viceversa, las TIC están desarrollando todo su trabajo en este sentido, labor muy complicada y difícil, y además cuentan con un gran enemigo que es la resistencia al cambio, que por parte de muchos profesionales se están encontrando, esta resistencia es habitual ya que las modificaciones en la forma de trabajo que se está realizando desde años de la misma manera es muy difícil de modificar, pues, en primer lugar modifica hábitos de trabajo, y significa un nuevo aprendizaje que unido a la carga de trabajo siempre es percibido como empeoramiento, cuando la realidad es que una vez superado el aprendizaje y modificado el hábito antiguo, nos ahorra mucho trabajo y mejoraremos en calidad y en seguridad, prueba de ello es que cuando ya están implantados, y por algún problema, intentamos volver a la forma antigua de trabajo, las quejas por la ineficiencia del sistema antiguo son unánimes.

Pues bien, estas mejoras en las TIC están haciendo que en primer lugar se unifique todos los sistemas, logrando que independientemente del Centro de Trabajo las herramientas informáticas sean las mismas, y esto para el paciente es fundamental, ya que esté donde esté, toda su información llega donde el paciente esté, es decir, la información sigue al paciente a donde él esté, y no como antes, todavía ahora en muchos sitios, es el paciente el que tiene que ir a

donde está su propia información. Esta es la mejor garantía de la continuidad asistencial, y esto que ya es realidad en muchos Centros hospitalarios, sigue creciendo y salta a la atención primaria y también a la urgencia extrahospitalaria, y lo más importante que ese camino es bidireccional, y por tanto, completa el círculo, rompe lo que siempre hemos tenido y denominado cadena asistencial, para convertirse en un anillo asistencial, ya que independientemente de donde se atiende al paciente tiene la garantía que su atención no se quedó ahí, sino que una vez dentro, todo, y todos sabrán que sucedió y como se solucionó, o no, su evento. Todo esto que podríamos considerar como "idílico" lógicamente no está implantado en todos los centros ni en todos los niveles, pero lo que sí es importante es que sí se va por este camino, y por él se está apostando en todos los niveles. En el caso concreto de la Comunidad de Madrid ya podemos decir que se ha avanzado mucho, y se comparten ya esta información bidireccional entre los tres niveles en varios sitios, como en la zona de Fuenlabrada, mucho entre dos niveles, primaria y especializada y urgencias y especializada, faltaría la conexión entre primaria y urgencias. En otras zonas como en San Sebastián de los Reyes y el H. 12 de Octubre, entre la urgencia y estos hospitales, poco a poco se van viendo los resultados, motivo que nos hace ser optimistas en que al final se superaran todos los obstáculos.

Mención aparte merece, una situación especial en la mejora de la continuidad asistencial y es el proyecto de atención a los pacientes del programa de paliativos. Este es un buen ejemplo, a pequeña escala, de cómo se debe de plantear las mejoras en la atención de los pacientes, garantizando la continuidad asistencial. En este programa, se encuentran implicados los tres niveles asistenciales, para mantener la continuidad asistencial las 24 horas, todos los días y ya sean atendido por urgencias, primaria o en un hospital, toda la información es compartida por todos y la colaboración entre niveles es total, este ejemplo de trabajo, desde mi punto de vista, es el que se debe de tener, y lograr que sea cual sea la situación del paciente y el lugar de la asistencia prestada, todos los profesionales que puedan participar en su tratamiento tengan toda la información, sin demora y con seguridad.

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL - 4

LA CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN MEDICINA INTERNA. UN INSTRUMENTO ÚTIL PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Aurelio Fuertes Martín. Medicina Interna.

Hospital Universitario. Salamanca

El final del siglo pasado y el comienzo del presente se caracterizan por la gran rapidez y profundidad de los cambios sociales y sanitarios que se han producido en todos los países desarrollados. Hay que destacar por su importancia el cambio demográfico, con un importante envejecimiento de la población, que ha motivado cambios en los patrones de enfermedad, con primacía de los procesos crónicos. Se han producido además cambios en las expectativas de salud de la población, relacionadas con la mejora de las condiciones económicas y de educación y finalmente cambios tecnológicos y en el conocimiento clínico, que han generado un gran avance de la medicina.

Los sistemas sanitarios han reaccionado con retraso a esta situación de enorme dinamismo social y no acaban de adaptarse al nuevo perfil de los pacientes que deben atender. Así ocurre con los enfermos pluripatológicos de gran complejidad terapéutica o los enfermos que precisan un rápido diagnóstico sin que su situación clínica obligue el ingreso en cama. El modelo asistencial vigente sigue basado en dos niveles asistenciales que siguen caminos paralelos: una atención primaria que ofrece atención longitudinal y continuada y una atención hospitalaria, de gran complejidad y especialización, que ofrece atención sólo de forma episódica. Este modelo despilfarra recursos al duplicar medidas diagnósticas y terapéuticas y al condicionar ingresos no adecuados, aporta menos calidad a la asistencia prestada, a menudo es fuente de errores médicos o iatrogenia y produce insatisfacción en los profesionales.

Para resolver esta problemática, en todo el entorno desarrollado y también en nuestro país, están surgiendo iniciativas que tratan básicamente de establecer una continuidad asistencial entre la atención primaria y la atención

especializada (podría sumarse la atención sociosanitaria), ofertando una atención sanitaria integral, basada en una atención compartida por los dos niveles asistenciales. Esta continuidad asistencial parte del reconocimiento del papel que desempeña el médico de familia como agente del paciente, asumiendo a la vez que un amplio número de enfermos deben ser atendidos con los medios disponibles en las estructuras hospitalarias.

Para que este cambio se produzca, es obligado modificar el modelo de atención, que debe pivotar alrededor del paciente y no del servicio asistencial, y modificar la estructura, el espacio físico donde se presta el servicio, utilizando dispositivos más cómodos, más dinámicos y menos costosos que la clásica cama hospitalaria. En este sentido se han creado diferentes dispositivos asistenciales con la pretensión de que cada paciente sea atendido con los recursos asistenciales que precise.

En este nuevo contexto, la Medicina Interna es una pieza clave para el cambio necesario y ello porque el internista, generalista hospitalario, tiene una mentalidad de asistencia integral, holística, al igual que los médicos de atención primaria. Los internistas pueden jugar un papel de segundo *agente puente* dentro del Hospital, sin competir con la función del Médico de Familia y complementando la misma, al disponer de los medios diagnósticos y terapéuticos del nivel especializado. Este sistema de colaboración será especialmente eficaz en las formas de enfermar que son más frecuentes y que consumen más recursos: los pacientes que precisan diagnóstico, los pacientes crónicos reagudizados o los que requieren asistencia hospitalaria transitoria de escasa complejidad. Una vía de acceso directo del médico de familia al entorno hospitalario refuerza el protagonismo de éste y evita la sobrecarga e hipertrofia de servicios como los de Urgencias, que se han convertido en canalizadores casi exclusivos de acceso al hospital y que rompen la necesaria continuidad asistencial. Esta posibilidad permitiría a su vez programar o evitar muchos de los ingresos actuales que no resisten un mínimo análisis de adecuación.. El problema de las demoras en las listas de espera y su gestión es un asunto no resuelto, en especial las listas de espera para diagnóstico.

El paciente que precisa un *diagnóstico no demorable* es un serio problema. Cualquier análisis de las interconsultas entre el nivel primario y el de especialidades permite detectar fácilmente la ausencia de una ordenación razonable y la existencia de listas de espera inasumibles. La falta de comunicación conduce en muchas ocasiones a situaciones dramáticas que podrían ser evitadas con una comunicación personal donde se acordara el desarrollo de estudios diagnósticos. Es necesaria la colaboración para el estudio de pacientes cuya sospecha clínica no pueda esperar, para ello es preciso generar un circuito de acceso directo al entorno hospitalario que posibilite el estudio de enfermos sin necesidad de ingreso.

La comunicación directa de los internistas con los centros de salud permitirá transferir a Atención Primaria muchos de los pacientes que en la actualidad se perpetúan en el entorno hospitalario. El aumento de la capacidad diagnóstica de los centros de salud en modo alguno competirá con el internista sino que abrirá nuevas posibilidades de colaboración. El nuevo modelo precisa de una nueva organización y en este cambio han sido pioneros en nuestro país servicios de Medicina Interna del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, del Hospital 12 de Octubre de Madrid o de los Hospitales Valle Hebrón y Granollers en Cataluña. Las tentativas de estos nuevos modelos organizativos son diferentes y se encuentran en diferente grado de desarrollo, pero son los mismos los objetivos y la ilusión con la que están desarrollando su actividad.

Con esta filosofía comenzamos hace ya tres años a desarrollar nuestra actividad en un nuevo modelo asistencial dentro del Servicio de Medicina Interna II de Salamanca: **La Unidad y Consulta de Atención Inmediata (UCAI)**. El objetivo principal que nos planteamos era adaptar el servicio de Medicina Interna a las necesidades reales de los pacientes. El propósito central era mejorar la coordinación con los equipos de Atención Primaria, para de esta forma proporcionar una asistencia continuada, más rápida y de mayor calidad a los pacientes, en el área médica. Para ello, propusimos establecer un sistema de coordinación inmediata con Atención Primaria para facilitar la atención a pacientes que requieren un pronto diagnóstico o tratamiento y un nuevo modelo de atención a enfermos pluripatológicos y ancianos frágiles para evitar ingresos innecesarios.

Además establecimos un modelo de conexión con el S. de Urgencias para una atención rápida a pacientes que lo requieran y en los cuales puede evitarse el ingreso, por último facilitamos un lugar para exploraciones y tratamientos especiales de pacientes que no requieran ingreso hospitalario.

En laUCAI trabajamos 3 facultativos especialistas en Medicina Interna y 2 enfermeros y disponemos de una Unidad de Día con 3 sillones reclinables y 2 consultorios, así como material clínico necesario para el desarrollo de nuestra tarea. Para poder llevar a cabo este tipo de atención, precisamos poder realizar exploraciones complementarias de forma rápida. Consideramos que la preferencia debería ser la misma que se utiliza con los enfermos ingresados. Dicha preferencia es fundamental en las técnicas más usuales y de mayor rentabilidad diagnóstica en Medicina Interna, como son las exploraciones radiológicas (especialmente ecografías y TC) y las endoscopias digestivas.

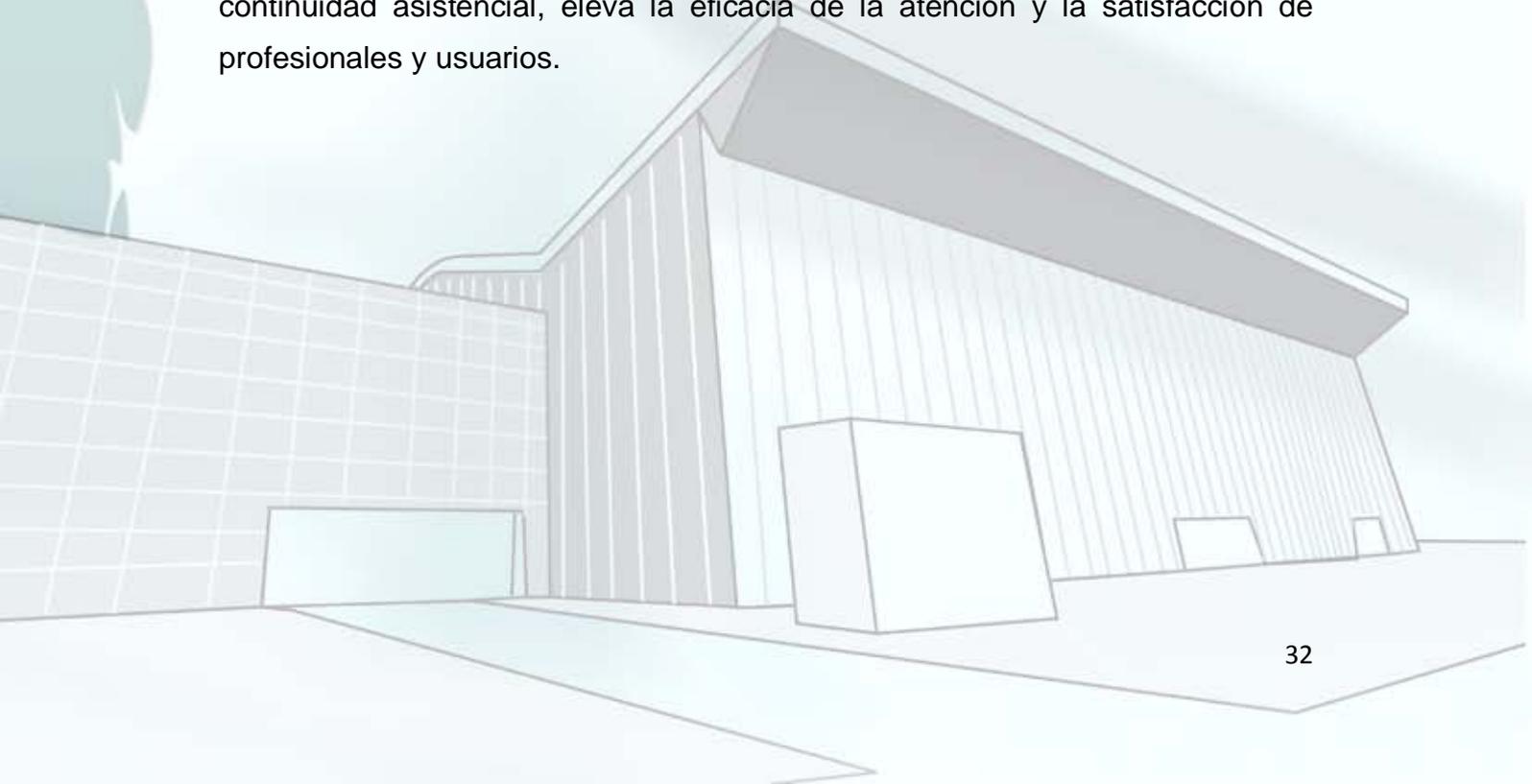
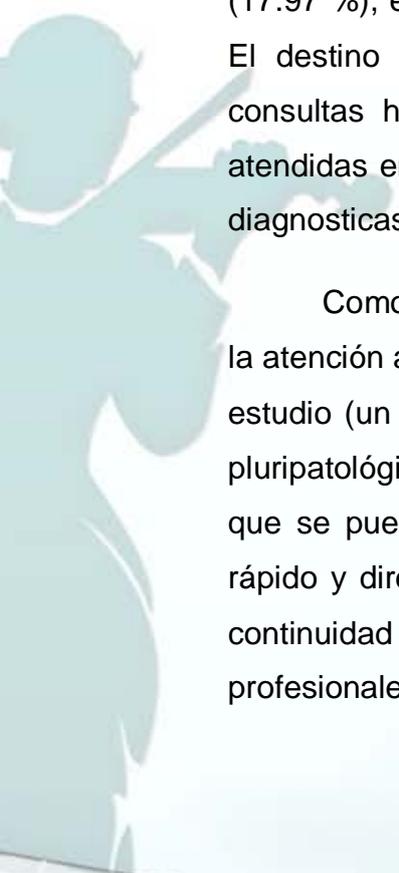
La relación con los Centros de Atención Primaria se lleva a cabo a través de una comunicación rápida y directa (teléfono móvil). La gestión de consultas se realiza directamente entre los responsables médicos de ambos niveles. Nuestra actividad es rescatada por el Servicio de Citaciones *a posterior* (semanalmente). El ámbito de actuación es sobre todas aquellas patologías que a criterio del médico de Atención Primaria requieran una atención inmediata (diagnóstica o terapéutica), que pueda realizarse sin necesidad de ingreso, siempre previo acuerdo telefónico. La relación se complementa con Sesiones Clínicas conjuntas en los Centros de Salud, con periodicidad mensual, donde se tratan casos enviados a nuestra Unidad y dudas o historias clínicas de nueva valoración.

Además en laUCAI recibimos pacientes de las mismas características derivados del servicio de Urgencias, de otros servicios hospitalarios o de otras estructuras sociosanitarias como Residencias de Ancianos, Centros de Alzheimer, etc. Finalmente se oferta un espacio para realizar técnicas diagnósticas de escasa complejidad (paracentesis, toracocentesis, etc.) o terapias que pueden administrarse sin necesidad de ingreso (ferroterapia, transfusiones hemáticas, etc.)

En los dos primeros años de actividad hemos realizado 1363 primeras consultas médicas y 2844 sucesivas (razón sucesivas / primeras: 2.08). El 47.4% de los enfermos fueron varones y la edad media fue de 63.18 años. El 56.5 % de pacientes fueron derivados desde el S. de Urgencias, el 30.8 % de Atención Primaria y el 7.04 % de otras consultas hospitalarias. El intervalo de tiempo desde el contacto del médico que derivó al paciente hasta la consulta fue de 2.4 días de media.

Los motivos de consulta más habituales fueron anemia, síndrome constitucional, dolor abdominal y fiebre. Los diagnósticos más frecuentes fueron (CIE-10): enfermedades del aparato digestivo (25.7%), neoplasias (17.97 %), enfs. osteomusculares (9.4 %) y enfermedades infecciosas (8.9 %). El destino al alta fue: Atención Primaria (57.8 %), Cirugía (7.4 %), otras consultas hospitalarias (21.1 %) e ingresos (6.3 %). El total de consultas atendidas en el área de enfermería fue 5695, que incluyen terapias y técnicas diagnósticas especiales.

Como conclusión, la UCAI constituye un modelo asistencial eficaz para la atención a pacientes con patologías graves que no requieren ingreso para su estudio (un 17,97 % de diagnósticos de neoplasias) y la atención a pacientes pluripatológicos y multifrecuentadores, que precisan controles y medicaciones que se pueden ofrecer sin necesidad de ingreso. La posibilidad de contacto rápido y directo entre los niveles asistenciales, que facilita en gran medida la continuidad asistencial, eleva la eficacia de la atención y la satisfacción de profesionales y usuarios.



CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMERIA

Continuidad Asistencial

M^a Carmen Rodríguez Ferrer.

Directora de Enfermería de Atención Primaria de Valladolid Oeste

La Continuidad Asistencial es más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial, intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un OBJETIVO FINAL COMUN: EL PACIENTE.

En el **momento actual** donde asistimos a cambios demográficos y sociales tales como el envejecimiento de la población, la cronificación de algunos procesos, los cambios en los roles socio-sanitarios se están generando nuevas demandas en los Servicios Sanitarios y con ello la necesidad de dar respuestas integradas y continuadas a las personas que requieren servicios sanitarios. Es por esto que la continuidad de cuidados en Enfermería constituye hoy un potente instrumento de mejora en la atención a los y las ciudadanas que transitan de un ámbito a otro de la asistencia sanitaria. La Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias recoge que el ejercicio de las profesiones ha de realizarse de acuerdo a diferentes principios, entre los que se incluye “la continuidad asistencial de los pacientes” (art. 4.7d)

La continuidad de Cuidados de Enfermería repercutirá en la mejora de la atención domiciliaria, haciendo prever una disminución de las consultas urgentes al está informado formado el Cuidador familiar de los signos/síntomas que requieren atención inmediata. **El objetivo** es personalizar el cuidado de acuerdo a las necesidades del paciente y de la enfermedad.

Una continuidad adecuada comprende tres aspectos fundamentales:

- a) Atención personalizada
- b) Atención integral
- c) Coordinación entre servicios.

Posibles **causas** de falta de Coordinación asistencial: Creciente complejidad de las Organizaciones Sanitarias, constante compartimentalización de los servicios, amplia variabilidad de práctica clínica y la tradicional orientación del sistema hacia los profesionales en detrimento del usuario.

Consecuencias de la falta de coordinación asistencial: Retrasos en la atención, repetición innecesaria de pruebas, omisiones, contradicciones, aumento de la demanda asistencial y de ingresos y reingresos, rutina, frustración y desanimo de los profesionales. Aumentan los costes de la atención, por ineficacia en la gestión de los recursos.

Estrategias llevadas a cabo por OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS para la Continuidad Asistencial.

A partir del año 2002, el Plan de Salud de **Canarias**, incorpora a la Cartera de Servicios de Atención Primaria el conocido "Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria". Este servicio se basa en la figura de una enfermera, denominada Enfermera Comunitaria de Enlace, siendo el eslabón entre Primaria y Especializada con unas metas y actividades perfectamente definidas.

En **Cataluña** se crean Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), cuya finalidad es ofrecer una atención coordinada a través de la continuidad de prestaciones a una población determinada, responsabilizándose de sus costes y resultados en salud. Los OSI surgieron en países con Sistemas de Salud privados, como Estados Unidos.

En la **Comunidad de Madrid** crean la "gestión de casos", para mejorar la Coordinación entre los Servicios Sanitarios de ambos niveles. Este modelo está extendido e implantado en los países anglosajones. El Gestor lideraría el equipo, planifica y coordina los cuidados y disminuyendo costes derivados del cuidado fragmentado. La Enfermera es la figura idónea para la gestión de casos, por su metodología de trabajo, formación e integración de los cuidados así como capacidad de gestión, además la Enfermera es una profesión frontera que se sitúa próxima al paciente y a su familia, con conocimiento científico

propio, adecuando su información y actuando en base a su misión que es el cuidado.

El **Servicio Andaluz de Salud (SAS)**, ha desarrollado la figura de la enfermera Comunitaria de enlace, cuyo objetivo se centra en potenciar la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales en el Equipo AP con los profesionales de AE.

La Comisión Europea en el documento que recoge las recomendaciones para el desarrollo de investigación en Enfermería que fue firmado por el 558º Consejo de Ministros del Consejo de Europa celebrado el 15 de Febrero de 1996, exponía que la Continuidad de Cuidados de Enfermería entre las Instituciones de Asistencia Primaria, Secundaria y Terciaria deben ser estudiadas y desarrolladas.

Continuidad asistencial es **educación sanitaria** grupal o individual, integral, no parcelada por niveles de atención sino entendido de modo completo y sin interrupciones, por ejemplo, la información, educación a una púérpera que es dada de alta, desde AE y AP, debe ser homogénea. Continuidad asistencial es la **descentralización del T.A.O.**, el control de los pacientes anticoagulados, comienza en A.P. enviando los INR de estos pacientes a validar a AE y termina con la recepción de los tratamientos individualizados en tiempo real.

La **coordinación sociosanitaria** es otro ejemplo práctico de Continuidad asistencial, en este caso, entre dos sistemas, el social y el sanitario, tan difíciles de separar y acotar, es por ello que se crean, estructuras que garantizan la interrelación entre los dos sistemas, los ECB, dependientes de la Comisión de Coordinación Sanitaria.

EN CASTILLA Y LEÓN, el Accidente Cerebro-vascular o Ictus, una de las patologías dónde la continuidad asistencial es fundamental se prioriza junto a otros 15 problemas sanitarios, infarto agudo de miocardio, diabetes mellitas, tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, colón, mama, depresión, insuficiencia cardiaca, EPOC, accidentes de tráfico... Para estos problemas se han incluido medidas integrales que van desde la promoción de la salud hasta la atención de los servicios asistenciales.

Servicios que representan una parte fundamental del **III Plan de Salud, Acuerdo 116/2008 de 30 de Octubre, de la Junta de Castilla y León**. Se establecen y desarrollan, estrategias e intervenciones para la mejora de la salud de los ciudadanos mediante la reducción de la incidencia de la mortalidad prematura evitable y de la discapacidad generada por los principales problemas de salud de la Comunidad, es por ello que **la continuidad asistencial en el ICTUS se integra como objetivo de los Planes Anuales de Gestión de las distintas Áreas de Sacyl**.

Se incrementa la **atención a domicilio** y los planes de cuidados personalizados, derivados a **paciente y cuidador**. Se definen y aplican protocolos de seguimiento, se desarrollan actividades de educación sanitaria al alta dirigida a familiares y cuidadores, como difundir información que permita a los familiares identificar signos de alarma en pacientes en riesgo. Se elabora material ortoprotésico adaptado dirigido a pacientes y familiares, se revisan y redefinen **los circuitos asistenciales**, los flujos de procesos, las derivaciones a servicios/unidades de referencia. Se elaboran guías clínicas y protocolos y se fomenta su utilización entre los profesionales. Ya desde el ingreso hospitalario se planifica e inicia la rehabilitación, incluyendo la posibilidad de realización de actividades en el domicilio del paciente con ayuda del fisioterapeuta.

Fundamental es la elaboración de un informe al alta con indicaciones concretas acerca de la coordinación necesaria entre los dispositivos asistenciales y sociales. En el año 2008 se crean las **Comisiones** y Subcomisiones **Asistenciales**, estas **potencian los objetivos destinados a la coordinación asistencial entre niveles**, con el fin de seguir mejorando la Atención Continuada del ciudadano y crear un escenario compartido y cooperativo de desarrollo institucional entre los niveles de A. Primaria y A. Especializada, que permita seguir avanzando en la gestión asistencial integrada y compartida. Se incluyen como objetivos de estas Comisiones asistenciales:

1. **La Gestión de Cuidados al alta** en pacientes posthospitalizados, en concreto por Ictus y fractura de fémur: Se establece como objetivo que el 90% de personas afectadas por Ictus y Fractura de Cadera

deben tener un plan de cuidados personalizado en las 48h. del alta hospitalaria.

2. La Implantación de la **Oncoguía del Cáncer de Mama**: seguimiento de los casos sospechosos detectados en el programa de prevención de cáncer de mama.

En este caso, los objetivos son:

- El 80% de mujeres sean visitas en primera consulta en menos de 15 días en relación a las mujeres derivadas.
- El 80% de mujeres, con confirmación diagnóstica, es menos de 21 días en relación a las mujeres derivadas.
- El 70% de casos, con resultado final comunicado y codificado en el sistema de información sobre el total de derivados para confirmación diagnóstica.

3. Acuerdos de coordinación entre Atención Primaria y Especializada en la **gestión compartida** del proceso **insuficiencia cardiaca**.

Se establecen los siguientes objetivos:

- Un 70% de pacientes diagnosticados de IC en el último año, con eco doppler y/o valorado la fracción de eyección en AE.
- El 70% de pacientes diagnosticados de IC deben ser vistos al menos 4 veces al año en domicilio o en consulta, con periodicidad no superior a 3 meses.
- Se mide el resultado para valorar la disminución de la movilidad, porcentaje de pacientes que ingresan por IC sobre el total de ingresos.

4. **Comunicación** directa entre los **profesionales** sanitarios de **ambos niveles** asistenciales para el intercambio de información y conocimientos clínicos. Se establecen los siguientes objetivos:

- Al menos 5 servicios del hospital dispondrán de un sistema de comunicación específica con los Centros de Salud y darán respuesta a las consultas de los médicos de AP en un

máximo de 4 días, la satisfacción de los profesionales es alta al establecer comunicación en cardiología, digestivo, geriatría, endocrino, traumatología y hematología.

En Nuestro Área, la continuidad de cuidados se viene constatando desde el año 2003, a través de un registro específico de **pacientes posthospitalizados**, que incluye la fecha de alta y la de la primera visita por parte del profesional de AP.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN LOS DISTINTOS NIVELES.

La Enfermera de Atención Primaria recibe el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al alta, revisa la situación del paciente y establece el plan de cuidados correspondiente. La Enfermera de Atención Especializada realiza el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al alta. Lo hacen llegar por correo electrónico al Centro de Salud correspondiente o insta al paciente y/o familiar a entregárselo lo antes posible a su Enfermera de Atención Primaria.

Actividades Comunes de la Enfermera de A.P. y A.E.:

- Actualizar contenidos, formato para la recogida de la información relevante que se ha de incluir en los ICCE.
- Participar en las sesiones formativas acerca de continuidad asistencial ínter niveles.

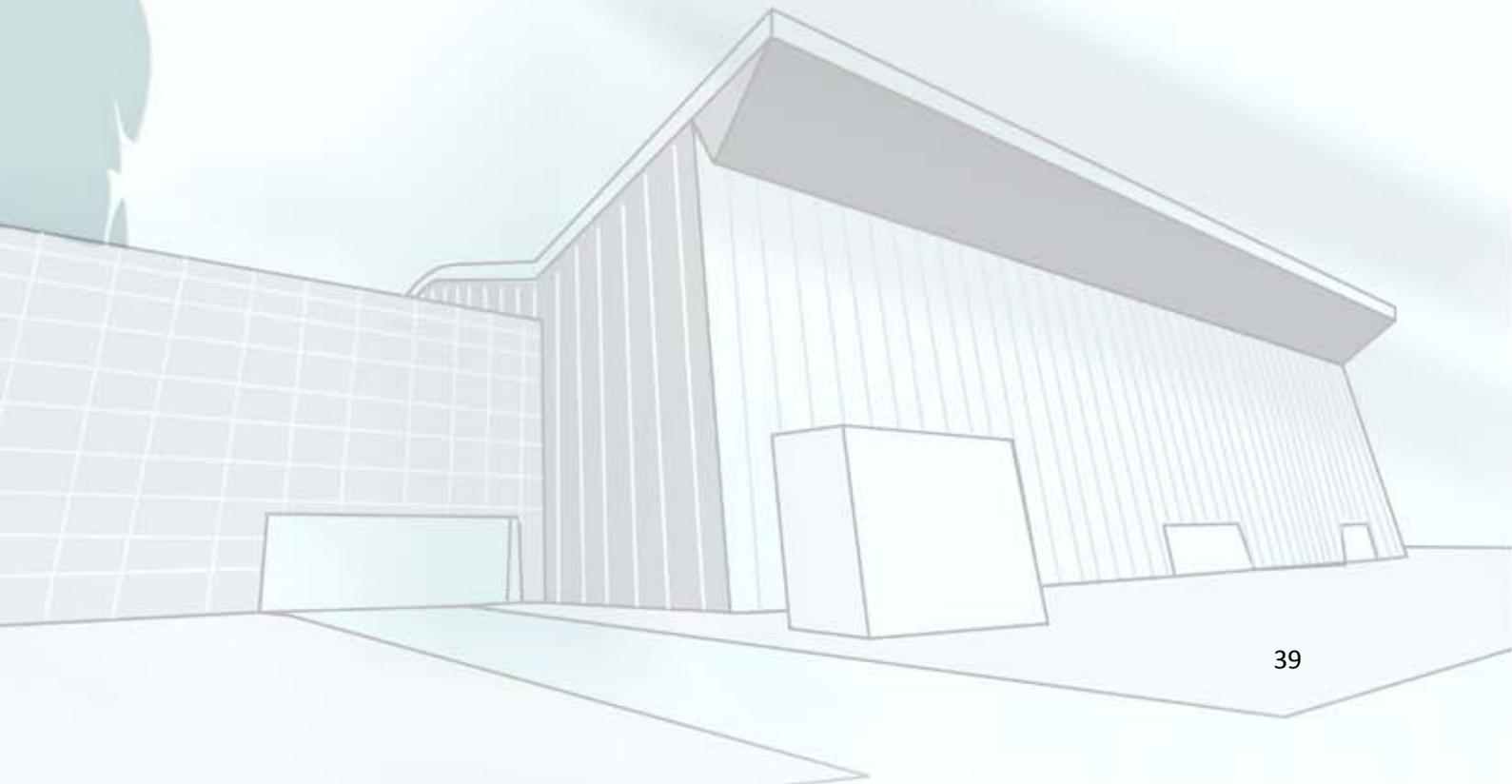
Información recogida en la valoración de Enfermería

En toda valoración de Enfermería, ICCE, se incluirá información estructurada acerca del paciente por patrones funcionales

1. Patrón percepción-manejo de la salud.
2. Patrón nutricional-metabólico.
3. Patrón eliminación
4. Patrón actividad ejercicio
5. Patrón sueño-descanso
6. Patrón cognitivo-perceptual
7. Patrón autopercepción autoconcepto

8. Patrón Rol-relaciones
9. Patrón sexualidad-reproducción
10. Patrón adaptación-tolerancia
11. Patrón valores creencias

En ese mismo año 2003 se crean los **ECB**, su actividad se contempla dentro del sistema de información de los trabajadores sociales y reflejada en las Actas para la Gestión compartida de casos. En cuanto a la descentralización del **T.A.O**, habrá que esperar al año 2008, año en el que de forma progresiva empezamos a implantar este sistema en todo el Área. No quiero olvidar mencionar el protocolo de **Seguimiento de Embarazo normal** consensuado con el Servicio de Ginecología de A.E., revisado y presentado en la Comisión del Área en Marzo de 2007. Actualmente se la está dando forma siguiendo la metodología de gestión por procesos, otro claro ejemplo de Continuidad asistencial.



PROYECTO:

ENFERMERO GESTIÓN COMUNITARIA

D^a. M^a Luisa de Reynoso Rodríguez.

Directora del Departamento de Requena (Valencia). Gerencia Valenciana de Salud.

DEPARTAMENTO DE REQUENA



PLANTEAMIENTO INICIAL

Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria (PMAD) 2004-2007

- ✓ Enfermera: profesional eje de la AD.
- ✓ Concretamente, enfermería de Atención Primaria: responsabilidad del desarrollo de la AD.
- ✓ Actuación domiciliaria. Cuatro grandes ámbitos:
 - a) Atención directa al paciente.**
 - b) Apoyo y atención al cuidador.**
 - c) Gestión de casos** (valoración, elaboración de planes de intervención, coordinación y seguimiento de actuaciones multidisciplinares).
 - d) Gestión de la continuidad asistencial e informativa** (coordinación de flujos de pacientes y de información entre niveles asistenciales y entre agentes domiciliarios).
 - La enfermería de AP, sólo desarrolla (por regla general) actividades de AD en el ámbito de la atención directa al paciente.
 - **Atención directa** mayoría de pacientes domiciliarios (>75%): 2,8 horas diarias de AD por enfermera.
 - Aún con este objetivo, no prestamos las funciones adicionales de los 3 grandes ámbitos restantes.

Estrategia implementar AD en los 4 ámbitos:

- ***I.- Aumentar la actividad de las enfermeras de AP en el campo de la AD, así como la calidad de la labor efectuada:***

1. Rediseñar la Consulta de Enfermería, liberando tiempo para la AD.
2. Rediseñar el contenido de la AD de Enfermería: Programa de Atención Domiciliaria Departamento.
3. Priorizar objetivos de productividad en AD para las enfermeras de EAP.
4. Formación de todas las enfermeras de AP en metodología de cuidados en AD y tecnología en atención domiciliaria.

- ***II.- Creación de una nueva figura de enfermería: la Enfermera de Gestión de Casos.***

1. Asumirá 10 funciones propias.
2. Estimulará e intensificará la prestación de AD por parte de los EAP y la continuidad asistencial en el Departamento de Salud.

Actores de la AD (PMAD 2004-2007):

1. Los Equipos de Atención Primaria a través del Programa de AD (**PAD**).
2. Las Unidades Hospitalarias Domiciliarias (**UHD**).
3. Los Recursos del Sistema de Urg. y Emerg. Extrahospitalarias (**SUEE**).
4. Las Unidades de Salud Mental (**USM**).
5. Las Unidades Básicas de Rehabilitación (**UBRhb**).

- Hasta ahora: desarrollo autónomo de cada agente asistencial

fragmentación
escasa coordinación socio-sanitaria

- Estrategia de la Conselleria de Sanitat: potenciar y consolidar la prestación domiciliaria de los 5 agentes sanitarios con una integración de su actuación

gestión de casos

- **Singularidad** Departamento Requena: de los 5 agentes que identifica la Conselleria como principales, sólo tenemos 3 de ellos: **PAD, SUEE y USM.**

SITUACIÓN PREVIA Y ESTRATEGIA A SEGUIR

Consideración previa:

Percepción generalizada labor enfermería:

- **Actividad global de las enfermeras de AP:** podría ser significativamente mayor. Dificultad importante estimular su aumento.
- **Actividad en la Consulta de Enfermería.** No se sabe con concreción: qué se hace, sobre qué tipo de pacientes y efectividad. Se intuye: bajo número de pacientes con alta frecuentación. Dificultad de los registro de enfermería.
- **Actividad en Atención Domiciliaria programada:** escasa y no protocolizada.

No es la percepción que deseáramos.

¿Qué actividad realiza el personal de enfermería?

1. Control y seguimiento de pacientes crónicos en consulta de enfermería.
2. Atención a la petición de pruebas complementarias para consulta médica.
3. Atención urgente en el centro y a domicilio.
4. Administración de inyectables, curas, extracciones y pruebas diagnósticas.
5. Revisiones sistemáticas y controles de salud infantil
6. Vacunaciones sistemáticas de 6, 11 y 14 años en los centros escolares.
7. Chequeos de salud a los mayores de 40 años.
8. Campañas de vacunación de gripe y meningococo.
9. Charlas de educación sanitaria en colegios y asociaciones de vecinos.
10. Gestión y mantenimiento del almacén sanitario del centro
11. Dependiendo de la organización funcional de los centros también realizan:
 - a) Limpieza y mantenimiento del material sanitario.
 - b) Reposición del material sanitario en consultas.
 - c) Extracción y archivo de historias clínicas para la atención programada de enfermería.
 - d) Atención telefónica, y cita previa en agendas de enfermería.
12. Otras tareas encomendadas según Departamentos.

Además de la AD

¿Qué actividad realiza el personal de enfermería? (II)

1) Actividades autogestionadas.

- » Consulta de enfermería.
- » Atención domiciliaria.
- » Curas programadas de pacientes asignados.

2) Actividades derivadas del EAP.

- » Pruebas complementarias: Electrocardiogramas, doppler vasculares, MAPA, SpO2,...
- » Toma de constantes (temperatura, FC, FR, medición PA,...)
- » Medición de variables analíticas: Glucemia, colesterolemia,...
- » Curas e inyectables derivadas por otros miembros del EAP.
- » Otros

3) Ampliación de cartera de servicios en AP.

- » Espiometrías.
- » Extracciones de sangre para analíticas.
- » Sintrom.
- » Curas e inyectables derivadas de altas o tratamientos hospitalarios.
- » Heparinización y manejo de vías complejas y reservorios.
- » Manejo de infusores.
- » Otros

*Actividades bloque 1): **2 horas.** Se puede autogestionar el tiempo.*

*Actividades bloques 2) y 3): **5 horas.** Enfermería no puede gestionar su tiempo.*

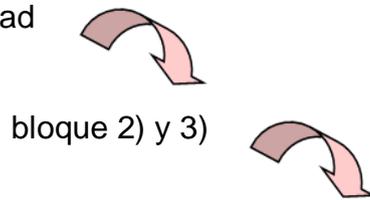
- Ampliación cartera de servicios en AP (tiempo bloques 2 y 3).
- Debemos encontrar equilibrio entre tiempo a dedicar de distintos bloques.
- Duda: **¿Cuánto tiempo deberíamos dedicar a la AD para lograr una cobertura del 100% de los pacientes?**
- Decisión: No pretender conseguir el 100% de la cobertura (a corto-medio plazo). Reestructurar las consultas de enfermería para poder extraer el máximo tiempo posible y destinarlo a la AD.

¿Qué esperamos conseguir?

- Incrementar en cantidad y calidad la AD ofrecida a la población del Departamento.
- Gestionando el tiempo de enfermería adecuándolo a este objetivo.

¿Cuál es el camino para alcanzar este objetivo?

Mayor parte actividad



bloque 2) y 3)

capacidad autogestión del tiempo de enfermería fuertemente limitada

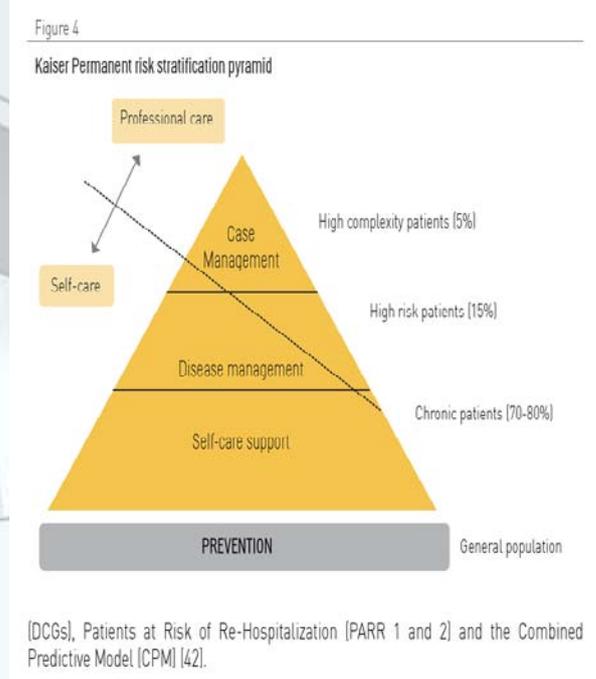
Necesidad:

Dirección de AP, resto de Direcciones y Gerencia del Departamento



Replantear, reorganizar y reestructurar la actividad de enfermería de AP

Pacientes teóricos con necesidad de AD	
<i>Zona</i>	<i>Nº usuarios potenciales</i>
Requena	601
Utiel	396
Ayora	199
Caudete de las Fuentes	186
Cofrentes	149
Departamento Requena	1534



PACIENTES Y CUIDADORES QUE PRESENTEN COMPLEJIDAD DE MANEJO COMUNITARIO

Alta complejidad derivada de:

- **Tratamiento:** polimedicación o tecnología que no dominan paciente y cuidador.
- **Dependencia:** Funcional y cognitiva (Barthel y Pfeiffer).
- **Estructura de soporte de cuidados:** cuando existe una ausencia de cuidador o éste posee unas características de limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y/o sociales.
- **Factores individuales:** edad y nivel de instrucción.
- **Entorno físico:** barreras arquitectónicas y condiciones higiénico-sanitarias.
- **Situación socio-económica:** Pobreza, aislamiento,...

Funcionalmente, los que cumplan los criterios de inclusión:

- Procesos crónicos incapacitantes.
- Pluripatología con deterioro funcional.
- Paciente terminal: cuidados paliativos.
- Cuidados domiciliarios tras **alta hospitalaria**.

FUNCIONES

- 1) Capturar población diana: registro y seguimiento de pacientes derivados por EAP, Altas hospital y Trabajadora Social.
- 2) Recopilar valoración integral de pacientes y cuidadores.
- 3) Colaborar en la elaboración del plan de intervención con el EAP.
- 4) Facilitar la ejecución del plan / relacionar EAP con agentes domiciliarios.
- 5) Gestionar ayudas técnicas, prótesis, equipamientos,...
- 6) Interrelacionar AE / Servicios sociales / EAP en la atención del paciente complejo coordinar su atención.
- 7) Coordinar talleres de apoyo y formación al cuidador (miembros EAP, psicólogos, trabajadores sociales,...)
- 8) Garantizar continuidad de cuidados entre niveles y agentes domiciliarios (alta de enfermería hospitalaria,...)

- 9) Planificar y evaluar la AD:
 - a. Registro de casos activos
 - b. Registro de cuidadores
 - c. Sistemas de información e indicadores (explotación de datos)
 - d. Detección de áreas de mejora y formación de EAP
- 10) Crear un registro de redes de apoyo y recursos socio-sanitarios (recursos ayuntamiento, voluntariado, ONG's,...)

EXPECTATIVAS

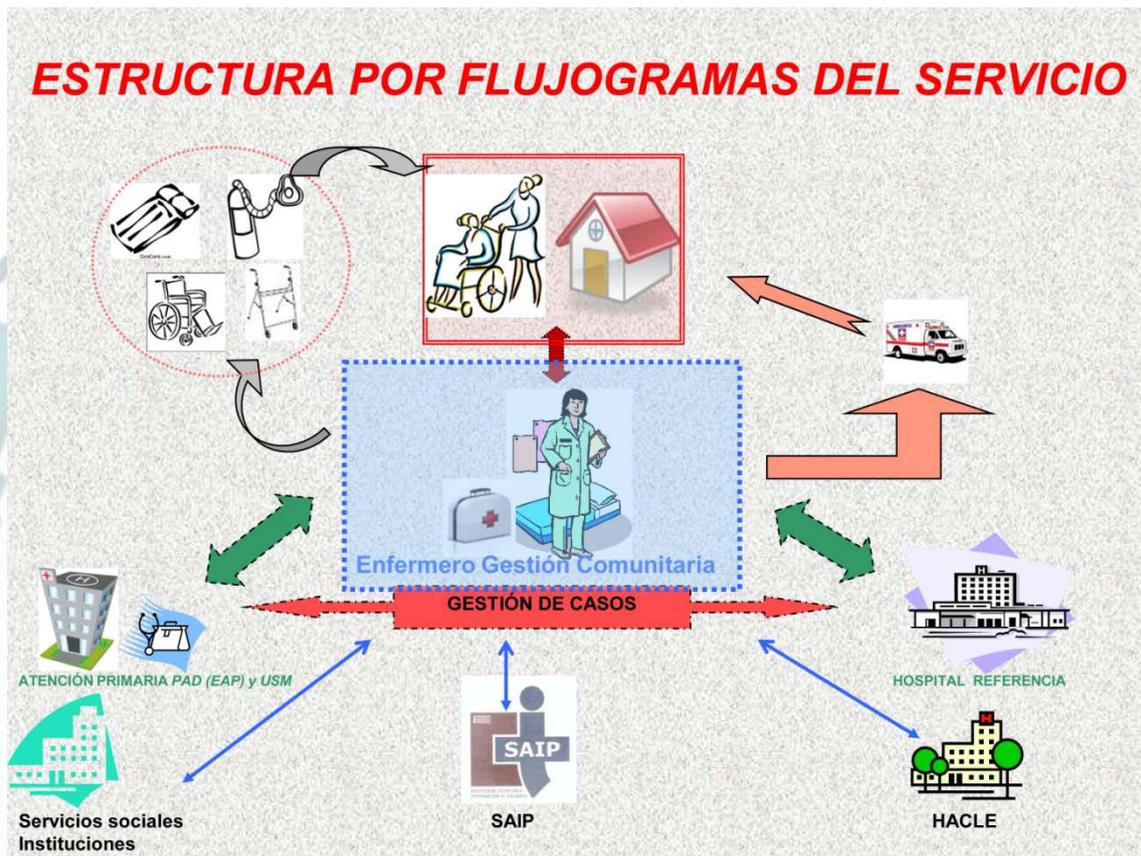
¿Qué mejoras esperamos con la implantación de esta figura?

- **Paciente.** Mejorar su atención en:
 - Continuidad asistencial.
 - Acceso a recursos.
 - Facilitar atención en su domicilio (tecnología y profesionales).
 - Accesibilidad a servicios asistenciales.
- **Cuidador:**
 - Pasa a ser un cliente más de nuestra oferta asistencial.
 - Es objeto de valoraciones profesionales y asistencia.
 - Acercamiento de los servicios asistenciales y un acceso individualizado.
 - » Mejora su confort y niveles de estrés y ansiedad.
 - Talleres de apoyo y formación adecuados a sus necesidades.
- Para el **equipo** de atención primaria y hospital:
 - Enlace directo entre ellos.
 - Accesibilidad inmediata a material y tecnología que se precisen (AP).
 - Disponer de un consultor que facilite la coordinación de recursos en pacientes complejos al que poder solicitar ayuda o colaboración en cualquier momento.
- Para el resto de profesionales el beneficio es el de poder contar con un interlocutor entre niveles que pueda gestionar o facilitar la resolución de casos que requieran de colaboración interdisciplinar.

CONCLUSIÓN FINAL

Lo que, esencialmente, buscamos y esperamos, es que se puedan conocer y medir claramente 3 aspectos básicos:

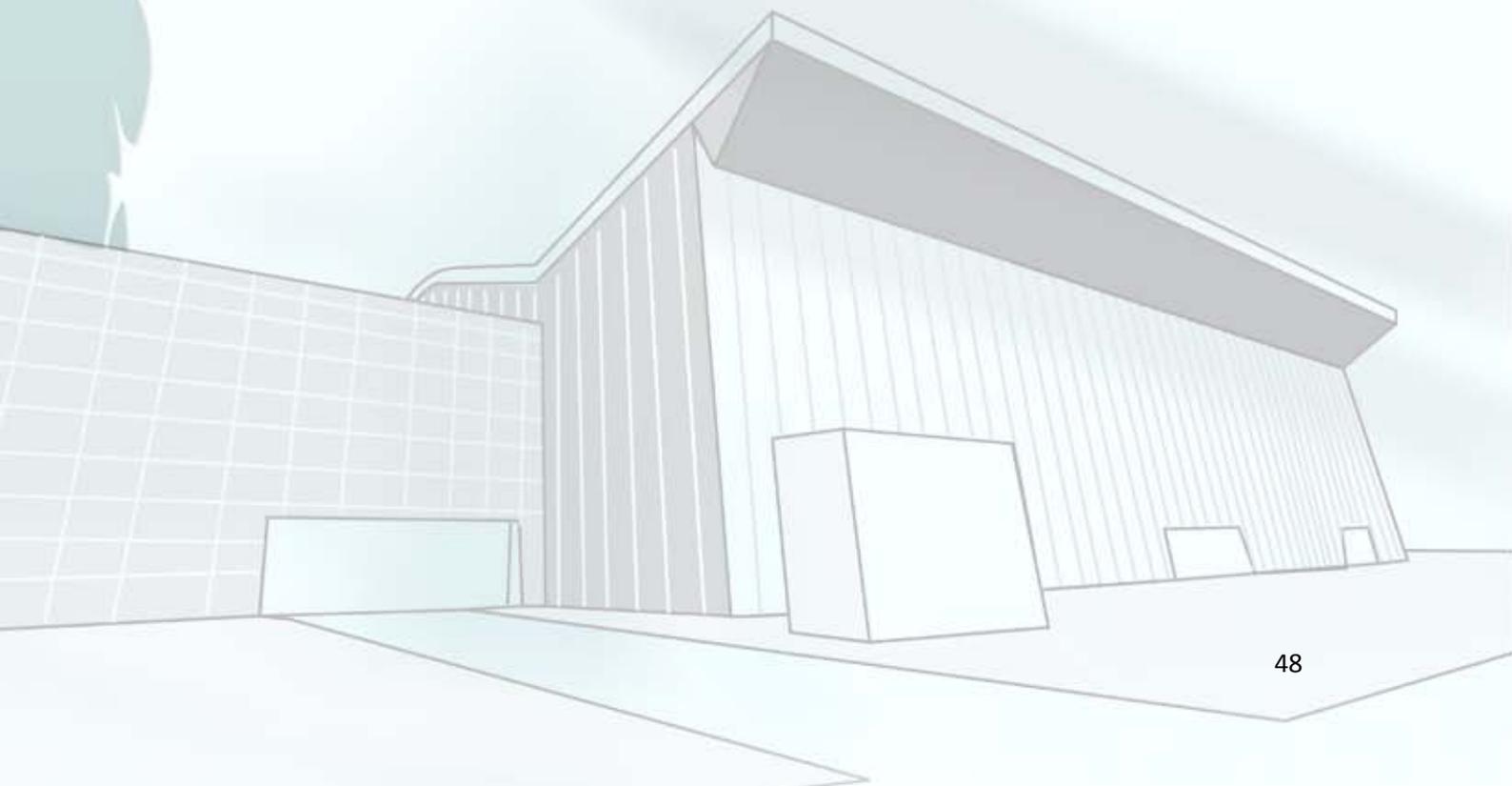
- ✓ ¿QUÉ SE HACE?
- ✓ ¿QUÉ TIPO DE PACIENTES ATIENDE?
- ✓ ¿CUÁL ES SU EFECTIVIDAD?



"Gloria"



**2ª MESA REDONDA “ESTRATEGIAS
DE IMPLANTACIÓN DE PROCESOS Y
GUÍAS CLÍNICAS.”**



METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC).

María José Vicente Edo. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

RESUMEN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) tienen la potencialidad de reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica. El hecho de disponer de GPC no implica necesariamente su utilización por ello es importante facilitar el camino de la traslación de la teoría (recomendación) a la práctica clínica por parte de sus destinatarios, tanto profesionales sanitarios como pacientes, cuidadores, etc. La implementación de guías en servicios sanitarios implica enfrentarse a grandes retos que se pueden encontrar en el entorno sanitario y en los propios profesionales. Si se quiere que una GPC sea efectiva, éste proceso debe ser planificado cuidadosamente, comenzando en el mismo momento en que comienza la elaboración de la GPC para tener en cuenta desde los inicios los aspectos que van a facilitar o dificultar su aplicación a la práctica clínica.

En la ponencia se abordan los diferentes etapas que conforman un plan de implementación: el análisis del contexto, la identificación de barreras y facilitadores, las estrategias de intervención, y la evaluación que permite conocer si las estrategias puestas en marcha para implementar la GPC han tenido éxito. La metodología de cómo implementar una GPC, presentada en la ponencia, está recogida en el manual metodológico de *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*¹ de GuiaSalud, que ha sido desarrollado dentro del programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

¹ Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02

GESTION POR PROCESOS EN EL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO: 11 AÑOS DE EXPERIENCIA PRÁCTICA

D. Santiago Rabanal Retolaza. Director Gerente del Hospital Galdakao-Usansolo

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Galdakao-Usansolo (HGU), perteneciente a la red Osakidetza, hospital general de agudos con aproximadamente 400 camas que da cobertura a unos 300.00 habitantes de la Comarca interior de Bizkaia. El pasado año 2010 atendió 22.573 ingresos (con una estancia media de 4,59), realizó 12.227 intervenciones quirúrgicas, 79.233 urgencias y 397.027 consultas. Para prestar esta asistencia sanitaria el hospital cuenta con unas 1.524 personas en plantilla estructural que se distribuyen en; 357 personal facultativo, 808 del área de Enfermería y 359 personal no sanitario.

El sistema de gestión del HGU toma como referencia desde el año, al igual que el resto de Osakidetza, el Modelo de Excelencia EFQM. Desde entonces ha ido alcanzando diferentes etapas en el ámbito de la Calidad, la Innovación, el Medio ambiente y la Responsabilidad Social Corporativa (RSC). Así tiene certificado prácticamente el 100% del hospital con la norma ISO 9001:2008, la certificación medioambiental ISO 14001, y la norma de Innovación 166.002. Consecuencia de su recorrido ha sido la consecución en el 2007 de la Q Plata de Calidad (+400 puntos) que otorga la Fundación Vasca para la Excelencia, en 2009 la Q Oro (+500 puntos) y en el 2010 el Premio Iberoamericano de la Calidad, en la categoría de Administración Pública (FUNDIBEQ)

OBJETIVO

Implantar la mejora continua en todos los procesos del hospital, a fin de garantizar que todos se gestionen de manera uniforme y sistemática. Los

objetivos específicos que se marcaba el HGU era: 1) reducir la variabilidad en la asistencia, 2) satisfacer las necesidades del paciente, 3) disponer de un sistema de información que permitiera la toma de decisiones con datos objetivos, conocer la realidad del hospital en el día a día, 4) favorecer la participación de las personas en la mejora continua y, 5) mejorar la satisfacción del personal del HGU.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada fue la gestión por procesos, basada en el ciclo PDCA. Como herramienta de trabajo se utilizó la Norma ISO 9001, que sirvió de referencia en la implantación y mantenimiento del Sistema de Calidad. Como soporte se ha contado con personas y agentes como la Dirección, los Gestores (31) y Equipos de proceso (41), equipo de Auditores HGU (38), sistema documental, sistemas de información, auditorías internas, herramientas para la implantación como el Plan de Formación y de Comunicación, todos ellos comunes para todos los procesos del hospital y fundamentales para el despliegue efectivo.

Desarrollo - En el año 2000 se implantaba el sistema de Gestión por Procesos en el Hospital, definiéndose el primer Mapa de Procesos de la organización, entonces se empezaba a trabajar en procesos más ligados a patologías o procedimientos (catarata, neumonía, etc.). En el año 2003 se implantó el Sistema de Gestión de la Calidad, obteniéndose la certificación bajo norma ISO 9001:2000 y certificando los primeros 5 procesos del HGU. La experiencia fue muy positiva, lo que hizo que la Dirección del Centro apostara claramente por la misma, con lo que en años sucesivos se fueron certificando el resto de procesos hasta llegar al 100% el próximo diciembre de este año.

El 2007 supuso un punto de inflexión para el sistema de calidad. Hasta la fecha, la metodología no había sido implantada en un proceso asistencial ni en un proceso que alcanzara a un volumen de personas tan amplio como era el Proceso de Hospitalización. Previamente se tuvieron diversos intentos de implantación pero fracasaron dada la complejidad del proceso y el volumen del mismo, por lo que las experiencias previas no fueron válidas. En este contexto,

la estrategia seguida fue la de constituir un Equipo Planificador, que se encargaría de definir, estructurar y marcar objetivos, y un Equipo Facilitador que se encargaría de favorecer la implantación en la planta. Para este equipo se crearon las figuras de “Gestores de Calidad” médicos y enfermeras de cada planta, también se definieron sus funciones así como el sistema de reconocimiento. La creación de estas nuevas figuras ha provocado la modificación del organigrama del Hospital, pasando de uno vertical a uno matricial, donde los Gestores de Calidad se convierten en el eje y bisagra que une los Gestores de los procesos y los Jefes o Supervisiones del Hospital, son por lo tanto los referentes del proceso en la planta/servicio. Otro elemento facilitador para el despliegue fue la implantación de un sistema de notificación de incidencias. Esta aplicación nació con el objetivo de notificar todos los aspectos que podrían afectar el buen funcionamiento de los procesos asistenciales. En la actualidad la aplicación también esta disponible para la Atención Primaria, de manera que todos profesionales pueden identificar áreas de mejora en las interacciones entre ambas organizaciones. La estrategia de implantación del proceso de hospitalización ha servido para aplicarla al resto de procesos asistenciales; proceso quirúrgico y Consultas Externas.

RESULTADOS

El enfoque de la gestión por procesos del HGU se puede ver reflejado en los resultados de la organización;

Respecto a la satisfacción paciente, ha experimentado una tendencia positiva sostenible, pasando de un 94,5% de pacientes que realizaban una valoración positiva de la atención en la hospitalización en el año 2007 a un 99% en el 2010. Este dato es más significativo en el porcentaje de pacientes que valoran la atención como excelente, que ha pasado de un 49% en el año 2007 a un 66,8% en el 2010.

Los resultados asistenciales también evidencian mejoras significativas como son los datos de la estancia media, pasando de 5,78 en 2007 a 4,59 en 2010, o los reingresos de 6,47 a 6,32.

El sistema de notificación de incidencias se ha consolidado y hemos pasado de tener 52 incidencias notificadas en 2007 a 1097 notificadas en el

2010, en la actualidad llevamos notificadas de enero a abril 2011 un total de 500 incidencias (un promedio de 125/mes) de las cuales el 25% están identificadas como incidencias organizativas que podrían afectar a la seguridad clínica. Además desde que la aplicación se ha incorporado a Atención Primaria hay un total de 50 incidencias de interacción interniveles (De marzo a abril de 2011).

Del análisis de indicadores, resultados de auditorias y de las incidencias, los procesos han desplegado anualmente sus planes de Gestión y han puesto en marcha numerosas mejoras en procedimientos y protocolos de actuación, normalización de documentos de información al paciente, cambios de circuitos, informatización de los mismos, etc.

La participación de las personas es una de las características más significativas del sistema de calidad del HGU, en diciembre de 2009 había un total de 24% de personas diferentes implicadas en un equipo de proceso/mejora. Todo ello tiene un impacto directo en la satisfacción personas, pasando de una media de satisfacción global de 3,95 en el 2006 a 7,65 en 2010.

CONCLUSIONES

1) Gestión por procesos es una metodología válida y aceptada por las personas del HGU, favorecedora de la implicación de las mismas. 2) Disponemos de un sistema de información real de los procesos, facilitando la identificación de mejoras y la implantación de las mismas, 3) Herramienta que fomenta la participación y favorece la motivación y satisfacción de las personas. 4) Necesaria implicación de la Dirección, la gestión por procesos es "gestión". 5) Importante tener flexibilidad y adaptación a los cambios de la organización, el Sistema de Calidad debe favorecer los cambios, no puede ser una estructura estanca e inamovible. 6) Nuestro reto es continuar avanzando en la gestión por procesos hacia un modelo integrador con otros niveles asistenciales.

IMPLEMENTACIÓN DE GPC: ¿QUÉ APORTAN LAS ÚLTIMAS PUBLICACIONES?

Carmen Costa Ribas. Médica especialista en M. Familiar y Comunitaria. SAP de Fingoy-SERGAS-Lugo.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) están concebidas en su origen como la herramienta más adecuada para la ayuda en la toma de decisiones de la práctica clínica basadas en las mejores evidencias. Mejoran el cuidado de los pacientes, aumentan la efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria. Sin embargo, pueden llegar a tener poco impacto en la práctica si no se han integrado satisfactoriamente en el contexto clínico, en el sentido de que los profesionales adopten sus recomendaciones y las apliquen a sus pacientes. Esto dependerá de dos factores fundamentales: de la calidad de la guía y de la eficacia de las estrategias de implementación que se hayan empleado.

A pesar de que hoy en día se desarrollan más y más GPC dirigidas a profesionales sanitarios, no significa que sus recomendaciones estén implementadas en la práctica clínica diaria. Cualquier estrategia de implementación debería incidir en los siguientes aspectos: aumentar el conocimiento, promover el cambio de actitudes, hábitos y comportamiento de los profesionales a las que van dirigidas las recomendaciones de la guía, así como en la modificación de los resultados medidos en términos de salud.

Las organizaciones, sistemas sanitarios y entidades más importantes que elaboran GPC, conciben la necesidad de incorporar desde el inicio las estrategias de implementación que se llevarán a cabo para trasladar sus recomendaciones a la práctica clínica y en sus manuales de elaboración de las guías, describen la planificación del proceso de implementación que utilizan (NICE, 2009; SING 50; 2008). También nuestro Sistema Nacional de Salud, ha elaborado un manual de implementación de GPC que originalmente se ha concebido con el fin de que personas o entidades interesadas en la implementación puedan utilizarlo. Además pretende ser una herramienta útil y práctica para todos los profesionales implicados en el desarrollo de GPC y en el uso de sus recomendaciones (Manual de implementación, 2009).

Existe una iniciativa reciente a nivel internacional: Guidelines International Network (GIN) (<http://www.g-i-n.net>) y nuestro país está representado con varios miembros. Se trata de una red internacional de GPC en la que uno de sus principales objetivos consiste en que las distintas organizaciones y países elaboradores de guías, colaboren juntos para evitar duplicar esfuerzos. Estandarizan y protocolizan su elaboración además de promover las posibles adaptaciones locales (Alonso P, 2007). Esta revisión analiza las publicaciones más recientes acerca de la implementación de GPC y pretende dar a conocer un enfoque actual de cuáles podrían ser los métodos o estrategias más eficaces y qué aspectos deberían tenerse en cuenta en el diseño del proceso de implementación.

El grupo EPOC (Effectitive Pratices and Organización of Care) de la Cochrane se constituyó con la finalidad de realizar revisiones sistemáticas relacionadas con las intervenciones de implementación con el objeto de determinar su efectividad. También han establecido una clasificación y un marco teórico de las distintas estrategias de implementación (dirigidas a profesionales sanitarios, financieras, organizativas y reguladoras) y su uso en los diferentes estudios, ofrece la ventaja de que permite comparar los resultados observados. Una de las revisiones sistemáticas más relevantes por su calidad metodológica sobre la efectividad y eficiencia de las estrategias de implementación y difusión de las GPC en los médicos, a pesar de las dificultades encontradas para obtener la medición de resultados, señala los siguientes aspectos como más destacados (Grimshaw JM, 2004):

- Las intervenciones que han tenido en cuenta varias estrategias de implementación no han demostrado ser en sí más efectivas que las únicas, dado que ambas han generado algún efecto.
- Los sistemas recordatorios bien en formato papel o electrónico, son los que han demostrado ser más efectivos para los aspectos que resultan más difíciles de integrar durante la consulta o en la práctica clínica diaria.
- Los líderes de opinión por la influencia social que ejercen o las reuniones de consenso local, también pueden ser útiles para superar las barreras relacionadas con las prácticas muy arraigadas y por tanto difíciles de modificar.

• Los materiales educativos aunque han demostrado una eficacia modesta, pueden ser potencialmente útiles si se tiene en cuenta que van dirigidos a muchos profesionales y es una de las estrategias más baratas.

• Los hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de tener en cuenta el entorno y el medio en el que se pretende implementar la GPC, además de poner en la balanza los costes que supondrán las estrategias con los beneficios que se pretenden alcanzar con los cambios en el comportamiento clínico.

Una revisión sistemática posterior en la que los estudios incluidos presentaban estrategias de implementación dirigidas sobre todo a médicos de atención primaria y hospitales y menos, a profesionales relacionados con la medicina o enfermería (aunque también representados), describe la eficacia de cada una de las estrategias de implementación utilizadas en los estudios ([Prior M, 2008](#)):

• Las intervenciones de implementación con varias estrategias han demostrado una eficacia consistente y superior a las intervenciones únicas, tanto en el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC como en los cambios observados en el comportamiento clínico.

• Del grupo de intervenciones educativas, se ha observado una eficacia superior en las visitas por un facilitador (“educational outreach”), aunque en general es una estrategia poco empleada probablemente por su coste excesivo y por el tiempo que requieren; en las sesiones formativas interactivas o impartidas como talleres prácticos y con sistemas de evaluación final y por último en los sistemas de recordatorio, que en el caso de los informáticos pueden tener un efecto mayor que los manuales o en papel y aunque aumentan el tiempo de consulta hasta en 90 segundos, mejoran el cumplimiento cerca del 72% con una reducción en los costes por encima del 30%.

• Las intervenciones dirigidas a pacientes también han demostrado ser eficaces, sin embargo la magnitud de su efecto es variable y no se ha podido determinar cuál de las estrategias utilizadas ha sido la más efectiva.

• Las guías que se han elaborado en formatos sencillos han obtenido un mejor cumplimiento que las guías complejas.

• Las intervenciones organizativas, financieras, los medios de comunicación en masa y las formativas mediadas por líderes locales de opinión, han demostrado una efectividad variable en el cambio de los comportamientos clínicos.

• Existe insuficiente evidencia para recomendar otras estrategias de implementación como las sesiones formativas tradicionales o la diseminación masiva de la guía por correo electrónico o postal. Aunque son herramientas muy útiles para dar a conocer la existencia de una GPC, son ineficaces como estrategia única de implementación.

• No existen datos suficientes para realizar una valoración de los efectos obtenidos de las intervenciones económicas.

Otra revisión sistemática publicada hace tres años en la que el objetivo del estudio fue evaluar los efectos de la introducción de las GPC en profesionales relacionados con la medicina (dietistas, audiólogos, podólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, ortopedas, ópticos, farmacéuticos) y conocer la eficacia de las estrategias de implementación empleadas, señala los siguientes resultados ([Hakkennes S, 2008](#)):

• Al igual que en otras revisiones, la calidad metodológica de los estudios incluidos fue muy variada y las estrategias más utilizadas fueron la distribución de materiales educativos y las sesiones formativas.

• No se ha podido demostrar una eficacia superior de las intervenciones múltiples frente a las aisladas.

• Sólo tres estudios de la revisión midieron los resultados en pacientes y los efectos encontrados fueron pequeños y en la mayoría, a favor del grupo de intervención.

• Eficacia de las estrategias de implementación: como en revisiones previas, la mayoría de los estudios mostraron una eficacia de pequeña a moderada con una amplia variación entre las distintas intervenciones. Aunque la mayoría de los estudios sugieren que las estrategias de

implementación sólo pueden ser eficaces si se han tenido en cuenta las barreras para obtener los cambios, y su efectividad dependerá del contexto organizativo en el que se implementen, sólo un estudio contempló estos aspectos.

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática que sintetiza la evidencia del efecto de distintas estrategias de implementación y diseminación dirigidas a equipos de asistencia sanitaria basándose en el trabajo en equipo, considerado como el que se realiza mediante la colaboración grupos profesionales de diferentes especialidades relacionadas en la atención de los pacientes de la forma más adecuada (medicina, enfermería, trabajadores sociales, asistentes sociales, dentistas/higienistas...). Sólo se tuvieron en cuenta 88 estudios en los que quedaba explícito el trabajo en equipo de dos o más profesiones de disciplinas distintas que participaron en actividades para promocionar la implementación de la GPC y que a su vez, provocaron resultados atribuibles al equipo y no al efecto individual de grupos profesionales de una misma especialidad.

El 72.7% de los estudios incluidos obtuvo significación estadística. Los resultados que se midieron incluyeron: cambios en el conocimiento, en la práctica clínica, en los pacientes y los económicos. De éstos destacan los siguientes aspectos ([Medves J, 2010](#)):

- Como en otras revisiones, la estrategia de implementación más empleada fue la distribución de material educativo dirigida a profesionales de asistencia sanitaria y la menos utilizada fueron los medios de comunicación de masas (televisión, radio, periódicos).
- La evidencia acerca de la efectividad de las diferentes estrategias de implementación es ambigua y no ha podido determinarse cuáles son las más adecuadas y cuántas de ellas se requieren.
- La revisión muestra un rango de propuestas utilizadas en la implementación de las GPC en los equipos multidisciplinares de asistencia sanitaria. Aunque el análisis de la comparación del efecto que se obtiene de las intervenciones dirigidas a una única profesión está todavía por publicar, se ha observado una evidencia a favor del efecto obtenido de las intervenciones múltiples de diseminación e implementación de las GPC en

equipos multidisciplinares: mejoran cambios en el conocimiento, en la práctica clínica y en los resultados de los pacientes. Además ofrecen un porcentaje significativamente mayor de aceptación y utilización de las recomendaciones de las GPC que cuando van dirigidas a equipos unidisciplinares.

La toma de decisiones en la práctica clínica debe considerar los costes como también sus efectos al introducir e implementar de forma activa las recomendaciones de las GPC, tanto en los beneficios netos medidos en resultados de salud, como en la utilización de los recursos necesarios. Hoomans y colaboradores describen cuáles son los efectos económicos en la implantación de las GPC y señalan que el beneficio neto total del uso de la guía y el valor de la implementación puede variar mucho y dependerá de la intervención que se ha elegido, del sistema sanitario en el que se lleve a cabo, de las estrategias de implementación que se hayan elegido y del tiempo en que la implementación se mantenga activa. Por lo tanto, la decisión debe realizarse teniendo en cuenta si la guía es en sí misma coste efectiva y en los costes de su implementación activa (intervenciones educativas, auditoría y feedback o incentivos financieros) (Hoomans T, 2010).

En 1998 se diseñó un contexto sobre el cuál promover la investigación de la implementación en los servicios de salud (PARIHS). En éste se describen los determinantes del éxito de la implantación de la evidencia a la práctica clínica. Posteriormente se han publicado readaptaciones del mismo y su utilización en el proceso de implementación se propone a dos niveles: primero como un marco inicial para el diagnóstico y guía de la evaluación de la evidencia y del contexto y después, para utilizar los hallazgos encontrados con el fin de guiar el proceso de la implementación con la selección y evaluación de las estrategias de facilitación basadas en la evidencia existente y en el contexto local. Sin embargo, una revisión reciente cuyo objetivo ha sido conocer cómo se ha utilizado el PARIHS en los estudios de implementación, no deja claro si el efecto de las intervenciones o los resultados obtenidos están relacionadas con el empleo específico de los elementos de este marco teórico (Helfrich CD, 2010). Francke y colaboradores han diseñado una meta-revisión sistemática

con el doble objetivo de conocer por un lado qué factores influyen a favor o en contra de la implementación de las GPC y por otro, proporcionar una visión actualizada con respecto a lo publicado en este terreno. Se han incluido doce revisiones sistemáticas, casi todas escritas en inglés, con características metodológicas variables y resultados a veces contradictorios. El resumen de cuáles son los factores que influyen en la implementación son los siguientes (Francke AL, 2008):

- Características de las GPC: Las que se elaboran de una forma sencilla, son fáciles de entender y no requieren de recursos específicos, tiene más probabilidades de ser utilizadas así como las guías que se han elaborado en base a la evidencia científica o en las que en su elaboración han participado profesionales implicados en el uso de sus recomendaciones finales.

- Características de las estrategias de implementación: Algunas publicaciones de menor puntuación metodológica posteriores a la de Grimshaw. difieren de sus hallazgos porque concluyen que las intervenciones con varias estrategias de implementación parecen tener un efecto más satisfactorio en la adherencia a la GPC que las que utilizan un método sólo. Sin embargo las estrategias de implementación que se acercan más al usuario final de la guía y están más integradas en la práctica clínica parecen ser las más útiles. Por lo tanto es importante en la fase de elaboración de la GPC implicar a los profesionales a los que va dirigida. La principal conclusión de esta revisión apunta que las intervenciones de implementación que contemplan más de una estrategia parecen ser más efectivas que las únicas.

- Características de los profesionales: Seis de los estudios incluidos con una puntuación metodológica media o más baja, describen ciertas características de los profesionales que influyen tanto en la implementación de las GPC como en la adopción de sus recomendaciones. Concluyen que las principales barreras son la ausencia del conocimiento de la existencia de la GPC, la falta de familiaridad en su contenido y el desacuerdo con sus recomendaciones. También hay estudios que señalan que la edad o la experiencia clínica pueden ser determinantes: los más jóvenes o inexpertos pueden estar más interesados en utilizar la guía que los de más edad o con

más experiencia. Es muy importante que los implementadores de las GPC y los responsables de diseñar las políticas sanitarias tengan en cuenta estos factores porque la diseminación de la guía aunque puede ser suficiente para darla a conocer, puede ser insuficiente para ponerla en práctica. Se ha demostrado que las intervenciones de implementación son más eficaces cuando las personas a las que se dirige la guía están activamente involucradas en las mismas (las intervenciones con visitas de un facilitador, recordatorios en la historia clínica, sesiones formativas participativas, etc.).

- Características de los pacientes: algunos estudios han observado la falta de adopción final de las recomendaciones de la guía porque los pacientes no perciben la necesidad de seguirlas o se resisten a las mismas. En algunos casos la falta de adherencia a la guía se debe a que los profesionales tienen más dificultad para aplicar sus recomendaciones en pacientes que presentan comorbilidad. Las recomendaciones que se elaboran basadas en la evidencia suelen ser de aplicación general y dirigidas a pacientes que padecen una única enfermedad, por lo que pueden ser difíciles de aplicar en los más complejos que con frecuencia se atienden en las consultas. En este sentido, para obtener el éxito de la implementación de la guía sería recomendable tener en cuenta las necesidades de pacientes con más de una condición clínica y elaborar recomendaciones adaptadas con información de los riesgos de las intervenciones específicas en estos pacientes.

- Características del medio: Son factores que influyen de manera negativa en la implementación de la guía la falta de tiempo y de recursos personales, la presión asistencial, la actitud negativa o la falta de apoyo por parte de los compañeros y superiores. Deberán facilitarse todas estas condiciones para asegurar el éxito de la implementación.

En un estudio cualitativo reciente se han analizado las principales barreras que intervienen en la falta de adherencia a las recomendaciones claves de las GPC nacionales en los médicos generales alemanes y llegan a la conclusión de que existe una amplia variedad de elementos negativos (Lugtenberg M, 2009):

• La principal barrera percibida fue el desacuerdo con las recomendaciones de las guías (aplicable al 68% de las recomendaciones claves), sobre todo por la dificultad de aplicarlas en la práctica. Con frecuencia los generalistas no perciben que los beneficios superen los daños, o señalan que las recomendaciones no son aplicables en determinados grupos de pacientes como los que padecen comorbilidad. Otra razón detectada fue la falta de evidencia en la que se fundamentan algunas recomendaciones clave de determinadas guías.

• La segunda barrera observada se relacionó con factores del entorno (52%) y con más frecuencia los que afectan a la organización (falta de colaboración con otros servicios hospitalarios, falta de tiempo o de recursos necesarios). Las barreras detectadas en pacientes se observaron en las preferencias de no seguir las recomendaciones, falta de adherencia a las mismas o de capacidad para seguirlas de forma adecuada.

• La tercera barrera más importante se observó en la ausencia de conocimiento de las recomendaciones (46%): aunque los médicos conocían la existencia de la guía, no lo tenían del contenido específico de algunas de sus recomendaciones (por ejemplo dosis de fármacos).

• La última barrera más frecuente se identificó en los factores relacionados directamente con las recomendaciones (43%): falta de claridad o confusión, no aportan toda la información relevante, no están actualizadas, son demasiado complejas o difíciles de aplicar en la práctica. También pudo observarse la preferencia de los médicos por formatos con recomendaciones más fáciles de entender y guías más cortas.

Todos estos hallazgos pueden ser de gran utilidad en el diseño de las estrategias de implementación más adecuadas tanto para los que intervienen en la elaboración de GPC como para las organizaciones profesionales. Con frecuencia los estudios se refieren a las barreras de las GPC como un “todo” es sí misma, en vez de identificarlas en las recomendaciones individuales (cada recomendación de la guía puede tener distintas barreras). En este sentido puede ser más útil intentar superar las barreras de cada una de las recomendaciones para optimizar las estrategias de implementación. La GLIA (Guideline Implementability Appraisal), es un instrumento teórico que contiene

31 apartados divididos en 10 categorías que pueden aplicarse a las recomendaciones de las GPC con el objeto de identificar barreras a la implementación y permite readaptarlas para superarlas. Un ejemplo práctico de su empleo lo encontramos en el estudio de Peleg y colaboradores para la elaboración de una guía del nódulo tiroideo (Peleg M, 2010). Existe un interés creciente en el uso de teorías del conocimiento, comportamiento y organización para entender las barreras a las estrategias de implementación o para el diseño de intervenciones dirigidas a mejorar la práctica profesional.

Sin embargo, el alcance de su empleo no está claro y en general en los estudios es infrecuente que aparezca de forma explícita la elección de las distintas estrategias de implementación en base a una justificación teórica (Davies P, 2010). Un ejemplo de una intervención basada en un marco teórico la ofrece el estudio realizado por McDermott y colaboradores, en el que desarrollan un sistema informático como estrategia de intervención basada en un marco teórico para la implementación de GPC en médicos generales (McDermott L, 2010). Una amplia revisión de Dodek y colaboradores señala la importancia de la relación entre la cultura organizativa de los sistemas sanitarios (directrices, trabajo en equipo, colaboración interprofesional, creencias sobre la utilidad de la guía) y su influencia en la adherencia a las recomendaciones finales de las GPC. Son factores que favorecen la implementación satisfactoria la calidad de la evidencia con la que se elaboran las GPC, la credibilidad profesional del grupo elaborador, la viabilidad de la puesta en práctica de sus recomendaciones, las estrategias de implementación que se empleen, implicaciones financieras de la implementación o no implementación y de otros factores contextuales como son las características de los pacientes, profesionales a los que va dirigida la guía y a las organizaciones o sistemas sanitarios. Aunque la mayoría de la evidencia que ha estudiado el efecto de la cultura organizativa en la implementación de las GPC es indirecta y no existen estudios de control randomizado que hayan testado el efecto de una intervención creada para mejorar la cultura organizativa en la implementación de las GPC, es importante tener en cuenta cuáles son las características de organización sanitaria local cuando se planean las intervenciones de implementación para que las recomendaciones se trasladen con satisfacción a la práctica clínica diaria (Dodek P, 2010). Por

otro lado una revisión sistemática previa de las intervenciones organizativas, apunta la existencia de alguna evidencia a favor de los cambios organizativos sobre la mejoría en el rendimiento profesional y los resultados en los pacientes, sin embargo no se pudo observar efectos consistentes en ninguna de las estrategias empleadas ([Wensing M, 2006](#)).

CONCLUSIONES:

- Antes de poner en marcha las estrategias de implementación, es necesario realizar un análisis del contexto local para identificar las barreras y los facilitadores que pueden influir en la adherencia a las recomendaciones, así como de las barreras individuales a nivel de cada una de las recomendaciones de la guía que se pretendan implementar.

- Implementar una GPC no significa necesariamente implementar todas sus recomendaciones. Habrá que analizar los recursos disponibles así como las características del contexto y estructura organizativa donde se desea realizar la implementación. Elegir las recomendaciones que pueden implementarse e identificar cuáles necesitan de una adaptación local. Deberán tenerse en cuenta los beneficios netos que se obtienen del cumplimiento de las recomendaciones de la guía con los costes de las intervenciones de implementación.

- Aunque la evidencia se inclina a favor de las estrategias múltiples, es importante tener en cuenta que cualquier estrategia de implementación pueden ejercer un efecto favorable en un determinado contexto.

- Las estrategias de implementación que implican más directamente al usuario final de las recomendaciones de la guía, son las que han demostrado más eficacia (sistemas de recordatorio en las historias clínicas electrónicas, visitas de de un facilitador, sesiones educativas con participación activa)

- Las estrategias de implementación sobre equipos multidisciplinares pueden ser más efectivas y proporcionar mayor nivel de aceptación y utilización de las recomendaciones de las guías

BIBLIOGRAFÍA:

Alonso P, Bonfill X. [Clinical practice guidelines (I): elaboration, implementation and evaluation]. *Radiologia*. 2007 Jan-Feb; 49(1):19-22.

Davies P, Walker AE, Grimshaw JM. A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implement Sci*. 2010 Feb 9;5:14.

Dodek P, Cahill NE, Heyland DK. The relationship between organizational culture and implementation of clinical practice guidelines: a narrative review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2010 Nov-Dec;34(6):669-74.

Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2008 Sep 12;8:38.

Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004 Feb;8(6):iii-iv, 1-72.

Grupo de Trabajo sobre Implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad y Política social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02.

Hakkennes S, Dodd K. Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature. *Qual Saf Health Care*. 2008 Aug;17(4):296-300.

Helfrich CD, Damschroder LJ, Hagedorn HJ, Daggett GS, Sahay A, Ritchie M, Damush T, Guihan M, Ullrich PM, Stetler CB. A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implement Sci*. 2010 Oct 25;5:82.

Hoomans T, Ament AJ, Evers SM, Severens JL. Implementing guidelines into clinical practice: what is the value? *J Eval Clin Pract*. 2010 Oct 4.

Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci*. 2009 Aug 12;4:54.

McDermott L, Yardley L, Little P, Ashworth M, Gulliford M; eCRT Research Team. Developing a computer delivered, theory based intervention for guideline implementation in general practice. *BMC Fam Pract*. 2010 Nov 18;11: 90.

Medves J, Godfrey C, Turner C, Paterson M, Harrison M, MacKenzie L, Durando P. Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *Int J Evid Based Healthc*. 2010 Jun;8(2):79-89.

National Institute for health and Clinical Excellence. The guidelines manual [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009 [acceso 2 de Mayo de 2011]. Disponible en:

<http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods/GuidelinesManual2009.jsp>

Peleg M, Garber JR. Extending the GuideLine Implementability Appraisal (GLIA) instrument to identify problems in control flow. *AMIA Annu Symp Proc*. 2010 Nov 13;2010:627-31.

Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008 Oct;14(5):888-97.

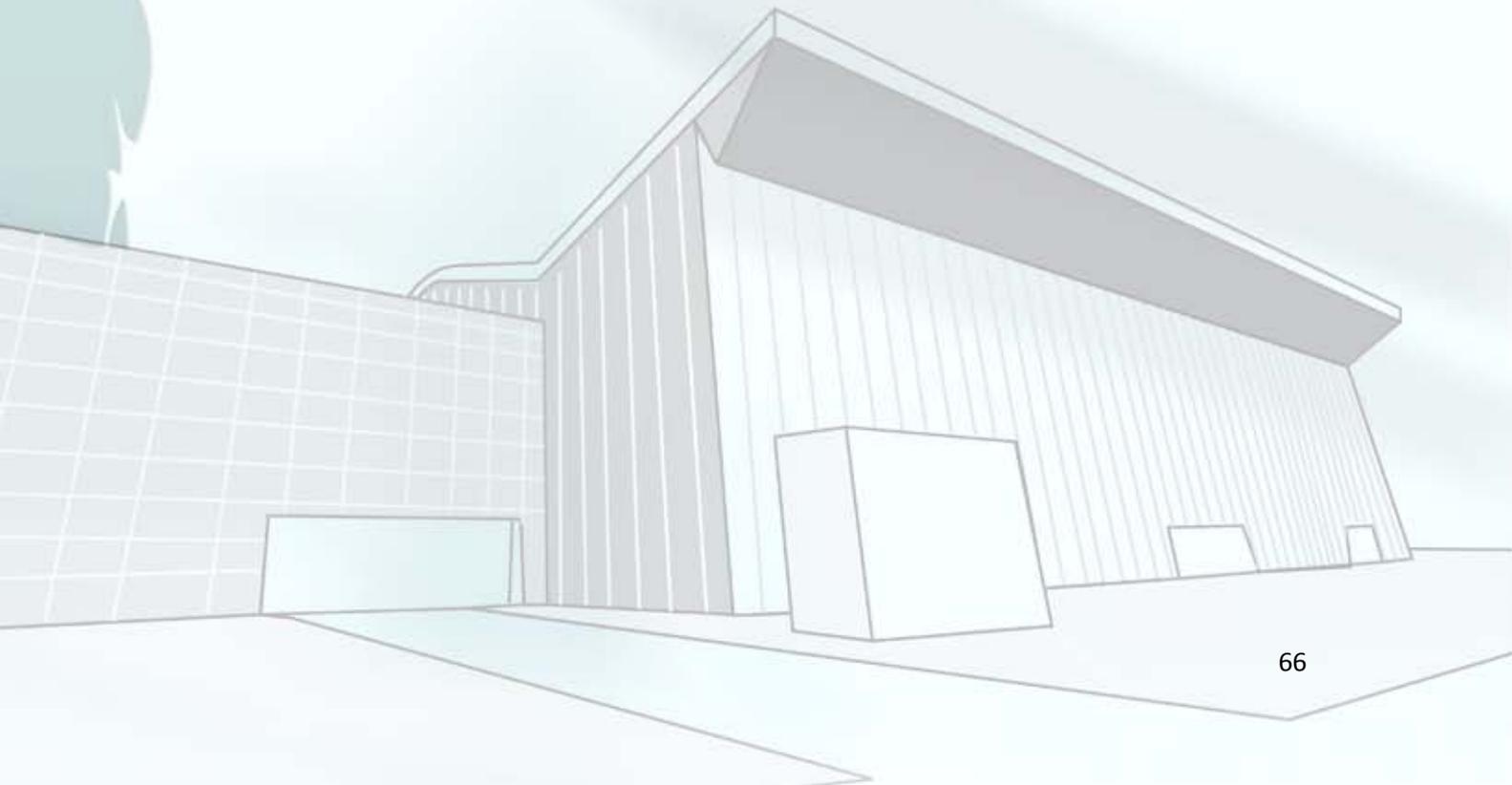
Sign 50: A guideline developers' handbook [Monografía en Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008 [acceso 2/5/2011] Disponible en:

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci*. 2006 Feb 22;1:2.

"Gleanada"

COMUNICACIONES ORALES



R0008

CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN CEFALEAS: ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 500 PACIENTES

Guerrero Peral AL

De la Torre Pardo P

Posadas Alonso J

Fernández Herranz R

INTRODUCCIÓN:

Las cefaleas son motivo frecuente de consulta Neurológica Ambulatoria y en Atención Primaria (AP). En patologías prevalentes que engloban varios niveles es aconsejable diseñar un proceso asistencial. Las consultas monográficas de cefaleas (CMC) intentan mejorar la atención médica de los pacientes que las padecen; para hacerlas más eficientes la integración asistencial y docente con AP es fundamental. En Marzo de 2008 se puso en marcha en nuestra área una CMC y se diseñó un sistema de derivación desde AP con criterios establecidos y alta resolución. En fases sucesivas y tras presentación a los profesionales, la Consulta de Alta Resolución (CAR) en cefaleas está ahora disponible para todos los médicos de AP del área.

OBJETIVOS:

Pretendemos analizar las características de los primeros 500 pacientes atendidos en esta CAR de cefaleas (Marzo 2008 – Enero 2011), así como evaluar la adecuación de las derivaciones a los criterios establecidos. Éstos se basan en las Guías y Recomendaciones vigentes de la Sociedad Española de Neurología. Se establece la derivación de pacientes con sospecha clínica de cefalea secundaria (excluyendo aquellos con criterios de derivación a Urgencias hospitalarias), o bien con cefaleas primarias con síntomas no característicos, o aquellas persistentes tras tratamiento sintomático y/o profiláctico. Tras ser atendidos en la CAR y la realización en caso necesario de exploraciones complementarias de forma precoz, cada paciente recibe un informe normalizado con diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

MÉTODOS:

Recogemos prospectivamente las variables demográficas y clínicas de los 500 pacientes. Sus cefaleas fueron codificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Cefaleas, segunda edición (CIC-2). Se determinó la adecuación de la derivación de cada paciente a los criterios establecidos.

RESULTADOS:

500 pacientes (132 varones, 368 mujeres) con una edad de 42.7 ± 17.2 años (rango: 14 – 86) y 12.2 ± 12.8 años transcurridos desde el inicio de su cefalea. En 371 casos (74.2%) la derivación se consideró adecuada a los criterios propuestos, con porcentajes muy similares entre los distintos centros de salud (rango: 70 – 91.7%). El 92.7% de los pacientes habían recibido algún tipo de tratamiento sintomático, mientras que en el 71.4% no se había llevado a cabo tratamiento profiláctico alguno antes de su derivación. En el 40.6% no se realizó ninguna exploración complementaria. En estos 500 pacientes se codificaron 778 cefaleas, encuadrándose la mayoría (53.5%) en el grupo I de la CIC-2 (migrañas). Sólo hubo 83 (10.6%) cefaleas secundarias, de las cuales 66 (79.5) se englobaron dentro de las cefaleas crónicas atribuidas al uso de fármacos sintomáticos. Únicamente 18 cefaleas (2.3%) eran no clasificables de acuerdo con la CIC-2.

DISCUSIÓN:

Consideramos que el porcentaje de adecuación de la derivación por parte de AP a una CAR de cefaleas es adecuado. Como en otros estudios llevados a cabo en nuestro medio, la migraña es la cefalea más representada en este tipo de consultas. En el futuro, y ahondando en el plan de formación continuada en marcha, debemos fijarnos como objetivo una mayor utilización de fármacos preventivos en cefaleas en AP.

R0013

**DIEZ AÑOS DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA:
VARIABILIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS A
LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN**

Bachiller Luque R. M.

Vázquez Fernández M.E.

García de la Ribera M.C.

Posadas Alonso J.

Hernández Velázquez P.

Hernández Vázquez A.M.

JUSTIFICACIÓN

Los cambios en la sensibilidad antibiótica asociados a un incremento de la virulencia de patógenos, acompañado de un escaso desarrollo de nuevos antimicrobianos, especialmente en población infantil supone para nosotros y para generaciones futuras un problema sanitario de considerable magnitud. El conocimiento detallado de su uso es necesario para aplicar estrategias de mejora.

OBJETIVO

Analizar las variaciones de consumo de antibióticos en la población infantil de nuestra comunidad en la última década.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional retrospectivo referido a las dispensaciones de antibióticos de uso sistémico a la población pediátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León mediante receta durante los años 2001 a 2010. El volumen promedio de población analizada fue de 220.109 niños. Los datos de farmacia se obtuvieron de la base de datos de la Gerencia Regional de Salud, Concyliya. Se calculó el consumo anual de antibióticos por Áreas de Salud en los últimos 10 años y de forma cualitativa en función de los principios activos más prescritos. Los resultados se compararon mediante la prueba de Kruskal-Wallis, considerándose diferencias significativas $p < 0,05$.

RESULTADOS

El consumo en las distintas gerencias mostró diferencias estadísticamente significativas. León fue la gerencia que presentó mayor consumo (23.63 DHD) y Segovia la de menor (17.52 DHD). En el análisis del promedio interanual apreciamos un descenso sustancial de su uso durante los dos últimos años de la década y destacamos un pico de prescripción en el año 2003 en casi todas las gerencias. El estudio cualitativo por principios activos muestra un patrón heterogéneo destacando los siguientes aspectos reseñables: Burgos presentó la prescripción más alta de amoxicilina- clavulánico (10.52 DHD), seguida de Zamora y Soria. En Segovia destacó con un 60% la prescripción de amoxicilina. Burgos y Soria fueron las dos únicas gerencias en las que la prescripción de amoxicilina con clavulánico superó a la amoxicilina. La azitromicina fue en general el macrólido más prescrito destacando especialmente Zamora (1.67 DHD). El resto de subgrupos terapéuticos representan un bajo porcentaje de prescripción (< 0.5 DHD) en todas las Áreas de Salud.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra una mejora en la utilización de antibióticos, con una tendencia a usar los de menor espectro bacteriano (amoxicilina), lo que atribuimos fundamentalmente a la mayor concienciación de profesionales y usuarios en el uso racional del antibiótico, fruto del impacto de las recientes campañas nacionales y locales para mejorar su utilización. No encontramos las causas que justifiquen las variaciones halladas en el patrón de prescripción. El tratamiento empírico de las infecciones del tracto respiratorio en niños, asociado a la presencia de una sociedad hiperdemandante, podría explicar en ocasiones la conducta variable de los pediatras. Es posible mejorar al menos en algunas Áreas de Salud por lo que proponemos: más estudios que aclaren la efectividad, la dosis y la duración apropiada del antibiótico, la difusión periódica de los datos de resistencias locales entre los prescriptores para ayudarles en la toma de decisiones y la disponibilidad en las consultas de Atención Primaria de test diagnósticos rápidos.

R0014

**ATENCIÓN TELEFÓNICA URGENTE EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA:
EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRIAJE REALIZADO POR
ENFERMERAS**

Bachiller Luque R. M.

Vázquez Fernández M.E.

García de la Ribera M.C.

Posadas Alonso J.

Hernández Velázquez P.

Hernández Vázquez A.M.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

En los últimos años las visitas a los servicios de urgencias pediátricos se han incrementado de forma alarmante. La mayor parte se atribuye a un aumento de los pacientes que utilizan los servicios de urgencia de forma inadecuada, ya sea por procesos banales, saturación de otras consultas, problemas sociales o simplemente porque buscan tranquilidad. Esta situación nos lleva a plantearnos nuevos modelos de atención de la urgencia pediátrica, como la consulta telefónica.

Estudiar la utilidad de la implementación de consejo telefónico como medida de gestión de la asistencia pediátrica urgente en nuestro medio, atendido por distintos profesionales sanitarios.

MATERIAL Y METODOS:

Se llevo a cabo un proyecto piloto durante un periodo de 6 meses, en el centro de salud urbano "Pilarica-Circular" en Valladolid. Para su realización, se formó un equipo de trabajo integrado por profesionales sanitarios con experiencia en el ámbito de la Pediatría: dos enfermeras, dos pediatras y dos residentes de Pediatría. Se crearon y estudiaron protocolos específicos para la atención de la patología más demandada en los servicios de Urgencias.

A las 24 horas se contactó telefónicamente con cada paciente, para comprobar la evolución del proceso, la necesidad de acudir a otro servicio y el nivel de

satisfacción. Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS versión 17.0 para Windows.

RESULTADOS

Se registraron 439 llamadas a lo largo de los 174 días durante los que estuvo en funcionamiento el estudio piloto de consulta telefónica pediátrica. Los profesionales que atendieron las llamadas resolvieron un 85,8% de ellas con consejo sanitario. Se derivó un bajo porcentaje de pacientes: a un 9,1% se les recomendó acudir al Punto de Atención Continuada (PAC) y a un 4,2% a la urgencia pediátrica hospitalaria. Con respecto a la necesidad de haber tenido que acudir a otro especialista, un 56,4% declararon no haber necesitado ser vistos por ningún profesional sanitario, el 27,7% de los niños fueron valorados por su pediatra de centro de salud, 7,5% visitaron la urgencia hospitalaria, 6,9% acudió al PAC y 1,2% precisó ingreso hospitalario. En general, no se objetivaron diferencias significativas en la recomendación de los distintos profesionales para asistencia a otros servicios de urgencia y en ningún caso observamos evolución desfavorable por causa del consejo recibido. La puntuación media de satisfacción registrada fue 9,25. Hemos observado diferencias estadísticamente significativas a favor de las enfermeras (9,59), seguidas de los pediatras (9,27) y los residentes (8,95).

CONCLUSIONES

La experiencia desarrollada en nuestro estudio y anteriormente en otros países, nos permite esbozar un posible modelo de consulta telefónica pediátrica urgente que puede ser extrapolable a nuestro Sistema Sanitario. En nuestro criterio la zona rural se vería considerablemente favorecida. Los resultados de capacidad resolutoria y nivel de satisfacción obtenidos, nos permiten concluir que la enfermera especialmente entrenada en pediatría es un profesional que reúne habilidades suficientes para establecer un triaje de la consulta urgente pediátrica. Para optimizar los resultados, convendría contar con conexión por medio telemático con las historias clínicas de los pacientes y con los servicios de urgencias presenciales.

R0017

CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL. HISTORIA DE UNA FRUSTRACIÓN

Diez Juárez MD

Viloria Weruaga MR

Flores Zurutuza ML

Pérez Laorden A

Romero Blanco A

Naveiro Rilo JC

JUSTIFICACIÓN:

En el año 2005 se inició un proyecto de mejora en todos los centros de salud del Área para aumentar los pacientes con control adecuado de su tensión arterial (TA), incluidos en el servicio de hipertensión arterial (HTA).

OBJETIVO:

Describir la evolución de los resultados del proyecto de mejora sobre el control de la tensión arterial en pacientes hipertensos durante seis años. Analizar los resultados de forma crítica para diseñar nuevas estrategias que conduzcan a mejorar el control de la TA.

DISEÑO:

Población de estudio e indicadores: Anualmente, desde la Gerencia de Atención Primaria, se selecciona una muestra aleatoria de pacientes incluidos en el servicio HTA, con afijación proporcional por equipo; se remite a los centros para que recojan los valores de la última toma de TA, y la condición de diabético. Se construyen indicadores, se elabora un informe y con los profesionales se proponen nuevas actividades de mejora. Criterios de evaluación: Los indicadores analizados fueron el promedio de tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD) y porcentaje de enfermos con control adecuado (TAS)

Intervenciones realizadas: A. Grupales: 3 cursos de formación en diseño de proyectos de mejora. Diseño y despliegue del proyecto mediante reuniones con profesionales y responsables de los equipos. Evaluación anual del proyecto,

información a profesionales de los resultados. B. Individuales: Toma de la TA según protocolo, educación individual sobre dieta, ejercicio físico; revisión, adherencia y modificación del tratamiento, si procede.

RESULTADOS:

Se incluyeron 9698 hipertensos. Los promedios de la TAS y TAD fluctuaron de 136,2 a 138,3; y 78,3 a 75,5 mmHg respectivamente. No hubo variaciones significativas en los 6 años de seguimiento. Tampoco se observa aumento en el porcentaje de hipertensos con TA bien controlada que oscilaron entre el 44,1 % y el 47,5 %.

CONCLUSIONES.

A pesar del proyecto de mejora con continuidad temporal, el control de los hipertensos no ha mejorado sustancialmente. Debemos preguntarnos si lo hacemos bien, si podemos hacer algo más o si debemos cambiar la estrategia individual (sobre el enfermo), hacia una estrategia poblacional basada en la promoción de la salud.

Propuestas de mejora:

- Definir objetivos de control de TA mediante indicadores de variable continua. (Ej Disminuir las medias de TAS y TAD en 4 puntos). Desterrar el concepto de que la HTA es una variable dicotómica (Bien/mal controlada)
- Desarrollar programas con estrategias poblacionales: promover actividad física, reducir consumo de sal, modificación de hábitos alimentarios.

BIBLIOGRAFIA

- Junta de Castilla y León. Riesgo de Enfermedad Cardiovascular. Consejería de Sanidad. 2005
- Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: OUP; 1993
- Gervás J, Pérez-Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gac Sanit. 2006;20(Supl 3):66-71

R0041

CRITERIOS DE CALIDAD PARA EL ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS DE OSTEOPOROSIS

Montero Alonso MJ

García Ortiz A

González María C

JUSTIFICACIÓN

Aunque la eficacia preventiva de los fármacos utilizados en el tratamiento de la osteoporosis (OP) es muy limitada, tanto en grupos de población como en tamaño del efecto, su consumo es elevado. Es necesario utilizar herramientas que complementen la información que proporciona el análisis fármaco epidemiológico de los tratamientos.

OBJETIVOS:

Identificar áreas de mejora en el abordaje terapéutico de la osteoporosis mediante criterios de calidad definidos teniendo en cuenta las características y medicación concomitante de los pacientes tratados. Analizar los indicadores fármaco-epidemiológicos y el consumo de fármacos.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo, de los pacientes tratados con fármacos para la OP de un área sanitaria, en el periodo julio-diciembre 2010, detectados a través del sistema de información de consumo farmacéutico. Análisis de consumo: 2007-2010

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1/criterios de calidad

DESCRIPCIÓN Indicador

EDAD No hay evidencias de que un tratamiento precoz, en personas menores de 65 años, aporte algún beneficio % pacientes menores de 65 vs total tratados

No hay suficiente evidencia para recomendar tratamiento a partir de los 80 años % pacientes mayores de 80 vs total tratados

SEXO No existe ningún tratamiento farmacológico con evidencia constatada que prevenga la fractura de cadera en el hombre % varones vs pacientes tratados

El tratamiento continuado con corticoides en el hombre es indicación de prevención de OP % varones tratados con corticoides vs varones tratados

Principio activo de elección Alendronato es el fármaco de elección % pacientes con alendronato vs total tratados

calcio Cualquier opción terapéutica debe llevar asociados suplementos de calcio y/ vitamina D si no hay aporte adecuado % pacientes tratados con calcio y/o vit D vs total tratados

interacciones Se han descrito incrementos en el riesgo de fracturas como efectos adversos asociados a benzodiazepinas, IBP, glitazonas e ISRS. % pacientes tratados con estos fármacos vs total tratados

2/ indicadores fármaco-epidemiológicos de evolución del consumo y distribución de fármacos para la OP

RESULTADOS

En el periodo estudiado hay 5186 pacientes tratados con fármacos para la OP (4877 mujeres y 312 varones). El 49,97% tienen entre 65 y 80 años. De los varones tratados el 17% tiene además tratamiento con corticoides. El 85% tiene un tratamiento con bisfocfonatos, de los que el 34,32% es alendronato. Sólo el 67,99% de los pacientes tienen tratamiento con calcio y/o vitamina D. Un 46% de los pacientes tienen tratamiento concomitante con fármacos que incrementan el riesgo de fracturas.

2/ El consumo de fármacos se ha reducido pasando de 45 pacientes tratados de cada 1000 en 2007 a 43 en 2010. El porcentaje alendronato monofármaco ha pasado del 29% en 2007 al 19% en 2010.

R0052

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA LA DETECCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE LOS MEDICAMENTOS

Montero Alonso MJ

Díaz Madero A

Prado Prieto MA

González María C

Ramos Hernández C

Ruiz San Pedro AM

JUSTIFICACIÓN

La seguridad de los pacientes es un objetivo que cobra cada vez más importancia en Atención Primaria. La utilización de medicamentos entraña riesgos potenciales elevados, como consecuencia de sus efectos adversos, que en muchos casos pueden ser prevenibles. Diversos estudios han identificado que la asociación de Inhibidores de la la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) o Antagonistas de Receptores de Angiotensina II (ARA II), con diuréticos y con Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE), puede afectar de manera importante a la función renal, sobretodo en ancianos, por su pluripatología y polimedicación. La comunicación de interacciones a los profesionales puede evitar muchos de los riesgos asociados.

OBJETIVO

Valorar la eficacia de una intervención directa para la detección de riesgos asociados al uso de los medicamentos.

METODO

Estudio de intervención en tres Equipos de Atención Primaria con historia clínica informatizada (MEDORACYL).

Fuente de datos: Sistema de Información de la prestación farmacéutica (CONCYLIA) e historia clínica informatizada (MEDORACYL).

Población de estudio: personas mayores de 70 años a los que se prescribió simultáneamente IECA o ARA II + AINE + diurético.

Periodo de estudio: junio-noviembre de 2010.

Intervención: 1) Identificación de pacientes en tratamiento con la triple terapia a través de CONCYLIA, mediante Código de Identificación de Paciente (CIP), grabado en receta. 2) Información a los médicos prescriptores de los riesgos potenciales de dicha asociación, posibles actuaciones a realizar con estos pacientes y entrega de documentación (relación de pacientes detectados y una hoja de recogida de datos por paciente).

VARIABLES DE ESTUDIO: 1) Número de pacientes mayores de 70 años en tratamiento con la asociación, 2) Factores determinantes de mayor riesgo: edad, sexo y comorbilidad, 3) Actitud clínica adoptada por el médico.

RESULTADOS

Se identificaron 419 pacientes (5% de los >70 años) en tratamiento con triple terapia, correspondientes a 31 médicos. Se obtuvieron informes del 86% de los pacientes detectados, correspondientes al 94% de los médicos. Se confirmó el tratamiento en 323 pacientes (89%). La media de edad fue 78 años, un 3% mayores de 90 años. El 75% eran mujeres. En el 77% de los pacientes se realiza seguimiento de la función renal (60% tiene analítica en los últimos 6 meses). Un 24% de los pacientes tenía insuficiencia renal. El 13% tenían diabetes como factor de riesgo asociado. Tras la valoración del paciente, los médicos decidieron suspender alguno de los fármacos en el 19% de los casos (principalmente el AINE) y en el 18% sustituir alguno de los fármacos (en general AINE por analgésico).

CONCLUSIONES

Informar sobre los efectos perjudiciales y facilitar información precisa para el uso seguro de los fármacos puede disminuir los riesgos derivados de su utilización. La detección de interacciones farmacológicas, a través de los sistemas de información de consumo farmacéutico, permite identificar pacientes y profesionales afectados. La estrategia de intervención resulta eficaz, al alertar a los profesionales de los riesgos por la asociación de IECA o ARA II + AINE + Diurético, y posibilitar cambios en su actitud terapéutica.

R0055

PERFIL DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS QUE SOLICITAN VALORACIÓN DE DEPENDENCIA: CALIDAD DE LOS INFORMES DE SALUD

Feijó Mínguez E

Zurro González S

Díez Gutiérrez MI

Rupérez Pérez C

Estébanez Gil B

JUSTIFICACIÓN

Tres años después del inicio de la puesta en marcha de la Ley de Dependencia, se plantea la necesidad de realizar una valoración del trabajo realizado, coincidiendo en el tiempo con la próxima ampliación de las coberturas de la Ley de la Dependencia de 2006 y los cambios en su Baremo de Valoración.

OBJETIVOS

- Describir el perfil de las personas inmovilizadas que solicitan la prestación de dependencia en una Zona de Salud Urbana.
- Identificar posibles déficits en la utilización del Informe de Salud como herramienta de valoración del estado de salud.

DIMENSIONES DE CALIDAD ESTUDIADA:

Calidad científico-técnica

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Se estudia la población inmovilizada adscrita a un centro de salud urbano que ha solicitado prestación de dependencia durante los años 2007 a 2010. Se analizan las variables recogidas en el informe de salud, calculando medidas de frecuencia (porcentajes, medias), intervalos de confianza con $\alpha = 0,005$. Se considera paciente polimedocado si toma cinco o más fármacos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Se contrasta la congruencia de los datos y la recogida de variables consideradas datos básicos.

INTERVENCIONES REALIZADAS

Difusión de los resultados entre el personal interviniente, para la corrección de los errores detectados

RESULTADOS

Se cuenta con 115 informes de salud teóricos (49'36% de los inmovilizados de nuestra ZBS). De éstos, sólo se analizan 93 (84'55%) ya que 22 (19'13%) no aparecen en el archivo. En 5 (5'38%) de los analizados no consta la fecha. El 56'99% de los informes de salud se agrupan (de 2 a 7 informes) en unas calles determinadas de la ZBS. La media de edad es de 83'6 años (IC95%: 81'41-85'91). Un 49'5% figuran con algún problema de salud siendo el más frecuente, con un 34%, la afectación de la capacidad perceptivo-cognitiva. Un 81'7% son pacientes polimedicados. En 30 (32'26%) informes se observa la necesidad de ayudas técnicas y en 10 (10'75%) el uso de absorbentes. Un 74'2% son pacientes dependientes. El 72% requieren cuidados indefinidos y en un 24% no se reseña el tiempo. El 76'3% figuran como incluidos en el servicio de inmovilizados mientras que el 15% no consta este dato y en un 6% está mal cumplimentado. El 6,5% no tienen Barthel, 79'6% figuran con dependencia severa, un 12'9% con dependencia moderada y el 1'1% con leve. En un 68'7% aparece deterioro cognitivo.

CONCLUSIONES

Las personas inmovilizadas que solicitan la Ley de Dependencia tienen una media de 83 años, son pluripatológicas, polimedicadas, dependientes en las actividades básicas de la vida diaria, requieren la prestación de los cuidados de forma indefinida y presentan, en un porcentaje elevado, alteraciones perceptivo-cognitivas. Se ha avanzado en la subsanación de importantes errores de cumplimentación, como la fecha y la pertenencia o no al servicio de inmovilizados, al igual que la realización del test de Barthel, debido a la experiencia en el uso de la herramienta y la retroalimentación de la información.

R0057

**ESPIROMETRÍAS: IMPORTANTE ÁREA DE MEJORA Y ASIGNATURA
PENDIENTE DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO. ESTUDIO ESPIRO-RESP**

Jorge Bravo MT

Gamarra Ortíz J

Aguarón Pérez J

Ortíz Sánchez F

García de la Pastora M

JUSTIFICACIÓN:

La espirometría permite realizar el diagnóstico precoz y seguimiento adecuado del paciente con EPOC o con asma, y está incluida en las principales guías de práctica clínica (GPC) como prueba de realización obligatoria con estas indicaciones. Pero la literatura científica nos alerta de su escasa implantación en condiciones de práctica clínica habitual y de su dudosa calidad.

OBJETIVOS:

Analizar el uso de la espirometría en los pacientes diagnosticados de EPOC o asma en los cupos de los médicos de familia (MF) participantes en el proyecto y su adecuación a las recomendaciones de las GPC actuales.

MÉTODO:

Se diseña un estudio observacional, descriptivo, transversal, a realizar por MF pertenecientes a dos comunidades autónomas (CCAA), Castilla y León-Galicia. Se incluirán todos aquellos pacientes que presenten los diagnósticos de EPOC o asma en su historia. Variables principales: Nivel de seguimiento por el MF, existencia de espirometrías diagnósticas y de seguimiento, médico que solicita dichas espirometrías, accesibilidad del MF a dicha información (valores, gráfica, calidad de la espirometría). El análisis de datos se realiza mediante el SPSS 18.0, describiéndose los datos globales de la muestra y analizando las diferencias entre CCAA.

RESULTADOS:

Tamaño muestral: 480 pacientes, EPOC: 289 (44.3%) y asma: 191 (29.3%). Razón hombres/mujeres: 415 (63.7%) / 237 (36.3%). Edad media: 62.5 años. Pacientes con espirometrías diagnósticas realizadas: 165 (34.4%), realizadas el 25.5% en atención primaria (AP) y disponibles en AP 75 (45.5%). No realizaron espirometrías diagnósticas 315 (65.6%), siendo por motivos conocidos 104 (21.4% de no realizadas). Pacientes con espirometrías de seguimiento realizadas: 143 (29.8%), media espirometrías seguimiento: 0.79, 5.1% tienen ≥ 3 espirometrías de seguimiento. Realizadas el 28% en AP, disponibles en AP: 52 espirometrías 36.4% de las 143 realizadas. No realizaron espirometrías de seguimiento 78.1%, siendo por motivos conocidos: 145 (28.5% de no realizadas). Clase funcional tras realizarle una espirometría: 127 EPOC sin clasificar (43.9% del EPOC), 79 asma sin clasificar (41.4% del asma). Se puede confirmar la validez de las espirometrías diagnósticas pre-broncodilatación y post-broncodilatación en 30 y 12 pacientes (18.2% y 7.3%) y de seguimiento en 20 y 11 (14.0% y 7.7%) respectivamente, sin diferencias en relación con el lugar de realización.

No se detectaron diferencias en ninguna de las variables analizadas entre las dos CCAA.

DISCUSIÓN:

Sólo un tercio de los pacientes tiene espirometrías diagnósticas, disponible en AP en menos de la mitad de los casos.

- El 86.6% de los pacientes con espirometrías diagnósticas tenían también alguna de seguimiento (media=0.79), pero sólo el 5.1% tenían 3 o más.
- En más del 40% de las espirometrías no está registrada la clase funcional, indicador de gravedad e intensidad de la obstrucción.
- La validez de las espirometrías realizadas es difícil de comprobar y en todo caso escasa.
- Los resultados no muestran diferencias entre las dos CCAA participantes.
- La realización de espirometrías en los pacientes diagnosticados de EPOC o asma no se adecúa a las indicaciones de las principales GPC actuales.

R0058

ENVEJECIMIENTO DE CALIDAD: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA PREVENIR LA DIABETES TIPO 2 Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR.

García Martín RM

Laguna Peláez C

Marqués Macías MP

Llorente Castronuevo MJ

García Hernández MN

Fernández Sánchez S

INTRODUCCIÓN

La Diabetes tipo 2 (DM2) es una de las nuevas epidemias del siglo XXI por su magnitud y su impacto negativo en la enfermedad cardiovascular. Su prevalencia aumenta con la edad, la obesidad y el sedentarismo. El creciente aumento de la esperanza de vida, justifica la necesidad de realizar programas para mayores, dirigidos a combatir los factores de riesgo modificables, fomentando un estilo de vida saludable.

OBJETIVO

Detectar personas en riesgo de padecer DM2 y monitorizar los factores de riesgo modificables al año de una intervención educativa intensiva sobre hábitos nutricionales y ejercicio físico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo longitudinal de Junio 2008-Diciembre 2010.

Muestra aleatoria estratificada por edad y sexo de 75- 89 años inscrito en tarjeta sanitaria. Exclusión: diabéticos, inmovilizados y demenciados. Fases del estudio: Fase 1: Cribado no invasivo mediante Heart-Score y escala FINDRISC. A los de puntuación ≥ 14 (alto riesgo): antropometría, analítica con prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) y cuestionarios. Fase 2: Programa de intervención para modificación de estilos de vida. Fase 3: Evaluación anual.

Variables: Disglucemia(DG), Normoglicemia(NG), Diabetes(D),Peso, Índice de Masa Corporal(IMC),Perímetro de cintura(PC), Glucosa basal(GB), Glucosa 2H-PTGO 75gr de glucosa(G2H), Colesterol –total-HDL-LDL, Triglicéridos(TG), Ejercicio Físico(EF), Consumo frutas-verduras-cereales, Consumo grasas.

Análisis: paquetes estadísticos SAS y SPSS versión 1.3, Excel 07 y chi cuadrado para variables cualitativas.

RESULTADOS

Muestra de 100 personas. Participan en cribado 74, edad media 77,4, mujeres 62%. Presenta alto riesgo el 36,48%. Se realiza analítica con PTOG al 70,3%. Realiza la intervención educativa el 77,78%. Seguimiento al año del 50%. Se identifica un 5,3% Diabetes (D) no conocida. Un 57% de los pacientes en intervención presenta DG, al año el 29% ($p < 0,05$).

Medias iniciales: peso $77,4 \pm 12,06$ kg, IMC $32,7 \pm 4,09$, PC $98,2 \pm 8,3$ cm. Al año: peso $77,6 \pm 14$, IMC $30,8 \pm 3,3$, PC $103,7 \pm 8,9$. Obesos el 86%, al año el 72%. Al inicio Colesterol-T $201,7 \pm 37,2$ mg/dl, HDL $53,8 \pm 9,7$, LDL $129,5 \pm 33,5$, TG $92 \pm 28,1$ y al año $197,2 \pm 45,2$ mg/dl, $55,2 \pm 13$, $119,3 \pm 42,7$ y $91,8 \pm 30,9$.

La GB inicial $101,2 \pm 10,3$ mg/dl, al año $94,1 \pm 11,2$ y la G2H $140,2 \pm 28,8$ inicial y $109,4 \pm 33,3$ (p

Hacen EF inicialmente el 57% y al año 100% (p

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes de alto riesgo fue inferior al 50% estimado en el proyecto. Se ha detectado un caso de diabetes no conocida. En el año de seguimiento no han aparecido nuevos casos.

El descenso de casos de Disglucemias ha sido significativo al año de la intervención. Datos antropométricos y analíticas muestran cambios positivos.

Al año, todos hacen EF y aumentó su práctica efectiva.

Han incrementado el consumo de frutas-verduras-cereales y han disminuido la cantidad de grasa de la dieta cambiando el tipo de grasa utilizada.

R0066

¿QUÉ CUIDADOS DE ENFERMERÍA SON MÁS EFICACES EN LOS PACIENTES TRAS UN ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Fernández Ramajo MA

González Bustillo MB

Verdugo Pérez G

Frailes Caviedes C

Gutiérrez De-Montes S

Casado Del Olmo MI

JUSTIFICACIÓN

Enfermedad cerebrovascular son todas aquellas alteraciones secundarias a trastorno vascular. Su manifestación aguda se conoce como ictus. ICTUS "enfermedad líder de la mortalidad y discapacidad". Consume el 3-4% del gasto sanitario en países de muertes elevadas. El 76% en el primer año. En España, el ictus representa la primera causa de muerte en las mujeres y la tercera en los varones; así mismo es la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos, ocurriendo uno de cada cinco ictus en individuos en edad laboral.

Y además, es la segunda causa de demencia. En España mueren en el año 2008, 18381 mujeres y 13452 varones. En España, la mortalidad ha disminuido desde hace 30 años, probablemente debido a los avances en prevención primaria, diagnóstico y tratamiento. Los pacientes con ictus presentan un estado físico deteriorado y esto puede exacerbar su discapacidad.

OBJETIVO

Encontrar las mejores evidencias acerca de las intervenciones de enfermería tras un ictus en el ámbito de atención primaria.

METODOLOGÍA

Tpo: descriptivo.

Técnica de estudio: Revisión bibliográfica.

Palabras clave: ictus, cuidados de enfermería, efectividad, eficacia.

Recursos: bases de datos – Biblioteca virtual de la salud, Scielo, Medline, Cuiden, JBI (Joanna Briggs Institute), Cinalh y Cochrane Library. Búsqueda intuitiva en Google y referencial.

Criterios de selección: según el tema, sin restricciones en la fecha de publicación y según idioma (inglés, español o portugués).

Muestra seleccionada: 23 artículos.

Revisión: análisis y lectura crítica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La atención temprana y haciendo valoraciones de la disfunción motora, disfagia y afasia, ayuda a prevenir discapacidades y reingresos. (N-1/GR-A)

Plan de cuidados de enfermería integral tras valoración cognitiva, psicológica, física y social.

Equipo de soporte familiar o enfermera especialista debería tener contacto telefónico y visitas domiciliarias durante 6-12 meses.

Intervenciones por enfermeras especialistas puede disminuir la incontinencia urinaria. (N-1)

El alta temprana produce mayor satisfacción y confort, aunque no hay evidencia de disminución de costes. (N-1)

Es importante la intervención psicológica, contacto telefónico y visitas domiciliarias para reducir la depresión. La intervención por enfermeras psicosociales reduce la depresión, la salud autopercebida y en ocasiones el estado funcional. (GR-A)

La combinación de sesiones educativas son más eficaces que la educación sola para aumentar los conocimientos de los cuidadores. (N-1)

En el tratamiento rehabilitador, se recomienda una actuación precoz y según los déficits en cada caso.

Se sugiere valoración nutricional, de disfagia y cuidado de la boca.

Considerar asociaciones, voluntariado y servicios sociales. (N1/GR-B)

R0070

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS Y ELABORACIÓN DE UNA GUIA SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Maderuelo Fernández JA

Moreno González P

González Hierro M

Velázquez San Francisco I

González Casado MJ

Nogales Carpintero JI

INTRODUCCIÓN

El interés por la opinión del usuario en nuestra Gerencia de Atención Primaria (GAP) no es nuevo. Desde 1996 evaluamos periódicamente la percepción de las personas que acuden a los centros de salud. Los resultados indican que la población valora positivamente los servicios que se ofrecen desde Atención Primaria (AP) en nuestro área. En 2005 la comisión de calidad de la GAP, realiza una autoevaluación mediante el modelo Europeo de Excelencia (EFQM). Después de analizar los resultados, se definieron 3 líneas estratégicas, destacando la Orientación de los Servicios a los Ciudadanos y se desarrollaron actuaciones para explorar aspectos no contenidos en las encuestas, en especial nos preocupaba el área relativa a la información que se facilita a los ciudadanos sobre los servicios que se prestan.

OBJETIVOS: Identificar las necesidades de información de los usuarios respecto a los servicios sanitarios de AP. // Diseñar un documento que reúna las necesidades de información identificadas y que satisfaga las expectativas de los usuarios sobre la información.

METODOLOGIA

Durante 2006 y 2007 se diseñó un proyecto de investigación cualitativa. Se desarrollaron 10 grupos focales, en los que han participado 83 usuarios de centros de salud con edades comprendidas entre los 18 y 80 años; y miembros

de nueve asociaciones relacionadas con el sector sanitario. El análisis de la información vertida por estos grupos identifica por encima de otras propuestas la demanda de una guía que contenga toda la información sobre los servicios que se ofrecen en AP. Los participantes en los grupos focales detallan las características que debería tener, destacando que sea en formato de papel, que la puedan tener en casa y ser consultada fácilmente, que proporcione información útil para todos los usuarios independientemente de la edad y sea gratuita. La Comisión de Calidad decide formar un grupo de trabajo para la elaboración de una guía que reúna estos requisitos.

RESULTADOS

Se ha diseñado la “Guía Práctica de los Servicios de Atención Primaria. Tú Guía”, que tiene 68 páginas e incluye los siguientes apartados:

1. Atención al Ciudadano. Detalla las actuaciones en relación al acceso a la atención sanitaria, obtención de cita, cambio de médico, etc.
2. ¿Qué prestaciones sanitarias puedo obtener en mi Centro de Salud? La Cartera de Servicios. Describe algunos de los servicios más relevantes y se ofrecen mensajes directos destacando los aspectos preventivos.
3. Derechos y deberes de las personas en relación con la Salud. Se recopila una síntesis de los derechos y deberes de los ciudadanos de Castilla y León en relación con la salud
4. Gestión de Prestaciones. Proporciona información sobre temas como el visado de recetas o las prestaciones ortoprotésicas.
5. Once recomendaciones para una atención sanitaria más segura. Recomendaciones para preparar la consulta antes de visitar a los profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

Se han editado 20.000 ejemplares que se han distribuido a los usuarios desde las consultas de AP. La acogida ha sido muy positiva tanto por los usuarios como por los medios de comunicación y los profesionales.

R0071

REFLEXIONES PARA LA MEJORA DESPUÉS DEL PILOTAJE DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moreno González P

Maderuelo Fernández JÁ

Otero López MJ

Casado Romo JM

García Iglesias MA

Velasco Marcos A

INTRODUCCION y OBJETIVOS

Según el estudio APEAS, la prevalencia de efectos adversos (EA) en atención primaria (AP) es de 11,2 por mil consultas. Teniendo en cuenta la frecuentación media en nuestro ámbito, este resultado supone que aproximadamente el 7% de los ciudadanos que acuden a consulta de AP podrían verse afectados por un EA. La mayoría (48,2%) de estos EA tienen causas relacionadas con la medicación. Este hecho justifica la realización de actividades para la identificación, análisis y aprendizaje de errores de medicación con el fin de establecer medidas preventivas.

Evaluar el pilotaje de un sistema de notificación y aprendizaje de errores de medicación en AP, e identificar áreas de mejora en la práctica asistencial en relación con la seguridad de la utilización de los medicamentos.

METODOLOGIA

Dimensión: Seguridad del Paciente.

Después de la conformidad al proyecto del Grupo de Trabajo para la Seguridad del Paciente se inició el pilotaje de un sistema de notificación y aprendizaje de errores de medicación voluntario, en dos centros de salud (rural y urbano), utilizando la plataforma informática desarrollada por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Previamente se realizaron sesiones de sensibilización sobre seguridad del paciente y actividades formativas específicas sobre el manejo de la aplicación informática, el registro y análisis

de errores de medicación. El sistema se evaluó después de 18 meses de funcionamiento. Se discuten en el Grupo los resultados y las posibles áreas de mejora.

RESULTADOS

Se registraron 56 errores de medicación, de los que 18 (32,1%) fueron errores con daño. El Acenocumarol fue el medicamento más frecuentemente implicado, con 9 incidentes registrados como primer principio activo. Los patrones más frecuentes son:

- Prescripción de un medicamento erróneo, inapropiado o susceptible de interaccionar.
- Duplicidades o acumulación de medicamentos.
- Interacciones.
- Errores en oficinas de farmacia (errores de dispensación).
- Incidentes relacionados con el paciente, fundamentalmente por administración incorrecta (dosis o pauta).
- Problemas de conciliación al alta hospitalaria de los pacientes.

Las principales causas fueron problemas de comunicación escrita, despistes y falta de conocimiento o información sobre medicamentos. El primer trimestre acumuló el 51,8 % del total de errores notificados. Las áreas de mejora priorizadas fueron: atención al paciente polimedicado mayor de 75 años y la evaluación periódica de su medicación, la mejora del almacenamiento y control de caducidades de los medicamentos y las interacciones medicamentosas, especialmente las de los anticoagulantes. También se propuso facilitar recetas médicas en urgencias y proporcionar información escrita a los pacientes sobre medicamentos.

CONCLUSIONES

Se modificó el circuito de ajuste de dosis de anticoagulantes. El proyecto tuvo buena aceptación por los profesionales, apoyando su despliegue a otros centros. Es fundamental el análisis y discusión en el equipo de los errores detectados ya que facilita el “aprendizaje de los errores”, y estimula la continuidad de la notificación. Proyecto financiado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

R0074

PERCEPCIONES DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL

Bolaños Gallardo E

Redondo Martín S

Maderuelo Fernández JA

García Iglesias MA

Marcos Valladolid MC

Palacín Vega FJ

INTRODUCCIÓN

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud en los países desarrollados, después del tabaco y la hipertensión arterial (OMS). Castilla y León se encuentra por encima de la media nacional en consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes. El Servicio de Atención al Bebedor de Riesgo (SABR) incluye el consejo breve, considerado como una de las medidas más eficaces para la prevención del consumo perjudicial, pero este servicio es uno de los que presenta una cobertura más baja. Se plantea la necesidad de promover un cambio de actitudes en los y las profesionales de Atención Primaria (AP) para aumentar la sensibilidad hacia esta realidad, la detección precoz del consumo de riesgo y las intervenciones breves.

OBJETIVOS

Explorar la opinión sobre el papel del personal de AP en el diagnóstico e intervención precoz sobre el consumo abusivo. Valorar la opinión sobre el consumo de alcohol en su comunidad de referencia (hombres, mujeres, jóvenes). Detectar necesidades para la mejora de la intervención desde AP.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo, utilizando grupos de discusión y entrevistas abiertas. Muestra cualitativa: Para la formación de los 4 grupos se consideraron las variables: profesional (medicina; enfermería), ámbito (urbano; rural), edad (20-40; 41-60) y sexo (hombre; mujer). Se realizaron 14 entrevistas que

incluyeron informantes clave de (medicina; enfermería) con altas y bajas coberturas del SABR, trabajadoras sociales, pediatras y matronas. Total participantes: 42.

RESULTADOS:

- El consumo de alcohol se percibe como un importante problema de salud pública, especialmente en adolescentes. También muestran preocupación por el alcoholismo.
- Consideran que AP tiene un papel relevante, pero reconocen que la detección, el consejo y la intervención breve no están incorporados en sus prácticas cotidianas.
- El consumo de riesgo no se detecta y empieza a ser considerado problema cuando genera repercusiones orgánicas o alteraciones en el comportamiento. En las mujeres la detección es más tardía y la intervención les parece más compleja.
- Dificultad del personal sanitario para marcar el límite de consumo de riesgo, lo que repercute en el afrontamiento del problema del consumo de alcohol.
- Como barreras para la intervención destacan: escasa formación, carencia de habilidades para la entrevista, anticipo de resistencias, temor a invadir la intimidad, los propios hábitos de consumo, la sobrecarga asistencial.
- Destaca la falta de intervención preventiva con población adolescente.

CONCLUSIONES: Se realizan las siguientes propuestas de mejora:

- Utilización de la “Guía para la intervención de los profesionales de AP en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol”.
- Mayor implicación de enfermería en la exploración de los consumos de riesgo y del seguimiento de estos pacientes.
- Utilizar y potenciar la consulta de 14 años como momento para explorar el consumo de alcohol y ofrecer consejo. Formación de profesionales de AP sobre consumo de riesgo (diagnóstico e intervención).
- Declarar como servicio preferente el SABR.

(*) Este Proyecto se enmarca en el PROYECTO POCTEP 2009-2010 de colaboración transfronteriza con la Zona Centro de Portugal y la provincia de Salamanca.

R0079

GESTIÓN EFICIENTE DEL AUTOANÁLISIS DE LA GLUCEMIA CAPILAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA NECESIDAD

Ramos Hernández C

Díaz Madero A

JUSTIFICACIÓN

La OMS determina que cualquier sistema sanitario que pretenda ser óptimo debe cumplir una serie de cualidades, entre ellas la eficiencia (mejores prestaciones y mejor nivel de salud al menor coste). La normativa que regula el Sistema Nacional de Salud, establece la necesidad de la responsabilidad de los profesionales sanitarios en la gestión y la mejora continua de la Calidad de los servicios en todos sus aspectos. La evidencia científica actual no demuestra un mejor control de la enfermedad, en personas con Diabetes Mellitus, por la realización indiscriminada del autoanálisis de la glucemia capilar.

OBJETIVO

Valoración de la eficiencia del proceso de gestión de los recursos materiales destinados al autoanálisis de la glucemia capilar en personas con Diabetes Mellitus en un Área de Salud, detección de áreas de mejora e implementación de intervenciones que optimicen la gestión.

DIMENSIÓN DE CALIDAD: Científico-técnica.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. En base a criterios de calidad de consumo óptimo de tiras de glucemia en el autocontrol del paciente diabético, fundamentados en los resultados del metanálisis del Grupo de Lectura Crítica, promovido por la Gerencia Regional de Salud, se evaluó la situación previa en relación a esta intervención. Se identificaron áreas de mejora y durante el año 2010 se han desarrollado distintas actuaciones para optimizar su gestión: información sobre resultados de la evaluación, reuniones con profesionales de

los Equipos de Atención Primaria para concienciar de los motivos que justifican su priorización, desarrollo de acciones formativas específicas, promoción de formación y acceso a la Historia Clínica Electrónica (HCE), promoción de una sistemática de registro en HCE, mejora de la comunicación con Atención Especializada (AE), accesibilidad a resultados de analíticas de AE,...

RESULTADOS

- Mejora notable en los registros en la HCE. En los centros donde la implantación de la HCE es total, la media de pacientes sin identificar tipo de Diabetes Mellitus o tratamiento es inferior a un 3 %.
- Mejora notable en los registros de material de autoanálisis en la HCE: el resultado del indicador de registro de consumo de tiras en la HCE se incrementa un 32 %, pasando de un 41 % en 2009 a un 73 % en el 2010.
- Disminución del consumo global y del gasto económico en tiras en algo más del 10 %, con un ahorro aproximado en este primer año de 58.000 euros.

CONCLUSIÓN:

Intervenciones sencillas, y con bajo coste, condicionan cambios significativos en las actitudes de los profesionales sanitarios, con repercusión en su desempeño diario, que conllevan mayor responsabilidad y, en consecuencia, una gestión más eficiente de los recursos.

R0080

PREVENCIÓN DE SUCESOS ADVERSOS EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS MEDIANTE GESTIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A MEDICACIÓN

Díaz Madero A

Ramos Hernández C

Sánchez García JM

Ochoa Sangrador C

JUSTIFICACIÓN

El diseño de estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente en Atención Primaria es un objetivo prioritario, puesto que la elevada frecuentación de este nivel asistencial hace que el número absoluto de pacientes involucrados en sucesos adversos sea elevado, y altamente efectivo, pues hasta el 70 % son evitables. La Prescripción Inapropiada (PI) de fármacos y las Interacciones Farmacológicas (IF), especialmente en población geriátrica, es una cuestión de Salud Pública, relacionada con la morbilidad, mortalidad y uso de recursos sanitarios.

OBJETIVO

Mejorar la seguridad del paciente en Atención Primaria, mediante el diseño e implementación de intervenciones para detección de PI y ausencia de fármacos aconsejables, identificación de IF y prevención de sucesos adversos, en ancianos polimedicados institucionalizados.

DIMENSIÓN DE CALIDAD: Científico-técnica.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal, que analiza los tratamientos prescritos a 42 pacientes institucionalizados. Para identificar las prescripciones inadecuadas y aconsejables se emplearon los Criterios STOPP y START respectivamente. Las IF potenciales se identificaron mediante la base de datos "Stockley Interacciones farmacológicas".

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, problemas de salud, tratamiento pautado, número de medicamentos, coste tratamiento día en función de la dosis diaria, número y grado de severidad de IF potenciales detectadas y número criterios STOPP-START detectados. Se calcularon medidas de tendencia y dispersión y análisis de frecuencias. Se valoraron correlaciones con Rho de Spearman (p)

RESULTADOS

Características población: Edad media 82,43 (DE 8,01, IC 95 %: 79,93-84,92), 66,7 % mujeres, media de procesos por paciente 8,98 (DE 3,58, IC 95 %: 7,86-10,09). Características prescripciones: media fármacos prescritos 7,07 (DE 2,24, IC 95 %: 6,37-7,77), media DOE 4,00 (56,6%), media EFG 2,90 (41 %), media coste/día por paciente 4,03, coste medio del tratamiento diario en la residencia 169,63 euros. Prescripción de IBP en 57% de los pacientes (solo 54% con indicación clara registrada en la HCE). Media IF 85,71 %: graves 35,46 %, moderadas 56,03 % y leves 7,80 %. El 70 % de pacientes geriátricos institucionalizados presentan un criterio STOPP-START. El 62 % de los ancianos tienen, al menos, 1 criterio STOPP, con una media de 1,12 criterios STOPP por paciente. En el 36 % se identificó, al menos, 1 criterio START, con una media de 0,55 criterios START por paciente.

Se objetivó asociación estadísticamente significativa para: 1) Edad y aumento de criterios STOPP, 2) Número de procesos y polimedicación, con aumento de interacciones. Se realizó una intervención con el médico prescriptor, para que analizara los resultados, valorara la utilidad de los criterios y la necesidad de cambios en la actitud terapéutica. El grado de aceptación de los criterios fue elevado, matizando la necesidad de individualizar y adaptar a nuestro medio. Posteriormente, realizó una encuesta de valoración de la intervención, que fue positiva.

CONCLUSIÓN: La utilización de los criterios STOPP-START y la base de datos "Stockley Interacciones farmacológicas" en la revisión periódica y sistemática de los tratamientos de los pacientes mayores, permite identificar prescripciones inadecuadas, minimizar IF y evitar sucesos adversos por medicamentos.

R0081

**CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA RURAL:
ANÁLISIS DE UNA EXPERIENCIA**

Mata Poyo J

Ganado Alejandro A

Manzano Manzano ML

Mata Romero P

Rodríguez Gago I

JUSTIFICACIÓN

A partir de 1999, casi todos los Servicios Sanitarios Autonómicos han incluido la Cirugía Menor (CM) en la oferta de servicios de su primer nivel de atención. La competencia en CM enriquece y complementa la actividad asistencial (preventiva-diagnóstica-terapéutica) del médico de Atención Primaria (AP). Analizar las oportunidades de mejora de la práctica quirúrgica, tanto en lo referente a la propia competencia profesional, como en aspectos relativos a la dotación de medios o a la organización de la actividad, ayudará a mejorar el proceso y sus resultados.

OBJETIVO

Describir las actividades realizadas en CM en un Centro de Salud rural y los resultados obtenidos, determinar la concordancia entre diagnóstico clínico e histológico, analizar la utilización de los recursos disponibles, valorar grado de satisfacción alcanzado e identificar oportunidades de mejora.

DIMENSIÓN DE CALIDAD: Científico-técnica. Satisfacción.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal, que analiza todas las personas intervenidas mediante técnicas de CM, durante los años 2008, 2009 y 2010, en una Zona Básica de Salud Rural. Se analizaron la edad, sexo, tiempo de espera, existencia de consentimiento informado, diagnóstico clínico, técnica empleada, diagnóstico histológico y concordancia con diagnóstico clínico, complicaciones

y secuelas. Se valoraron los recursos y la satisfacción de las personas y sanitarios.

RESULTADOS

Se practicaron intervenciones de CM a 156 pacientes, 51,28% hombres (80) y 48,72% mujeres (76), con edades comprendidas entre 14 y 89 años, con una media de edad de 57 años. El tiempo de espera osciló entre dos y siete días, para las actividades programadas. Firmaron el consentimiento informado el 100% de las personas. Las patologías abordadas fueron: alteraciones músculo-esqueléticas (infiltraciones) 21,79%, fibromas 14,74%, quistes epidérmicos y triquilemicos 12,18%, queratosis seborreicas 9,62%, nevus melanocíticos 8,97%, patología de la uña 8,97%, verrugas vulgares 7,69%, biopsias 5,77%, extracción cuerpos extraños 1,92%, lipomas 1,28% y reparación orejas rasgadas 1,28%. La técnica más empleada fue la extirpación de lesión cutánea y subcutánea: 60,26%. Se enviaron 88 muestras quirúrgicas al Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital de referencia, para diagnóstico histológico, siendo la concordancia con el diagnóstico clínico del 78,82%. Se diagnosticaron cuatro lesiones malignas. No se registraron complicaciones durante la actividad quirúrgica y las complicaciones posteriores fueron tan solo el 1,92% de los casos: un caso con sangrado de la herida, otro caso con dehiscencia de sutura y un queloide.

Con la optimización de los recursos existentes en el Centro de Salud, hemos conseguido un servicio de CM rápido, accesible y sin demoras. Hemos evitado desplazamientos, molestias y gastos a las personas. La satisfacción, estimada, de los pacientes y sanitarios, ha sido muy alta. Puede contribuir a la reducción de las listas de espera quirúrgica, aumentar el nivel resolutivo de la AP y favorecer el desarrollo profesional de los sanitarios de AP.

CONCLUSIÓN

Con la práctica de CM por los sanitarios de AP, en los Centros de Salud rurales, con medios suficientes, formación adecuada, haciendo una correcta selección de casos y respetando las contraindicaciones, se obtienen resultados muy satisfactorios: para las personas, para los sanitarios y para el sistema.

R0083

EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN UN SERVICIO URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA: MEDORA HERRAMIENTA DE TRABAJO Y CALIDAD ASISTENCIAL.

Pérez Hernández MT

Barriuso Merinero S

Herrero Núñez M

González González J

Cantera Alonso I

Del Rey González L

INTRODUCCIÓN

El acceso a la historia clínica electrónica (HCE) ha facilitado la obtención de información contrastada para realizar la atención urgente. Además ha servido de nexo en la transmisión de la información entre los equipos de profesionales que realizan la asistencia sanitaria a nivel de Atención Primaria (AP). Así la calidad asistencial mejorará en base a un flujo de datos fiables, objetivos y contrastados.

OBJETIVOS

Valorar la repercusión, en la calidad asistencial percibida por los usuarios internos y externos, del manejo del MEDORA en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) como herramienta de trabajo habitual en el desarrollo de la actividad asistencial y su repercusión, tras 4 años de introducción.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: Estudio descriptivo en base a libro de registro usuarios, archivo de Informes Atención Continuada (IAC) y encuestas de satisfacción efectuadas a profesionales y usuarios. Emplazamiento: Centro urbano. Población de estudio: Usuarios externos del SUAP sobre la población total adscrita, no incluimos los pacientes desplazados. Usuarios internos del servicio: profesionales que trabajan directamente en el servicio y los responsables de la asistencia habitual de los usuarios externos.

Variables del estudio: Usuarios, IAC realizados con MEDORA, satisfacción del usuario externo e interno.

Dimensiones del estudio: Organización del sistema, accesibilidad, calidad científico-técnica y calidad percibida, seguridad y satisfacción.

RESULTADOS

Inicio 2008 12,5% de usuarios atendidos con el soporte de MEDORA en la fase de pilotaje. Actualmente 2011 tenemos 100% de los usuarios de la zona, no desplazados, aplicación y red activa.

Satisfacción mantenida del 100% de los usuarios internos del servicio, profesionales que trabajan en el y profesionales responsables de los usuarios.

Satisfacción 92% usuarios externos, 2% no opinan, 2% dudas y 4% insatisfechos con el uso de HCE.

CONCLUSIONES

Datos en HCE del paciente son contrastados, objetivos, accesibles, y legibles.

Información entre profesionales veraz que favorece la continuidad asistencial, su calidad científico-técnica, evitando sesgos en la transmisión, accesibilidad y con seguridad para el paciente por la legibilidad de informes, registro adecuado de antecedentes, tratamiento y alergias entre otros.

Evita sobre carga en trámites administrativos de volcado de informes y su archivo para profesionales sanitarios y administrativos, favoreciendo la organización del sistema.

La actual aplicación asegura la confidencialidad básica en un sistema sanitario de calidad donde un sistema de gestión de HCE, aplica un método de trabajo más acorde con las necesidades actuales y facilita la evaluación interna y externa en base a estándares establecidos medibles, base de todo proyecto de mejora.

R0084

UNIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL ÁREA DE SORIA

De la Fuente Ortega C

Ibáñez González C

Gamarra Lousa M

De Miguel Abad I

INTRODUCCIÓN

La necesidad de la continuidad de cuidados, nos ha llevado a considerar la importancia de que en Atención Primaria y en Especializada, hubiera unos criterios similares respecto a las dietas y recomendaciones que se entrega a los pacientes para dar una atención de mayor calidad a éstos.

OBJETIVO PRINCIPAL

Unificar y actualizar criterios entre especializada y primaria, en la elaboración de dietas comunes con recomendaciones para los pacientes que necesitan intervención nutricional en algunas situaciones:

Hipertensión arterial.Hipercolesterolemia.Accidente cerebro-vascular.Diabetes Mellitus.Portadores de SondaNasogástrica y/o Sonda de Gastrostomía Endoscópica Percutánea.Personas con algún grado de obesidad.Gastroenteritis Aguda.Estreñimiento

OBJETIVO SECUNDARIO

Elaboración de dpticos para la entrega de dietas personalizadas a los pacientes de atención primaria y especializada.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Medline, Scielo.

Portal de Sanidad, I+D biomédica, Evidencias.

Dietas recomendadas por: Novartis.es/portales, Gencat.cat/ics, Fisterra, Sacyl Atención Especializada

Reuniones mensuales desde hace un año en el grupo de nutrición creado por enfermeras de atención primaria y especializada del Sacyl.

RESULTADOS

Se han elaborado dietas para pacientes con HTA, hipercolesterolemia, ACV, DM, portadores de SNG, portadores de sonda PEG y de diferentes calorías para personas con algún grado de obesidad, así como dietas para las personas con estreñimiento y para la gastroenteritis.

Se han realizado dípticos de todas las dietas con el fin de personalizarlas para los pacientes a los que se les entregue.

Estos dípticos contienen una breve descripción de la patología y explican el tratamiento basado en las medidas higiénico-dietéticas.

Las recomendaciones nutricionales las hemos centrado en alimentos recomendados y no recomendados

CONCLUSIÓN

Se ha conseguido realizar estas dietas entre especializada y primaria por la importancia que tiene que exista una continuidad de cuidados entre ambos niveles para dar mayor calidad a los pacientes y que éstos, puedan tener unos mismos referentes a la hora de cumplir un régimen de comidas y de recomendaciones. Consideramos que estas dietas son una herramienta muy adecuada para ayudar al paciente en la realización de su plan de alimentación. Para el diseño de las recomendaciones nutricionales y alimentarias se buscó un formato sencillo y fácil de comprender, pero que al mismo tiempo proporcione al paciente la mayor información posible acerca de su tratamiento dietético. Para proporcionar un cuidado nutricional de alta calidad se debe coordinar la actuación entre los distintos niveles asistenciales que permita la aplicación de criterios homogéneos sobre las recomendaciones a transmitir a la población.

R0117

**MEJORA DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA:
PUESTA AL DÍA DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS EN MEDORACYL**

Martín Fernández M

García López RM

González Fernández MA

Gallego Trapote H

Barrenechea Gómez ML

Cabezas Castro SR

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2005 se introdujo la historia clínica electrónica (HCE) en tres Unidades Básicas Funcionales (UBF) de nuestro Centro de Salud. Progresivamente se amplió la cobertura. A finales del 2009 se encontraban informatizadas 6 de las 7 UBF y el Punto de Atención Continuada. Transcurrido el tiempo observamos un uso generalizado y sistemático de la aplicación Medoracyl por los profesionales que disponen de ella con registro exhaustivo de su práctica clínica. También observamos que ese uso intensivo no siempre ha ido acompañado de la debida gestión de registros, de modo que se aprecia en la documentación generada abundancia de diagnósticos y tratamientos asociados a procesos clínicos antiguos que figuran como activos.

Esta situación crea confusión y entorpece la gestión de la información clínica contenida en la HCE en el trabajo diario de los profesionales, y en los documentos generados para interconsulta figura de forma improcedente la exposición de diagnósticos y tratamientos no actualizados, lo que les confiere una baja calidad.

OBJETIVOS

General: Mejora de la calidad de la historia clínica electrónica de cada usuario a través de la puesta al día de diagnósticos y tratamientos.

Específico: Disminuir en un 20%, a lo largo del periodo de un año, el número de historias clínicas informatizadas de los usuarios de nuestro Centro de Salud que presentan tres o más procesos clínicos considerados en desuso.

MÉTODO

Diseño de un Proyecto de Mejora de Calidad Asistencial por un equipo de mejora del Centro de Salud que fue validado en la Comisión de Calidad del Área por cumplir los criterios para la valoración de los Planes de Mejora de Sacyl: Identificación del problema, Diagnóstico de la situación de partida, Análisis de causas, Población diana, Actividades a desarrollar para la mejora, Cronograma de actividades y Evaluación: Indicadores y Temporalidad.

Ejecución del proyecto a lo largo del año 2010 y evaluación con el soporte técnico de los Servicios Centrales de la Gerencia Regional.

Continuidad de la buena práctica adquirida por los profesionales en la gestión de los registros de la historia clínica e implantada en el EAP para mantener la mejora.

RESULTADOS

Validación del Proyecto de Mejora: Sesión Comisión Calidad Área de 10 diciembre 2009. Implantación de Propuestas de Mejora y Seguimiento: Enero 2010 Evaluación del Indicador formulado para monitorizar el Criterio de Calidad establecido al efecto y análisis de datos:

Situación Inicial: 4.692 HCE activas. De ellas 1.140 tienen más de dos procesos clínicos abiertos en desuso (24.6%).

Meta: Reducción del Nº de historias con más de dos procesos clínicos abiertos en desuso en un 20% respecto a la situación inicial.

Evaluación parcial en Junio 2010:

De 4.778 HCE, no cumplen criterio de calidad 553 (11,6%).

Evaluación final en Diciembre 2010: De 4.763 HCE, no cumple criterio 316 (6,7%)

DISCUSIÓN

Logro: Reducción del 70% el Nº HCE que no cumplen el criterio de calidad.

La Comisión de Calidad valora el resultado como muy satisfactorio.

La experiencia se podría generalizar.

Procede aceptar un porcentaje de HCE con procesos que, por su naturaleza, no cumplirán criterio establecido.

R0119

PROCESO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS DE UNA PROPUESTA ORGANIZATIVA

Prieto Alonso F

Hernández Palacios C

Garrote Sastre T

Iglesias Matías J

Hernández Flores F

Alonso Fernández S

JUSTIFICACIÓN

La atención a enfermedades complejas requiere de la intervención de diferentes ámbitos asistenciales y, en consecuencia, diferentes facultativos, en distintos momentos a lo largo del tiempo. La continuidad asistencial supone una visión compartida del proceso asistencial, con objetivos comunes, centrada en la atención al paciente. Los programas de gestión por enfermedades, pretenden integrar los recursos y desarrollar una red coordinada de servicios que proporcionen continuidad asistencial a la población.

OBJETIVO

Valoración de la organización funcional de los distintos profesionales, y ámbitos asistenciales, que participan en el Proceso de Diagnóstico precoz de cáncer de mama, en un Área de Salud, identificación de áreas de mejora e implementación de actuaciones que mejoren la efectividad y calidad del proceso.

DIMENSIÓN DE CALIDAD: Científico-técnica.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Se valoró la situación de partida del proceso, mediante el análisis de los indicadores de calidad del mismo, obtenidos a través de la aplicación informática del Programa de Detección precoz de cáncer de mama, de dos años anteriores. Las variables e indicadores analizados

fueron: 1) Tasa de participación (Estándar aceptable - STA - > 60 %, estándar deseable - STD - > 70 %). 2) Continuidad o adhesión al programa (STA >65 %, STD >75 %). 3) Proyecciones radiológicas adicionales (STA < 5 %, STD < 3 %). 4) Mujeres que precisan estudios complementarios (STA < 7 %, STD < 5 %). 5) Tasa de detección (STA 2,5 - 3, STD 3 - 4,5). 6) Cánceres detectados entre estudios en relación al total de tumores diagnosticados (STA 18 %, STD < 10 días). 8) Tiempo de valoración adicional (STA < 30 días). 9) Tiempo de valoración por biopsia (STA < 40 días). Se analizaron los resultados y se identificaron áreas de mejora. Durante 2009 y 2010, se han implementado distintas actuaciones para mejorar la organización funcional y optimizar los recursos: distribución de las cargas y organización de los flujos de trabajo, reuniones con el responsable del Servicio de Admisión del Hospital de referencia, conseguir accesibilidad a la aplicación RIS,...

RESULTADOS

- 1) Tasa participación: incremento de un 27,48 % (pasando de un 46,61 % en el 2006 a un 74,09 % en 2010).
- 2) Adhesión programa: >75% en el 2010 (< 65 % en 2006).
- 3) Proyecciones adicionales: 4,29 %.
- 4) Estudios complementarios: 3,45 %.
- 5) Tasa detección: 7,3.
- 6) Cánceres detectados entre estudios: <18%.
- 7) Tiempo información resultado negativo: 7 días (100 días en diciembre 2006).
- 8) Tiempo valoración adicional: < 30 días (95% < 15 días).
- 9) Tiempo valoración biopsia: tiempo máximo 21 días.

CONCLUSIÓN

Organizar las actividades de los procesos, gestionar adecuadamente los flujos de trabajo, mejorar la comunicación, y facilitar el conocimiento mutuo de los distintos ámbitos asistenciales, garantiza una adecuada coordinación e integración y la efectividad de los procesos, evita la pérdida de la continuidad asistencial del paciente, la gestión inadecuada de recursos, posibles sucesos adversos y, consecuencia de todo ello, la pérdida de calidad del proceso.

R0133

EVALUACION DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Migueláñez Arribas R

De Mercado Llorente T

Yuste Martín P

Montero Morales C

JUSTIFICACIÓN

La atención sociosanitaria debe contemplarse dentro de la Continuidad de Cuidados (CC) en aquellos procesos que implican pérdida de autonomía y generan situaciones de dependencia.

OBJETIVO

Abordar la atención social en la continuidad asistencial (CA) de pacientes incluidos en los procesos de CC.

DIMENSIONES DE CALIDAD ESTUDIADAS

Es pertinente abordar el aspecto social de la salud para poder aportar una atención integral y de calidad a los pacientes susceptibles de CA.

DISEÑO

Población Pacientes ingresados en el hospital general debido a un proceso de Fractura de Cadera (FR) o Accidente Cerebro Vascular (ACV), procedentes de la comunidad y no institucionalizados. Procedimiento: Se establece un circuito de comunicación entre los profesionales de los dos niveles asistenciales y dentro de cada nivel asistencial. Documentos de apoyo: Guías de Actuación, Encuesta de Valoración del Riesgo Social (RS), Escala de Valoración Social.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Pacientes ingresados objeto de valoración social. Pacientes dados de alta y con qué destino. Pacientes con RS al ingreso. Tipo de apoyo social tras el alta,

en el domicilio. Pacientes que sólo cuentan con cuidador familiar. Tipo de apoyo institucional tras el alta.

INTERVENCIONES REALIZADAS

Aplicación de la Guía de Actuación, Aplicación de la Escala Gijón de Valoración Social al paciente y su entorno. Seguimiento Protocolizado. Actuación sobre cuidador/familia.

RESULTADOS

Los pacientes ingresados objeto de valoración social son el 68,45% (243/355)
Los pacientes dados de alta con destino a: domicilio el 60,28% (214/355), Institución Sociosanitaria (IS) el 25,91% (92/355) [Pública:17,39% (16/92), Privada: 73,95% (68/92)], otros destinos el 7,32% (26/355), fueron éxitos el 3,66% (13/355) y sin datos el 5,43% (5/929) Los pacientes con RS al ingreso fueron el 46,47% (165/355) [FR 57,87% (136/235) y ACV 24,16% (29/120)]. Tipo de apoyo social en domicilio tras el alta: el 46,72% de los pacientes tienen cuidador familiar (100/214), con cuidador familiar y formal el 9,34% (20/214) y sólo cuidador formal el 3,73% (8/214)

CONCLUSIONES

El alto índice de RS detectado fundamenta la necesidad de intervención del Trabajador Social en estos procesos. Constatamos que los pacientes con ACV sólo precisan intervención social en aquellos casos que se detecta RS durante el ingreso. Se evidencia que la FC es un problema sociosanitario debido al alto índice de RS detectado. El RS detectado puede ser causante de institucionalización al alta en una cuarta parte de los ingresados (25,91% - 92/355-) Mediante la Escala de Gijón, objetivamos el escaso uso de servicios sociales públicos, siendo las familias quienes, mayoritariamente, asumen el cuidado al alta, tanto en domicilio como en IS. Es clara la necesidad de seguimiento por parte del Trabador Social de AP en aquellos pacientes con claro riesgo de sufrir una situación de dependencia en estos procesos. Este trabajo permite la participación de todos los TTSS del área y nos involucra para la mejora continua en el desempeño de la tarea que tenemos encomendada.

R0134

INVESTIGACIÓN, ESCUELA Y CENTRO DE SALUD, OTRA FORMA DE COLABORACIÓN

Higuera Serrano E

Cabañes Cabañes C

Blanco Medina CF

INTRODUCCIÓN

La investigación ocupa un lugar privilegiado para el estudio de los factores que influyen en el estado de salud y sus determinantes y desde los comienzos de la Atención Primaria (AP) se ha intentado que formara parte de las actividades habituales de sus profesionales siendo un indicador añadido de calidad en la prestación de servicios en los centros AP.

La Escuela ha sido un "lugar " especial para la realización de actividades de investigación en los centros de AP debido a su proximidad y accesibilidad, a la concentración de la población diana de los estudios y por la disponibilidad, autoridad y colaboración desinteresada de los cuerpos docentes y de los padres para la realización de los estudios.

OBJETIVOS

Se presenta aquí, una experiencia de colaboración en la investigación de problemas de salud entre la AP y el sistema educativo de Castilla y León de Primaria y Secundaria de 23 años de duración, desde los inicios de la implantación de las primeras Zonas de Salud en 1986 hasta 2008 y que hemos dividido en dos apartados:

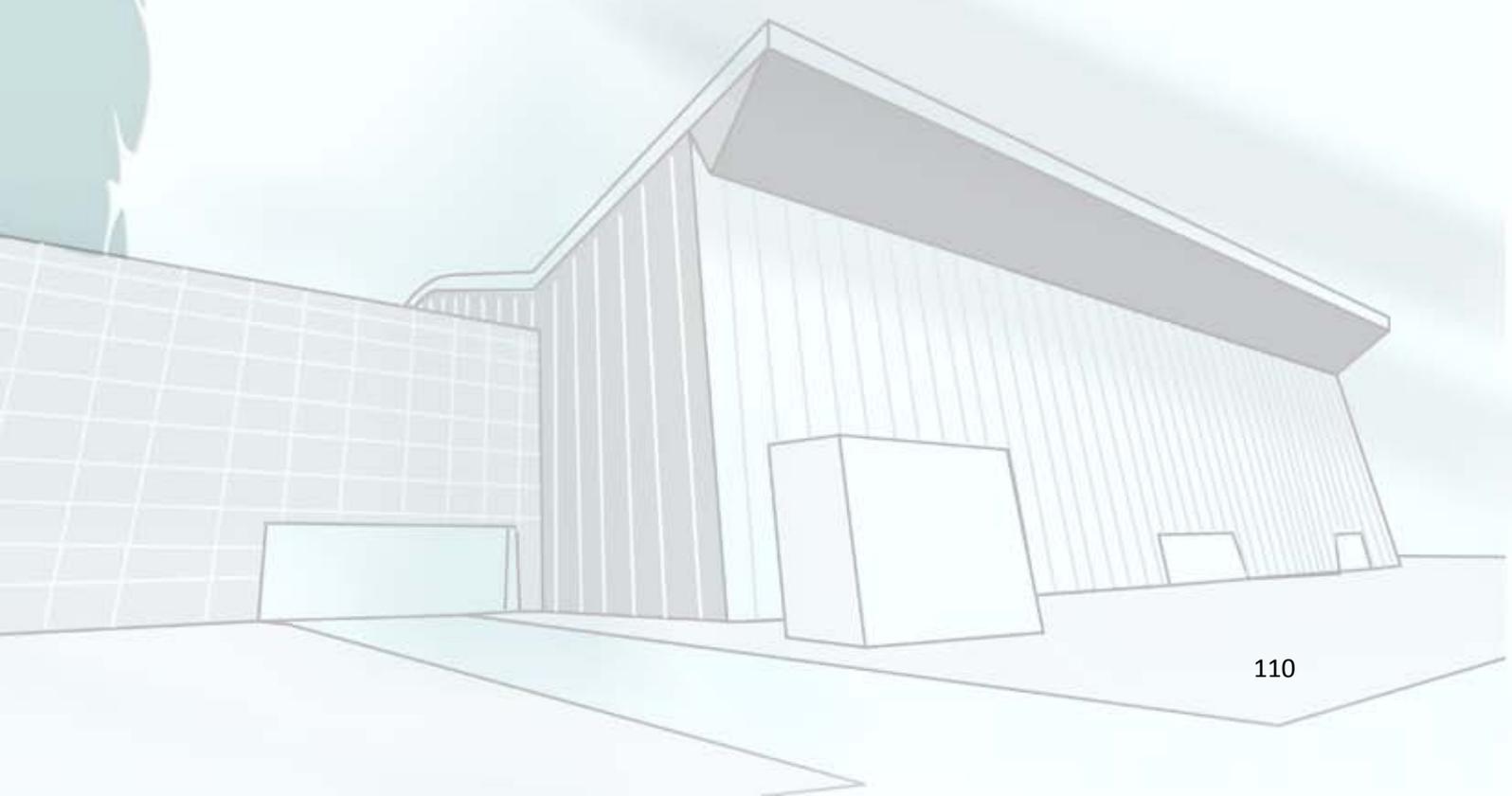
- La investigación SOBRE ellos
- La investigación CON ellos

Y donde presentamos nuestros trabajos de investigación de resultados en salud de programas llevados a la escuela por el Centro de Salud y en especial del primer Programa de Salud Bucodental que se implantó en la zona rural de Castilla y León con un seguimiento de 14 años y una disminución de la

prevalencia de caries del 46% y por otra parte se presenta la experiencia de colaboración entre el Centro de Salud y los Institutos de Educación Secundaria para la tutorización de los alumnos en trabajos de investigación diseñados y realizados conjuntamente con ellos y para el fomento del estímulo investigador.

RESULTADOS

Se presentan los frutos de esa colaboración, tanto para la consecución de objetivos de salud para la población escolar, siempre tan difíciles de medir y objetivar en los programas preventivos por ausencia de investigaciones evaluativas , como los resultados para el personal de AP en trabajos publicados y presentados en congresos nacionales e internacionales así como los importantes logros conseguidos por los estudiantes de educación secundaria en certámenes de Jóvenes Investigadores a nivel nacional e internacional y su posterior relación con su vida profesional.



R0140

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS ORGANIZACIONES DOCENTES

Sierra Manzano JM

Carnicero Y

Gamarra Lousa M

De Miguel Ledesma A

JUSTIFICACIÓN

La calidad de un servicio es entendida como el grado en que se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, y el único método para saber realmente lo que piensan - lo que esperan de nuestros servicios y lo que realmente perciben- es preguntarles, para poder implantar actividades de mejora.

OBJETIVOS

Nuestro centro de salud ha definido en su Mapa de procesos la docencia como proceso operativo y considera como sus clientes a las organizaciones docentes con las que colabora (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria – UDMFyC-, Unidad Docente de Medicina del Trabajo –UDMT- y la Escuela Universitaria de Enfermería –EUE-, dependiente de la Universidad de Valladolid). Deseamos conocer, para proporcionar el mejor servicio, su opinión respecto a la actividad docente de nuestro centro y poder establecer actividades para mejorar su satisfacción.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ESTUDIADAS. Criterio 6 del modelo EFQM de Excelencia: resultados en los clientes.

DISEÑO

Se estudia la satisfacción de la relación de las organizaciones docentes de MFyC y de la Escuela Universitaria de Enfermería mediante un cuestionario basado en el modelo SERPERF (satisfacción de los usuarios con los servicios) al que se añaden tres cuestiones: puntuación global de la satisfacción de

necesidades y expectativas, deseo de seguir manteniendo la relación de clientes y selección de aquellos cinco atributos que consideren imprescindibles para que se cumplan de forma satisfactoria sus necesidades y expectativas en relación a la docencia impartida en nuestro centro de salud (puntuación 0-10).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(Se adjunta tabla)

RESULTADOS E INTERVENCIONES REALIZADAS

- UDMFyC: área de mejora:

o colaboración de los tutores con la organización docente; se plantea, a lo largo del año 2011, una revisión del proceso Docencia y una reasignación de roles

- EUE: áreas de mejora::

o Equipamiento: se ha llevado a cabo una jornada de puertas abiertas para que los responsables de la EUE conozcan la realidad de nuestro centro, y una posterior reevaluación para detectar cambios

o Complimentación de informes: se realiza una reunión entre los responsables para definir el problema (excesiva uniformidad en las puntuaciones finales a los alumnos) e implantar soluciones.

CONCLUSIONES

Las organizaciones de servicios debemos prestar la máxima atención a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes, eje de nuestra actividad. Para ello debemos implantar una estrategia de calidad de servicio que proporcione un grado de despreocupación y un valor añadido elevados a nuestros clientes. En este caso, tras reconocer necesidades y expectativas, diseñamos una serie de actividades de mejora para corregir unos débiles de nuestra actividad y mejorar de forma continua.

R0142

CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA, CONSULTAS EXTERNAS, URGENCIAS HOSPITALARIAS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALAMANCA

Del Amo Diego S

Delgado Benito M.P

Riesco Cuadrado V

Muñoz Galindo A

Tobar Chaves C

Merino Rodríguez E

OBJETIVO

Analizar la calidad actual de los informes de alta hospitalaria y consultas externas de especialistas, así como los de urgencias tanto de atención primaria (AP) como hospitalarias para incrementar la calidad de dichos documentos y facilitarles el cumplimiento terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo de informes de alta hospitalaria, consulta externa y urgencias, aportados por los pacientes cuando acudieron, con posterioridad, a las consultas de medicina de familia de dos centros de salud urbanos durante los meses de septiembre a diciembre de 2010.

Las variables utilizadas fueron: legibilidad, presencia de motivo de consulta, antecedentes personales, exploración física y diagnóstico. Asimismo, se pidió a los médicos que interrogaran si el médico que les aportó el informe les explicó las pruebas realizadas, diagnóstico y tratamiento prescrito.

Se incluyeron sujetos que entre 14 y 94 años. La muestra quedó compuesta por 428 informes, de los cuales 55 eran de altas hospitalarias, 110 de consultas externas, 116 de urgencias hospitalarias y 147 de urgencias de AP.

RESULTADOS

El análisis crudo del total de informes revela que hay un 12.4% en los que no aparece el motivo de consulta, un 25.8% sin antecedentes personales, en un

23.4% no existe la exploración física, en un 9.4% no presenta diagnóstico, así como un 17.8% no son legibles.

Con respecto a si se le informó al paciente, hay un alto porcentaje de ellos (42.6%) a los que no se le explicó o fue deficiente.

El análisis según el dispositivo de procedencia muestra que la mayor deficiencia de las urgencias hospitalarias es la falta de información al paciente (28.7%) y la ilegibilidad (23.3%). Las áreas de mejora más importantes de los informes del SUAP son la claridad en el diagnóstico (17.7%) y la información al paciente (25.3%). En los procedentes de consultas externas se observa la ausencia de antecedentes en el 46.4%, del motivo de consulta en el 32.7%, no refleja exploración física en el 56.4% y el 30% no especifica el diagnóstico; aunque lo más llamativo es que no se informa a los pacientes en un 69.1% de los casos. Por último, el hecho más destacado en relación a las altas hospitalarias es la ausencia de antecedentes en un 43.6%, del motivo de consulta en el 10,9%, no se describe la exploración en un 49.1%, y no se proporciona información al 41% de los pacientes.

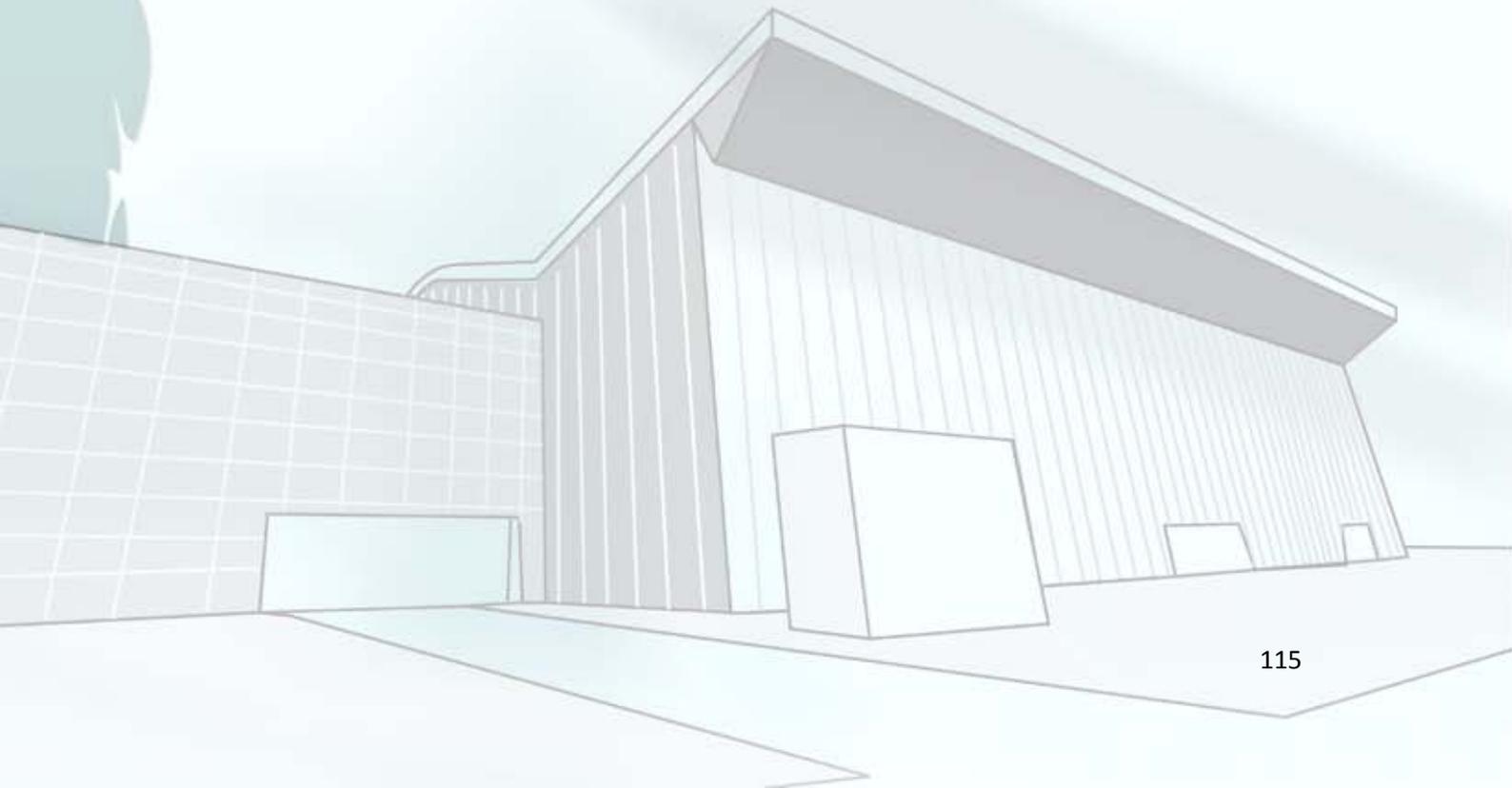
CONCLUSIONES

Hay mucho camino por recorrer hasta llegar a un estado de informes óptimo. Basándonos en nuestro análisis de la calidad actual, en un alto porcentaje a los pacientes no se les ha explicado o no han entendido ni el diagnóstico ni el tratamiento prescrito.

Sólo recordar que el informe es un documento médico-legal que estamos obligados a cumplimentar y el paciente tiene derecho a poseer y dicho informe tiene que ser legible, y de la máxima calidad.

"Glinanda"

COMUNICACIONES POSTERES



R0007

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN EL DESPLIEGUE DEL PLAN DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA Y LEÓN

Zancajo Castañares JL

Alonso de Vega MA

Mata Gil FJ

Ortega Esguevillas I.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las actividades de evaluación de la calidad, la evaluación externa posibilita una perspectiva y una visión que complementa las actividades de calidad realizadas desde la propia gestión de la Organización (autoevaluación). Aporta un valor añadido que facilita comparar y fortalecer el desempeño, efectuando recomendaciones como instrumento indispensable para el seguimiento y desarrollo eficaz de una política para la gestión de calidad orientada a la mejora continua.

OBJETIVOS

El objetivo de la evaluación efectuada por el Equipo Territorial en el ámbito de la atención primaria de la Gerencia Regional de Salud es analizar el despliegue del Plan de Garantía de los derechos de las personas en relación con la salud e identificar las medidas adoptadas para garantizar la protección de los derechos de las personas relativos a la confidencialidad e intimidad, información asistencial, información sanitaria general y a la documentación sanitaria.

METODOLOGÍA

Para realizar la evaluación externa, se elaboró por consenso un procedimiento de evaluación que permitió desarrollar un proceso uniforme y coherente para conseguir la mayor objetividad en su aplicación. El procedimiento se adaptó a las características de la atención primaria para poder valorar el enfoque y despliegue de las diferentes líneas estratégicas, y reconocer tanto sus puntos

fuerzas como las áreas de mejora. El trabajo de campo se realizó durante el segundo semestre de 2010.

RESULTADOS

El elevado número de actividades del Plan, y la propia especificidad de las Áreas de Salud permitieron identificar áreas de mejora y recomendaciones comunes. Entre ellas destacan, desde una perspectiva de elaboración de un Plan de Mejora, las siguientes:

- Desde un enfoque de gestión de calidad, es conveniente perfeccionar el nivel de gestión por procesos en las actividades de información sanitaria general y asistencial señalados en el Plan.
- Estudiar la posibilidad de generalizar la existencia de una estructura tipo "Unidad de Atención al Ciudadano" que coordine, centralice y aglutine las funciones relativas a información sanitaria general (con atención directa y telefónica de 24 horas) y las de gestión de la documentación sanitaria cuando es solicitada por los usuarios.
- Definir un Plan de Información asistencial que incorpore una estrategia de comunicación que defina aspectos formales y cualitativos de la información verbal y escrita.
- Fortalecer la oferta formativa en los Planes anuales de Formación en los contenidos relativos a habilidades de comunicación, habilidades sociales para minimizar situaciones de conflicto, documentación clínica y responsabilidad de los profesionales.
- Desarrollar actividades de sensibilización referentes a la protección de datos personales, secreto y confidencialidad de los mismos.

DISCUSIÓN

Todos los modelos de acreditación orientados a la excelencia incluyen la ética y los derechos en sus Manuales de acreditación. Además, la incorporación de la evaluación externa en el ciclo de Deming (PDCA) se convierte en el principio y el fin del ciclo, un vehículo poderoso para el cambio mediante el impulso de un Plan de acción que incluya planificar enfoques, "nuevas" acciones y medidas de mejora continua del Plan de Garantía de los derechos de las personas en relación con la salud.

R0009

INTEGRACIÓN ASISTENCIAL ENTRE NEUROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA INICIAL CON UN CORREO ELECTRÓNICO PARA CEFALEAS

Guerrero Peral AL

Posadas Alonso J

De la Torre Pardo P

Fernández Herranz R

INTRODUCCIÓN

Muchos pacientes en nuestro medio acuden a su médico de Atención Primaria (MAP) por cefalea. Parte son remitidos a una consulta ambulatoria de neurología donde éste es el motivo de consulta más frecuente. Aunque se establezcan los correspondientes criterios de derivación, el MAP puede requerir el contacto con el neurólogo para optimizar sus condiciones. Una vez atendido en Neurología, el paciente puede ser transferido a AP y, aunque el informe emitido establezca pautas de atención posterior, en la evolución del cuadro pueden surgir circunstancias inesperadas. Aún estableciéndose el seguimiento por Neurología, imprevistos como efectos adversos a fármacos prescritos, pueden hacer necesaria una nueva evaluación y el MAP tiene mayor accesibilidad. Es recomendable, por tanto, diseñar sistemas que aseguren la continuidad asistencial entre niveles. Así, la consulta puede sustituir a la derivación, optimizando la utilización de recursos y disminuyendo desplazamientos y otras molestias para el paciente. A tal efecto, en Octubre de 2009 se puso a disposición de los MAP de nuestra área un correo electrónico mediante el que pudiesen contactar con el neurólogo responsable de la Consulta Monográfica de Cefaleas (CMC).

OBJETIVOS

Pretendemos analizar las características de las 31 consultas efectuadas al correo consultacefaleas.hcuv@saludcastillayleon.es, desde su instauración hasta Enero de 2011, para evaluar su rentabilidad y mejorar su funcionamiento futuro.

MÉTODOS

Revisamos las consultas efectuadas. Las dividimos en preguntas acerca de la indicación de una posible derivación a la CMC (Grupo 1), consultas acerca de pacientes ya atendidos en la CMC (Grupo 2), o preguntas genéricas sobre cefaleas (Grupo 3). Evaluamos la reutilización de la herramienta por parte de los MAP, y el tiempo transcurrido entre la consulta y su contestación

RESULTADOS

En los 16 meses analizados se llevaron a cabo 31 consultas (1.93 consultas/mes). Estas fueron contestadas por el neurólogo responsable de la CMC en 2.9 ± 4.5 días (rango: 0 – 16). Nueve (29%) de las consultas fueron realizadas por MAP adscritos a un único Centro de Salud. Tres de los MAP que utilizaron la herramienta lo hicieron más de una vez. Trece consultas (41.9%) se encuadraban en el Grupo 1, recomendándose la derivación a la CMC en 11 de ellos (84.6%). Doce preguntas (38.7%) correspondían al Grupo 2 y, en 11 de ellas (91.6%), no fue necesario establecer una cita adicional en la CMC. Finalmente 5 de las consultas (16.1%) se englobaban en el Grupo 3, requiriéndose, principalmente, pautas de actuación en tratamientos profilácticos. En una de las consultas el MAP era además, paciente afecto de cefaleas.

DISCUSIÓN

El correo electrónico es una herramienta a tener en cuenta de cara a mejorar la continuidad asistencial en pacientes con cefalea. Puede adecuar las derivaciones a una CMC, optimizar el seguimiento de casos con evolución peculiar, y atender las necesidades de formación continuada de MAP. Debemos analizar las causas de la escasa utilización de esta herramienta en estos primeros meses de experiencia, así como animar a aquellos MAP que aún no se han acercado a ella.

R0010

CAMINANDO HACIA LA GESTIÓN POR PROCESOS. UNA EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN

Sáiz Rodríguez, J A

Ejido Plaza R

Moreno Sánchez E

Santiuste Miguel J I

Sastre Sevillano J

González Castillo S

INTRODUCCIÓN

La Gestión por Procesos se constituye en un elemento fundamental para cualquier organización, sin embargo, el inicio de su implantación viene revestido de un grado de resistencia al cambio que debemos conocer, afrontar y salvar. La experiencia que presentamos muestra como logramos sustituir la resistencia por adaptación, mediante la sensibilización del equipo con la necesidad del cambio, en un proceso de participación y total implicación de los responsables de cada proceso.

OBJETIVOS

Dar a conocer la Gestión por Procesos desarrollada en otras organizaciones al objeto de adaptar la metodología y dinámica a las necesidades particulares de nuestra organización, implicando a todos los miembros del equipo y dotándolos de las herramientas de conocimiento necesarias para hacer posible la inmersión en la Gestión por Procesos de una manera eficiente y eficaz.

MÉTODO

La actualización de los profesionales se realizó a través de acciones formativas teórico-prácticas para la inmersión en la Gestión por Procesos. En cada acción se llevaron a cabo trabajos prácticos sobre situaciones reales de los equipos, se identificaban procesos, secuencias, diagramas de flujo, responsabilidades ... y se establecía un cronograma de trabajo para la finalización de los procesos iniciados.

Estas acciones, de carácter presencial, se combinaron con las TIC y se realizaron, con periodicidad establecida, sesiones de videoconferencia para la resolución de los problemas.

Paralelamente, y al objeto de conseguir la implicación de todos los miembros del equipo, éstos mantuvieron reuniones sistemáticas con el directivo responsable para debatir los distintos aspectos de los procesos iniciados.

RESULTADOS

El 90% de los profesionales participó de manera activa en la acción formativa. Su elevado grado de implicación y continuidad en el tiempo posibilitó las sucesivas acciones derivadas de dicha formación para la elaboración de los procesos.

A finales de 2010, cada profesional participante era responsable de un proceso, con sus indicadores asociados.

La identificación y elaboración de los procesos aportó, durante su elaboración, la puesta en marcha de acciones de mejora propuestas por los profesionales.

Para la gestión documental se desarrolló una aplicación informática específica adaptada a las necesidades de la gestión de calidad.

En enero de 2011 se llevó a cabo la primera medición de los indicadores.

DISCUSIÓN

El 90% de los profesionales ha incorporado el lenguaje y modos de trabajo propios de la Gestión por Procesos. Ha de reconocerse su grado de implicación, que les ha llevado, en muchos casos, a participar en las acciones propuestas fuera de su jornada laboral; este hecho se ve recompensado por las ventajas que ofrecen las tareas gestionadas por procesos.

El apoyo y la apuesta del Equipo Directivo por la Gestión por Procesos es clave para el éxito de la misma. La medición periódica de los indicadores asociados a los procesos nos permitirá aplicar el ciclo PDCA de mejora continua, permitiéndonos establecer acciones de mejora y sentando las bases para continuar en el camino hacia la excelencia. Los logros conseguidos, junto al elevado grado de motivación de todo nuestro equipo, nos hace pensar en nuestro próximo objetivo: elaborar el Plan de Calidad de la Dirección de Gestión.

R0015

EVALUACIÓN EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

Prado Prieto MA

Ruiz San Pedro AM

García Casas MC

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una patología prevalente en Atención Primaria con importante repercusión en el gasto farmacéutico. En los últimos años, se ha promocionado la utilización de los Antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA), aunque las evidencias no han demostrado superioridad frente a inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA). La tendencia de prescripción de ARA vs IECA es ascendente.

Para frenar el crecimiento del consumo de ARA frente a IECA, la Dirección Técnica de Farmacia de Sacyl diseñó una estrategia de intervención que consistió en: Establecer objetivos de calidad de prescripción de ARA.

Ofertar a los médicos un curso on line de selección de IECA/ARA

OBJETIVOS

Principal: Evaluar la eficacia de la estrategia de intervención en la contención del crecimiento de la prescripción de ARA frente a ARA + IECA en monofármacos y asociaciones. Secundario: Estudiar la asociación entre calidad de prescripción, medida por cumplimiento de Índice Sintético (IS) y disposición hacia la formación en Uso Racional del Medicamento (URM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional longitudinal antes-después en un área de salud con 210 médicos de familia. El efecto de la intervención se midió a través de la diferencia de valores acumulados de los indicadores de prescripción de ARA 2009/2010. Los datos se obtuvieron del programa Concyliya.

La asociación entre calidad de prescripción y disposición hacia la formación en URM se midió a través de las variables IS y curso mediante Chi-cuadrado.

RESULTADOS

%ARA monofármacos: 2009: 40,66; 2010: 40,58. La diferencia 2010/2009 fue -0,08% (IC95%:-0,04 a -0,12). % ARA asociaciones: 2009:64,84; 2010:65,58. La diferencia 2010/2009 fue 0,74%(IC 95%:0,67 a 0,81). El 67,14% de los médicos realizó el curso. En cuanto a la asociación calidad de prescripción/formación, el 25% de los que cumplían IS no realizó el curso, mientras que de los que no lo cumplía no lo realizó un 42%. La asociación es estadísticamente significativa:Chi-cuadrado=5,890; p<0,025.

DISCUSION

La estrategia de intervención resultó efectiva. Por primera vez en 4 años, descendió el indicador de ARA monofármacos y se frenó el crecimiento de ARA asociaciones. La elevada participación en formación muestra el interés y la implicación de nuestros médicos en URM. El estudio ha demostrado una mayor tendencia hacia la formación entre los médicos que cumplen el estándar de calidad de prescripción.

CONCLUSIONES

1. La estrategia de intervención en URM en nuestra Área demostró ser eficaz en la contención del crecimiento de ARA frente a IECA.
2. La mayoría de los médicos de nuestra Área fue proclive a la formación en URM
3. Los profesionales con mejores indicadores de calidad de prescripción, están más motivados hacia la formación en URM.
4. Dado que la motivación en URM parece ser un aspecto importante a la hora de realizar formación, deberíamos buscar métodos para intentar estimular a los profesionales menos motivados en este aspecto, ya que MOTIVACIÓN + FORMACIÓN, evidentemente, redundaría en una utilización más eficiente de nuestro arsenal terapéuticos.

R0016

GESTIÓN DE DESPLAZAMIENTOS CON CALIDAD

Santiuste Miguel JI

Martín de Pedro I

Barrio Gomez A

Gil Garcia F

Rodriguez Gregoris E

Saíz Rodriguez JA

INTRODUCCIÓN

La Gestión por Procesos favorecen la mejora de la eficiencia y la eficacia en tareas mayormente mecánicas, corrigiendo errores sistemáticos así como disminuyendo el tiempo de realización de las mismas. En este caso se analizará un ejemplo práctico, el gasto ocasionado por los desplazamientos de los profesionales en la Gerencia de Atención Primaria..

OBJETIVOS

Analizar las mejoras respecto al método de trabajo tradicional reconociendo los puntos fuertes adquiridos y potenciando las virtudes en el trabajo diario en el caso del cálculo efectivo del kilometraje de cada profesional.

MÉTODO

Se toma como punto de partida la situación caótica inicial analizando el esfuerzo que se necesitaba, los errores que constantemente se producían y lo difícil que resultaba solucionarlos.

Se desarrolla la aplicación informática que partiendo de las demarcaciones y sincronizada con la gestión de personal correlaciona la fecha, ruta y ocupante de cada día.

Posteriormente se incluyen desplazamientos extraordinarios y depuración de festivos locales.

Finalmente se analiza el mismo trabajo tras las mejoras introducidas con la gestión por procesos y se contrasta el resultado con el inicial destacando las virtudes logradas.

RESULTADOS

Disminución del tiempo dedicado en más de un 80%, la mayor parte del se desarrolla metódica-mente con lo que la improvisación queda reducida prácticamente a 0, de esto se produce un ahorro considerable del tiempo empleado.

Disminución de los errores. Otro beneficio indiscutible es la mejoría en los errores humanos que se venían produciendo ya que la automatización limita muy notablemente el factor humano en la intro-ducción de las ocupaciones en las plazas de los profesionales

Disminución de costes. Ya que ahora se controla mucho más eficazmente el itinerario de cada pro-fesional y se realiza una contabilidad efectiva de los días en que los profesionales ocupan de manera real cada plaza eliminadas vacaciones, bajas, etc.

Detección de errores en el departamento de personal. Con el nuevo método, se han logrado detec-tar inconsistencias en las bases de datos de personal, de tal forma que ahora se detectan redun-dancias en la ocupación de las plazas por parte de los profesionales.

Posibilidad de demostrar a los profesionales de manera individual y día por día los Km. y rutas Realizados.

CONCLUSIONES

La mejora operativa es evidente, tanto en eficiencia como en eficacia, se emplea MENOS TIEMPO y se hace MEJOR. El tiempo empleado de más en el análisis y en la realización compensa en el medio y largo plazo. Se facilita la realización por otras personas distintas de las habituales. Favorece la formación y establece las bases de un protocolo común. El Proce-so de gestión de desplazamientos ha sido interpretado por el S^a de Control Financiero como un modo ágil y transparente.

R0018

PRIMER PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Sánchez-Bordona Marqués J

Cañibano Maroto E

Martínez Bermejo P

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo supone la primera causa de muerte evitable en España, y por ello su diagnóstico y tratamiento se han convertido en una prioridad.

La Deshabituación Tabáquica forma parte de la Cartera de Servicios que la Atención Primaria ofrece a los usuarios de la Red Sanitaria de Castilla y León.

Desde nuestro centro de salud nos planteamos la posibilidad de mejorar la calidad en la atención a los pacientes que quisieran dejar el tabaco, asesorándoles y acompañándoles en su proceso de abandono, a través de una serie de consultas llevadas a cabo por un Equipo Médico y de Enfermería.

Así, desde Septiembre de 2010, hemos puesto en marcha un Programa de Deshabituación Tabáquica, como Plan de Mejora de la Calidad.

OBJETIVOS

El objetivo es poner a disposición de nuestros pacientes fumadores una estructura donde puedan ser atendidos de su dependencia de manera específica y continuada, y que todo el Equipo de Atención Primaria (EAP) del centro pueda derivar a sus pacientes al Programa, mejorando la comunicación entre profesionales y dotando al tratamiento del tabaquismo de un carácter multidisciplinar, responsabilidad de todos.

MÉTODO

El Programa se basa en 4 pilares, que son captación, estudio, tratamiento y seguimiento:

1º) El EAP identifica a fumadores activos en su consulta, y evalúa su disposición a abandonar el tabaco, pudiendo derivar al Programa a todos aquellos que se planteen dejarlo en un período de tiempo inferior a 6 meses, a través de una agenda especial creada en el sistema informático Medora.

2º) En el Programa, desarrollado de lunes a miércoles de 16 a 21 horas, se realiza un estudio completo de cada fumador, a través de una entrevista, exploración física y examen de su exposición al humo del tabaco con una prueba accesible y rápida, la cooximetría.

3º) Todos los pacientes reciben información y apoyo de tipo conductual-psicológico, y esta ayuda se acompaña cuando es necesario de tratamiento farmacológico.

4º) Posteriormente, se hace un seguimiento para reforzar su motivación y ajustar si procede el tratamiento.

La primera consulta tiene una duración de 45 minutos, y cada visita de seguimiento un tiempo máximo de 30 minutos.

RESULTADOS

Hasta 1 de Abril de 2011, se han llevado a cabo 572 consultas, de las cuales 144 corresponden a primeras visitas, y 428 a visitas de seguimiento:

- Todas las Unidades Básicas de Asistencia del centro han derivado pacientes al Programa.
- Se ha cubierto el 100% de las citas destinadas al Programa en Medora.
- El porcentaje logrado de pacientes en abstinencia ha sido del 47.9% (69 pacientes).
- El 35.4% (51 pacientes) ha conseguido reducir su consumo diario de cigarrillos, la mayoría de ellos más de un 50% respecto del consumo inicial.

DISCUSIÓN

Aunque el Programa no finaliza hasta Mayo de 2011, los resultados obtenidos hasta el momento son plenamente satisfactorios, porque hemos conseguido ayudar a muchos fumadores a abandonar o disminuir su dependencia al tabaco, y la colaboración de todo el Equipo del centro en este ilusionante proyecto.

R0021

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EFICACES EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LOS USUARIOS

Gutiérrez De Montes S

González Bustillo MB

Fernández Ramajo MA

INTRODUCCIÓN

La adherencia se define como el grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o realizar cambios en el estilo de vida, coinciden con la prescripción clínica.

La adherencia al tratamiento es fundamental para mantener la salud de la población. Actualmente existe una baja adherencia a los tratamientos crónicos que oscila entre un 30-70% con una media del 50 % en los países desarrollados. Esto hace que disminuya la efectividad del fármaco, aumenten las posibilidades de efectos adversos e interacciones y se produzca encarecimiento del gasto sanitario.

OBJETIVOS:

Identificar las intervenciones de enfermería más eficaces para mejorar la adherencia terapéutica.

METODO

Protocolo explícito de revisión sistemática por pares y resolución de discrepancias en grupo. Revisión de la literatura en las principales bases de datos con búsquedas on-line, que permite mediante la realización de una pregunta, planificar la investigación de evidencias en literatura científica relacionada en nuestro caso con las intervenciones de enfermería en la adherencia terapéutica.

RESULTADOS

Se identifican 792 artículos que cumplen con los criterios. Se filtran 131 y se añaden 5 de búsqueda referencia y manual. Tras su análisis y lectura crítica se seleccionan 33.

La mayoría de las personas tienen dificultades para cumplir los tratamientos tal y como se prescriben. Los beneficios de dichos tratamientos disminuyen de acuerdo con el grado de no adherencia y la eficacia de los mismos.

DISCUSION:

La literatura acerca de intervenciones destinadas a mejorar el cumplimiento con las indicaciones de la medicación es sorprendentemente pobre. Para los tratamientos a largo plazo, intervenciones educativas y conductuales pueden mejorar la adherencia al tratamiento.

Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima. Las intervenciones deben ir dirigidas hacia los 5 factores causales de la no adherencia (paciente, la enfermedad, el tratamiento, sociales, económicos y el sistema sanitario), no centrarse sólo en el paciente. Dada la influencia de diferentes factores y el origen multicausal del incumplimiento, parece lógico pensar que las actuaciones encaminadas a solucionar este tipo de problemas combinen intervenciones diversas que actúen sobre varios componentes implicados en la no adherencia.

No existen evidencias disponibles suficientes para afirmar que intervenciones incrementan la adherencia terapéutica. Sin embargo, los mejores resultados se han conseguido con intervenciones encaminadas a simplificar el tratamiento, implicaciones de la familia, refuerzos conductuales. Pero los mejores resultados se han obtenido con la combinación de intervenciones.

R0022

ATENCIÓN CONTINUADA A PACIENTES DE RESIDENCIAS DE ANCIANOS. DETECCIÓN DE PROBLEMAS Y PROPUESTA DE MEJORAS.

Ripoll Lozano MA

Merino Gutierrez A

Ripoll Alda C

Martín Aldea A

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

Las personas institucionalizadas en residencias de ancianos es frecuente que presenten comorbilidad, disminución de su capacidad funcional, deterioro cognitivo, menor soporte sociofamiliar, cambios en los cuidadores. Todos estos factores contribuyen a una mayor necesidad de servicios sociosanitarios. La continuidad de la atención requiere de buenos sistemas de información y comunicación, y planes de actuación conjuntos, que en ocasiones no se dan, lo que puede influir negativamente en la calidad de la atención.

Conocer a) la demanda de atención sanitaria de las residencias de ancianos (RA) de nuestra Zona al Centro de Guardia Ávila Rural (CGAR) en horario de atención continuada, b) identificar posibles problemas existentes, y c) hacer propuestas de mejora.

MÉTODO

Diseño: a) Estudio observacional retrospectivo de la demanda de atención sanitaria de las RA al CGAR en los últimos 6 meses. Fuente de información: libro de guardia. b) Estudio descriptivo transversal de la opinión de los sanitarios del centro en relación a posibles problemas en la atención a los pacientes estudiados y propuestas de mejora. Además de las opiniones informales, se hicieron 5 entrevistas en profundidad (el tamaño de la muestra se decidió tras la saturación de los contenidos investigados, al no aparecer nuevas aportaciones).

Ámbito: Atención Primaria

Población: Residentes en residencias de ancianos atendidos en horario atención continuada. Variables: a) De pacientes atendidos: sexo, edad, día,

hora, motivo, derivación, transporte. b) Problemas detectados e intervenciones propuestas. Análisis estadístico: las variables continuas se describen mediante media + DE; las categóricas mediante distribución de frecuencias; las opiniones mediante enunciado.

RESULTADOS

a) Se atendieron 79 avisos, 62 en residencia A, 13 en B y 4 en C. Edad media 85.1 + 7 años; hombres 52.8%. Motivos más frecuentes de consulta: caídas/traumatismos (19.5%), síntomas/signos mal definidos (11.7%), deterioro general (10.4%) e insuficiencia cardiorrespiratoria (10.4%). 41.5% de los pacientes se derivaron al hospital, en ambulancia.

b) Entre los problemas identificados, principalmente en una de las residencias, destacar: inadecuación de algunos avisos; frecuentes caídas; insuficiente delimitación responsabilidades atención sanitaria; percepción traslado responsabilidad al Centro de Guardia; medicalización del envejecimiento; déficit capacidad resolutive; dificultad/complejidad de la atención por falta de conocimiento previo del paciente, falta de información relevante en relación a su situación y riesgo de mala evolución aunque el motivo puntual de la demanda de atención no lo haga previsible; tendencia a practicar medicina defensiva; problemas relacionales con responsables de la residencia; insuficiente registro demandas de atención (sobretudo telefónicas); quejas y reclamaciones. c) Propuestas de mejora: definir objetivos y delimitar responsabilidades atención sanitaria en residencias; mejorar sistema de información (avisos atendidos, información del paciente); recomendación actuación ante los motivos más frecuentes de consulta (en Residencias y Centro); análisis casos problemáticos; y valorar la evolución de la situación.

DISCUSIÓN

Se han identificado algunos problemas en la atención continuada a los pacientes de las residencias de ancianos en horario de atención continuada, que se consideran susceptibles de mejora mediante el conocimiento de la situación existente y la implementación de algunas medidas correctoras.

R0023

**PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN
PACIENTES CON SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO**

Castañeda Castañeda A

López García E

Del Campo Matías F

López Cabeza B

Díez Sánchez TJ

JUSTIFICACION

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño es una enfermedad frecuente. Esta patología se asocia a una mayor morbimortalidad, relacionada con enfermedades de tipo cardiovascular.

OBJETIVO

Analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRV) en pacientes diagnosticados de apnea-hipopnea del sueño (SAHS). Verificar si existen asociaciones de varios de estos factores de riesgo en un mismo paciente.

METODO

Estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo. Se han incluido a todos los pacientes remitidos desde Atención Primaria a la unidad de sueño por sospecha clínica de SAHS. Se les realizó un protocolo diagnóstico que incluía una anamnesis clínica, antecedentes personales, tratamientos habituales, hábitos tóxicos e historia clínica en relación con el hábito de sueño. Se registraron las variables: edad, sexo, índice masa corporal (IMC), dislipemia, diabetes mellitus (DM), tabaco, hipertensión arterial (HTA), colesterol total, HDL-colesterol.

El diagnóstico de SAHS se basó en un estudio del sueño.

RESULTADOS

Se incluyeron 340 pacientes. 284 (83,4%) fueron varones. La edad media fue de 52,8 (DE 11,2) años y el IMC medio de 29,9 (DE 6,16). 33 (9,7%) de los pacientes no presentaron SAHS, 78 (22,9%) presentaban SAHS leve, 89 (26,1%) SAHS moderado y 140 (41,3%) SAHS grave.

La prevalencia de los FRV en pacientes diagnosticados de SAHS fue la siguiente: 137 casos (44,6%) tenían obesidad (47,0% con obesidad central) y un IMC 30,2 Kg/m². 119 pacientes (38,6%) presentaron HTA. Con respecto al hábito tabáquico, 80 (25,9%) de los pacientes eran fumadores habituales y 106 (34,6%) eran exfumadores. El resto, 121 (39,4%) nunca habían fumado.

138 pacientes (45,0%) con SAHS presentaron dislipemia. Con respecto a las enfermedades asociadas 23 (7,4%) de los pacientes con SAHS tenían DM; la glucemia se incremento de forma significativa en relación con la severidad del SAHS ($p < 0,001$).

El 23,9% (73) de los pacientes con SAHS presentaron un síndrome metabólico.

DISCUSION

Estos resultados confirman observaciones previas que no solo reflejan una alta prevalencia de FRV en pacientes con SAHS, sino también la elevada tendencia a la asociación de varios factores en un mismo paciente. Los pacientes con SAHS severo presentaron de forma significativa mayor número de factores de riesgo cardiovascular.

Un 32,5% de los pacientes con SAHS severo presentaron más de tres factores frente 23,3% en los SAHS de carácter leve, que justificaría el elevado riesgo cardiovascular de estos enfermos independientemente de la propia patología el sueño. La obesidad se asocia al SAHS como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular más prevalente. También es uno de los factores de riesgo sobre los que es más factible intervenir desde el punto de vista terapéutico y preventivo.

Dichos factores de riesgo no sólo son elementos clave en todo este proceso, sino que, además, generalmente son "modificables" y que su adecuado control reduce la aparición de eventos cardiovasculares adversos.

R0024

VARIABILIDAD EN EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CARTERA DE SERVICIOS EN MEDORACYL. PROPUESTA DE MEJORA.

Ripoll Lozano MA

Merino Gutierrez A

Ripoll Alda C

Martín Aldea A

INTRODUCCIÓN

Existe una importante variabilidad en la práctica médica, de distinta importancia y consecuencias.

OBJETIVO

Conocer la variabilidad intercentros e intracentro del registro de algunas actividades en la Cartera de Servicios de Atención Primaria (CSAP), en el sistema de información MedoraCyL.

MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Atención Primaria.

Población: incluida en tarjeta sanitaria de una provincia.

Fuente de información: MedoraCyL, al cierre del ejercicio de Cartera de Servicios 2010.

Variables: registro de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos e hiperlipémicos; tensión arterial en mayores de 40 años; tabaquismo en mayores de 15 años; test de Barthel en pacientes inmovilizados; espirometría en pacientes con EPOC y mamografías en mujeres de 45 a 69 años.

Análisis estadístico: descripción de variables continuas (medidas de dispersión y centralización); como medidas de variabilidad se ha usado el coeficiente de variación (CV) y el coeficiente de variación intercuartilico (CVI), a nivel provincial intercentros e intracentro por CIAS.

RESULTADOS

Se observa una mayor variabilidad intracentro que intercentros. Para el conjunto de las 6 variables analizadas, el CV provincial (P) es del 29% y de centro (C) del 67%; el CVI de 20.6% y 38% respectivamente.

La mayor variabilidad se observa en la espirometría (CV y CVI de 125.2% y 82.3% respectivamente en P y de 210.5% y 100% en C) y la menor en la tensión arterial (CV y CVI de 18.3% y 8.3% respectivamente en P y 46.8% y 23.9% en C).

En general la mediana es inferior en C que en P (41.7 vs 4.6 en riesgo cardiovascular, 10.5 vs 0 en espirometría, 51.2 vs 6.3 en el caso de las mamografías).

DISCUSIÓN

Existe una gran variabilidad en el registro de algunas actividades de CSAP, superior intracentro que intercentros. En esta variabilidad influyen aspectos estructurales (falta de ordenador, no cálculo automático del riesgo cardiovascular en MedoraCyL, no registro automatizado de las mamografías realizadas en el programa de la Junta de Castilla y León, falta sistema de alerta de actividades a realizar/registrar) y de comportamiento de los profesionales (no realización y/o no registro de actividades).

No se ha valorado si la variabilidad observada conlleva cambios en la atención sanitaria ni en su resultado.

Se considera necesario mejorar algunos aspectos estructurales y aumentar la involucración de los profesionales sanitarios en la CSAP.

R0026

EN ANTICOAGULACIÓN, MEJOR CUANTO MÁS CERCA

Ferradal García JI

Fernández García MC

JUSTIFICACIÓN: El control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en el propio entorno del paciente favorece la atención integral y facilita el acceso y la educación sanitaria. Es importante conocer hasta qué punto el anticoagulado se siente satisfecho con el procedimiento para afianzar los puntos fuertes y afrontar las oportunidades de mejora.

OBJETIVO: Conocer en nuestro centro de salud la satisfacción de los pacientes con TAO a través de entrevistas personalizadas de los que acuden a control mediante ítems valorados en encuestas realizadas en otros puntos del país.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ESTUDIADAS: Se estudian aspectos de la calidad relacionados con el resultado, valorando aspectos de estructura y de proceso.

DISEÑO: Durante un periodo de 5 semanas consecutivas se recoge mediante encuesta personal las opiniones de los pacientes que acuden a control en el centro de salud. Se excluyen los analizados en domicilios, residencias o en los consultorios periféricos.

RESULTADOS: Durante 7 sesiones se encuesta a 66 pacientes, un 42% de ellos mujeres, con un promedio de edad de 77 años. Un 68% llevan más de tres años en control. Para los encuestados es más cómodo (98%), más agradable (77%), más fiable (75%) y recomendable (90%) hacer el control del TAO en el centro de salud. Un 83% se muestran muy de acuerdo con el modo de realizar el control.

CONCLUSIONES: Destaca el alto grado de satisfacción, mayor que el de otras encuestas, apoyado seguramente en la distancia al Hospital, el tiempo ganado en concluir la prueba, la cercanía con los sanitarios y la edad avanzada de los pacientes. Los resultados suponen un estímulo para los profesionales que controlan la anticoagulación oral.

R0027

PROPUESTA DE MEJORA EN PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

Chicote Aylagas P N

Gil de Diego C

Gamarra Lousa M

Aragóns Andreu P

Hernández Teba J

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales objetivos de nuestro sistema es la mejora continua de la calidad en la asistencia sanitaria. Para ello es imprescindible una puesta en común de las actividades en la atención al paciente, orientadas a alcanzar la excelencia en su atención.

Sabemos que la efectividad de las intervenciones en problemas crónicos, como pacientes que han sufrido un ACV, requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario e interrelacionado; unos cuidados estructurados y continuados, cuya finalidad sea la calidad de la atención con coordinación entre niveles asistenciales.

El punto de partida de este estudio: Plan de cuidados de la GAP (Gerencia de Atención Primaria) de Soria a pacientes dados de alta por ACV.

OBJETIVO

Puesta en común de un plan de cuidados en el Área de Salud de Soria (GAP y Gerencia de Atención Especializada) para pacientes que han sufrido un ACV, basado en las mejores evidencias encontradas en la literatura científica.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de la literatura de todas aquellas intervenciones recogidas en los protocolos existentes en el Área de Salud, siguiendo un protocolo estandarizado. Se emplea Taxonomía NANDA, NOC y NIC. La búsqueda se realiza en las más importantes bases de datos electrónicas.

Los criterios de inclusión de los estudios: tema adecuado al objetivo de la revisión, metodología del mismo (Ensayos clínicos aleatorios (ECA), Revisiones sistemáticas (RS), y guías de práctica clínica), sin fecha de publicación con aplicabilidad a nuestro medio.

El análisis de la información se realiza mediante listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) para ECA y RS. En el caso de revisiones narrativas o revisiones bibliográficas, hacemos una búsqueda referenciada de los artículos recogidos en las mismas y que cumplen los criterios de inclusión anteriormente expuestos. Las guías de práctica clínica se valoran a través de AGREE.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos nos han conducido a una propuesta de mejora en las intervenciones mínimas con grado de recomendación A y/o B para valoración y seguimiento en A.P. de los pacientes tras ACVA.

Los diagnósticos de enfermería NANDA que como mínimo deben ser valorados en todos los pacientes tras un ICTUS son:

- Deterioro de la movilidad física • Riesgo deterioro de la integridad cutánea • Desatención unilateral
- Deterioro de la deglución • Riesgo de lesión • Incontinencia urinaria funcional
- Baja autoestima situacional • Ansiedad • Déficit autocuidado
- Afrontamiento inefectivo • Disfunción sexual • Manejo del régimen terapéutico
- Disposición para mejorar el afrontamiento familiar

DISCUSION

En la búsqueda de intervenciones, hemos comprobado que muchas de ellas no son exclusivamente enfermeras sino que son propias de un equipo multidisciplinar que participa en una atención integral del paciente.

Hemos identificado las mejores evidencias disponibles de las intervenciones a pacientes que han sufrido un ACV en los niveles asistenciales: Especializada y Primaria para garantizar continuidad de cuidados en el proceso.

R0028

CRIBAJE DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO

Calvo Sacristán AM

Gistau López MA

Larumbe García ME

Pozo Santos A

Ramírez de Nicolás AM

Rincón de Pablo V

JUSTIFICACIÓN

La violencia de género durante el embarazo supone un problema de salud pública a escala mundial reconocido por la Organización Mundial de la Salud.

En el Área de Salud , en el ámbito de la Atención Primaria, se actúa mediante la Cartera de Servicios en la Atención a mujeres embarazadas, desde el aspecto socio-sanitario y en los últimos años se ha incluido el cribaje de la violencia de género, así como la atención a víctimas de violencia de género.

Nuestro objetivo principal consiste en aumentar el cribaje de mujeres embarazadas en el Área, incluyendo en la valoración social del embarazo las preguntas de despistaje de violencia de género, así como mejorar el sistema de registro de las embarazadas a las que se les realiza y aquéllas que son víctimas de violencia para ofrecerles la asistencia social y sanitaria específica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la incidencia de violencia de género en la mujer embarazada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Detección precoz de casos de violencia de género en el embarazo.
- 2.- Informar, orientar y asesorar a mujeres embarazadas víctimas de malos tratos.
- 3.- Mostrar el Centro de Salud como verdadero recurso de atención sociosanitaria en materia de violencia de género.

DIMENSIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El proyecto se lleva a cabo por la Unidad de Trabajo Social del Área de Salud, a las mujeres que estén embarazadas durante 2010.

INTERVENCIONES REALIZADAS

En la valoración social, dentro del Programa del embarazo se realiza el cribaje de la detección de violencia de género.

Para obtener el objetivo fijado se ha incluido en la hoja de valoración social de la mujer embarazada las siguientes preguntas:

- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿Existe algún problema que le preocupe?
- ¿Está usted contenta con la relación con su pareja?

Posteriormente se codificará en MEDORA con 210-A si no se reconoce como maltratada y en el caso de que la anamnesis sea positiva, como 210-B y se actuará según protocolo al respecto.

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS

- Cuantificación numérica de la actividad del trabajador social con la mujer embarazada:
- Cuantificación numérica de las mujeres embarazadas que se les ha realizado la entrevista de cribaje y que no sufren maltrato:
- Cuantificación numérica de las mujeres embarazadas que se les ha realizado la entrevista de cribaje con resultado positivo:

CONCLUSIONES

Con la implantación de estas medidas se ha conseguido aumentar las cifras de despistaje de violencia de género en el embarazo, lo que ha supuesto poder intervenir con las personas que la sufren.

Se ha mostrado el Centro de Salud como verdadero recurso sociosanitario para el abordaje de este problema en ese momento o en el futuro.

R0030

VÍA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL DOMICILIO

Lapeña Moñux YR

Cibanal Juan L

INTRODUCCIÓN

Las U.P.P. precisan de una atención multidisciplinar amplia. Los costes anuales del tratamiento de las mismas en España son muy elevados y la prevalencia de U.P.P. en la población incluida en el programa de atención domiciliaria de Atención Primaria cada vez es mayor. La vía clínica es un instrumento de gestión clínica para facilitar la atención sistemática de los pacientes con una determinada patología, coordinando las actividades del día a día, optimizando la secuencia de los actos de los profesionales sanitarios, mejorando el uso de los recursos, minimizando retrasos en las decisiones y maximizando la calidad de la asistencia.

OBJETIVO

Elaborar una vía clínica capaz de organizar y homogeneizar la atención a los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria con el fin de prevenir la aparición de U.P.P. desde el inicio de la inmovilización hasta el final de la misma.

METODOLOGÍA

Para su desarrollo hemos hecho una amplia revisión de la bibliografía referente al desarrollo de vías clínicas, así como de otros documentos relacionados con la prevención de U.P.P. y hemos desarrollado ésta vía clínica adaptando la información a la realidad de la Atención Primaria de Salud.

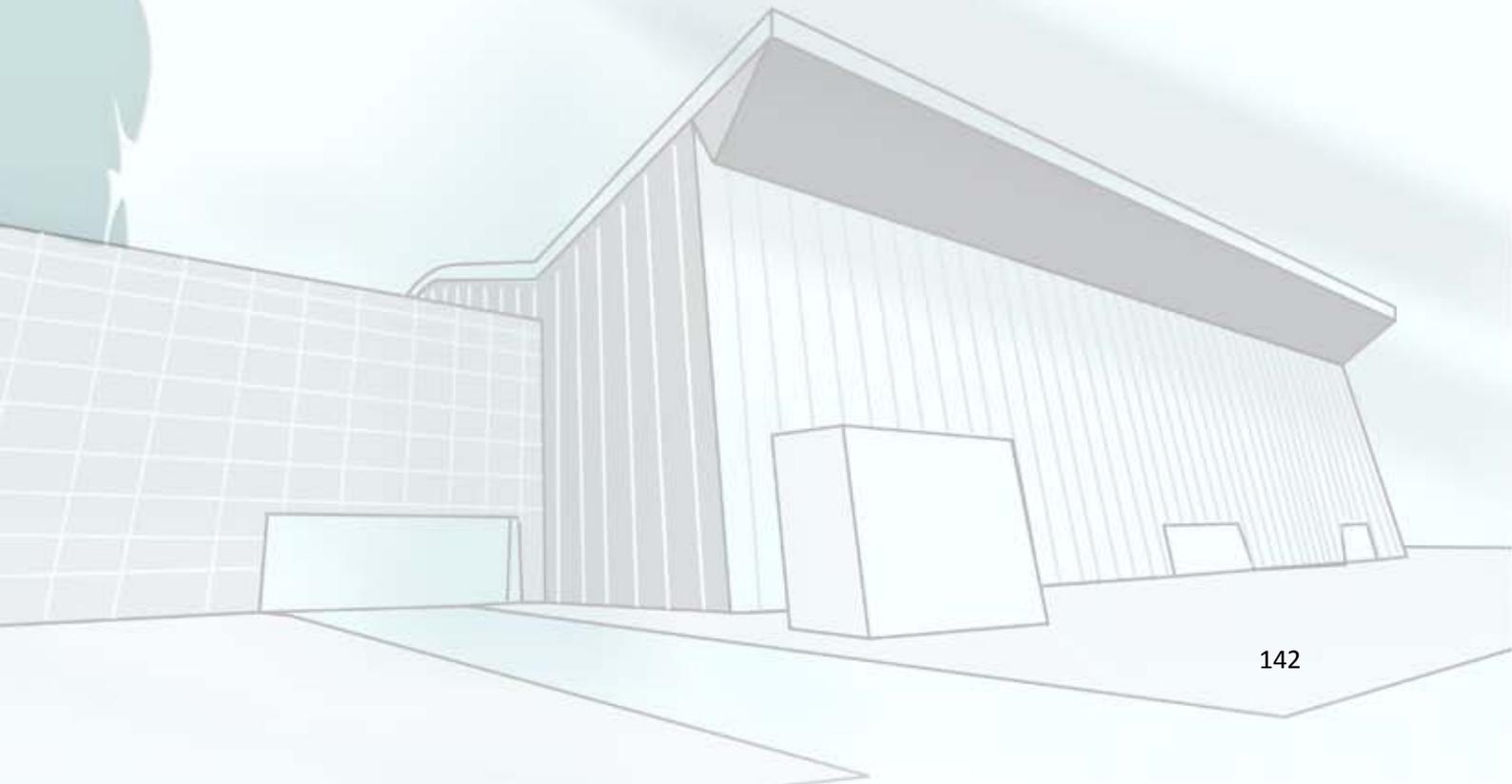
RESULTADOS

Hemos elaborado una vía clínica compuesta por una matriz que ordena la atención a los pacientes inmovilizados susceptibles de presentar una U.P.P. en relación a su diagnóstico y afectación y un cronograma.

Acompañada de unos documentos que supondrán el plan de mejora progresiva de la misma: hoja de verificación, hoja de variaciones, encuesta de satisfacción de la vía clínica y la hoja de información al paciente y/o familia en relación con la prevención.

DISCUSIÓN

La vía clínica para la prevención de U.P.P. es la herramienta que permite conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial, es decir, consigue una mejora de la calidad asistencial, disminuye la variabilidad en la toma de decisiones no justificadas, racionaliza el uso de recursos sanitarios y facilita su evaluación periódica. Además ofrece a los profesionales sanitarios que la utilizan mejorar en sus actuaciones a partir de la estandarización de los cuidados y de establecer un clima de colaboración multidisciplinar.



R0031

COORDINACIÓN ASISTENCIAL PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ÚLCERAS Y HERIDAS CRÓNICAS

Hernández García P

Jiménez Ayllón A

Gamarra LLousa M

Mayoral Soria C

Martínez Martínez C

Catalina Cobo B

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la integridad cutánea es un diagnóstico incluido en la NANDA desde sus inicios y abarca una multitud de posibles situaciones que se dan en la clínica diaria, que no siempre requieren el mismo abordaje. En el caso de las úlceras y heridas crónicas es precisamente donde se da mayor variabilidad de la práctica enfermera, tanto en la valoración, como en la prevención y tratamiento de las mismas¹.

El éxito del diagnóstico, tratamiento y curación de pacientes con heridas crónicas incluye un proceso bien orquestado y complejo que conlleva trabajo en equipo entre profesionales sanitarios de ambos niveles y contacto con el paciente, familia y cuidadores.

OBJETIVO:

Creación de un Grupo de Trabajo integrado por profesionales de enfermería de Atención primaria y Atención especializada del Área de Salud de Soria para:

- Unificar criterios de actuación en el manejo de la heridas crónicas
- Mejorar la comunicación y coordinación entre niveles
- Proporcionar continuidad a los cuidados
- Unificar los Registros del trabajo realizado
- Obtener conclusiones que permitan impulsar la formación e investigación

MATERIAL, MÉTODO Y RESULTADOS

Creación de un grupo de trabajo (seis enfermeras de primaria y cuatro de especializada)

Sesiones de trabajo, reuniones mensuales

Recogida de experiencias previas y revisión bibliográfica para definir criterios de actuación

Los acuerdos son valorados posteriormente por las direcciones de enfermería

Elaboración de un póster, para la práctica profesional, con recomendaciones para prevención y tratamiento de heridas y úlceras por presión

Elaboración de una tarjeta individual para cada profesional con pautas para realizar la cura de herida, según recomendaciones científicas.

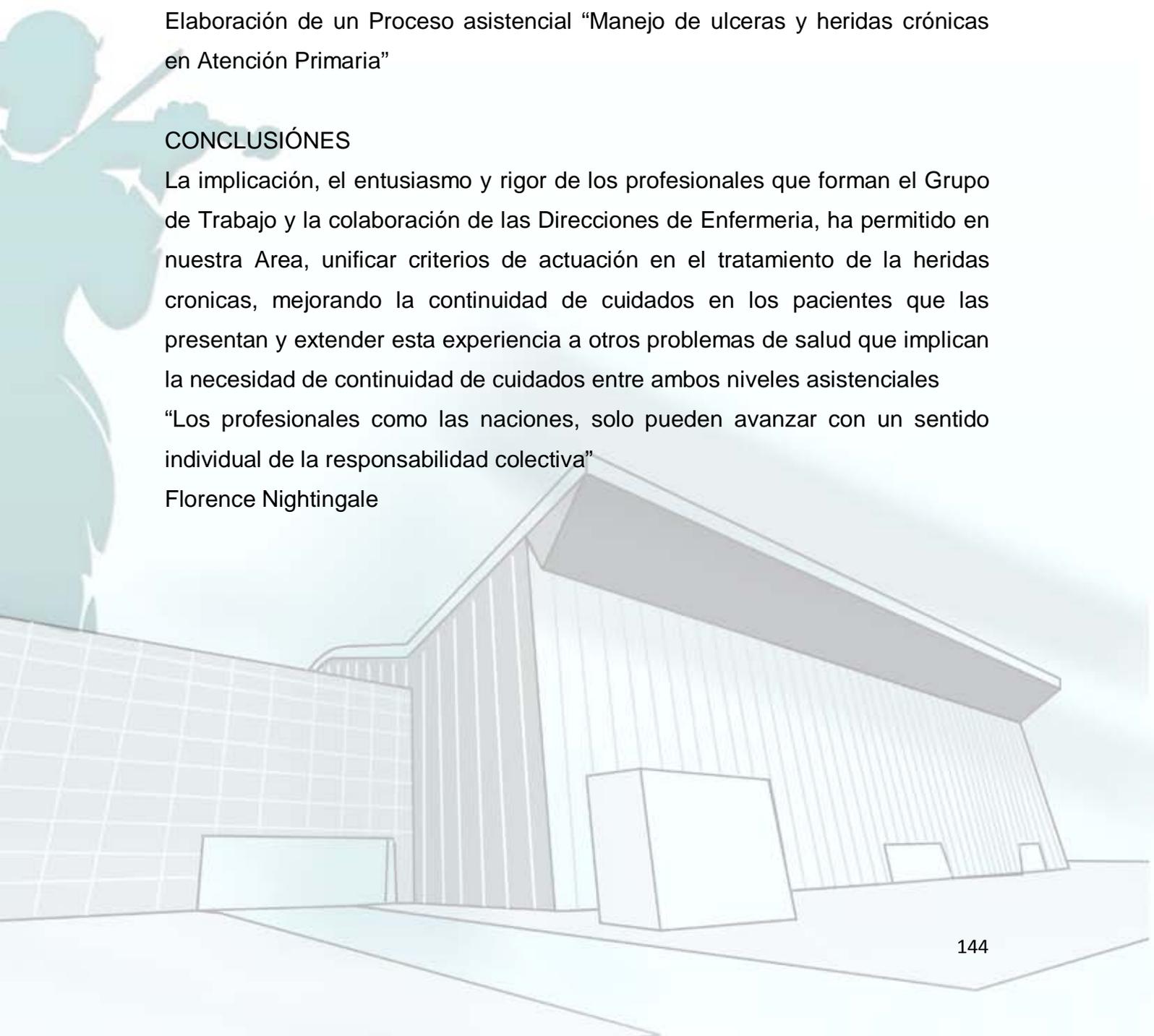
Elaboración de un Proceso asistencial "Manejo de úlceras y heridas crónicas en Atención Primaria"

CONCLUSIONES

La implicación, el entusiasmo y rigor de los profesionales que forman el Grupo de Trabajo y la colaboración de las Direcciones de Enfermería, ha permitido en nuestra Área, unificar criterios de actuación en el tratamiento de la heridas crónicas, mejorando la continuidad de cuidados en los pacientes que las presentan y extender esta experiencia a otros problemas de salud que implican la necesidad de continuidad de cuidados entre ambos niveles asistenciales

"Los profesionales como las naciones, solo pueden avanzar con un sentido individual de la responsabilidad colectiva"

Florence Nightingale



R0032

**PLAN DE GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN Y DEL MATERIAL SANITARIO EN
LOS CONSULTORIOS LOCALES Y MALETINES PERSONALES**

Campo de la Torre MA

Casado Romo JM

Valdettaro Ríos G

Redondo Pérez de la Ossa I

Maderuelo Fernández JA

INTRODUCCIÓN

La Comisión de Urgencias del Centro de Salud a raíz de una declaración en el sistema de notificación y aprendizaje de errores de medicación y de comunicación de incidencias no formales por los miembros del equipo, detecta que la medicación necesaria para atender las situaciones de urgencias en consultorios locales y domicilios no siempre está disponible y en ocasiones supera la fecha de caducidad.

OBJETIVOS

- Promover la estandarización del contenido de los maletines personales y de la dotación de medicamentos y material de los consultorios locales.
- Actuar de manera proactiva identificando situaciones potenciales de consulta urgente y las correspondientes necesidades de material.
- Planificar respuestas para reducir la probabilidad de un efecto adverso.

METODOLOGÍA

Ámbito: Centro de salud rural. Fechas: 2009 – 2010. Fases:

- Análisis de causas y búsqueda de soluciones y barreras (octubre 2009).
- Aprobación de intervenciones:
- Diseño de hoja de medicación y material recomendable en el consultorio (medicación, material de exploración, instrumental, curas, inyectables, endovenoso, urológico, oftalmológico e higiene), para revisión una vez al año con indicación de la cantidad aconsejada. Esta hoja consta de 63 ítems a revisar. (noviembre 2009).

- Diseño de hoja de medicación y material recomendable en el maletín del médico (noviembre 2009).
- Establecimiento de un sistema de revisión periódica de maletines y de la dotación de los consultorios, por los profesionales sanitarios de cada "partido".
- Información periódica del desarrollo del plan al resto del equipo.
- Puesta en funcionamiento de proyecto (enero 2010).
- Evaluación (diciembre 2010).
- Diseño de un análisis de modos posibles de fallo y sus efectos (AMFE) y matriz de riesgos.

RESULTADOS

Se han revisado por el médico y/o la enfermera 27 consultorios de 38 totales (71,1%). El porcentaje medio de items que no se adecuaron a las recomendaciones del grupo (por caducidad, número de unidades inferior al previsto, o ausencia de material aconsejado) fue de un 31,3%.

El maletín del personal médico ha sido revisado y actualizado, cumplimentando la hoja diseñada, por un 77,8% de los profesionales titulares y por un 83,33 % de los facultativos de área adscritos a la zona básica. El porcentaje medio de items que presentaron algún tipo de irregularidad fue de un 28,8%.

Se ha realizado una encuesta escrita sobre la utilidad del sistema y grado de satisfacción con el mismo por parte de los profesionales a la que han respondido el 72,5%, mostrando su satisfacción global con el proyecto el más del 90%.

En enfermería no se había diseñado una hoja con las recomendaciones del material aconsejado para el maletín. Al ver las ventajas tras la puesta en marcha del plan, se ha elaborado una hoja análoga para el año 2011.

CONCLUSIONES

El proyecto ha permitido detectar un numero considerable de riesgos potenciales. La comunicación periódica con el equipo ha facilitado el desarrollo y seguimiento del plan y ha mejorado su compromiso con la seguridad del paciente.

R0033

COMO APROVECHAR EL PLAN DE GESTIÓN 2010 PARA MEJORAR UNA PATOLOGÍA CRÓNICA INFRADIAGNOSTICADA EPOC ¿SIRVEN PARA ALGO?

Cascón Pérez-Teijón S

Bermejo Morán C

López Elvira C

Martín Esteven AM

Franco Esteban E

Gutiérrez Bernal MA

JUSTIFICACIÓN: Se detecta la necesidad de incrementar el diagnóstico de personas con EPOC ya que en España existe una tasa del 75% de infradiagnóstico, lo que tiene importantes repercusiones sobre la salud pública y la evolución del curso de la enfermedad en los propios pacientes.

OBJETIVOS: Nuestro equipo ha priorizado la realización de un proyecto de mejora (PMC) del proceso de atención al paciente con EPOC con los siguientes objetivos: 1- Consolidar la estructura organizativa del Equipo de Atención Primaria en relación al circuito para la solicitud-realización de espirometrías. 2- Depurar el registro informático de pacientes diagnosticados de EPOC. 3- Evaluar los criterios de calidad.

DIMENSIÓN DE CALIDAD: Calidad científico técnica. El programa nace como una actividad para mejorar la calidad asistencial, la cohesión del equipo y el trabajo de grupo, en el marco del programa del plan de gestión del 2010 de la Gerencia de Atención Primaria.

ÁMBITO: Equipo de atención primaria rural.

DISEÑO: El PMC incluye un estudio con diseño descriptivo longitudinal prospectivo de los datos obtenidos en MEDORA sobre EPOC. Se ha medido el número de EPOC codificados en MEDORA a los que se le ha realizado espirometría en el Centro de Salud desde el 1/1/2009 hasta el 31/12/2009 y se ha comparado con los datos obtenidos desde el 1/1/2010 al 13/4/2011, tras

poner en marcha las indicaciones de mejora del plan de Gestión del 2010 para EPOC.

INTERVENCIONES: Se ha realizado las siguientes intervenciones:

- 1- Nombramiento de un responsable del proceso de EPOC.
- 2- Nombramiento de dos responsables de la realización de la técnica de espirometría y mantenimiento del espirómetro.
- 3- Desarrollo de 6 actividades formativas relacionadas con el proceso de atención a la EPOC en el centros de salud.
- 4- Definición del circuito para la solicitud y realización de espirometrías.
- 5- Evaluación de historias clínicas para verificar el cumplimiento del criterio diagnóstico de EPOC.
- 6- Inicio de solicitud y realización espirometrías.

RESULTADOS

Desde el 1/1/2009 hasta el 31/12/2009 se realizaron 21 espirometrías y en el periodo comprendido desde el 1/1/2010 hasta el 13/4/2011, tras implantar las medidas indicadas por el Plan de gestión de 2010 el número de espirometrías se incrementó a 77.

CONCLUSIÓN

Se ha aumentado el número de espirometrías realizadas en el equipo. El cumplimiento de los criterios de mejora y la gran colaboración y participación de los miembros del equipo ha hecho posible cumplir nuestros objetivos.

R0034

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA EL MANEJO DE CERVICALGIAS

Del Río Manzano C

Mayo Jiménez MV

Herrero del Nogal MM

Bermejo Paredero M

Fernández Barrio MT

Perea Correa AA

JUSTIFICACION

Son numerosos los pacientes atendidos en AP con patología cervical (34% de las consultas en las unidades de fisioterapia (UF) durante 2010). Estos pacientes requieren un gran número de sesiones hasta ser dados de alta mediante el tratamiento convencional, por lo que se planteó como alternativa terapéutica la aplicación del Vendaje Neuromuscular (VN) con el propósito de disminuir el número de sesiones de fisioterapia, así como de reducir el dolor y mejorar la función muscular y articular de estos pacientes.

OBJETIVOS

- 1- Disminuir el dolor en los pacientes con cervicalgia tratados con VN.
- 2- Mejorar la función muscular y articular de los pacientes con cervicalgia tratados con VN.
- 3- Mejorar la formación de los fisioterapeutas en VN.
- 4- Registrar las mejoras obtenidas tras la aplicación de la técnica en la historia de fisioterapia (disminución del dolor, mejora de la función muscular y articular).

DIMENSIÓN DE CALIDAD ESTUDIADA

- Científico-técnica: mejorar la competencia profesional.
- Satisfacción: mejorar la satisfacción de los usuarios.
- Accesibilidad: disminuir la lista de espera.

DISEÑO

Población de estudio: pacientes con cervicalgia que acuden a las unidades de fisioterapia (UF) durante 2010.

Profesionales y nivel asistencial evaluado: Fisioterapeutas de AP.

Periodo evaluado: diciembre 2009-diciembre 2010.

Identificación y muestreo de las unidades de estudio:

-Fuente de identificación de casos: historia de fisioterapia.

-Tamaño muestral: 100% de los individuos que cumplía la definición de población de estudio (n=184). No hubo muestreo.

Recogida de datos: se valoraron los indicadores antes y después de la implantación de las medidas correctoras.

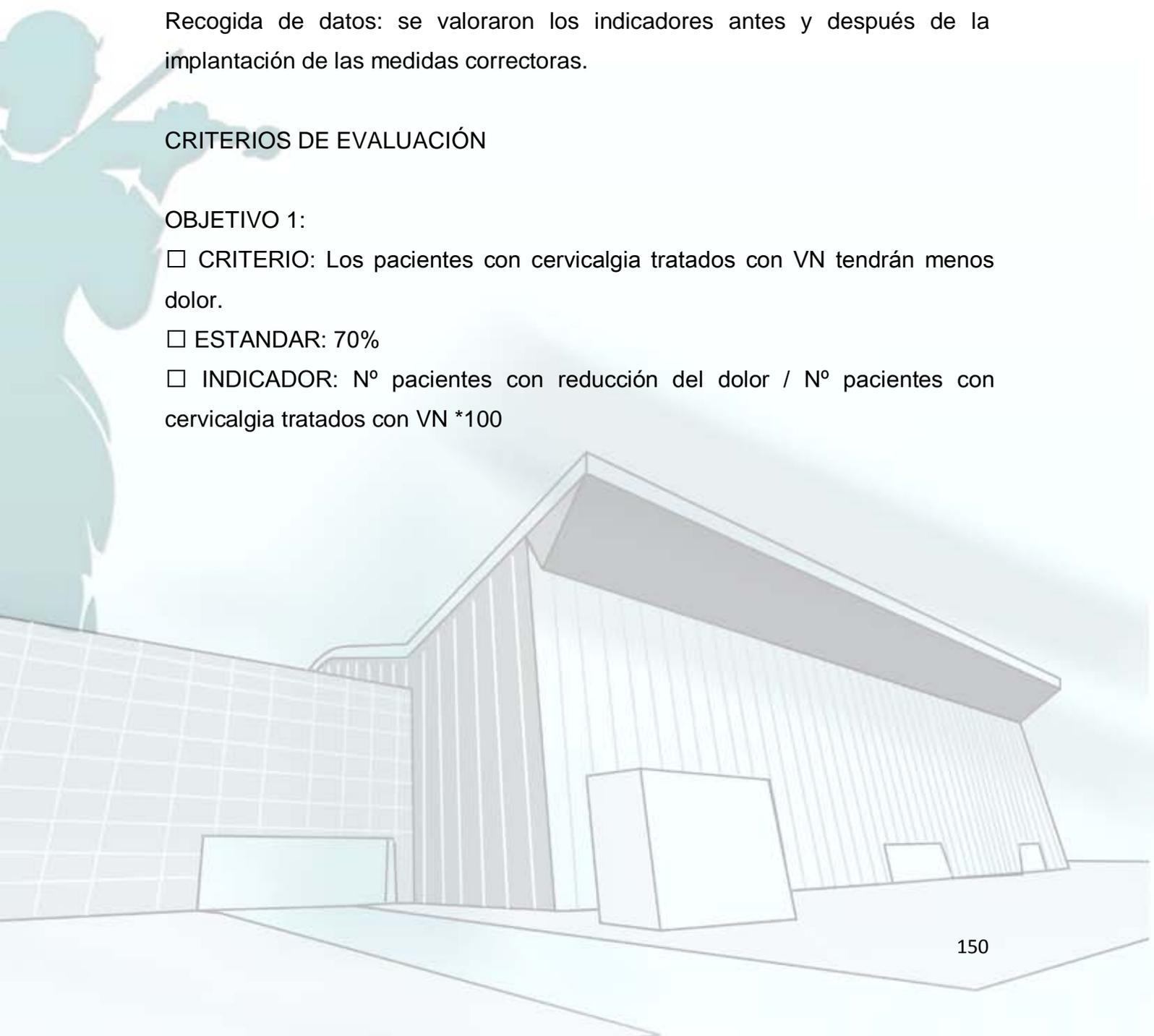
CRITERIOS DE EVALUACIÓN

OBJETIVO 1:

CRITERIO: Los pacientes con cervicalgia tratados con VN tendrán menos dolor.

ESTANDAR: 70%

INDICADOR: N° pacientes con reducción del dolor / N° pacientes con cervicalgia tratados con VN *100



R0035

EDUCACIÓN EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HIGIENE POSTURAL LABORAL Y CUIDADOS EN USUARIOS CON TRABAJO ADMINISTRATIVO.

Márquez Ambite J E

Del Río Isusi P

JUSTIFICACIÓN

De todos es conocida la insistencia sobre el cuidado de las posturas en personas con trabajo de manejo de cargas, o para actividades de la vida diaria, pero los consejos a personal que utiliza durante periodos prolongados equipos informáticos o realiza labores administrativas, se ha llevado siempre a un segundo plano, problema que hemos querido solucionar con un plan de mejora.

DIMENSIÓN DE CALIDAD ESTUDIADA

Dimensión científico-Técnica

PROBLEMA DETECTADO Y PRIORIZADO.

Detectamos el problema por el método tormenta de ideas, en el que se hizo un planteamiento de la pregunta en qué áreas de nuestra atención podríamos mejorar, y una intervención grupal sin orden preconcebido, y de donde salió un listado de ideas y de puntos a mejorar.

Mediante la priorización -puntuación simple dada por todos los asistentes a cada uno de los problemas- decidimos que lo más importante era el que tuviéramos información y una estructura que nos permitiera dar conocimientos a trabajadores administrativos de cómo realizar las tareas y pequeños cuidados durante esa actividad laboral

ANÁLISIS DEL PROBLEMA DETECTADO Y SUS POSIBLES CAUSAS.

Para teorizar respecto a las dimensiones que posiblemente sean origen del problema, elegimos el método del diagrama de causa efecto ya que maneja variables cualitativas que son las que poseemos.

SITUACIÓN INICIAL

- No poseemos material grafico ni escrito para adiestrar al usuario.
- Carecemos de un protocolo para detección de estas necesidades y para impartir estos conocimientos.

ESTRUCTURA DE LA INTERVENCIÓN A REALIZAR

CRITERIOS DE CALIDAD.

- La primera es que exista material tanto grafico como escrito, informativo de la higiene postural laboral como de cuidados dentro y fuera del puesto
- Que exista un protocolo de actuación ante la existencia de una necesidad de estos conocimientos.

INDICADORES

Indicador 1= Nº de Unidades dotadas de material auxiliar necesario / Nº de Unidades de Fisioterapia de AP VA Oeste x100

Indicador 2= Nº de pacientes a los que se les ha impartido conocimientos / Nº de pacientes que necesitan saber sobre higiene y cuidados x 100

ESTÁNDARES DE CALIDAD.

- Que el 100% de las unidades tengan material grafico.
- Que el 80% de usuarios que necesitan información la reciban.

EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

Plan de mejora: Revisión bimensual.

Medidas correctoras

Reevaluación: Semestral.

R0038

COBERTURA DE VACUNA ANTINEUMOCOCICA CONJUGADA EN UN CONSULTORIO SEMIURBANO

Fierro Urturi A

Valverde Gregorio D

Mata Jorge M

Sanz Fernández M

López García E

INTRODUCCION

Las vacunas o inmunizaciones activas ocupan un lugar muy destacado en la prevención de las enfermedades transmisibles, proporcionando no solo protección individual, sino también una protección colectiva o comunitaria. Disponemos de vacunas de uso sistemático y no sistemático; entre éstas últimas destacamos la vacuna antineumocócica conjugada (VCN), para la prevención de enfermedad invasiva, neumonía y otitis media aguda causadas por *Streptococcus pneumoniae*.

OBJETIVO

Analizar la evolución de la cobertura de la vacunación antineumocócica en nuestro Consultorio de los niños nacidos desde el año 2001, fecha en que fue recomendada por la Asociación Española de Pediatría (AEP) hasta el 31 de diciembre de 2008.

METODO

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de carácter retrospectivo de los registros de vacunas de todos los niños nacidos entre el 1 de Enero de 2001 y el 31 de Diciembre de 2008 de nuestro Consultorio. Los datos se obtuvieron mediante revisión de las tarjetas vacunales en cada niño. Se consideró correctamente vacunados a los niños según ficha técnica de la VCN.

RESULTADOS

El número total de tarjetas de vacunación revisadas de niños nacidos entre el 1 de Enero de 2001 y el 31 de Diciembre de 2008 fue de 1196 (las tarjetas vacunales de los niños nacidos en el año 2008 fueron revisadas hasta el año 2010, periodo en el que completaron su vacunación). El 75,50% (903) de los niños estudiados recibió en este período alguna dosis de VCN (IC 95%: 73,02-77,98). El 24,50% (293) no fue vacunado (IC 95%: 22,02-26,98). El 70,32%(635) recibió las cuatro dosis de VCN, el 13,18% (119) recibió tres dosis, el 11,30% (102) dos dosis y el 5,20% (47) recibió una sola dosis de vacuna.

El número de niños que habían recibido al menos una dosis de VCN, por año de nacimiento fue de 16 (23.19%), 52 (42,98%), 86 (60,99%), 97 (65,54%), 132 (85,71%), 135 (90,00%), 174 (90,16%) y 211 (95,91%) para los niños que habían nacido en 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008 respectivamente.

DISCUSION

La VCN heptavalente fue comercializada en España en junio de 2001. Desde entonces ha disminuido la incidencia de la enfermedad neumocócica, especialmente en menores de un año de edad, pero esto se hace extensivo al resto de niños y a adultos mayores de 50 años por la inmunidad de grupo. La incorporación de las nuevas VCN, decavalente y tridecavalente, supone un nuevo hito en el control de la enfermedad neumocócica, ya que incluyen los serotipos que en este momento están generando más casos de complicaciones (meningitis , empiemas y otitis medias agudas) en la infancia.

Todo ello justifica la vacunación como única estrategia preventiva útil frente a esta enfermedad y establece un balance de coste-efectividad positivo.

En nuestro estudio se puede observar una elevada cobertura vacunal de VCN .Son escasos los estudios de este tipo a nivel tanto regional como nacional, sin embargo es importante el conocimiento de esta cobertura vacunal para poder evaluar el posible impacto de esta vacuna en las tasas de enfermedad en niños y adultos de nuestra Comunidad.

R0039

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE DETECCIÓN PRECOZ DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE VALLADOLID

Calvo del Valle M del P C

Gallego Peláez M del C

JUSTIFICACIÓN:

En el año 2007 se incluye en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León, el Servicio de Detección Precoz de Víctimas de Violencia de Género, que establece el cribado a todas las mujeres mayores de 14 años. Todos los miembros del Equipo de Salud, han recibido formación sobre el papel del personal sanitario en la violencia de género y las consecuencias que tiene para la salud.

OBJETIVOS:

- 1.- Valorar el grado de implantación del Servicio de Detección Precoz de violencia de género en una zona básica de salud (Z.B.S.)
- 2.- Describir las características de las mujeres a las que se les ha diagnosticado como víctimas de violencia de género.

DISEÑO:

Población en estudio: 8694 Mujeres mayores de 14 años de la Z.B.S., realizado el cribado de violencia de género a 1519.

Fuente de identificación: Datos recogidos de la historia clínica informatizada MEDORACYL y volcados en hoja de cálculo excell para el análisis.

Tamaño de la muestra: 77 mujeres a las que se les ha diagnosticado como víctimas de violencia de género.

Variables estudiadas: socio-demográficas, antecedentes obstétricos, hábitos tóxicos, momento del diagnóstico de violencia, tipo de violencia y realización de protocolo sanitario de violencia de género.

Periodo evaluado: años 2008, 2009 y 2010.

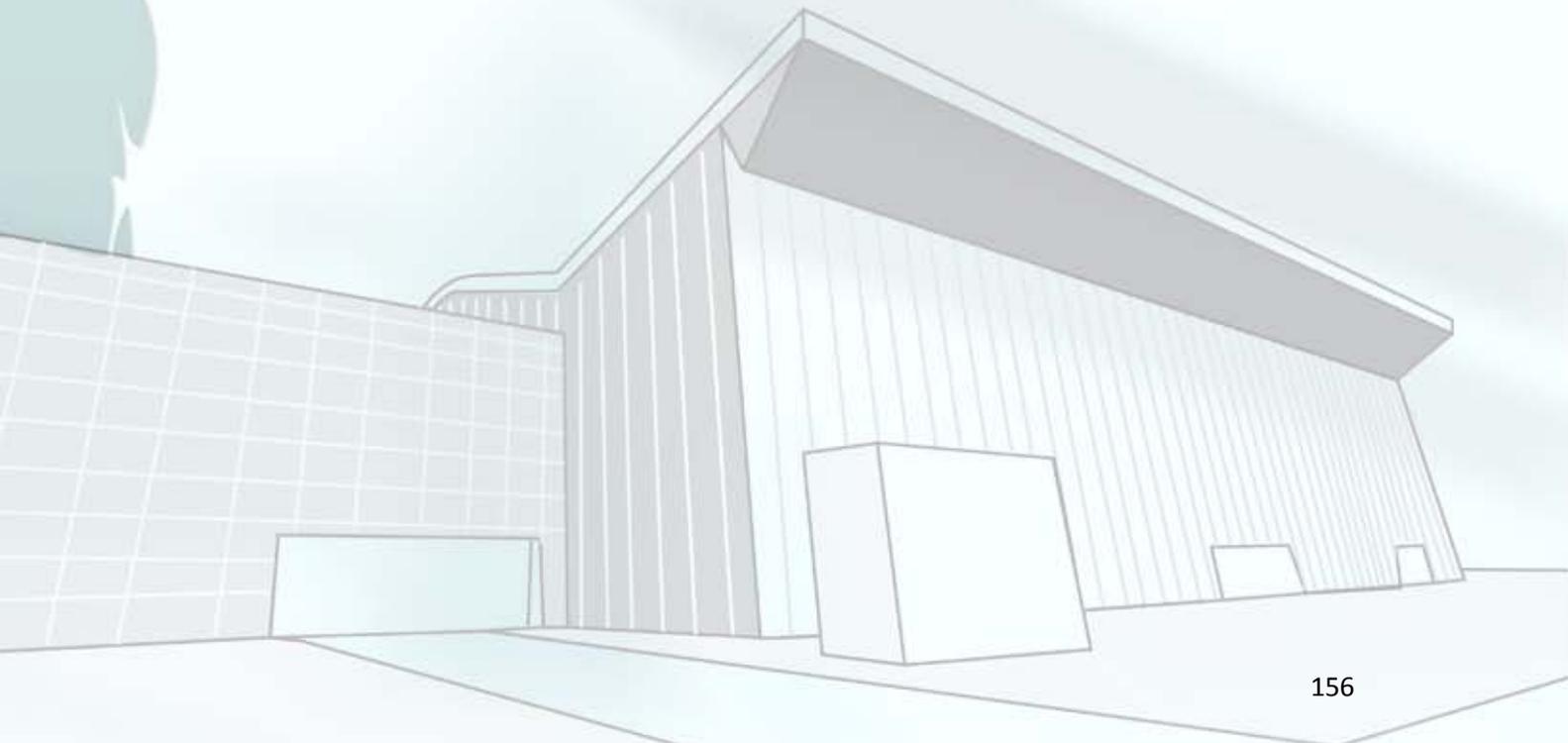
RESULTADOS:

Se ha realizado el cribado de violencia de género a 1519 (17,4% de la población en estudio). Codificadas como víctimas de violencia 77 (5,06%) y de éstas, en 55 aparecen datos sobre la situación de violencia sufrida (71,48%); 22 mujeres se excluyen por falta de datos(28,57%del total).

De las 55 mujeres incluidas en el estudio, el 77,5% tienen estudios primarios, 2,5% son universitarias. No trabajan el 52,5%; el 67,5% están casadas, el 89,09% tienen pareja estable, el 69% han tenido embarazos, de los cuales, hay un 25,45% de abortos: 68,18% son espontáneos y el 18,18% son IVES. Discapacitadas 1,81%, consumen alcohol 9,09%, tabaco 25,45% y drogas 3.64%.

El 80% han sido diagnosticadas en consulta a demanda, el 18,18% en urgencias y el 1,81% durante el embarazo. 61,57% sufren violencia psicológica, 30,88%física, 5,88% sexual y 1,47% no consta.

Protocolo de violencia de género realizado al 23,64%, no realizado al 72,73% y no consta en el 3,65%.



R0040

SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO: ÉPOCA DE CAMBIOS Y SATISFACCIÓN, CON ALGUNOS DÉFICIT DE INFORMACIÓN.

Ripoll Alda A

Ripoll Alda C

Lozano García C

García López I

Alda Martín C

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto importante en la vida de las personas. Durante el embarazo se producen numerosas modificaciones que pueden conllevar cambios en la esfera sexual. En general las relaciones coitales no están contraindicadas, pero existen situaciones que pueden exigir precaución.

OBJETIVO

Conocer algunos aspectos relacionados con la sexualidad de las mujeres embarazadas e identificar posibles opiniones, actitudes o comportamientos en relación a la sexualidad que puedan conllevar un aumento de riesgos para la madre o el niño.

MÉTODO

Diseño: estudio descriptivo transversal, a partir de un cuestionario autoadministrado con múltiples preguntas sobre sexualidad en el embarazo, la mayoría con respuesta categórica múltiple.

Ámbito: Atención Primaria.

Población: Muestra de conveniencia de gestantes de más de 27 semanas que acudieron a la consulta de la matrona de dos centros de salud entre 2010 y 2011.

VARIABLES: entre las preguntas se incluyeron algunas referentes a fuentes de información, satisfacción, atracción por la pareja, preocupaciones, cambios en la sexualidad, contraindicaciones relaciones coitales, etc.

Análisis estadístico: descripción de la distribución de frecuencias absolutas de las variables categóricas. Se utilizó base de datos en Access, y programa Epiinfo V3.5.3.

RESULTADO

Se entregaron 89 cuestionarios y se recogieron cumplimentados 77. Edad media embarazadas 32,4 años; 77.9% casadas; 72.9% sin hijos; 93.3% embarazo buscado; 9.5% tratamiento previo de fertilidad. El 71.4% señaló haber recibido información sobre sexualidad en el embarazo, principalmente de la matrona (69.6%) y de Internet (46.4%). El 68.4% refirieron sentirse satisfechas con su vida sexual; el 18.4% manifestaron algún grado de insatisfacción. En general se sienten atraídas por su pareja, y atractivas. El 72% refiere sentirse preocupada en alguna medida por la sexualidad en el embarazo, principalmente por pérdida de deseo sexual (48%) y por miedo-preocupación por el feto (46%). Una tercera parte no consideran que las relaciones coitales estén contraindicadas en caso de infecciones vaginales (35.5%) o amenaza de parto prematuro (34.2%) y en menor medida en caso de rotura de bolsa, sangrado o amenaza de aborto (20.5%, 17.8% y 17.8% respectivamente). El 9.6% de las encuestadas consideran que el embarazo es una contraindicación por si mismo para mantener relaciones coitales. Durante el embarazo son frecuentes los cambios en la sexualidad pero no homogéneos. El 84.7% señalan desear más información sobre sexualidad en el embarazo, señalando como fuente de información preferida la matrona (90%) y el ginecólogo (43%); excepcionalmente el médico o enfermera de atención primaria.

DISCUSIÓN

La mayoría de embarazadas refieren sentirse satisfechas con su vida sexual. En algunos casos se observan déficit de información que pueden conllevar riesgos para la madre y/o el niño que convendría solventar. La mayoría desea recibir más información sobre sexualidad en este periodo de la vida, principalmente de la matrona. Es conveniente incorporar de forma reglada la información sobre sexualidad desde las primeras etapas del embarazo.

R0042

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

Posadas Alonso FJ

Guerola Delgado DN

Hernández Ortega E

Hernández Vázquez A

Cebeira Moro MJ

Arquiaga Thireau R

INTRODUCCION:

Los dicumarínicos son fármacos inhibidores de vitamina K. El uso en clínica del TAO (tratamiento anticoagulante oral con dicumarínicos) se remonta a 1941. La dificultad de su uso hizo que inicialmente se centralizara su manejo en expertos. El aumento creciente del uso de estos fármacos a partir de la década de los 80 ha sido constante. En la Reunión anual de la SETH (Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia) de octubre de 2002 en La Coruña, se elaboró un documento conjunto en el que se recogían 5 formas diferentes de organizar los controles de TAO, desde la centralización total en Hematología hasta el paso total a Atención Primaria (AP), con formas mixtas de colaboración. En 2005 era mayoritaria la aceptación de controles capilares como forma de control habitual del TAO. Desde finales de 2007 hemos puesto en marcha en nuestro Área un protocolo de colaboración AP-HEMATOLOGIA, optando por un modelo mixto de control de TAO.

OBJETIVOS:

- Mejorar la accesibilidad y comodidad para el paciente. Control en el Centro de Salud (CS) y Consultorio Local (CL).
- Integrar el control del TAO en las actividades de AP, salvo casos en los que se considere que deben seguir siendo llevados por especializada.

METODO:

Creación de la unidad de coordinación y apoyo AP-HEMATOLOGIA (finales 2007). Conexión "On-Line" de las aplicaciones "e-dosis" para AP y "omega-3000" para AE e interconexión entre ambas. Consulta telefónica de apoyo (8-15 h). Formación de los profesionales de AP.

Estudio piloto. Enero-Abril 2008.

Determinaciones aleatorias, 1/50 pacientes, medición INR sangre capilar/sangre venosa. Implantación en CS: Abril 2008 – Diciembre 2009.

Consolidación e incremento de actividad: Enero 2010-Diciembre 2010

RESULTADOS:

- Nivel de implantación:
- 56% de controles desde AP, sobre sangre capilar.
- 18 Centros de Salud (100%).
- Correlación capilar-venosa: $R = 0,78-0,92$
- No incremento de complicaciones.
- Sistema de reclamación y sugerencias: ninguna incidencia registrada.

DISCUSION:

La actividad ha alcanzado los objetivos establecidos, que para fin de 2009 suponía su implantación en la totalidad de CS y asumir al menos el 40% de los controles TAO, y para 2010 consolidar la actividad.

Fortalezas: incremento de la accesibilidad y comodidad para el paciente, manteniendo el actual nivel de seguridad. Coordinación entre niveles asistenciales. Desarrollo del papel de la AP así como del perfil profesional médico y de enfermería en AP.

Debilidades: algunos profesionales encuentran dificultades en asumir el control clínico del TAO, cada vez en menor número por la formación que se ofrece y la experiencia de "iguales" en su centro de salud.

Oportunidades de mejora en 2011: extracción y control también desde los consultorios locales. Profundizar en la formación de los profesionales e incluir en ésta a los odontólogos. Seguimiento de eventos adversos en pacientes anticoagulados en tres CS.

R0043

PERCEPCION DE LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA SOBRE EL VALOR DE LA FISIOTERAPIA EN EL AREA ESTE DE VALLADOLID.

Vegas López L

Simarro Martín A

Seco Pérez C

JUSTIFICACIÓN

La fisioterapia es una disciplina de nueva incorporación a la Atención Primaria, si la comparamos con el resto de profesionales sanitarios que trabajan en ésta. Por ello nos parece importante conocer el valor que dan los médicos a nuestra labor, y si ésta ha aumentado las posibilidades y calidad del tratamiento de las patologías de los usuarios a este nivel.

OBJETIVOS

Conocer la importancia que le dan los profesionales médicos de Atención Primaria a la fisioterapia. Averiguar que valor le da el colectivo médico a la fisioterapia en cuanto a su contribución a la mejora de tres aspectos concretos, como son: derivaciones a Atención Especializada, gasto de farmacia y tiempo de recuperación.

MÉTODO

La población estudiada han sido los médicos de Atención Primaria del Área Este de Valladolid, pertenecientes a 24 centros de salud, a los cuales les fue entregada una encuesta por los fisioterapeutas pertenecientes a su centro de salud. Entre otras variables se interrogó por el trabajo del fisioterapeuta y su influencia en las derivaciones a Atención Especializada, gasto de farmacia y en el tiempo de recuperación de los pacientes, al ser aspectos importantes para la calidad y eficiencia del sistema.

RESULTADOS

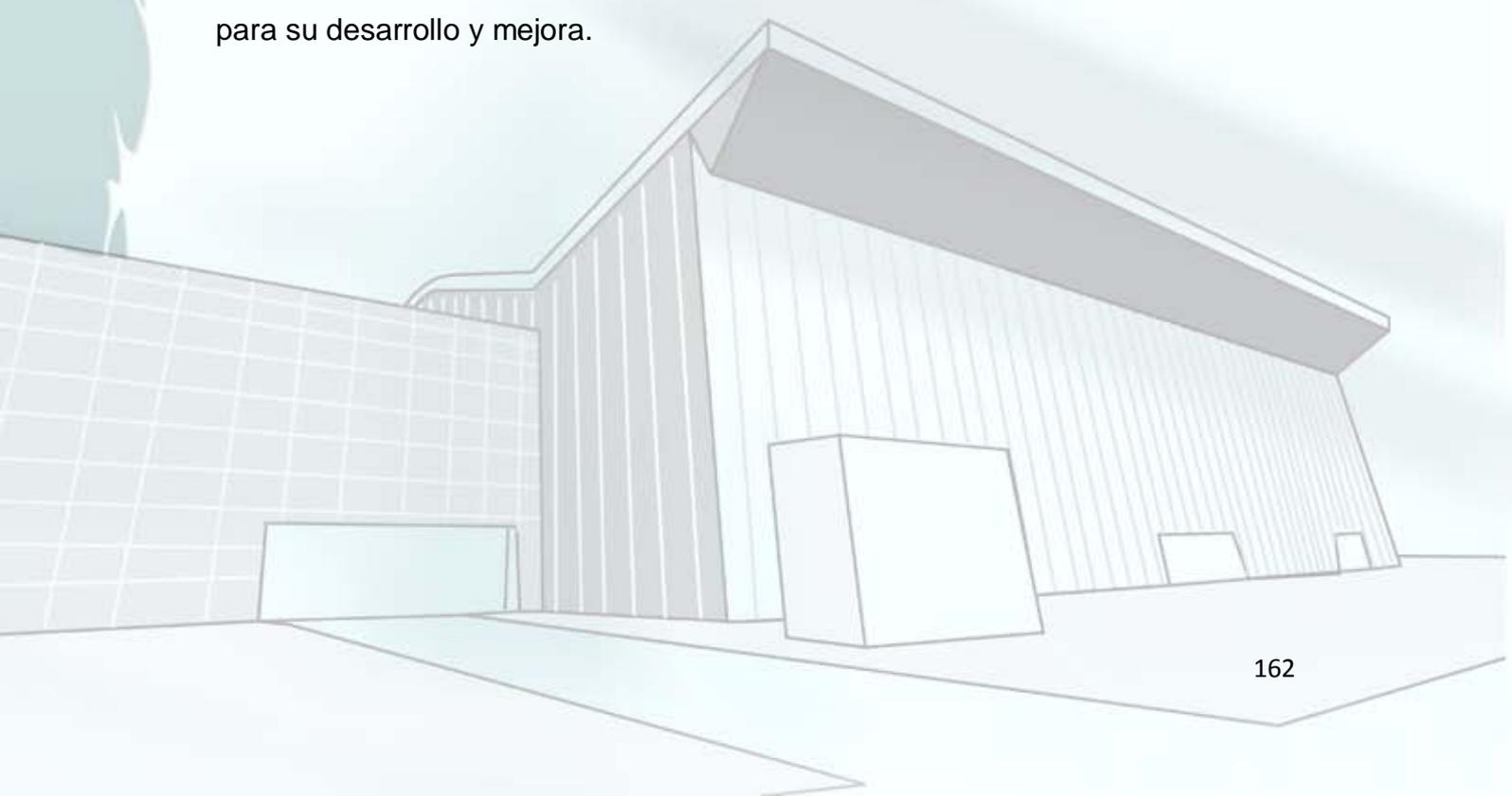
Se recogieron 134 encuestas, en las que el porcentaje de hombres correspondió a un 52,3% y el de mujeres a un 47,7%. La edad media de los

participantes fue de 50,4 años. Más de la mitad tiene al menos 24 años de experiencia. El 92% de los encuestados considera la fisioterapia decisiva para la recuperación física de sus pacientes. Los porcentajes recogidos nos dicen que los médicos preguntados consideran la fisioterapia decisiva o muy decisiva en la disminución del número de derivaciones a Atención Especializada (90,6%), en el gasto de farmacia (76,6%) y en el tiempo de recuperación (98,4%). En cuanto a la importancia de contar con la fisioterapia en Atención Primaria, el 96,2% de los médicos sometidos a consulta la consideran importante o indispensable.

CONCLUSIONES

Con este estudio hemos comprobado que los médicos del Área Este de Valladolid dan mucha importancia a la fisioterapia como una herramienta valiosa para el tratamiento de sus pacientes.

Con el tratamiento fisioterápico en el nivel básico del sistema de salud pensamos, al igual que los médicos entrevistados, que se consigue disminuir el número de derivaciones a Atención Especializada y el gasto farmacéutico, lo que supone una mayor eficiencia. No es menos importante la reducción de los tiempos de recuperación pues también favorece la calidad y fluidez del sistema. A pesar de que estas opiniones deben ser verificadas mediante nuevos estudios basados en evidencias cuantificables, la percepción favorable de la aportación de la fisioterapia a la atención primaria, supone en si misma un valor para su desarrollo y mejora.



R0044

REDISEÑO DE UN MANUAL DE EQUIPAMIENTO BÁSICO PARA LA ATENCIÓN CONTINUADA.

García Casas MC

Prado Prieto MA

Ruiz San Pedro AM

De la Cruz González ME

Dimensión: Calidad Científico-Técnica / Estructura.

JUSTIFICACIÓN:

La atención continuada es un área de mejora de los Planes de Calidad de la gerencia. En el año 2002 se creó un grupo de trabajo para analizar como mejorar la atención urgente, emprendiendo 3 líneas de actuación: mejora del equipamiento de los puntos de atención continuada (PAC), mejora de la continuidad de la atención y mejora de la formación del personal.

En el año 2010, se priorizó el rediseño del protocolo de equipamiento básico de un PAC.

Objetivos:

Actualizar la selección de medicamentos y de material para un PAC.

Redefinir el procedimiento de revisión periódica, detección de no conformidades y de responsabilidades.

DISEÑO:

Grupo de trabajo. Además de profesionales sanitarios (médicos y enfermeras), se contó con el "expertise" de 2 farmacéuticas, un técnico de salud y la incorporación puntual de personal del servicio de suministros, celebrando reuniones periódicas entre marzo y septiembre de 2010. Detección y análisis del problema. Con los resultados de las auditorias internas anuales (2003-2009) de los PAC y de los registros de control (Hojas de Revisión quincenal) y de las revisiones de conservación de la medicación (botiquines), se reunieron los puntos fuertes y se detectaron las áreas de mejora.

CRITERIOS DE INTERVENCIÓN EN EL REDISEÑO DEL MANUAL:

Revisión de la selección de medicamentos acorde a las evidencias y recomendaciones.

Reducción del listado a lo necesario

Sustitución de los nombres comerciales por la Denominación Oficial Española (DOE) Introducción de control de caducidades.

Inclusión de información acerca de las condiciones de conservación.

Establecimiento de un rango de unidades que deben estar disponibles.

Redefinición del procedimiento de verificación, responsabilidades, temporalización y gestión de no conformidades.

Implantación: Enero 2011.

Criterios de evaluación: Indicadores de auditoría interna anual y encuesta (septiembre 2011)

RESULTADOS:

Se obtiene una nueva edición del manual de procedimiento identificando 40 fármacos por DOE, especificando presentación, condiciones de conservación y unidades recomendadas. Para el material, se utiliza la denominación más aceptada por la bibliografía y se unifica con la utilizada por la unidad de suministros de la Gerencia. La revisión periódica incluye la recogida y gestión de no conformidades y los formatos que registran la revisión se actualizan incorporando los criterios revisados.

CONCLUSIONES:

La elevada rotación de los profesionales de atención primaria por los PAC unido a la escasa utilización del carro de paradas exige una intervención sostenida para una mejora continua de la atención continuada. Conoceremos nuestros resultados con la primera auditoría, pero creemos que se han introducido mejoras que ayudan a una rápida disposición de material y medicamentos, disminuyendo el riesgo de confusión, aumentando la seguridad del medicamento que se maneja, colaborando al entendimiento entre profesionales, con independencia de su experiencia conjunta en el PAC. La introducción de medidas de control y de no conformidades ayudan a la detección de áreas de mejora que permiten el cierre del ciclo.

R0045

ENTREVISTA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN

Prado Prieto MA

Ruiz San Pedro AM

Catalá Pindado MA

Mateo Ayuso JC

García Casas MC

Castrillo Alonso JL

JUSTIFICACIÓN

La entrevista del farmacéutico de Atención Primaria con los médicos de familia para revisar sus indicadores -entre ellos el de prescripción por principio activo (DOE)- y proponer medidas para optimizar la eficiencia de su prescripción es una estrategia habitualmente utilizada. La prescripción DOE permite identificar inequívocamente el medicamento, evita duplicidades y facilita la dispensación del equivalente terapéutico más eficiente. La creciente presión para racionalizar el gasto farmacéutico y la aplicación de principios de medicina basada en la evidencia hacen necesaria una evaluación objetiva del impacto de este tipo de intervenciones.

OBJETIVO y MÉTODO: Evaluar el impacto de la entrevista estructurada del farmacéutico de Atención Primaria con médicos de familia sobre la evolución del indicador de prescripción por principio activo en envases (%DOE).

Estudio: cuasi-experimental antes/después con grupo de control. // Emplazamiento: Área de Atención Primaria // Población: 210 médicos de familia // Periodo del estudio: enero-abril (preintervención) frente a mayo-diciembre de 2010 (postintervención). Variable: diferencia del indicador %DOE antes/después de la intervención.

ANÁLISIS:

para estimar la eficacia de la intervención se valoraron las diferencias en la evolución del indicador en el grupo de médicos entrevistados en comparación

con los controles (resto de los médicos del Área no entrevistados), mediante la aplicación Statistix-9™ (Shapiro-Wilk para ajuste normal y Wilcoxon Rank sum para el contraste de la hipótesis de no diferencia).

INTERVENCIÓN y RESULTADOS

Entrevista estructurada de 15-30 minutos entre el farmacéutico de Atención Primaria y 41 médicos del área, seleccionados por su desviación en el indicador DOE. Estructura de la entrevista: 1/ Análisis del % de prescripción DOE; 2/ Escucha activa sobre situación particular y/o dificultades que encuentra médico para alcanzar el objetivo marcado; 3/ Propuestas de mejora adaptadas al caso concreto; 5/ Resumen y conclusiones finales.

RESULTADOS

La mediana del cambio de “%DOE” en el grupo de intervención fue de 5,7 (rango= -0,5 a 29,6) frente a 3,2 (rango= -5,4 a 25,8) en el grupo de control, siendo la diferencia entre ambos altamente significativa desde el punto de vista estadístico ($p < 0,0001$; en test no-paramétrico de suma de rangos de Wilcoxon; variable no normal: Shapiro-Wilk, $W = 0,8717$, $p < 0,0000$).

DISCUSIÓN

La tendencia natural del indicador %DOE es de crecimiento, en parte por el apoyo institucional al uso de genéricos; así se constata en el comportamiento de ambos grupos. Sin embargo, el crecimiento fue más marcado en el grupo de intervención, a pesar de que la selección del grupo introduce un sesgo negativo, tratándose de prescriptores con mayores desviaciones respecto al objetivo y, con frecuencia, con actitudes reticentes a esta modalidad de prescripción.

CONCLUSIÓN:

En la población estudiada, una entrevista estructurada del Farmacéutico de Atención Primaria con los médicos de familia con mayores desviaciones respecto del objetivo %DOE se ha asociado a una evolución más favorable del mismo, en comparación con la observada en el resto de los médicos del Área. Estos resultados apoyan la eficacia práctica de esta modalidad de intervención.

R0046

COMISIÓN DEL PLAN DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON LA SALUD: EXPERIENCIA PARA LA MEJORA EN CALIDAD

Fernández Fernández RF

López de la Puente MP

Criado Fernández E

Pérez González M

García Álvarez T

Voces Gómez JA

JUSTIFICACIÓN

El Plan de garantía de los derechos de las personas en relación con la salud (Orden SAN/559/2007) se ha considerado en nuestro Área de Salud el marco oportuno para iniciar una línea de mejora continua.

Para su desarrollo se constituyó en 2008 la Comisión del Plan de Garantía.

OBJETIVOS

- Planificar y desarrollar actuaciones necesarias para velar por los derechos de las personas en relación con la salud.
- Mejorar la calidad asistencial, gestionando adecuadamente las reclamaciones y sugerencias de los usuarios.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ESTUDIADAS

Trato e Información, Accesibilidad, Continuidad en la Atención y Hostelería- Confortabilidad.

DISEÑO

Experiencia en mejora de calidad asistencial. Buena práctica en gestión de las relaciones con los usuarios de los Centros sanitarios de Atención Primaria durante 2008-2010, estableciendo once objetivos específicos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Referidos a la actividad de la Comisión
- Mejora en resultados cuantificables con los Indicadores establecidos.

INTERVENCIONES REALIZADAS

- Constitución de la Comisión del Plan: funciones y normas.
- Análisis de la situación de partida en el Área. Identificación de necesidades.
- Desarrollo de actividades para la resolución de las necesidades.
- Actividades colaborativas con el Comité de Ética Asistencial: pertenencia y participación en los Talleres de Ética Narrativa.
- Gestión de las reclamaciones:
 - Rediseño del circuito de documentación.
 - Tratamiento en Pleno de reclamaciones complejas.
 - Adopción desde la Comisión de medidas de mejora según motivo.
 - Envío de informe trimestral a las Unidades para análisis y adopción de medidas de mejora por el Equipo.
 - Envío semestral desde Unidades a Gerencia de propuestas de mejora y medidas adoptadas, cerrando el circuito informativo y de correcciones/ acciones correctivas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Actividades:
 - Diez Sesiones informativas para presentar el Plan de Garantía y Programa de radio.
 - Taller anual de entrevista clínica en situaciones difíciles y diez Sesiones Formativas anuales en relación con la confidencialidad.
- Medidas:
 - Comunicación - recordatorio a profesionales sobre intimidad y límite de acceso a información relativa al paciente acorde a su perfil profesional.
 - Elaboración de 4 protocolos.
 - Difusión material informativo sobre confidencialidad.
 - Cambio Modelaje de historia clínica.
 - Seguimiento de medidas adoptadas para separación de zonas de exploración y de consulta.

R0047

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2.
PROPUESTAS DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN**

Morales Torres MA

Echevarría Zamanillo MM

Fraile Caviedes C

García de los Bueis MY

Ibáñez Blanco MN

Tudanca Zaldivar G

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad de origen metabólico que presenta hiperglucemia crónica por déficit de secreción de insulina, déficit de acción de ésta o ambos. Supone el 90% de los casos de diabetes. El 65% de los diabéticos fallece por enfermedad cardiovascular. Los costes están entre 381 y 2560 euros/persona/año, habiéndose relacionado directamente nivel socioeconómico y control de la enfermedad.

El tratamiento es dieta, ejercicio físico, autocontrol, educación sanitaria, y fármacos. Adherencia terapéutica (AT): grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir plan alimentario y cambiar estilos de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un médico/enfermera. A los 6 meses de tratamiento el 30-80% toman mal la medicación. La mejora de la AT repercute directamente sobre los resultados de salud y seguridad de los pacientes e indirectamente sobre costes sanitarios.

OBJETIVO: conocer las mejores estrategias centradas en el paciente y la familia, para mejorar la AT en la DM2. Realizar propuestas de mejora de calidad en la atención a los diabéticos tipo 2.

METODO

Revisión de la literatura en bases de datos electrónicas: Scielo, Ibecs, Lilacs, Medline, Cochrane, Cuiden, Joanna Briggs Institute, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. La búsqueda se hizo mediante descriptores de ciencias

de la salud (DeCS)-medical subset headings (MeSH). Selección de estudios, valoración crítica y síntesis narrativa de resultados.

RESULTADOS

Se seleccionaron 25 estudios.

En el cumplimiento de prescripciones influyen varios factores: paciente, profesional, sistema sanitario, la enfermedad y los propios fármacos. Para medir la adherencia evitando la sobreestimación es necesario utilizar varios métodos paralelos. El cuestionario Morisky-Green más recuento de comprimidos permite una buena aproximación al resultado

Una buena comunicación medico/enfermera-paciente mejora la AT. Ofrecer información no es suficiente para promover cambios de comportamientos, y no mejora la adherencia. La educación sanitaria debe basarse en el diálogo e intercambio de conocimientos.

Cualquier intervención debería: no culpabilizar, individualizarse, fortalecer la relación, Integrarse en la práctica diaria, participando distintos profesionales. Plantear un enfoque centrado en el paciente considerándole íntegramente como persona con limitaciones, necesidades, sentimientos, y promover su participación activa en el proceso. Plantear objetivos concretos, lograr motivación, considerar su red socio-familiar.

La satisfacción con el tratamiento se asocia con el nivel educativo, control glucémico y cumplimiento de dieta y ejercicio físico. Las intervenciones educativas grupales con refuerzo a los 6 meses o recordatorios telefónicos, mejoran la adherencia al plan de alimentación y al tratamiento farmacológico.

Una revisión sistemática concluye que no existen pruebas suficientes para recomendar los contratos entre pacientes y personal sanitario para mejorar la adherencia.

DISCUSIÓN

Las intervenciones efectivas a largo plazo requieren estrategias múltiples de compromiso y participación del profesional y del paciente. Si los profesionales tienen en cuenta los objetivos de tratamiento de los pacientes y les ofrecen herramientas y soporte para solucionar sus problemas en su espacio, las intervenciones tienen mayor probabilidad de éxito.

R0048

PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN LIGADOS A CAMBIOS EN FORMAS FARMACÉUTICAS

González Otero LA

Moreno Sánchez E

Serrano Velasco P

INTRODUCCIÓN:

La gliclazida es un antidiabético oral que, hasta Enero de 2010, se presentaba en forma de comprimidos de 80mg de liberación normal, administrados cada 8, 12 o 24h; esta presentación fue sustituida por comprimidos de 30mg de liberación modificada, lo cual suponía un cambio en la posología del medicamento: el paciente debía tomar el mismo número de comprimidos al día pero en una única toma por la mañana. En las oficinas de farmacia coexistieron ambas presentaciones hasta el fin de existencias de la primera.

OBJETIVOS:

Identificar a los pacientes en los cuales el cambio de forma farmacéutica pudiera haber dado lugar a errores de medicación, ocasionando una ineficacia del tratamiento o un riesgo por sobredosificación, e informar de las incidencias detectadas a los médicos de Atención Primaria responsables de dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisan todas las recetas de Gliclazida facturadas en Abril de 2010 en un Área de Salud, identificando situaciones de riesgo: prescripción incompleta, pauta posológica errónea o error en la dispensación. Se comunican a cada médico de Atención Primaria las incidencias detectadas en los pacientes de su cupo.

RESULTADOS:

Se revisan un total de 1098 recetas de 661 pacientes en tratamiento con Gliclazida, de las cuales un 18,9%, correspondientes a 152 pacientes (23%),

presentaban errores de prescripción: 173 (83,2%) – pauta posológica errónea; 16 (7,7%) – ausencia de pauta posológica en la receta; 19 (9,1%) – prescripción incompleta. Todas las recetas con pauta posológica errónea corresponden a Gliclazida 30mg comprimidos liberación modificada: no se prescribe una sola toma diaria (96%) o se indica fraccionamiento de los comprimidos (4%). No se observan diferencias significativas en el porcentaje de errores entre zonas urbanas y rurales. El 100 % de las incidencias detectadas son notificadas a los médicos de Atención Primaria, y un 9,1% también a las oficinas de farmacia involucradas.

CONCLUSIONES:

- Existe un elevado porcentaje de pacientes que se ven sometidos a potenciales errores de medicación por una prescripción inadecuada.
- Ha de intensificarse la información a los médicos en los casos de modificaciones en las formas farmacéuticas de medicamentos que supongan cambios en la dosis o en la pauta posológica.
- La Inspección de Farmacia adquiere un papel relevante en la detección de errores asociados a la medicación mediante actuaciones derivadas de la revisión de recetas, lo que contribuye a una mayor calidad de la atención sanitaria del paciente.
- Es importante la colaboración ente las distintas estructuras sanitarias (Inspección de Farmacia, Farmacia de Atención Primaria y Oficinas de Farmacia) para potenciar el uso seguro de los medicamentos.

R0049

PAPEL DEL ENTORNO PROFESIONAL EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS

Moreno Sánchez E

Maín Pérez A

Pinilla Sánchez JM

INTRODUCCIÓN:

La depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria (AP). En la última década, la prescripción de antidepresivos ha sufrido un aumento extraordinario debido a una mayor sensibilización con la enfermedad y a la aparición de fármacos de manejo más fácil por el médico de AP. Además, se suma el hecho de que el número de indicaciones ha aumentado, utilizándose también para el tratamiento de otros trastornos como el pánico, la bulimia, etc.

OBJETIVOS:

Determinar si existe variabilidad en la prescripción de antidepresivos por los médicos de AP de un Área de Salud y conocer las posibles causas relacionadas con el médico y su entorno profesional determinantes de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal de todas las prescripciones de antidepresivos realizadas en el período Enero-Octubre de 2010 por los médicos de familia de un Área de Salud, obtenidas a partir del Sistema de Información de la Prestación Farmacéutica. Como unidades de medida se utilizan la Dosis Diaria Definida (DDD) y la DDD por 1.000 habitantes/día (DHD). Como posibles factores explicativos de la variabilidad se analizan: edad, sexo, formación MIR, años de ejercicio profesional en AP, tiempo de antigüedad en la plaza, situación laboral (propietario/interino), población asignada, porcentaje de mayores de 65 años en cupo, presión asistencial, ubicación (rural/urbana) y distancia al hospital de referencia.

RESULTADOS:

En el período Enero-Octubre de 2010 se prescriben 2.019.996,93 DDD de antidepresivos. Por facultativos, la media de DHD es de 49,2 (DE: 20,5), con un coeficiente de variación de 41,7% y un rango entre 5,5 y 106,7 DHD (Razón de variación: 19,4). No se han hallado diferencias en la prescripción en función del sexo o edad del médico, los años de ejercicio profesional en AP, la antigüedad en la plaza, la población asignada al cupo o la distancia al hospital de referencia. Sí se ha constatado una prescripción inferior en los médicos interinos con respecto a los propietarios (43,8 vs 51,8 DHD; $p=0,014$), así como en aquéllos con formación MIR (42,9 vs 50,4 DHD; $p=0,025$) o que desarrollan su labor en zona urbana (44,3 vs 50,3 DHD; $p=0,033$). Asimismo, se ha observado correlación significativa entre DHD y el porcentaje de pacientes mayores de 65 años en el cupo del médico (Coeficiente de correlación de Pearson 0,268).

CONCLUSIONES:

- La variabilidad observada en la prescripción, aunque no constituye un indicador directo de la calidad de la atención médica, requiere un especial análisis, debiendo constatarse que no es debida a un uso inadecuado de los recursos (por sobre o por infrautilización).
- Podría ser útil establecer protocolos de actuación o actividades de formación continuada que facilitaran al médico de AP tanto el diagnóstico como la correcta selección de antidepresivos.
- El análisis de los factores que influyen en la variabilidad es útil para priorizar e individualizar las acciones de mejora en caso de que dicha variabilidad no esté justificada por la epidemiología de las poblaciones atendidas.

R0050

DEPENDENCIA: MEJORA DE LA CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN EN INMOVILIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Diez Sánchez TJ

Rodríguez Ferrer C

Abia Gonzalez J

Matamala Sacristán J

López Garcia E

Cano Castro LM

JUSTIFICACIÓN

Según los resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999), en España hay 3.528.221 personas con alguna discapacidad, lo que supone el 9% de la población total, siendo Castilla y León, una de las comunidades que presentan unas tasas significativamente superiores a la media nacional. Tras la entrada en vigor de la ley 36/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en Castilla y León recae sobre el personal de enfermería la valoración de aquellos pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados (ORDEN FAM/824/2007).

Durante los primeros 6 meses de entrada en vigor de la ley se realizaron en nuestro Área 436 Baremos de Valoración de la Dependencia (BVD) a pacientes inmovilizados. De ellos, Servicios Sociales solicitó la subsanación de un total de 171 por errores en la cumplimentación, lo que supone que un 39,2% de los baremos fueron devueltos a los enfermeros que los realizaron y corregidos por estos. La devolución y subsanación de los BVD se vivió por el personal de enfermería como una mayor carga de trabajo, además de implicar un aumento del tiempo para resolver la solicitud, lo que perjudica directamente al paciente.

OBJETIVO

- Mejorar la calidad en la cumplimentación del BVD.
- Reducir la devolución de BVD por parte de Servicios Sociales, disminuyendo la percepción de carga de trabajo por parte de enfermería.
- Contribuir a la pronta resolución de las solicitudes en beneficio del paciente.

MÉTODO

Se pusieron en marcha tres tipos de medidas correctoras:

- Formación a personal de enfermería sobre cumplimentación del BVD: se realizaron dos ediciones, celebradas en junio de 2008 y junio de 2009, a las que asistieron un total de 96 personas. Siguiendo la metodología de formación de formadores, éstos profesionales formaron al resto de su Equipo en sesión clínica.
- Revisión de todos los BVD por parte de la Responsable de Dependencia del Área para subsanar posibles incidencias antes del envío a Servicios Sociales y corrección con los enfermeros interesados.
- Coordinación con la técnico responsable de Dependencia en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Valladolid.

RESULTADOS

Durante el año 2009, se realizaron 278 BVD en el Área, de los que 68 fueron devueltos por Servicios Sociales para su subsanación, lo que representa un 31%. Durante el año 2010, de los 241 BVD realizados, 6 bvd fueron devueltos para su subsanación, es decir, un 2,60%.

R0051

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA INTENSIVA SOBRE ESTILOS DE VIDA MODIFICABLES EN POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE PADECER DM2 EN DOS TRAMOS DE EDAD (45-70 vs >70). (ESTUDIO DE_PLAN)

Moreno Casillas L

Fernández Salinas A

Rubio Martín A. I

Montero Herrero R

Cembellín Prieto A

González Sánchez J

INTRODUCCION

Es necesario determinar si una intervención educativa sanitaria es efectiva para prevenir la aparición de DM2 en diferentes grupos de edad, especialmente en los grupos > 70 años, donde se suelen descartar las intervenciones preventivas por considerarlas poco útiles.

OBJETIVO

Valorar en que grupo (45-70 años vs >70 años) es más efectiva una intervención educativa sanitaria intensiva.

METODO

DISEÑO: Estudio intervención antes-después sin grupo control.

ÁMBITO: Z.B.S.

POBLACIÓN: Sujetos > 45 años con alto riesgo de desarrollar DM2 que acuden a consulta de AP por cualquier motivo

VARIABLES: sexo, edad, riesgo padecer DM2, índice masa corporal (IMC), perímetro cintura (PC), Glucemia (mg/dl), Colesterol (COL) y Triglicéridos (TAG).

FASES:

Fase I: Cribado de población mediante escala FINDRISK de detección de riesgo de desarrollo de DM2.

Fase II: Valoración inicial de las variables de estudio.

Fase III: Intervención educativa sanitaria intensiva grupal en estilos de vida modificables (dieta y ejercicio).

Fase IV: Valoración (al año de intervención) de las variables de estudio.

Fase V: Análisis datos y difusión resultados.

RESULTADOS:

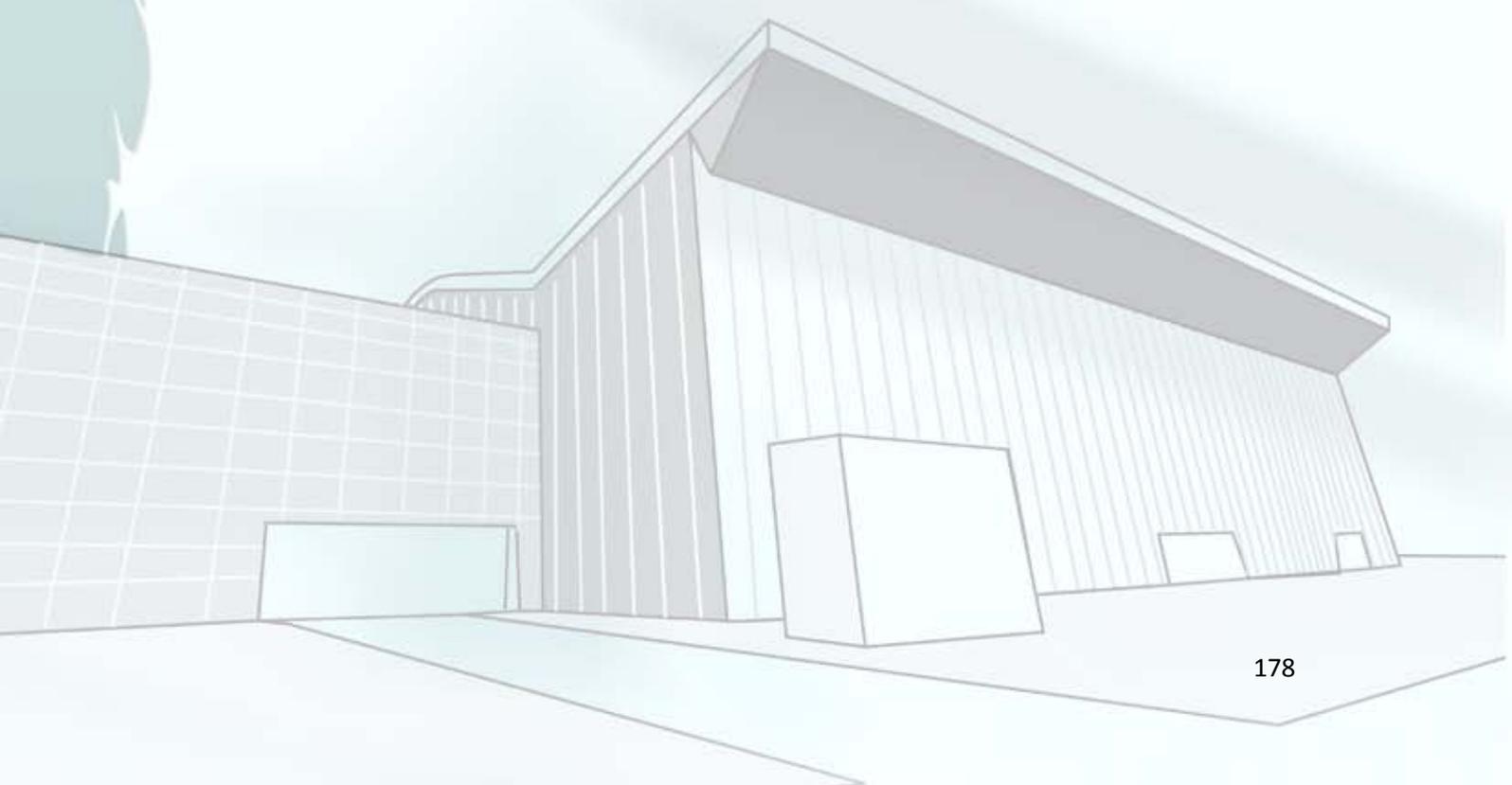
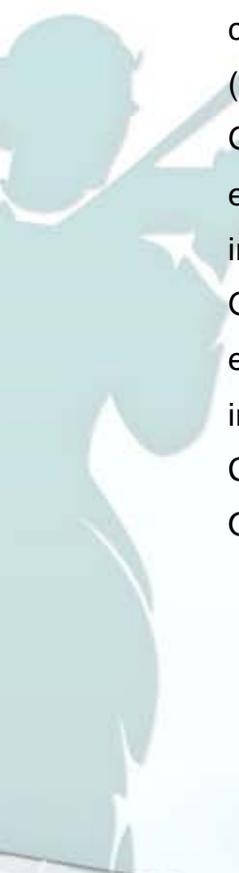
616 sujetos cribados con escala FINDRISK: 28.6% fueron positivos, de los cuales el 67.37% tenían entre 45-70 años (G1) y el 32.63% eran >70 años (G2).

G1: 42.86% se realizaron PTOG (21.6% eran diabéticos no conocidos y se excluyeron), 33.61% aceptaron la intervención. Valoración al año de intervención: 80% de seguimiento.

G2: 43.85% se realizaron PTOG (36% eran diabéticos no conocidos y se excluyeron), 19.30% aceptaron la intervención. Valoración al año de intervención: 90.91% de seguimiento.

Comparaciones pre-post en cada grupo:

Obesidad (IMC>30): G1: 72.09% vs 66.67% / G2: 40% vs 20%.



R0053

VALORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA LA DETECCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE LOS MEDICAMENTOS

Díaz Madero A

Montero Alonso MJ

Prado Prieto MA

Ramos Hernández C

González María C

Ruiz San Pedro AM

JUSTIFICACIÓN

Una de las funciones de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria es la información sobre problemas de seguridad relacionados con el uso de medicamentos. La prescripción de medicamentos entraña riesgos potenciales elevados y la seguridad del paciente es un objetivo que cada vez cobra más importancia en Atención Primaria. La detección de pacientes en riesgo de interacciones con fármacos de utilización frecuente, a través de las prescripciones, y la notificación a los profesionales, puede ser una herramienta de mejora de la gestión de riesgos asociados al uso de los medicamentos.

OBJETIVO

Conocer el grado de aceptación de una intervención dirigida a la detección y prevención de riesgos potenciales asociados al uso de los medicamentos, por parte de los médicos de Atención Primaria.

METODO

Estudio descriptivo transversal. Desde los Servicios de Farmacia se diseñó y desarrolló una estrategia de detección y prevención de riesgos asociados con una interacción de medicamentos, IECA o ARA II + AINE + diurético. Utilizando el sistema de información de consumo farmacéutico CONCYLIA, se obtuvieron los pacientes mayores de 70 años, de tres Equipos de Atención Primaria, a los que se había prescrito la asociación en el periodo junio-noviembre de 2010.

A continuación se comunicó a cada médico prescriptor, la relación de sus pacientes y los riesgos potenciales de dicha asociación, y se les facilitó una hoja de recogida de datos. Simultáneamente, se adjuntó un cuestionario, que debían remitir de forma anónima, para recoger su opinión y valoración sobre la intervención.

RESULTADOS

Se envió la encuesta a 31 médicos a los que correspondían los pacientes detectados, en tratamiento con la asociación IECA o ARA II + AINE + diurético. Se recibió el cuestionario del 94% de los médicos a los que les fue entregado. El 79 % de los médicos conocían la interacción farmacológica. El 97% considera la intervención interesante, le parece útil recibir información de los pacientes identificados de su cupo en tratamiento con la asociación, para la toma de decisiones terapéuticas y considera beneficioso recibir información sobre otros potenciales riesgos asociados al uso de medicamentos en sus pacientes.

CONCLUSIONES

La intervención para la detección y prevención de interacciones farmacológicas con riesgos potenciales para los pacientes, resulta interesante y útil para los profesionales. La inclusión de sistemas de alerta en los programas de prescripción informatizada sobre interacciones, permitirán a los profesionales prevenir riesgos potenciales en el momento de la prescripción de medicamentos y tomar la decisión más adecuada para mejorar la calidad y seguridad de la atención a los pacientes.

R0054

IDENTIFICACIÓN DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PERSONAS ATENDIDAS POR UNA UNIDAD DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

Ramos Hernández C

Díaz Madero A

Ramos Pollo D

Martín González M

García Martínez N

Bermejo Arruz A

JUSTIFICACIÓN

Generalmente, las personas atendidas por las Unidades de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios (USCPD) toman varios medicamentos de forma regular, para aliviar los síntomas relacionados con el cáncer y tratar enfermedades crónicas asociadas, pues habitualmente son personas de edad avanzada, con pluripatología. La polimedicación, los cambios en la farmacocinética y la atención simultánea por diferentes facultativos, son factores que incrementan el riesgo potencial de interacciones farmacológicas, con gran repercusión sanitaria y que pueden suponer el fracaso terapéutico y, en muchos casos, la aparición de efectos adversos.

OBJETIVO:

Identificar tipo y frecuencia de Potenciales Interacciones Farmacológicas (PIF), en personas atendidas por la USCPD y detectar áreas de mejora.

MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal en el que se analizan los tratamientos prescritos a 205 personas atendidas por la USCPD, entre los años 2005 y 2008. De cada uno de ellos se obtuvieron las siguientes variables: sexo, fecha de nacimiento y tratamiento prescrito. Las PIF se identificaron con la base de datos "Stockley interacciones farmacológicas", clasificándolas según su gravedad en leves, moderadas y graves. Se realizó el análisis estadístico, calculando medidas de

tendencia central, de dispersión, correlación de Spearman y contrastando la asociación entre variables cualitativas mediante test de Chi cuadrado.

RESULTADOS:

La media de edad fue de 73,22 años: Desviación estándar (DE) 12,06; intervalo de confianza (IC) del 95%: 71,56-74,88; el 57,6 % fueron hombres. El número medio de medicamentos fue de 10,87 (DE 4,18; IC del 95%: 10,30-11,45). Se detectaron interacciones farmacológicas destacables en el 95,12% de las personas, siendo el promedio de interacciones de 6,44 (DE 6,81; IC del 95%: 5,50-7,38). El 42,80% de las interacciones fueron graves, el 51,29% de grado moderado y el 5,91% de grado leve.

El 18% precisó Bomba de Infusión Continua (BIC) para la administración de medicamentos. El promedio de medicamentos administrado mediante BIC fue de 2,40 (DE 0,99; IC del 95%: 2,11-2,70). Los subgrupos terapéuticos más frecuentemente implicados en las PIF fueron opioides, benzodiazepinas, antidepresivos, analgésicos, diuréticos, corticoides, antipsicóticos y AINEs.

La existencia de PIF se correlacionó con el número máximo de fármacos prescritos por persona ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES:

La revisión periódica de la medicación e identificación de interacciones potenciales en personas subsidiarias de atención por las USCPD, minimiza los riesgos derivados de la polimedición, asegura un uso adecuado de los medicamentos, evita reacciones adversas importantes y mejora la calidad de la atención.

R0056

BAREMO VALORACIÓN DEPENDENCIA: CARACTERÍSTICAS DE LOS SOLICITANTES Y CALIDAD EN SU COMPLEMENTACIÓN

Díez Gutiérrez MI

Feijoo Mínguez E

Zurro González S

Estébanez Gil B

Rupérez Pérez C

Martín Marín C

JUSTIFICACIÓN

Tres años después de la puesta en marcha de la Ley de Dependencia, se plantea la necesidad de realizar una valoración del trabajo realizado, coincidiendo con la próxima ampliación de las coberturas de la Ley de la Dependencia de 2006 y los cambios en su Baremo de Valoración.

OBJETIVOS

Describir el perfil de las personas inmovilizadas que solicitan la prestación de dependencia en una Zona de Salud Urbana. // Conocer el Grado y Nivel de dependencia concedido y las Prestaciones Sociales mayoritariamente elegidas. // Identificar posibles déficits de cumplimentación y tramitación del BVD como herramienta de valoración.

DIMENSIONES DE CALIDAD ESTUDIADA:

Calidad científico-técnica

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal. Se estudia la población inmovilizada adscrita a un centro de salud urbano que ha solicitado prestación de dependencia durante los años 2007 a 2010. Se analizan las variables recogidas en el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), calculando medidas de frecuencia e intervalos de confianza con $\alpha = 0,005$. Se han considerado las 26 variables de desempeño de tareas más ponderadas en los baremos oficiales.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN y INTERVENCIONES REALIZADAS

Se contrastan la congruencia de los datos y la recogida de variables consideradas datos básicos.

Difusión de los resultados entre el personal implicado, para la corrección de los errores detectados.

RESULTADOS:

Durante el periodo estudiado, el 49'3% de los pacientes inmovilizados incluidos en la cartera de servicios ha solicitado valoración de dependencia. El porcentaje de BVD realizados ha disminuido del 61,8% en 2007 al 14% en 2010. El 95% de pacientes a los que se les ha realizado BVD no pueden lavarse la parte inferior ni superior del cuerpo, precisando apoyo Físico Máximo (FM) más del 75% de éstos. No pueden vestirse la parte inferior ni superior del cuerpo el 82% de los casos. El 59,5% no pueden pedir ayuda ante una urgencia y el 45% de éstos necesitan apoyo FM. Las trasferencias corporales mientras están acostados no las realizan el 67,6%, utilizando un apoyo FM el 44,1%. El 81,1% no realizan desplazamientos vinculados al autocuidado dentro del hogar, utilizando apoyo FM el 51,4%. El 98,2% no preparan las comidas y son sustituidos completamente en su realización el 83,8%. En el 49'5% de los BVD consta la falta de capacidad para tomar decisiones respecto a su autocuidado y el 24,3% precisan apoyo especial. Se cumplimenta mal este apartado en el 7'2% de los BVD. El 39'53% son reconocidos como dependientes en Grado 3 y Nivel 2. La prestación elegida por el 50'5% son Cuidados Entorno Familiar (CEF).

CONCLUSIONES:

El mayor número de BVD se realiza en el año 2007. Más del 80% de los inmovilizados no desempeñan las actividades más ponderadas; su principal problema son patologías físicas y el grado de apoyo mayoritario es Físico Máximo. El número de errores en el BVD disminuye con los controles establecidos en el proceso de tramitación. El Grado III y Nivel 2 se alcanza en la mitad de los casos, eligiendo la CEF como prestación preferida para el desenvolvimiento diario.

R0060

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Díaz Mistrot LT

Mistrot López ML

JUSTIFICACIÓN:

La idea de este proyecto surgió de la necesidad de tener una línea clara de actuación ante los problemas asistenciales que se presentan en el día a día.

La consulta de enfermería en Atención Primaria se nutre del seguimiento del paciente crónico, hipertenso y diabético y no existe una guía práctica que la enfermera pueda utilizar para tomar decisiones, aplicar cuidados y comunicarse de manera efectiva con el médico.

OBJETIVOS:

Ofrecer una guía para que la enfermera, tenga o no experiencia, aporte unos cuidados de calidad, diseñando una herramienta que sirva para utilizar metodología científica, un lenguaje enfermero codificado y unos cuidados estandarizados.

Mejorar la adhesión del plan de cuidados a un diagnóstico médico.

POBLACIÓN DIANA:

Paciente hipertenso en la consulta de enfermería en Atención Primaria.

DIMENSIÓN DE CALIDAD ESTUDIADA: Científico-Técnica.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Las variables dependientes que se proponen son:

Control de las cifras de T.A. (

Adherencia al tratamiento, mediante el test de Morisky-Green.

Nivel de satisfacción del profesional de enfermería.

DISEÑO:

Se trata de un estudio cuasi experimental pre-post.

MÉTODO:

Tomando como base la bibliografía revisada, se ha realizado un diagrama de flujo para la toma de decisiones desde que el usuario entra en la consulta de enfermería con cifras elevadas de tensión arterial (TA), hasta conseguir un buen control de las mismas. Se destacan los tiempos en los que se han de llevar a cabo las consultas y los criterios de derivación al Médico de Atención Primaria (MAP). Se distinguen tres tipos de actuaciones: Screening de Hipertensión Arterial (HTA) (anexo 1), primera visita (anexo 2) y consulta de seguimiento (anexo 3).

El Plan de Cuidados Enfermeros (PAE) se inicia en la primera visita. Se propone una valoración según los Patrones Funcionales de Magori Gordon (PFMG) y los problemas identificados, objetivos e intervenciones bajo la codificación NANDA, NIC, NOC (NNN).

Siguiendo la metodología científica, la consulta de enfermería sigue el siguiente orden: valoración, identificación de problemas, planificación de objetivos e intervenciones (relacionando intervenciones y actividades) y, en las consultas de seguimiento, la evaluación de los objetivos.

R0061

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA
CARDIACA**

Velasco Gutiérrez J

NielsenBentsen A M

García Domínguez J M

Botella Peidro E

INTRODUCCION.- Conocíamos, por un estudio previo, que la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) en nuestro medio era mejorable.

OBJETIVO.- Determinar si un ciclo de formación específico produciría cambios en la atención a estos pacientes.

MÉTODO.- Estudio prospectivo, randomizado y controlado.

Se impartió un curso estructurado de formación a los médicos del grupo de intervención (GI) y se contrastaron los cambios, al cabo de un año, con un grupo de control (GC)Emplazamiento.- Dos Centros de Salud. Uno rural y otro semiurbano. Participantes.- 185 pacientes, de una edad media de 79,8 años con diagnóstico de ICC, procedentes de 20 médicos (población total asignada:15.921 personas) Mediciones principales.- Criterios clínicos, Anamnesis, Clase funcional, Exploración física, Exploraciones complementarias. Análisis clínicos y Tratamiento

RESULTADOS.- Tras la intervención se observaron diferencias a favor del GI en Anamnesis , diferencia de 1,42 puntos (IC 95 %: 0,57 a 2,28), p: 0.001, Exploración Física, 2,37 puntos (IC 95 %: 1,10 a 3,65), p

DISCUSION.- El estudio, promovido desde nuestro propio ámbito de trabajo, consiguió mejoras en la atención a los pacientes con ICC. ¿Se mantendrán estas mejoras a largo plazo? ¿Se podría haber utilizado otra estrategia para conseguir más cambios? ¿Hay experiencias recientes comparables?

R0064

USO RACIONAL EN LA DISPENSACIÓN DE APÓSITOS SINTÉTICOS

Madrigal Andrés J

Izquierdo Narganes L

Vallejo de la Gala P

Prieto Antolin B

Pajares Fernández M

JUSTIFICACIÓN

Las evidencias científicas avalan la utilización de apósitos sintéticos por su eficacia terapéutica y utilización con criterios de equidad, pertinencia y accesibilidad. Actualmente se realiza por receta o suministro directo desde los centros de salud. El crecimiento de su uso y proliferación de centros residenciales que abastecer desde la sanidad pública, hace que la Gerencia Atención Primaria (G.A.P.), aborde un estudio de consumos, enfocado a evitar un uso inadecuado y modificar el crecimiento observado durante el primer trimestre del 2010 por receta.

OBJETIVOS

Optimizar el uso, consumo y dispensación de apósitos sintéticos en el Área.

Conocer la situación inicial del Área y Zonas Básicas, en relación al consumo por receta y suministro directo.

Valorar la utilización de apósitos e indicaciones del producto.

Evaluar las medidas de mejora propuestas

DISEÑO: Estudio descriptivo observacional de consumos, realizando evaluación inicial de enero-abril y evaluación final en diciembre tras medidas de intervención

POBLACIÓN: Veinte zonas de salud y centros sociosanitarias.

VARIABLES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Número y coste de apósitos prescritos por receta y dispensación directa, antes y después de las medidas implantadas // Pacientes sociosanitarios que utilizan apósitos según protocolo

FUENTE DE DATOS: Programa CONCILIA
Programa SUMINISTROS G.A.P.
Planilla recogida de datos de G.A.P.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS: Apósitos utilizados por meses, gasto mínimo, máximo y medias, por unidades funcionales y centros durante 2010

INTERVENCIONES

Acción directa:

Revisión protocolo de curas de centro sociosanitario urbano

Tutorización, por enfermera experta en curas, en centro sociosanitario rural

Coordinación:

Pacto de consumos de apósitos por suministro directo

Visitas concertadas de G.A.P a centro sociosanitario urbano y rural

Seguimiento: Información a Coordinadores de Equipo, en Consejos de Salud y responsables de enfermería con la Dirección

Formación: Curso úlceras de piel dirigido a personal sanitario y sociosanitario

RESULTADOS

De evaluación inicial

El consumo en los primeros cuatro meses del año señalan una tendencia de crecimiento intermensual medio del 6.81% y un aumento acumulativo, de febrero-abril respecto a enero, del 20.43%.

De evaluación tras intervenciones

El descenso del consumo medio intermensual a partir de mayo es 8.74% y el descenso acumulado mayo-diciembre respecto a abril es del 34.32%.

El consumo durante 2010 es de 46469 euros menos respecto 2009.

CONCLUSIONES

La coordinación sociosanitaria en pacientes destinatarios de apósitos, mejora los resultados de consumo.

R0067

**GESTIÓN POR PROCESOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
DISEÑO Y DESPLIEGUE DEL MAPA DE PROCESOS.**

Martínez Martínez LM

Moreno González P

Maderuelo Fernández JA

Ballesteros Rios MC

Alonso González M

García Iglesias MA

JUSTIFICACIÓN: Las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

A partir de la definición de la Gestión por Procesos como una Línea Estratégica de actuación en un EAP, se define como objetivo general: "las acciones que se realizan en el equipo deben estar orientadas para conseguir el resultado deseado".

OBJETIVOS: 1.- Diseñar el Mapa de Procesos. 2.- Documentar y describir el 25% de los procesos identificados. Implantar el 25% de los procesos de los descritos. Tiempo 6 meses desde el diseño del mapa.

METODO: Se constituye un equipo multidisciplinar de 8 personas pertenecientes al EAP y tras reflexión personal se enumeran las actividades habituales en el mismo apoyándose en el Manual de Funcionamiento previo. A partir de este listado de actividades se definen los procesos que se desarrollan en el equipo y se clasifican según su naturaleza en Estratégicos, Operativos y de Soporte.

RESULTADOS:

1.- Diseño del Mapa de Procesos:

Procesos Estratégicos. Se incluyen los siguientes: Proceso de Gestión de Procesos; Proceso de Planificación Estratégica; Proceso de Formación

Continuada; Proceso de Comunicación; Proceso de Mejora: satisfacción del paciente, calidad científico técnica, seguridad del paciente, uso racional del medicamento, uso racional de recursos; Proceso de Gestión de Alianzas. Investigación

Procesos Operativos. En este apartado se encuentran: El Proceso de Atención Administrativa con la gestión de citas y la recepción del paciente; los Procesos Asistenciales, que integra la atención al paciente urgente, la atención a domicilio (demanda y programada), la atención en consulta (demanda y programada), la gestión administrativa, pruebas diagnósticas, cirugía menor, gestión de vacunas, atención sociosanitaria y educación para la salud; el Proceso de Docencia: pregrado y postgrado; y el Proceso de Atención a la Comunidad.

Procesos de Soporte, que engloba al Proceso de Mantenimiento: suministros, residuos, equipos; el Proceso de Gestión de Personal: gestión de ausencias, acogida; y el Proceso de Gestión Administrativa: gestión de suministros, estadísticas.

2.- Se han descrito 4 procesos estratégicos y 3 están en ejecución. Se han descrito 2 procesos operativos, de los cuales están en ejecución 2. Hay 4 subprocesos asistenciales en ejecución, y de soporte están descritos 3 con 1 en ejecución.

CONCLUSIONES:

- 1.- Se ha diseñado el Mapa de Procesos como herramienta para mejorar las prácticas de calidad con identificación de los procesos clave del centro.
- 2.- Se han descrito un número importante de procesos con nombramiento de responsables, objetivos e indicadores, superior al objetivo inicial (64%).
- 3.- Se ha iniciado la puesta en marcha de 6 (66%) procesos y 4 subprocesos asistenciales.

R0068

¿HEMOS MEJORADO LA ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO PARA NUESTROS PACIENTES? EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN EAP

Alonso González M

Jiménez Ajates MM

García Iglesias MM

García Malmierca M

González Rodríguez P

Hernández Santos R

JUSTIFICACIÓN.- Tener en cuenta la voz del cliente es una parte fundamental de cualquier práctica de calidad en el sistema sanitario. La accesibilidad a los servicios de salud es un valor reconocido de manera generalizada. La introducción de la citación por IVR (Reconocimiento Inteligente de la Voz) ha supuesto un cambio importante que puede variar la forma de solicitar cita y la satisfacción con la misma.

OBJETIVO.- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de un Centro de Salud con la accesibilidad. Evolución a lo largo de 2 años y medio.

MÉTODOS.- Diseño: descriptivo transversal, comparación de resultados. Ámbito: Urbano, Atención Primaria. Mediciones: Encuesta a través de entrevista directa con el Cuestionario de Satisfacción de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Periodo de realización Octubre de 2008 y Marzo de 2011. Muestra 151(2008) y 146 (2011) usuarios que han acudido al centro de salud para recibir asistencia.

DIMENSIÓN ESTUDIADA: Satisfacción percibida, accesibilidad.

RESULTADOS: Satisfacción con la ubicación del centro: Adecuado 95,4%(2008), 96,6%.(2011). Forma de solicitud de cita: Telefónicamente 64,2%(2008), 45,9%(2011); teléfono y mostrador: 23,2%(2008), 26%(2011);

mostrador:12,6%(2008), 23,3%(2011); internet: 4,8%(2011).Un 66,2%(2008) y 62,8%(2011) le resultó fácil o muy fácil conseguir cita. Un 74% en 2008 y 68,5% en 2011 indicaron que se respetaba su elección de hora. En el tiempo de espera para acceder a consulta de médico/enfermera el 48,7% en 2008 y el 20,1% en 2011 esperaron menos de 15 minutos, entre 15 y 30 minutos el 29,8%(2008) y el 39,6%(2011), más de 30 minutos el 34,4% en 2008 y el 36,8% 2011. Esta espera le pareció mucho/bastante al 31,1% en 2008 y al 53,8% en 2011. Resultó muy fácil/bastante fácil encontrar las consultas al 92,7%(2008) y al 87,6%(2011).Consideran muy cómoda/bastante cómoda sala de espera el 44,3%(2008) y el 46,9%(2011); en cuanto a comodidad en la consulta del médico/enfermera el 76,6%(2008) y el 73,1%(2011) encuentran muy cómoda/bastante cómoda.

Un 26,8%(2008) y un 26,4%(2011) indicaron encontrarse muy satisfechos con la atención global del centro de salud, un 65,8%(2008) y un 59%(2011) bastante satisfechos, y poco satisfechos o indiferentes el 7,4%(2008) y 14,6%(2011).

CONCLUSIONES:

- 1.- La Satisfacción global es alta, aunque se ha producido una pequeña variación en el porcentaje de insatisfechos o indiferentes.
- 2.- Ha aumentado el porcentaje de personas que solicitan cita en el mostrador y ha disminuido la facilidad para conseguir cita, así como la posibilidad de elegir horario. Habría que analizar la influencia de la cita con sistema IVR en este aspecto.
- 3.- Ha aumentado el tiempo de espera para acceder a la consulta del médico o enfermera, y la percepción del mismo se ha hecho mayor en el usuario.

REFLEXIÓN FINAL: Sería necesario analizar otras variables dependientes de la actividad asistencial: carga de trabajo de los profesionales: pacientes/día, frecuentación, funcionamiento de sistema informático, realización de más actividades preventivas... para identificar los motivos del aumento de tiempo de espera para entrar en consulta.

R0069

¿MEJORA LA SATISFACCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA? EVOLUCIÓN A LO LARGO DE TRES AÑOS

Ballesteros Rios MC

Moreno González P

Martínez Martínez LM

Maderuelo Fernández JA

Alonso González M

Jiménez Ajates M

JUSTIFICACIÓN:

Las personas que integran un equipo de trabajo son uno de los agentes facilitadores para obtener resultados de calidad. Las organizaciones deben conocer los niveles de satisfacción de sus trabajadores para favorecer su implicación en la consecución de los objetivos.

OBJETIVO: Conocer la satisfacción de los integrantes de un equipo de atención primaria, y su evolución a lo largo de los tres últimos años.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal, comparación de resultados. **Ámbito:** Urbano, Atención Primaria. **Población:** trabajadores de EAP. **Periodo** 2008 y 2011. **Mediciones:** encuesta anónima de calidad de vida laboral (Gerencia Regional de Sacyl) y que aborda en bloques distintos aspectos de la actividad.

RESULTADOS: Porcentaje de respuesta 32/35(91%) en 2008, 30/35(86%) en 2011. Destaca: Medio físico, el 76,7% y 70% están descontentos con espacio y confortabilidad del mismo respectivamente (65,6% y 59,4% en 2008). Ha mejorado la sensación de seguridad (37,5% a 50%). En medio tecnológico ha mejorado percepción del apoyo técnico mantenimiento, ha disminuido la satisfacción con herramienta informática (30% en 2011, 12,5% en 2008 en primer ítem y 30% en 2011, 58% en 2008). Ha disminuido satisfacción con sueldo (28,2% en 2008; 10% en 2011); con la percepción de carga de trabajo (adecuada para el 40,6% en 2008 y 26,7% en 2011); hay poca variación

en bloque medio ambiente profesional (formación continuada/promoción profesional), en bloque de armonización vida privada/laboral; en bloque de individuo/actividad profesional y en individuo/función directiva. En cuanto al bloque individuo/grupo laboral han disminuido aquellos que se consideran parte del equipo: 75% (2008) y 48,3% (2011), aunque ha aumentado satisfacción con coordinación participativa (53,1% en 2008, 62% en 2011); también ha mejorado la opinión de capacidad de participación en toma de decisiones (40,6% y 48,3% en 2008 y 2011), en identificación con objetivos de institución y el orgullo de pertenecer al Sacyl (25% y 40,7% en primer ítem, y 38,8% y 48,3% en el segundo). El orgullo de trabajar en atención primaria y el compromiso con gestión de gastos se mantienen por encima del 85% y el 75% respectivamente. El grado de satisfacción globales de 3,4 (escala de 1 a 5). En 2008 la satisfacción global era de 3,5.

CONCLUSIONES:

- 1.- La satisfacción global ha disminuido ligeramente manteniéndose en niveles de satisfacción moderada-alta.
- 2.- Los aspectos que más insatisfacción generan no son dependientes del EAP: espacios y la confortabilidad de los mismos, y sueldo y distribución de incentivos.
- 3.- En general se mantiene el compromiso con la organización.
- 4.- El aumento de la insatisfacción con el sistema informático puede estar justificado por el cambio de modelo de historia clínica.
- 5.- El aspecto más negativo es la bajada significativa del orgullo de pertenencia al equipo, 6 personas de las 30 que han respondido (31%) están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el enunciado: "Me siento parte del equipo de Atención Primaria". Esto obliga a identificar los motivos que determinan esta insatisfacción, porque aunque se pueda justificar con los últimos cambios (concurso de traslado en el área de enfermería y administrativa, con la incorporación de 10 trabajadores nuevos en estos dos últimos años (28%), es fundamental la integración de las personas para obtener resultados de calidad.

R0072

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A
PACIENTES CRÓNICOS: EPOC**

Maderuelo Fernández JA

Martínez Martínez LM

Gómez Cruz G

Velázquez San Francisco I

Borrás Montaner E

García Iglesias MA

JUSTIFICACIÓN:

La atención a pacientes con EPOC es un objetivo del Sistema Nacional de Salud reflejado en la Estrategia Nacional de EPOC. La cobertura de EPOC en nuestro área al inicio del proyecto -2008- era de 47,3% (prevalencia de 3,2%), que aunque superaba los objetivos definidos, era inferior a las alcanzadas en otros servicios como diabetes (80,2%), hipertensión arterial (74,5%) o hipercolesterolemia (60,2%). Por otra parte, en la última evaluación de la frecuencia de utilización de espirometrías (2004) se obtuvo un discreto 12,0%.

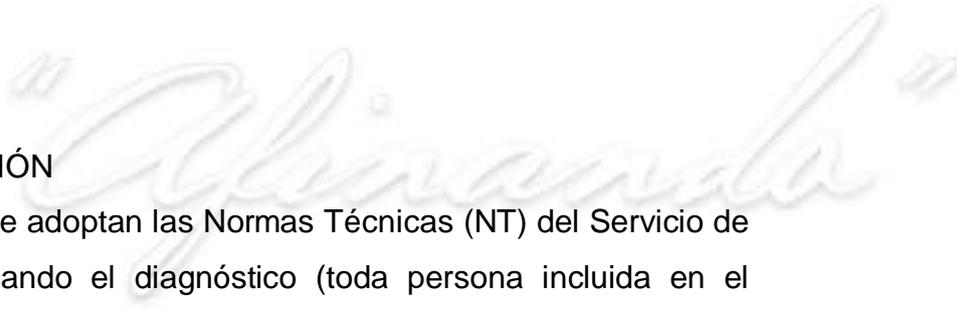
OBJETIVOS:

Incrementar la cobertura - prevalencia del Servicio de Atención a Pacientes Crónicos: EPOC. Incrementar el diagnóstico correcto de EPOC, evitando que otras patologías como el asma, sean etiquetadas de EPOC. Aumentar la frecuencia de pacientes con EPOC que tienen espirometría.

DIMENSIÓN. Científico técnica.

DISEÑO

Fuente de identificación de pacientes con EPOC fue MEDORA y en 3 centros, hasta 2009, OMI-AP. La información se obtuvo de la historia clínica informatizada. En cada centro se seleccionó una muestra de 40 historias de pacientes EPOC de forma aleatoria, en los que se comprobó el cumplimiento del criterio de inclusión. Si 36 historias o más de esas 40 cumplen el criterio de inclusión, se acepta la cobertura indicada por el programa informático.



CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Como criterios de calidad se adoptan las Normas Técnicas (NT) del Servicio de EPOC de SACYL, destacando el diagnóstico (toda persona incluida en el Servicio deberá haber sido diagnosticada según el criterio de inclusión) y la espirometría (en la historia clínica quedará registrado tener realizada una espirometría al menos cada dos años).

INTERVENCIONES

Después de un análisis de causas estructurado se priorizan las siguientes intervenciones:

Creación de un grupo trabajo para la mejora de EPOC

Definir y consolidar la estructura organizativa de los equipos respecto al circuito de solicitud – realización de espirometrías.

Elaborar y distribuir a todos los equipos guías clínicas y materiales de apoyo para el seguimiento de EPOC y la formación.

Depurar el registro informático de pacientes con EPOC.

Realizar actividades formativas tanto en los equipos como centralizada.

Evaluar los criterios de calidad en una muestra de 40 historias en cada equipo.

Comunicación periódica de las coberturas a todas las unidades.

RESULTADOS

La prevalencia del servicio se ha incrementado de un 3,2% (2008) hasta un 3,7% (2010), superando el objetivo propuesto por la Gerencia Regional del 3,5%. El porcentaje de pacientes con EPOC con espirometría en los 2 últimos años ha pasado de un 12, 0% a un 24,3%. El porcentaje medio de cumplimiento de las NT pasa del 68,4% (2009) a 79,4% (2010). En 2009 el número equipos que superan el estándar de cumplimiento de NT del 70%, fue de 23 (68,4%) y en 2010 se eleva a 28 (79,4%)

CONCLUSIONES

Se ha experimentado un incremento en la prevalencia desde el inicio del programa. El proyecto ha permitido que la depuración de los registros no haya supuesto un descenso de prevalencia de 2009 a 2010. La espirometría se está incorporando en la rutina del seguimiento de EPOC.

R0073

SONDAJE VESICAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Rodríguez Doncel V

Lobejón Martín B

JUSTIFICACIÓN:

El sondaje vesical es uno de los cuidados enfermeros que pueden demandarse de forma urgente. Las indicaciones de éste son: obstrucción urológica orgánica, retención urinaria aguda o crónica, cambio de sondaje vesical o hematuria. No sólo se pretende mantener un protocolo de calidad en el sondaje vesical, sino que se cuestionan las causas del sondaje vesical de urgencia y su posibilidad de prevención.

OBJETIVOS:

Determinar las características de los pacientes a los que se les realiza sondaje vesical en un Servicio de Urgencias en Atención Primaria (SUAP) y sus conocimientos previos sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal en el que se estudian los pacientes sondados desde el 11 de junio al 11 de agosto de 2010 en un SUAP. Para ello se encuesta a los pacientes que acuden a este centro o son atendidos en su domicilio, previamente al sondaje urinario, para evaluar conocimientos previos. Se utiliza una encuesta de elaboración propia de respuestas Si/No que se pasa al paciente y/o al acompañante. Posteriormente se revisan las historias clínicas para recoger estas variables: sexo, edad, causa del sondaje y cambio o no de sonda. Se calculan medias de frecuencia: media para la edad y porcentajes para el resto de variables, realizando su comparación estadística considerando $\alpha=0'005$.

RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra de 19 pacientes, de los que el 5'26% eran mujeres y el resto hombres. La media de edad fue de 81 años. El 57% de los pacientes fueron sondados en el centro y el resto en su domicilio. La causa más frecuente del sondaje vesical fue por obstrucción de la sonda (68%) frente al 32% de los casos por retención urinaria. Sólo un 21% de los pacientes necesitaba un sondaje vesical nuevo y el 79% se trataba de cambios de sonda.

En relación con la encuesta, 57'89% de los pacientes y/o familiares refieren no haber recibido información sobre los cuidados del sondaje vesical y el 42'11% refiere si haberlos recibido. El 78'95% de los pacientes refiere no realizar ningún tipo de higiene especial por ser portador de sondaje vesical frente a un 21'05% que si lo realiza (diferencias estadísticamente significativas); el 47'37% no conoce los problemas que debe consultar en su Centro de Salud y el 57'9% no sabe si debe llevar unos hábitos dietéticos específicos por ser portador de sondaje vesical.

CONCLUSIONES:

En nuestro medio, los pacientes que necesitan un sondaje vesical urgente tienen una edad elevada y en casi tres tercios de los casos la demanda deriva de la obstrucción de una sonda previa. La mitad de los casos refieren no haber recibido ninguna información sobre los cuidados que necesita un sondaje y existe un alto porcentaje de pacientes (casi el 80%) que refiere no aplicarlos.

Es necesario realizar una educación sanitaria específica tanto para el paciente como para su familia y/o cuidadores que debería realizarse antes del primer sondaje y que no debería ser solo verbal sino también escrita, para conseguir un buen mantenimiento del sondaje y el bienestar del paciente.

R0075

DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE LA ELABORACIÓN DE UNA MATRIZ DAFO

Moreno González P

Martínez Martínez LM

Maderuelo Fernández JA

Ballesteros Río C

Alonso González M

Delgado de la Calle B

INTRODUCCIÓN. En la elaboración del plan estratégico es preciso conocer las necesidades y expectativas de los grupos de interés, así como el estudio externo de las temáticas que pueden constituir amenazas y oportunidades presentes y futuras; y el análisis interno de las fortalezas y debilidades de la propia organización.

OBJETIVO: Elaboración de una Matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) para definir las Líneas Estratégicas de un Equipo de Atención Primaria (EAP).

DIMENSIÓN: Calidad científico técnica

METODO: Constitución de un equipo multidisciplinario de 8 miembros del EAP. Se utilizaron las fortalezas y áreas de mejora obtenidas en una autoevaluación previa según el modelo EFQM para favorecer la identificación de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades las cuales fueron enfrentadas en una matriz cruzada de doble entrada. Se solicitó a los miembros del EAP que tras una reflexión individual valorasen la relación de cada una de las fortalezas y debilidades con las amenazas y oportunidades identificadas y otorgaran una puntuación en función de la intensidad de la relación (9 alta, 5 media y 3 débil).

En dos reuniones de equipo se pone en común las puntuaciones de las intersecciones. Posteriormente se procedió a la suma de las puntuaciones obtenidas por cada debilidad y fortaleza.

RESULTADOS:

Finalmente se identifican 10 oportunidades, 12 amenazas, 18 fortalezas y 14 debilidades. Potenciando aquellas las debilidades que pueden ser transformadas en fortalezas al verse favorecidas por un entorno de oportunidad, se obtienen:

Las puntuaciones mayores son obtenidas en los aspectos relacionados con las personas (376 puntos en fortalezas y 178 en debilidades, transformables a fortalezas); con las alianzas (236 puntos en fortalezas, 150 en debilidades y 536 en oportunidades); con la capacidad de gestión (101 puntos en debilidades para transformar en fortalezas y hacer frente a las amenazas que sumaban 492 puntos), y el trabajo con procesos (299 puntos en fortalezas y 97 en debilidades). Con estos resultados se definen cuatro líneas estratégicas, a las que se añade una relacionada con la gestión de cartera de servicios y coordinación sociosanitaria (previamente identificada por el equipo y alineada con la estrategia de Sacyl y de la Gerencia de Atención Primaria)

Finalmente se definen las Líneas Estratégicas:

- 1.- Implicación y Desarrollo de las Personas del Equipo
- 2.- Gestión de Alianzas y Comunicación Externa
- 3.- Mejora de la Capacidad de Gestión.
- 4.- Gestión por Procesos
- 5.- Mejora del Cumplimiento de Cartera de Servicios y Coordinación Sociosanitaria

CONCLUSIONES:

- 1.- La matriz DAFO ha facilitado la identificación de los aspectos más relevantes para poder elaborar las Líneas Estratégicas.
- 2.- A partir de este momento se definen objetivos, indicadores y actividades a corto y medio plazo de cada una de las líneas estratégicas.
- 3.- La identificación de las Líneas Estratégicas forma parte fundamental para poder diseñar la política y estrategia de las organizaciones.

R0076

MEJORA DEL SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA.

García Iglesias MA

Gómez Cruz JG

Cascón Pérez-Teijón S

Torrecilla García M

Salvador García V

Maderuelo Fernández JA

INTRODUCCIÓN:

El consumo de tabaco es la primera causa de mortalidad y morbilidad evitables, constituyendo un importante problema de Salud Pública. La prevalencia de fumadores diarios mayores de 16 años en Castilla y León supera el 23%. El hecho de que ayudar a dejar de fumar es una actividad costo-efectiva y el disponer de tratamientos para lograrlo, justifican el esfuerzo para poner en marcha actuaciones dirigidas a los fumadores para aumentar la tasa de éxito de intentos de abandono. Aunque en los últimos años se ha observado un incremento progresivo de la cobertura del Servicio de Deshabituación Tabáquica (SDT), estas cifras siguen por debajo de los estándares de referencia, lo que llevó a realizar este proyecto.

OBJETIVOS:

Implementar acciones de mejora para aumentar el porcentaje de éxito de abandonos del hábito tabáquico y garantizar el seguimiento del paciente en Atención Primaria (AP) durante el proceso de deshabituación, con la finalidad de disminuir la prevalencia del tabaquismo y reducir complicaciones y morbimortalidad atribuibles al tabaco.

MÉTODO:

se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales de AP y se siguió la metodología de ciclos de mejora: 1) definición del problema y situación de

partida, 2) análisis de causas (brainstorming) y priorización mediante votación, 3) análisis de acciones de mejora, 4) implementación de medidas correctoras y 5) seguimiento y control.

RESULTADOS:

Las causas priorizadas fueron: escasa conciencia de enfermedad, poco tiempo en consulta y falta de formación para abordar este problema (señaladas por todos los profesionales del grupo); dificultad para abandonar el tabaco, problemas con el registro informático y escasa motivación de los profesionales (señaladas por el 80%); menos de la mitad hicieron referencia a la aceptación social del consumo de tabaco, la no financiación de la medicación, información insuficiente a los usuarios y la inexistencia de responsables de tabaquismo en los equipos. Se decidió implementar las siguientes acciones de mejora: Incorporar rutinariamente en consulta el despistaje de tabaco tanto médicos como enfermeras. Invitar a dejar de fumar mediante mensajes cortos, intervenciones breves y disponer de folletos informativos en las consultas. Modificaciones en el programa informático (Medora) para facilitar el registro. Priorización del SDT en Cartera para el PAG 2011. Asegurar el seguimiento de un año al paciente que deja de fumar. Potenciar el consejo antitabaco en la consulta del adolescente. Publicidad mantenida en el tiempo, carteles en los Centros, difundir el teléfono de ayuda al fumador. Nombrar responsable de tabaquismo en cada equipo. Formación a profesionales e impulsar el papel clave de enfermería en el proceso de deshabituación. Además de las normas técnicas del servicio se incluyen como criterios: Porcentaje de personas que abandonan el hábito durante al menos 6 meses y 12 meses, sobre el total de incluidos en el servicio.

CONCLUSIÓN:

Gracias a la realización de este proyecto, el grupo de trabajo ha fijado una serie de indicadores y estándares de proceso y de resultado que permitirán monitorizar las acciones, ahora en fase de implementación, con el fin de lograr los objetivos planteados.

R0077

MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGÍA URGENTE EN UN CENTRO DE SALUD: ELABORACIÓN DE UN PROCESO CLÍNICO ASISTENCIAL

García Iglesias MA

Maderuelo Fernández JA

Martínez Martínez LM

Moreno González P

Hernández Benito P

Ballesteros Ríos C

INTRODUCCIÓN:

En el ámbito de trabajo de un Equipo de Atención Primaria (EAP) coexisten numerosos profesionales (médicos, profesionales de enfermería, administrativos...) e infinidad de flujos de trabajo multidisciplinarios que, de forma repetitiva en el tiempo, persiguen objetivos concretos. Un proceso es el conjunto de actividades secuenciales y ordenadas para conseguir un resultado que satisfaga las necesidades del usuario al que va dirigido. La gestión y mejora de procesos es uno de los pilares sobre los que descansa la Calidad Total. En el marco de despliegue de las líneas estratégicas en su versión procesos de un EAP Urbano se decidió trabajar en una serie de procesos asistenciales clave entre los que se encuentra la atención al paciente con patología urgente.

OBJETIVOS:

Revisar toda la secuencia de actividades que constituyen la atención al paciente con patología urgente que acude al Centro de Salud, conseguir elaborar un proceso que permita disminuir la variabilidad en la actuación, proporcionar una asistencia rápida y eficaz al usuario que requiere atención urgente y detectar posibles oportunidades de mejora con los recursos disponibles.

METODO:

Se seleccionó un equipo multidisciplinar (médicos, residente, enfermera, administrativa, responsable de calidad) que desarrolló el trabajo de forma consensuada y que para describir el proceso siguió el orden siguiente: 1. Definición funcional del proceso, 2. Misión, aporte de valor y límites 3. Identificación de destinatarios del proceso describiendo sus expectativas. 4. Relación de actividades que se incluyen en el proceso, entradas y salidas, secuencia y características de calidad. 5. Recursos y otros procesos relacionados, 6. Evaluación para introducir mejoras incluyendo indicadores, 7. Nombramiento de propietarios del proceso.

RESULTADOS:

Se define como el proceso por el que se realiza una valoración inicial y se proporciona una asistencia sanitaria eficaz para conseguir resolver su problema o derivar a otro nivel asistencial a todo usuario que solicita atención médica urgente, de forma presencial o por teléfono, quedando registrado, en soporte informático y en papel, la asistencia y requiriéndose la participación del equipo de guardia y de un auxiliar administrativo del Centro. Se identificaron como destinatarios del proceso: los usuarios y/o familiares, profesionales del EAP, profesionales de otros niveles asistenciales, Gerencia de Atención Primaria. Se definieron entradas (necesidad de asistencia urgente) salidas (alta domiciliaria, derivación urgencias hospitalarias, derivación a su médico de atención primaria, éxitus) y límites (inicial, final y marginal). Se describieron la secuencia de actividades dependiendo del lugar donde se encuentre el paciente (urgencias en la calle o local público, urgencias en domicilio, urgencias en Centro de Salud). Se definieron controles de calidad (calendario de guardias, libro firmas, revisión sala de urgencias, encuesta de satisfacción usuarios...) y una serie de indicadores de proceso y de resultado que serán utilizados en la evaluación.

CONCLUSIÓN: La difusión de este proceso entre los trabajadores del EAP ha permitido unificar actuaciones, aumentar la implicación de los profesionales, documentar y medir lo que hacemos, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención proporcionada a todo paciente que solicite asistencia urgente.

R0082

PROYECTO CLIP: INCORPORACION SISTEMÁTICA DE DOCUMENTACIÓN EXTERNA A LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

Sanz Santa Cruz F

Alcalde Sánchez MT

Boyero González MA

San Cayetano Herrero MD

Sánchez Martín MA

Cerón García LJ

JUSTIFICACIÓN:

En cualquiera de los escenarios posibles y especialmente en el actual, recogemos durante la consulta de Atención Primaria una cantidad significativa de documentos en papel que deberían pasar a formar parte de la historia clínica informatizada con un nivel de accesibilidad suficiente.

OBJETIVOS:

Desarrollar un procedimiento que permita con poco esfuerzo la digitalización sistemática de documentos de papel y su incorporación a la historia clínica informatizada.

DIMENSIÓN DE CALIDAD ESTUDIADA:

Científico-técnica

DISEÑO:

Para analizar la viabilidad del proyecto se constituyó un grupo de mejora compuesto por el líder del proyecto, el personal administrativo del Equipo de Atención Primaria (EAP) y el coordinador. Un pilotaje de varios meses nos permitió identificar algunos puntos sensibles del proceso: la selección de documentos, la asignación de nombre a los archivos digitales, el punto de anclaje en la historia clínica y el movimiento de archivos hasta su entrada en Medora.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Se ha realizado un registro de incidencias desde la implantación. Se registra el número de documentos digitalizados. Se ha cronometrado el tiempo que consume tanto la digitalización como la asociación de documentos a la historia.

INTERVENCIONES REALIZADAS:

Difundido el proceso entre los sanitarios del Equipo mediante un manual de procedimiento, tras un sencillo entrenamiento del personal administrativo para el que se elaboró otro manual específico, se ha implantado el proceso. Desde de entonces cada clínico recoge durante la consulta los documentos que considere de interés, procedentes tanto de los procesos activos como de la revisión de la historia previa, en el momento de recogerlos les asigna nombre y prepara en la historia informática el punto de anclaje, si todavía no existe. Al final de la jornada entrega los documentos seleccionados al personal administrativo. Durante la tarde se escanean, renombran y reparte en carpetas los documentos digitales y al día siguiente, el clínico los tiene a su disposición para asociarlos a la historia correspondiente.

RESULTADOS:

Los problemas de adaptación de la aplicación de gestión documental a nuestra red y el entrenamiento en su manejo del personal administrativo han sido sencillos. El esfuerzo y particularmente el tiempo necesario son asumibles y permiten sistematizar el proceso. En las 2 primeras semanas de implantación hemos digitalizado 70 documentos (14 por médico). Un administrativo entrenado necesita algo menos de 1' para escanear y renombrar cada documento (35' por semana) y un clínico entrenado 37" para asociarlo (4' 40" por semana).

CONCLUSIONES

La incorporación de documentos externos a la historia clínica informática es y será necesaria. La sistematización de un proceso para este fin es perfectamente asumible como tarea rutinaria y generalizada, y mejora extraordinariamente la legibilidad de la historia clínica informatizada.

R0085

ESTUDIO DE LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA EN CANDELARIO EN 2007

Velasco Gutiérrez J

Sánchez White N

Vicente Andrés P

OBJETIVOS:

- Conocer el origen de la prescripción inducida.
- Analizar los preparados más prescritos y la proporción de éstos que se consideraron novedades terapéuticas durante el periodo analizado.
- Comprobar si en el documento que induce a la prescripción se informa del diagnóstico.

METODOLOGÍA:

Durante el periodo enero-diciembre de 2007, se recogieron todos los informes aportados por los usuarios adscritos al cupo de población de una localidad rural de Castilla y León, procedentes de derivaciones a especialistas, revisiones programadas hospitalarias y visitas a urgencias en el área de salud y en el hospital general de referencia, en los que se inducía al médico de atención primaria la prescripción de productos farmacéuticos, analizando el servicio de procedencia, el diagnóstico, los principios activos que se prescribieron, si éstos estaban considerados por la gerencia como novedades terapéuticas y si se entregó la primera receta al paciente.

En ningún caso se analizó la idoneidad de la prescripción.

RESULTADOS PRINCIPALES:

El 35% de la prescripción inducida tuvo su origen en los servicios de urgencias hospitalarias, el 33% en medicina interna y sus especialidades (10% medicina interna, 9% alergología y 14% en otras especialidades médicas), 13% en traumatología y el resto, un 19%, en otros servicios.

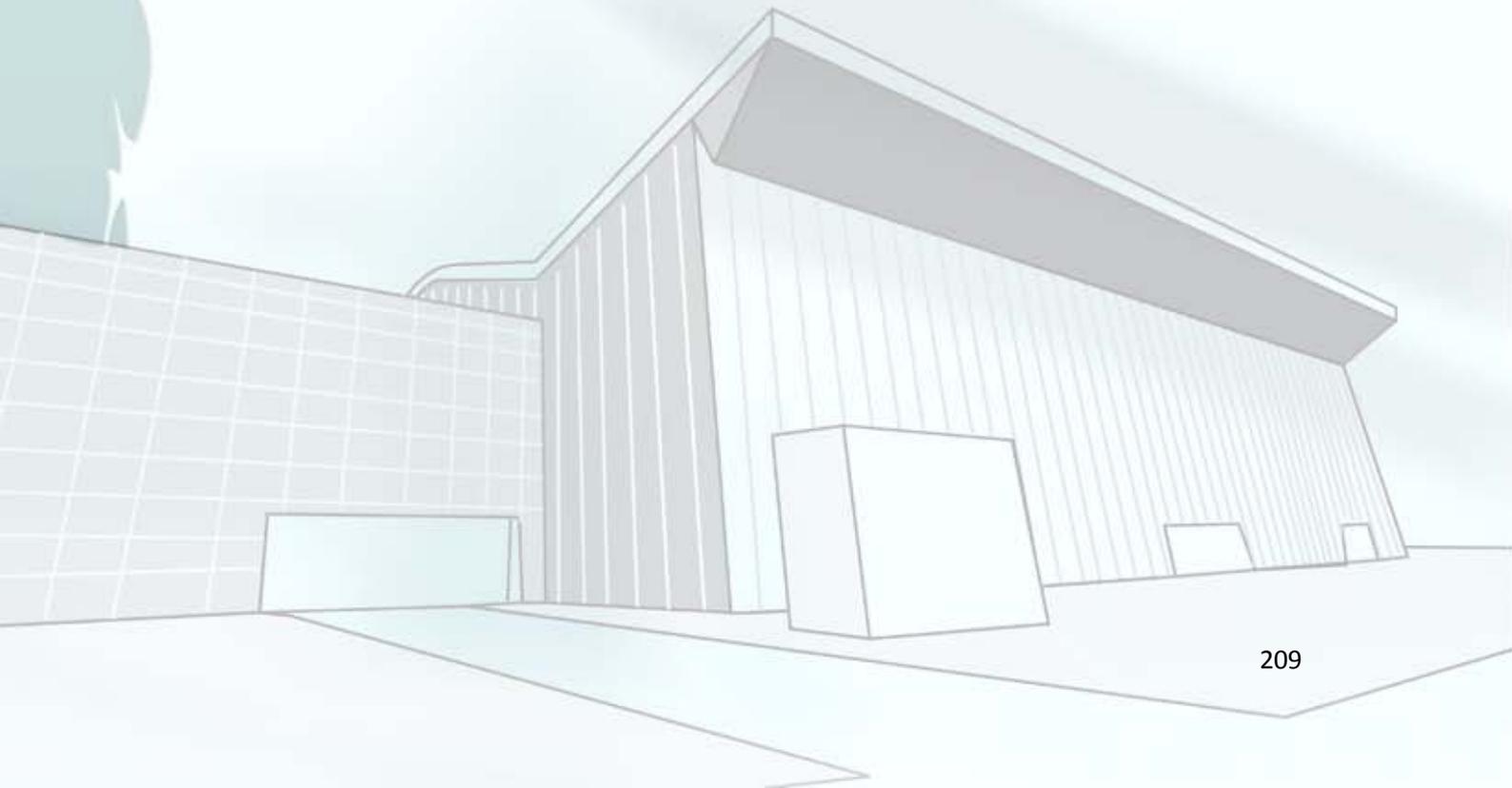
En el 91% de los casos se informó del diagnóstico.

El 5% de los principios activos fueron novedades terapéuticas.

En el 80% de los casos, no se le dio receta al paciente junto con el informe en el que se le indicaba la prescripción.

CONCLUSIONES:

- El origen principal de la prescripción inducida fueron los servicios de urgencias hospitalarias. Esto puede ser debido por una parte a la facilidad de acceso a los mismos por parte de la población en cualquier circunstancia, y por otra a la predisposición de los médicos que trabajan en los mismos a hacer una prescripción farmacológica como forma de terminar la consulta del modo que los usuarios esperan y a no hacer la receta por miedo a incrementar la afluencia de pacientes a urgencias sin motivo justificado.
- La magnitud y procedencia de las prescripciones probablemente esté influida por el perfil de derivación del médico de atención primaria.
- Los resultados son meramente descriptivos y no generalizables por tratarse de un único núcleo de población que además tiene características especiales por ser una zona turística con alta afluencia de transeúntes en periodos vacacionales.



R0086

FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Majo García R

Atallah González MI

Naveiro Rilo JC

INTRODUCCIÓN

La espirometría permite un diagnóstico precoz y optimiza el seguimiento de varias enfermedades pulmonares. El Asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) son las enfermedades pulmonares de mayor prevalencia en nuestro medio. Cerca del 70% de las personas que padecen EPOC no están diagnosticadas, y cuando se diagnostican suelen encontrarse en un estadio moderado-grave.

Las Gerencias de Atención Primaria (AP) han introducido los espirómetros en los Centros de Salud, sin embargo, se desconoce su repercusión clínica.

OBJETIVOS

Éste trabajo pretende estudiar la frecuencia de utilización de la espirometría y la formación del personal de enfermería encargada de realizarla en los Centros de Salud pertenecientes a una misma Área de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se remitió por correo interno un cuestionario con 14 ítems a todos los enfermeros del Área de Salud (n=282) en el que se preguntaba por la frecuencia de utilización de la espirometría y la formación específica del personal. Se analizaron los datos mediante el programa de estadística SPSS versión 17.

RESULTADOS

Participaron en el estudio el 52,8% de los encuestados. El 41,6% de los enfermeros remiten sus pacientes a un enfermero especializado en la realización de espirometrías. Sólo el 22,8% de enfermeros/as realiza

personalmente las espirometrías de su cupo, con una media de 2,8 espirometrías/mes, y de éstos, sólo el 11,4% realiza pruebas de broncodilatación. El 60,4% del personal de enfermería no ha recibido nunca un curso o taller de espirometrías y el 66,4% instrucción sobre el manejo del espirómetro de su Centro de Salud. Un 61,0% considera que los cursos teórico-prácticos son la mejor forma de recibir formación. Los profesionales que han recibido formación son los que realizan las espirometrías (χ^2 ; $p=0.001$) pero no influye la formación en el número de espirometrías realizadas al mes (Anova; $p=0,295$).

DISCUSIÓN

La falta de formación del personal en espirometrías (sólo el 40% ha recibido formación) es, sin duda, responsable de la escasa utilización de ésta técnica diagnóstica en AP. Los cursos teórico-prácticos son, según el personal de enfermería, la mejor herramienta para fomentar el uso de la espirometría. El número de espirometrías realizadas al mes depende de otros factores como el tamaño del cupo y la prescripción del médico.

Incidir en la formación y entrenamiento de los profesionales resulta fundamental para potenciar el uso de la espirometría en AP.

R0087

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Y PATRONES CIRCADIANOS

Atallah González M I

INTRODUCCIÓN

Las cifras de tensión arterial (TA) tienen una variación circadiana debido a la postura en decúbito y a la secreción nocturna de melatonina. La caída nocturna se considera normal cuando es $>10\%$ y 20% (patrón dipper extremo) se relaciona con enfermedad cerebrovascular silente y lesión de la sustancia blanca mediada por hipoperfusión cerebral.

OBJETIVO y MÉTODO

Este estudio pretende conocer si las cifras de TA sistólica son un buen indicador de alteración de la variabilidad circadiana de la TA.

Se trata de un estudio retrospectivo donde se analizaron 45 registros de TA de 24h obtenido mediante monitorización ambulatoria de TA (MAPA). Los datos se analizaron mediante el programa SPSS versión 17.

RESULTADOS

Se revisaron los MAPAS de 45 pacientes con sospecha de hipertensión mal controlada e hipertensión de bata blanca (24 varones y 21 mujeres) con edad media de $60,3 \pm 2,77$ años. De los pacientes con TA sistólica media >135 mmHg, 6 (46,2%), 5 (38,5) non dipper, 1 riser (7,7%) y 1 dipper extremo (7,7%). Las TA sistólica normal se asocia con alteración del patrón dipper (Fisher test; $p=0,039$). Los pacientes con alteración del patrón circadiano se asocian con TA sistólicas medias diurnas más bajas (122,79 mmHg) que los pacientes con patrón dipper (134,83 mmHg) (T-test, $p=0,005$).

DISCUSIÓN

Las cifras de TA sistólicas diurnas no predicen los patrones nocturnos de TA aunque en la muestra a estudio, curiosamente, son los pacientes normotensos los que tienen más riesgo de tener una patrón circadiano alterado. Esto puede ser debido a una medicación con vida media corta (

R0088

LUGAR DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS. IMPLICACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Alda Martín C

Ripoll Alda C

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población ha cambiado los patrones de morbimortalidad en los países desarrollados, siendo frecuente que los pacientes al final de su vida precisen de múltiples cuidados. El nivel asistencial que presta estos cuidados varía en relación con el lugar de fallecimiento. La mayoría de pacientes prefiere morir en casa, pero múltiples factores, entre los que destacan las características socifamiliares y sanitarias, hacen que esto no sea así.

OBJETIVO

Hacer una revisión bibliográfica sobre el lugar de fallecimiento de los pacientes oncológicos, su tendencia y los factores influyentes, así como de la repercusión que esos hechos tienen en la gestión de los recursos sociosanitarios.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas Pubmed, IBECS, Scielo, Cochrane, y Google Académico, y búsqueda manual en la bibliografía relevante y en listas de referencias.

RESULTADOS

Existen importantes variaciones del lugar de fallecimiento según las diferentes regiones geográficas, año de estudio, características del sistema sanitario y población estudiada. En general últimamente se observa una menor frecuencia de morir en casa. En países como España, Estados Unidos, Canadá, Grecia, regiones como Andalucía o Cataluña, se fallece más en hospital; en Inglaterra es más frecuente la muerte en dispositivos asistenciales como hospice o

nursing home. En nuestro país pocos pacientes fallecen en instituciones como las residencias de ancianos; la muerte va desplazándose de casa al hospital; en ocasiones incluso en los servicios de urgencias hospitalarios. La menor frecuencia de morir en casa se relaciona con múltiples factores, no bien definidos, del propio paciente y su entorno (dificultad de cuidado, escaso soporte sociofamiliar, preferencias, intolerancia al deterioro y la muerte, etc.), y del sistema sanitario (disponibilidad de recursos, organización, etc.).

DISCUSIÓN

El que un paciente muera en uno u otro lugar no debe ser un objetivo, sino que debería responder a su preferencia, garantizando siempre una adecuada calidad de la atención. El conocimiento del lugar de fallecimiento de los pacientes y sus tendencias puede contribuir a una mejor planificación y organización de los servicios sanitarios en general, orientados a dar respuesta a las necesidades y demandas de la población. Sería bueno que en la fase final de cada persona se eviten los excesos terapéuticos y prevalezcan los cuidados orientados a mantener una adecuada calidad de vida, sin pretender alargarla inadecuada e innecesariamente. Quizá sea necesario reorientar parte del sistema sociosanitario para dar una adecuada respuesta a estos hechos.

R0089

MEJORA DE ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

Martín García M J

Martín García V

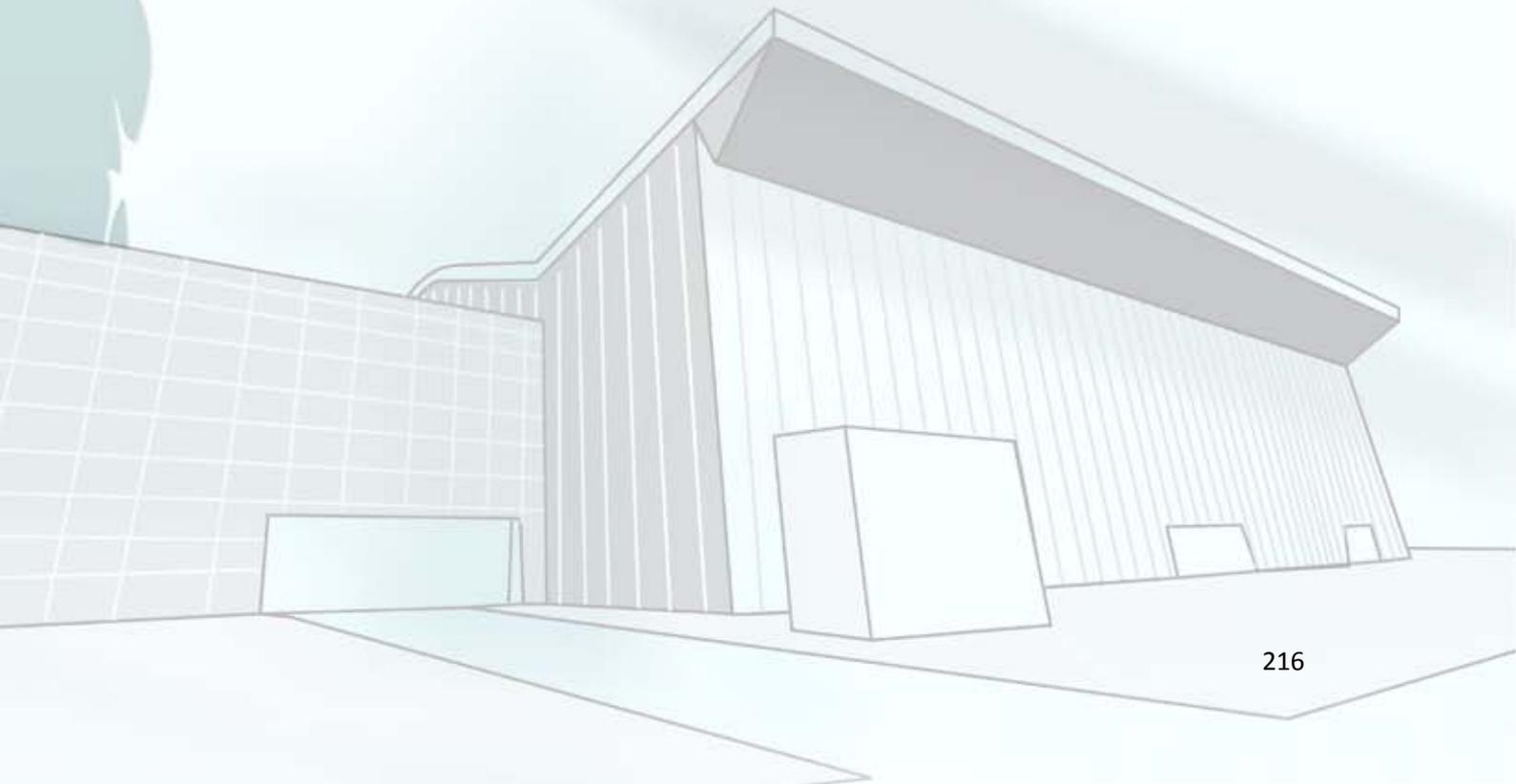
INTRODUCCION. Se define adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento del paciente se corresponde con lo acordado o recomendado por los profesionales de la salud, en lo que se refiere a la toma de medicación, seguimiento de una alimentación adecuada o en los cambios de su estilo de vida. El término adherencia, además responsabiliza al profesional para crear un contexto, informando sobre la importancia y los objetivos del tratamiento y sobre los conocimientos que se tienen de la enfermedad, en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir el tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos. La adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a la no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud.

OBJETIVO. El propósito del presente estudio, es ver si la estrategia de intervención y las estrategias y recomendaciones de intervención realizadas con los pacientes polimedicados contribuyen a mejorar la adherencia terapéutica en estos pacientes mayores de 65 años. La realización de estos estudios es un medio para concienciarnos de la importancia de este problema. Se exponen las principales consecuencias clínicas, económicas y psicosociales que pueden aparecer debido a una baja adherencia al tratamiento médico indicado.

METODO. Se trata de un estudio experimental que se realizó entre Septiembre 2009 y Diciembre 2010 sobre 50 pacientes que pertenecen al ámbito de Atención Primaria, utilizan 5 o más medicaciones diferentes de forma habitual, mayores de 65 años, adscritos a 6 poblaciones pertenecientes al Centro de

Salud . La captación activa de los pacientes se realizó a través de la consulta de enfermería de Atención Primaria. El procedimiento empleado fué la entrevista.

RESULTADOS Y DISCUSION. Los factores que se relacionan con una mala adherencia farmacológica son: duplicidades terapéuticas, cambio de la presentación del medicamento, explicación insuficiente del profesional, Polimedicacion, complejidad de la pauta posologica, depresión, deterioro cognitivo, deterioro funcional, olvido en la toma de medicación, ausencia de síntomas, actitud negativa al consumo de fármacos, aparición de efectos secundarios, sentirse poco amenazado por la enfermedad, alteración de la rutina habitual. Los pacientes presentan mejor adherencia terapéutica cuando reciben atención del mismo profesional en el transcurso del tiempo, la comunicación profesional-paciente es fundamental. La provisión al paciente de una hoja informativa sobre la medicación que utiliza, posología, indicación, fecha de revisión e información específica para evitar errores en el manejo de la medicación ha demostrado ser de gran utilidad.



R0091

PASOS NECESARIOS PARA BUSCAR, EVALUAR Y COMUNICAR EVIDENCIAS CON GARANTÍAS DE CALIDAD

Fraile-Caviedes C

Diez Sánchez T de J

Echevarría Zamanillo M^a M

Renedo Mediavilla F

Arranz González E

Gonzalez del Hoyo A

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la enfermería y medicina basada en evidencias, trae consigo que sean cada vez más, los profesionales sanitarios interesados en conocer la metodología necesaria para buscar evidencias y aplicarlas a: protocolos, guías de práctica clínica, gestión por procesos o planes de mejora de calidad. EL aprendizaje de la investigación secundaria no es fácil, requiere tiempo e implica una serie de pasos a seguir.

Siendo un tema actual existen pocos esquemas visuales del proceso a seguir para establecer y comunicar evidencias. Este póster proporciona una herramienta pedagógica con garantías de calidad, con los pasos necesarios para iniciar una investigación secundaria.

OBJETIVO

Enseñar los pasos necesarios para la búsqueda de evidencias científicas aplicables a enfermería y medicina basada en evidencias en el ámbito de la Atención Primaria. Una propuesta de algoritmo / protocolo de búsqueda y bases de redacción científica de un informe de evidencias.

METODOLOGÍA

Se diseñó el póster a través de la búsqueda de métodos fiables para obtener información científicamente comprobada y aplicable a la práctica con esquemas de cuadros de texto, flechas de sentido y algoritmos de decisión (sí-no) para las figuras que representan la selección de documentos. Se

incorporan 7 enlaces a video tutoriales para ampliar la información. Para la consulta de páginas web necesarias en los diferentes pasos del algoritmo se referenciaron a un segundo poster titulado: Internet profundo, páginas web de calidad para búsquedas de evidencias.

RESULTADOS

Tras el planteamiento y desarrollo de una pregunta de investigación en formato PICO, se encontraron las palabras clave. Una vez seleccionadas las bases de datos, se aplicaron estrategias de búsqueda con operadores booleanos y se aplicaron límites o criterios de investigación. Se inició la búsqueda y se encontraron informes con evidencia científica o no. Posteriormente con la utilización de las listas de chequeo y la lectura crítica de los artículos completos, se buscó la mejor evidencia disponible con los niveles de evidencia y grados de recomendación, para posteriormente elaborar un informe de síntesis. Después de la revisión del mismo se envía para su publicación, mientras se espera la respuesta por parte de los editores pudiendo ser aceptado o denegado.

Este poster se ha diseñado para su difusión y uso en formato pdf.

CONCLUSIÓN

Los esquemas protocolizados de búsqueda de evidencias son una herramienta útil para el aprendizaje y mejora de la calidad en investigación secundaria.

Palabras clave: Atención Primaria, Calidad, Enfermería Basada en Evidencias, Medicina Basada en Evidencia, investigación secundaria.

R0094

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD DEL JOVEN: PROPUESTAS DE MEJORA

Ayllón Martin B

Lucas Ortiz M

Moutsila BT

Álvarez Valbuena P

Villoch Salgueiro L

Callejo Giménez E

JUSTIFICACIÓN

Hace un año estudiamos en el centro de salud las características demográficas de los adolescentes incluidos en programa y describimos los problemas de salud detectados. Concluimos que el diseño del programa presenta dificultades de cumplimentación, no permite conocer bien las características de los adolescentes ni captar a la población de más riesgo.

OBJETIVO:

Detectar áreas de mejora en la aplicación del programa y proponer soluciones para mejorar la captación y la atención.

MÉTODOLOGÍA

Se ha aplicado en el equipo una técnica de grupo nominal para detectar los principales problemas, agruparlos y priorizarlos y una tormenta de ideas para proponer soluciones a dichos problemas. Las soluciones propuestas se han priorizado por criterios (grado de dificultad y problema al que se referían). Los resultados se han difundido en el equipo, para que se pongan en marcha aquellas estrategias que no necesitan planificación. Se realizó un corte previo al proceso (enero 2011) para conocer el porcentaje de adolescentes codificados en el servicio (varones y mujeres; españoles y extranjeros) y otro 2 meses después (marzo 2011), como parte del seguimiento.

Temporalización del ciclo de mejora:

1ª Etapa: aplicación de las medidas que no precisan planificación (Apartados 1 y 2 de resultados)

2ª Etapa: el grupo de trabajo desarrollará las demás ideas, y al año realizaremos un nuevo análisis de la situación.

RESULTADOS:

Propuestas:

1- Para mejorar la captación:

1.1 Introducir en la revisión pediátrica de los 14 años, de forma sistemática, el consejo de hacer una revisión a los 15 por su médico/enfermera.

1.2 Revisar listado pacientes citados antes de empezar consulta para derivar a enfermería los de 15-19 años en el momento.

1.3 Informar a orientadores de institutos de la zona de la existencia del programa para que lo comuniquen a los estudiantes

2- Para mejorar la aplicación:

2.1 No escribir delante del paciente. Hacerlo posteriormente.

2.2 Explicitar la confidencialidad

2.3 Explicar la teoría del menor maduro

2.4 Pedir un número de móvil/correo electrónico para mantener un contacto, especialmente si se detecta algún problema.

2.5 Darles una dirección de correo electrónico para plantear dudas

2.6 Informar de webs orientadas a los adolescentes y la salud

3- Otras propuestas:

3.1. Crear un grupo de trabajo.

3.2. Informarnos de las asociaciones de la zona

3.3. Crear un blog

3.4. Modificar la hoja de recogida de datos y plantear integrarla en Medora

3.5. Mejorar la formación de los profesionales.

Criterios de evaluación:

~ Adolescentes en programa antes de la planificación de actividades de mejora: 22.2%, (el 18,5 % de los varones; el 26,6 % de las mujeres).

~ Dos meses después: 28,6% (el 25,9% de los varones; el 31,7 % de las mujeres). Todos los porcentajes han aumentado. Diferencia en la captación 6, 41%.(I.C. 95%: 11%-1,78%)

R0095

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y POSIBILIDAD DE MEJORA DE LOS INFORMES DE ATENCIÓN CONTINUADA REALIZADOS CON MEDORA (2009-2011)

Díaz Martín M

Hernández Díaz L

Carretero Antón G

Mencia Echevarría E

de Pablos Carballal M

Gil Castillo S

INTRODUCCIÓN:

Tras la introducción del programa Informático MEDORA como herramienta para la realización de los informes de atención continuada (IAC), consideramos conveniente revisar la calidad de los mismos y las posibilidades de mejora del programa.

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad de los IAC realizados a través del programa MEDORA y detectar posibles problemas en la aplicación diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo de los archivos de IAC desde enero 2009 hasta marzo 2011 y encuesta.

Emplazamiento: Centro semiurbano.

Población de estudio: Usuarios externos del servicio. Usuarios internos del servicio: profesionales que trabajan en el servicio.

VARIABLES DEL ESTUDIO: Número de IAC realizados con y sin MEDORA y en ese caso, causas de no utilizarlo; registro de datos administrativos, alergias, procesos clínicos y plan terapéutico; problemas en la elaboración de informes con MEDORA. Dimensiones del estudio: Organización del sistema, calidad científico-técnica, satisfacción de usuarios y seguridad.

RESULTADOS:

El total de pacientes atendidos entre enero de 2009 y marzo de 2011 fueron 44852. Durante el año 2009, al 81,5% de los usuarios se les realizó informe con MEDORA, y al resto (18,5%) informe tradicional por tratarse de pacientes desplazados, o problemas de funcionamiento de red. En lo que llevamos de 2011 el 91% de los informes están realizados con MEDORA. En el 100% de los informes de MEDORA aparecen todos los datos administrativos, en el 82% las alergias medicamentosas, en el 97,58% el proceso clínico y, en el 99,4%, el tratamiento. Los problemas que encontramos al elaborar los informes de MEDORA son principalmente: imposibilidad de volcar datos de constantes, pruebas diagnósticas o procesos clínicos ya abiertos del programa al IAC; la no aparición explícita de alergias no conocidas a pesar de haberse preguntado; la escasa información sobre antecedentes personales y la aparición de multitud de procesos clínicos abiertos en la historia de los pacientes a pesar de saberse ya concluidos.

CONCLUSIONES:

En general, los IAC con MEDORA obtienen buenos resultados de calidad. El programa supone una herramienta muy útil ya que proporciona una información objetiva y rápida de los datos administrativos y clínicos del paciente, evitando problemas y sesgos de información y mejorando por lo tanto la organización del sistema. Se facilita la misma información clínica a todos los profesionales tanto de centros de salud como de servicios de urgencias, lo que supone una mayor fluidez y mejora en la asistencia. Observamos que en las consultas a demanda en centros de salud, al utilizar MEDORA no siempre se señalan adecuadamente los procesos clínicos, manteniendo abiertos muchos que actualmente el paciente ya no presenta, y no clasificándolos como antecedentes personales. Así mismo en los informes aparecen activos tratamientos ya finalizados. Esto puede confundir al paciente o a los profesionales. Otro problema relevante es que el programa no identifique en los informes claramente la ausencia de alergias, ya que en ese caso la casilla aparece vacía aunque esté preguntado.

PALABRAS CLAVE: MEDORA, IAC, CALIDAD

R0096

CARACTERÍSTICAS DE FRECUENTACION DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

Alcalde Ramperez MG

Diez Sánchez TJ

Rodriguez Ferrer C

INTRODUCCIÓN:

La atención a las situaciones de urgencia debe ser una prioridad para el sistema sanitario porque muchos procesos agudos comprometen la vida de los pacientes. Por diversas razones culturales, sociales, económicas y de organización del sistema sanitario, la demanda de atención urgente viene creciendo desde hace varios años de forma importante, tanto en número como en la calidad de las mismas.

OBJETIVOS:

Determinar las características de los usuarios demandantes de atención urgente y su frecuentación en un servicio de urgencias de atención primaria.

METODOLOGÍA:

Se diseñó un estudio descriptivo observacional. Se tomó como muestra 284 pacientes que demandaron atención urgente, de febrero a marzo de 2011 a días alternos en días laborales de lunes a viernes, las 24 horas del día. Se excluyeron pacientes menores de 14 años. Los datos se obtuvieron de la observación, del libro de registro de atención continuada y de informes de asistencia urgente. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, etnia, franja horaria, centro de salud, patología, tiempo de evolución, tratamiento pautado y motivos de la atención inmediata percibida por el usuario.

RESULTADOS:

Las tasas de frecuentación más altas se observaron en mujeres (54,93%) y en grupos de edad entre 14 y 33 años (42,96%), disminuyendo en grupos de mayor edad.

El 88,38% de los usuarios atendidos son de nacionalidad española, representando la población inmigrante un 3,9% y la etnia gitana un 7,7%. La franja horaria con mayor afluencia de pacientes es entre las 12h y las 16h (26,7%) seguido del período que abarca desde las 20h hasta las 24h (26,4%). El 48,59% de los pacientes provienen del mismo centro de salud donde se encuentra ubicado el SUAP. El 50,71% presentan síntomas de menos de 24 horas de evolución y la patología traumática supone el 32,39%, seguido de procesos infecciosos respiratorios de vías altas (17,6%). Los tratamientos más utilizados son los antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos (53,52%), seguidos de los antibióticos (27,11%). En cuanto a la necesidad de atención inmediata percibida por los usuarios, un 84,51% fue a petición propia, de los cuales, un 29,23% por agravamiento de los síntomas y un 16,55% por adecuación a horarios laborales, escolares o actividades de entretenimiento.

DISCUSIÓN:

Se observa una alta frecuentación en los servicios de urgencia extrahospitalaria, con una importante demanda en momentos muy concretos.

Los usuarios utilizan los servicios de urgencias como una extensión de la consulta de Atención Primaria, por adecuación a sus horarios y circunstancias.

El motivo de la demanda por la que acuden es mas una urgencia percibida que una urgencia vital.

Conocer las características que presenta la población atendida en nuestro servicio, supone un acercamiento a sus necesidades reales, lo que permitirá instaurar medidas que mejoren los servicios de urgencias extrahospitalarias.

R0099

NIVEL DE ADECUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA DE SALUD EN CUANTO A LA GARANTÍA DE ACCESO A LA PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

González Hierro M

Diego Domínguez ML

La Incapacidad Temporal (IT) supone una actividad relevante para el médico de atención primaria (MAP) tanto en la faceta asistencial como en la gestión de la prestación. El MAP debe adoptar una decisión de cuándo y bajo qué contingencia debe extender la baja laboral. En este marco, se encuentra la situación de mujeres trabajadoras gestantes, que sin patología justificativa de baja laboral, su especial situación induce a la cobertura bajo la situación de IT. La experiencia acumulada conduce al convencimiento de que en gran parte la actuación de los MAP está condicionada por el desconocimiento de situación legal de Riesgo de Embarazo (RE) que proporciona derecho a cobertura específica a gestantes trabajadoras en medio laboral de riesgo, y que es causa de privación del derecho legal, o bien conduce a derivar indebidamente a situación de IT por enfermedad común, con negativa repercusión tanto para el sistema como especialmente para la gestante trabajadora.

OBJETIVOS Y DIMENSIONES DE CALIDAD

1. Conocer grado de conocimiento de MAP en cuanto a la situación legal de RE establecida en la Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales y Ley 3/2007 de igualdad efectiva de mujeres y hombres
2. Conocer los criterios de los MAP para inclusión de gestantes trabajadoras en la cobertura como RE o como IT por enfermedad común
3. Promover la garantía en la protección específica a la madre y al feto cuando la gestación se interrelaciona con una supuesta actividad laboral de riesgo

Correlacionándose con las siguientes dimensiones de calidad estudiadas:

1. Calidad científico-técnica
2. Adecuación
3. Satisfacción y accesibilidad

DISEÑO

Muestreo aleatorio simple sobre el universo de MAP de un Área de Salud. Estudio descriptivo retrospectivo del grado de conocimiento sobre concepto y cobertura legal de la situación de RE. Se elaboró encuesta para su cumplimentación por los MAP con batería de preguntas o ítems cuya medición permitía evaluar los objetivos planteados y al mismo tiempo analizar los criterios de decisión que les orientaban a optar por la vía de derivación a baja laboral por enfermedad común.

RESULTADOS

- Mayoritario desconocimiento de normativa, pautas de tramitación y catálogo de riesgos.
- Ausencia de protocolos. Escasa o nula información y formación
- Adopción de criterios de sencillez/economía de esfuerzos
- Ausencia de estímulos para correcta orientación

R0100

**INFORMATIZACION CENTROS DE SALUD. EFICIENCIA Y NECESIDADES
FORMATIVAS**

Jové Agustí A

Posado Almazán A

Marcos González A

Moran Caballero T

Guzón Méndez F

Talegón Martín R

INTRODUCCION:

La informática desde hace unos años es imprescindible para administración de empresas públicas y privadas. El programa informático MEDORA es de uso común en Centros de Salud en Castilla y León (SACYL). La capacitación para el uso extenso del programa de los administrativos de los centros es fundamental para la gestión ágil y eficiente de las demandas de usuarios y profesionales de la salud (médicos y enfermeras), la interacción entre ellos y las labores organizativas del propio Centro de Salud.

OBJETIVOS:

Conocer las habilidades de los 8 administrativos que constituyen la plantilla del Centro de Salud en las actividades propias del Área de Administración. A efectos de focalizar la actividad formativa de los responsables de Medora del propio Centro de Salud.

METODO:

Encuesta elaborada por expertos y responsables de Medora del EAP validada por la responsable del Área de Administración del Centro de Salud. La encuesta consta de 20 preguntas de actividades administrativas diversas. Las preguntas tienen una respuesta alternativa y excluyente (si/no). Van dirigidas al uso del programa MEDORA excluidas otras actividades administrativas informatizadas (tarjeta sanitaria, gacela, sicap, etc.). A su vez divididas en 4 ámbitos: 1- Relaciones profesionales sanitarios con los usuarios 2- Relaciones

usuarios con el SACYL. 3- Relaciones profesionales sanitarios con el SACYL 4- Actividades organizativas del propio Centro de Salud. El máximo de respuestas (positivas/negativas) son 160 en total... Procediendo al análisis de resultados usando hoja de cálculo Open Office y gráficas del tipo columna de Microsoft Office.

RESULTADOS:

Recogidos los datos y agrupados los mismos según respuestas positivas (si) o negativas (no). Los resultados son los siguientes:

Ámbito 1.-respuestas positivas = 34:40.

Ámbito 2.- respuestas positivas = 17:40

Ámbito 3º.-respuestas positivas = 7:40.

Ámbito 4º.- respuestas positivas = 9:40

DISCUSION:

A la vista de los resultados se puede afirmar que la relación entre usuarios y profesionales sanitarios a través de actividades administrativas queda preservada, con lo cual no influye en actividad asistencial. Sin embargo, es obvio que debe mejorar el aprendizaje de 2/3 de los administrativos para optimizar todas las actividades que tengan que ver con la relación parcial usuario SACYL. Con más razón debe mejorar el aprendizaje de actividades complementarias administrativas y de relación entre los profesionales y SACYL ya que en la práctica solo 1/4 de los administrativos actúa en los ámbitos 3 y 4.

R0104

RESULTADOS DEL PLAN DE ACTUACIÓN TRAS LA PICADURA DE GARRAPATA Y MEDIDAS DE MEJORA

Fernández Martín C

Guzmán Paredes M

Tejedor Macho R

JUSTIFICACIÓN:

Las garrapatas son artrópodos hematófagos presentes en todo el mundo que parasitan diferentes especies de mamíferos, aves y reptiles. Son importantes desde el punto de vista de Salud Pública por los daños que pueden producir en la salud de las personas como consecuencia de su parasitismo.

En Castilla y León las picaduras de garrapatas son habituales dadas las características socioeconómicas de esta región.

OBJETIVOS:

Describir los resultados obtenidos del Plan de Actuación tras la Picadura de Garrapata de Castilla y León en el Área de Palencia, desde el año 2006 al 2010.

MATERIAL Y METODOS

Estudio trasversal descriptivo. Se estudia toda la población de Palencia que haya sufrido una picadura de garrapata desde 2006 hasta 2010 ambos incluidos. Instrumento de medida: protocolo de garrapatas en Castilla y León, que consta de 1º retirada de garrapata; 2º recogida, conservación y transporte de garrapatas según protocolo para que lleguen en buen estado; 3º extracción de suero en personas atacadas se obtendrán tres muestras los días 0, 21, 90 se estudiara la seroconversión frente a *Borrelia Burgdorferi* (enfermedad de Lyme); 4ª confección de la ficha para la remisión de muestras al laboratorio

RESULTADOS

Se describen 893 registros de picaduras de garrapatas estudiados según el Plan de Actuación, con una media de 179 registros por año (Rango de 119

registros en 2006 a 230 en 2007). En 458 registros (51,3%) se trataba de un hombre y en 38'2% de mujeres: De los 845 registros donde figuraba la ZBS, el 18'58% pertenecen a Saldaña, 12'54% a Herrera y 12'07% a Carrión. En el 14'3% de los casos la profesión fue alguna relacionada con animales o el medio ambiente. La picadura de la garrapata se produjo en zonas anatómicas habitualmente descubiertas como cabeza, cuello y extremidades en el 16'12% y el resto en zonas habitualmente cubiertas. Se identifican varias especies de garrapatas, siendo la más frecuente *Ixodes Ricinus* (8'5%). En los 240 primeros sueros de control tras la picadura de garrapata la IgG resultó positiva en sólo tres casos (con IgM negativa). De los 156 segundos sueros, la IgG resultó positiva en un caso más y de los 61 terceros sueros (25'42% de los pacientes con un primer suero extraído) ninguno fue positivo.

CONCLUSIONES

En Palencia, la picadura de garrapata es un hecho relativamente frecuente, no relacionada con la profesión de la persona implicada y más frecuente en hombres. La picadura ocurre sobretodo en zonas habitualmente cubiertas del cuerpo. El número de sueros de control decrece de forma importante, solo cumpliéndose el protocolo en un tercio de los casos. La Infección de Lyme es una enfermedad suficientemente grave como para estar indicada una detección precoz mediante el despistaje serológico tras picadura de garrapata, por lo que sería conveniente hacer hincapié en el cumplimiento del protocolo.

R0105

ESTUDIO DE IMPACTO DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA SOBRE MANEJO DEL ESPIRÓMETRO POR ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS RESULTADOS DE CARTERA DE SERVICIOS

Matamala Sacristán J

Diez Sánchez TJ

Hernández Velázquez P

Abia González J

Cano Castro LM

JUSTIFICACION

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad crónica. Por ello se encuentra entre los principales objetivos de control de las principales instituciones sanitarias a nivel mundial. En Castilla y León, este objetivo está incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria: Servicio "Atención a pacientes crónicos: Epoc". El diagnóstico de EPOC, debería considerarse en presencia de disnea, tos crónica o producción de esputo y/o historia de exposición a factores de riesgo para dicha enfermedad. El diagnóstico deberá ser confirmado por espirometría. En nuestros datos de partida, observamos un importante infradiagnóstico de esta enfermedad asociada a una escasa utilización de la espirometría en nuestros centros de salud, que concuerda con los datos reflejados en la literatura científica a nivel nacional. Múltiples estudios científicos ponen de manifiesto el impacto positivo que, sobre los resultados en salud, tienen las actividades específicas de formación continuada de los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

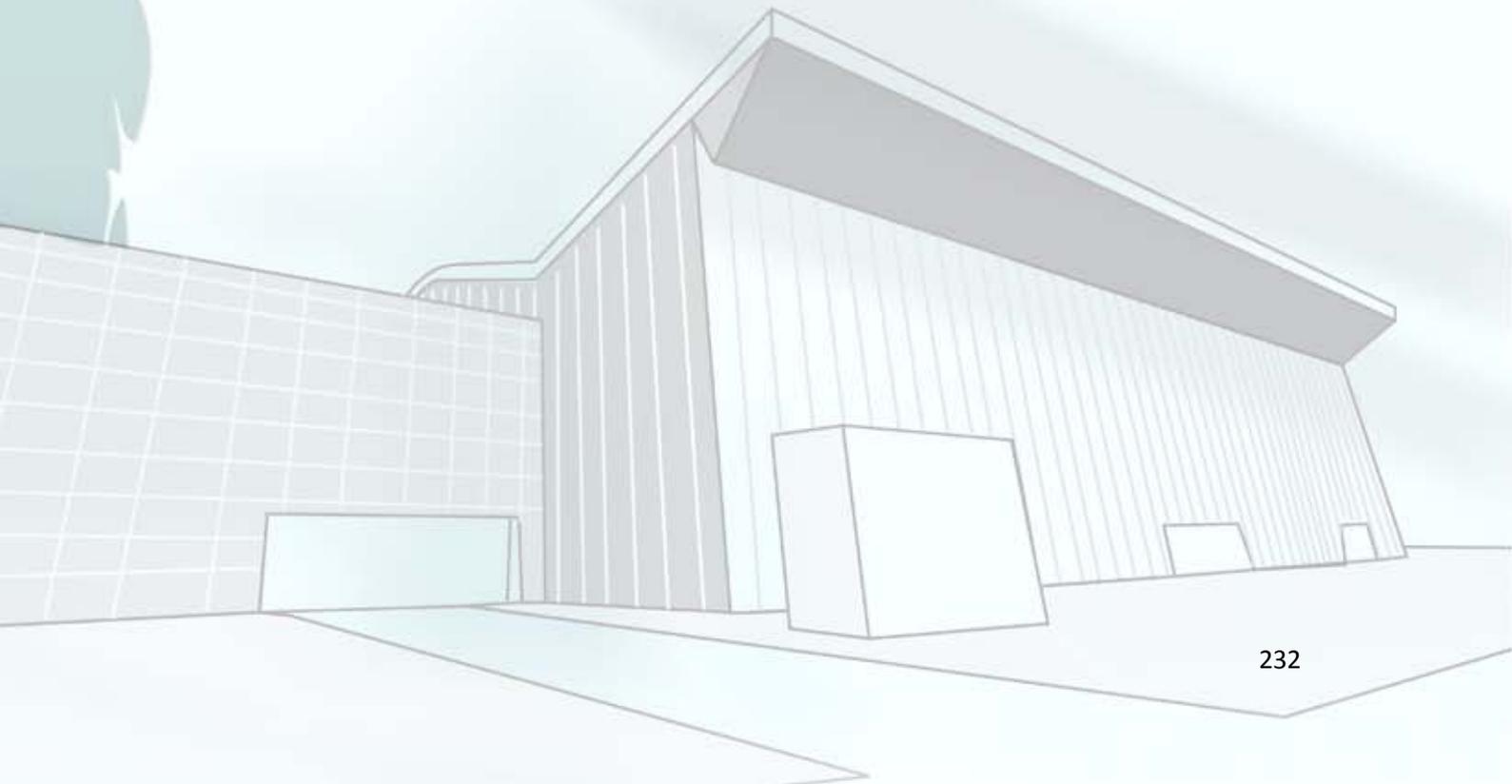
Mejorar los conocimientos, actitudes y técnicas de las enfermeras de los centros de salud mediante un plan de formación continuada, específico para espirometría. Optimizar indicadores intermedios, como el número de espirometrías realizadas en pacientes con Epoc, que permitan elevar la salud de nuestros usuarios.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo, longitudinal de carácter observacional. Partiendo de los datos obtenidos en nuestro ámbito laboral (GAP), en los resultados de Cartera de Servicios 2009, nos planteamos un proyecto de Calidad con propuestas de mejora para el año 2010.

Se realizó una actividad formativa específica en todos los centros, dirigida a las enfermeras, excluyendo a enfermería de pediatría, y orientada a mejorar su formación en la técnica de realización de la espirometría. La actividad se realizó, durante todo el año, en cada uno de los centros de salud del Área (16), con una duración de 8 horas. La formadora fue una enfermera de Atención Primaria que recibió previamente, formación específica en esta técnica. Cada enfermera del Equipo citaba cada día dos pacientes y se realizaba la técnica en presencia y con el apoyo de la formadora y observado por el resto (formato Taller).

De forma paralela a la actividad formativa se realizó una revisión técnica de todos los espirómetros para asegurar su correcto funcionamiento y la total fiabilidad de la prueba realizada.



R0106

**CALIDAD DE RESULTADOS CLÍNICOS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y
DIABETES MELLITUS EN RELACIÓN CON EL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN**

Gallego Trapote H

Viñuela Álvarez D

Rodríguez Arroyo L.A

Santamarina Gabaldón F

García Vázquez P

González Fernández M^a A

RESUMEN

La prestación farmacéutica a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud es una parte importante de la asistencia sanitaria. La Gerencia Regional de Salud (GRS) de Castilla y León viene adoptando medidas estructurales relacionadas con la prestación farmacéutica para fomentar el uso racional de los medicamentos a fin de garantizar las prestaciones al ciudadano contribuyendo a la sostenibilidad del sistema público, sin perjuicio en los resultados clínicos.

OBJETIVO

Conocer si el perfil de prescripción de los Médicos de Familia (MF) de una Gerencia de Atención Primaria (GAP) guarda relación con la calidad de los resultados clínicos en pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM).

MÉTODO

Diseño: estudio observacional longitudinal prospectivo

Ámbito de estudio: 1 Área de Salud de Castilla y León.

Población diana:

- 119 MF integrantes de los Equipos de Atención Primaria del Área de Salud.
- Pacientes con diagnóstico de DM y/o HTA del Área de Salud.

Población seleccionada para el estudio:

• 60 MF que disponen de historia clínica electrónica (HCE), distribuidos en dos grupos, los 30 con las cifras más bajas de Índice Sintético (IS) 2009 y los 30 con las cifras más elevadas de IS 2009.

• Pacientes con diagnóstico de DM y/o HTA, pertenecientes a los cupos de Tarjeta Sanitaria Individual de los 60 MF seleccionados.

Recogida de datos y Mediciones de las variables principales:

Las fuentes de datos han sido la HCE de los pacientes con HTA y/o DM y los registros para el análisis de los Indicadores de Uso Racional del Medicamento (URM) de la prescripción realizada por los MF del Área de Salud. El perfil de prescripción de cada MF se ha identificado mediante el IS.

Las principales variables medidas han sido el IS de los MF, seleccionando entre ellos los 30 con el valor más alto y los 30 con el valor más bajo, y los datos clínicos de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) de los pacientes a estudio asignados a estos 60 MF, registrados en la HCE durante los años 2009 y 2010.

Se realizan dos mediciones temporales para observación de las variables analizadas.

RESULTADOS

El análisis de los datos no encontró diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos considerados para valores de HbA1c (1ª medición $p= 0.559$, 2ª medición $p= 0.295$), ni para valores de TAS (2ª medición $p= 0.202$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las cifras de TAS y TAD de la 1ª medición y para cifras de TAD de 2ª medición (en todos los casos, $p=0.000$), con cifras más bajas en los pacientes de los cupos de los MF con IS más alto.

CONCLUSIONES

Los resultados clínicos estudiados, valores de hemoglobina glicosilada en pacientes con DM y de tensión arterial sistólica y diastólica en pacientes con HTA, no parecen guardar relación con el perfil de prescripción de los Médicos de Familia valorado mediante el Índice Sintético.

R0108

**EXPERIENCIA DURANTE TRES AÑOS EN EL CRIBADO DE LA
RETINOPATIA DIABÉTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2
MEDIANTE CÁMARA NO MIDRIÁTICA**

Bahillo Marcos ME

Rodríguez Almaraz MC

Hernández Hernández JA

Mateos Roncero MB

Roncero Maillo ME

Sánchez Cerezal J

INTRODUCCIÓN:

La Retinopatía Diabética (RD) es la principal causa de ceguera en los países desarrollados, el diagnóstico precoz junto con un tratamiento adecuado evitará más del 50% de los casos de ceguera. La prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM) va en aumento y los recursos sanitarios son limitados, por lo que la Atención Primaria (AP) se convierte en el medio idóneo para el diagnóstico precoz de la RD.

Se considera la Retinografía con Cámara No Midriática (RCNM) la herramienta de despistaje más adecuada para identificar la RD, su escasa complejidad permite su uso en AP.

OBJETIVOS:

Detectar precozmente la RD en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2), mejorar la accesibilidad del paciente a los medios diagnósticos, garantizar rapidez de respuesta con informe personalizado, derivación selectiva de pacientes al Servicio de Oftalmología (SO), mejorar la satisfacción de los profesionales de AP, asumir por parte de AP responsabilidad en el control y diagnóstico de la RD.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se expone un análisis descriptivo del resultado de la exploración realizada a 387 pacientes de una población de estudio de 1156 pacientes DM2 de nuestra

Zona Básica de Salud mediante RCNM modelo TOPCON TRC-NW6S durante 3 años (marzo 2008-marzo 2011). La selección de los pacientes se realiza a partir de la historia clínica, entre los incluidos en el servicio 306 de la cartera de servicios. La forma de muestreo es no probabilístico (individuos que acuden a consulta). Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación internacional de RD.

RESULTADOS:

De 387 exploraciones programadas, 368 fueron técnicamente satisfactorias, no visualizándose fondo ocular en 19 casos. El 71% (261 pacientes), no presentaron lesiones sugestivas de RD y el 29% restante (107 pacientes) sí.

Las retinografías patológicas (107 pacientes) fueron clasificadas en: 93 casos RD no proliferativa leve/moderada (87%), 9 casos RD no proliferativa severa o muy severa (8%) y 5 casos RD proliferativa (5%).

Se realizaron 55 derivaciones al SO (14.2%), de ellas 14 por RD (3.6%), 19 por imposibilidad técnica y 22 por otros hallazgos casuales; Retinosis pigmentaria (1), aumento de excavación papilar (5), toxoplasmosis (1), edema de mácula (1), desprendimiento de retina (1), agujero macular (2), DMAE (7), atrofia coriorretiniana miópica (3), hemorragia vítrea (1).

CONCLUSIONES:

La detección precoz de la RD y su posterior tratamiento es fundamental para prevenir o retrasar la pérdida de visión en los pacientes diabéticos. La RCNM permite la detección precoz de ésta patología, facilita la atención integral del diabético y un mejor seguimiento por el médico de familia, mejora la accesibilidad (menor número de traslados, reducción de listas de espera), mejora la satisfacción de usuarios y profesionales y disminuye costes sanitarios. Nuestra experiencia de tres años demuestra que es factible la realización de RCNM a nivel de AP, con las ventajas que esto supone.

La cobertura total de pacientes es baja, creemos que una mayor implicación de todo el equipo ayudará a mejorarla.

R0109

EXTRACCIÓN PERIFÉRICA EN UN C.S. SEMIURBANO: ANÁLISIS DE INCIDENCIAS

Rossi Muñoz M L

Delgado González E

Gutiérrez Sánchez G

Sánchez García MA

Cano Garcinuño A

JUSTIFICACIÓN.

El aumento progresivo del volumen de muestras tramitadas en los últimos cuatro años como consecuencia de la descentralización de Especializada hacia la Atención Primaria y la mejora de las infraestructuras, con el fin de mejorar la accesibilidad y la eficacia, ha motivado que las enfermeras nos planteásemos analizar las principales incidencias detectadas, de la que existe escasa bibliografía publicada.

OBJETIVOS: Valorar la eficacia del Servicio ofertado // Cuantificar el número de extracciones en los cuatro últimos años // Conocer las características de las extracciones del 2009 por edad, sexo y tipo de pruebas // Identificar y analizar las principales incidencias por mes y tipo de prueba

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo observacional

POBLACIÓN Y PERIODO DE ESTUDIO: Se revisan las extracciones realizadas a 3658 pacientes de enero a diciembre 2009 y los 12021 contenedores sanguíneos tramitados.

FUENTE DE DATOS: planilla oficial de trabajo y aplicación informática Averros del hospital de referencia

VARIABLES ESTUDIADAS: Contenedor no enviado/mal etiquetado. Contenedor inadecuado. Contenedor con muestra insuficiente. Suero hemolizado. Tipo de prueba solicitada. Reclamaciones presentadas

RESULTADOS.

El número de extracciones realizadas respecto al año 2006 se incrementó en un 21% en el año 2007, un 21.6% en 2008 y un 33.5 en 2009. Del total de las extracciones realizadas un 95% corresponden a pacientes adultos y un 5% a pediátricos. De los pacientes adultos un 60% corresponde a mujeres y un 40% a varones. La media de contenedores extraídos por paciente es de 3.29. La media de extracciones realizadas es de 26.13. La distribución de las incidencias nos desvelan que el 0.43% de los contenedores no llegaron al laboratorio y el 1.4% de las extracciones hubo algún contenedor que se etiquetó mal (el rango oscila entre agosto con un 0.5% y febrero con un 2.8%). En el 0.38% de las extracciones hubo algún contenedor hemolizado o se etiquetaron mal. En el 34.3% de los días de extracción hubo alguna incidencia (rango oscila entre febrero 58.3% y agosto 9%). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre adultos y niños con relación al número de incidencias ($p < 0.05$)

CONCLUSIONES:

La descentralización de Atención Especializada a partir del año 2006 ha provocado un aumento de extracciones realizadas en el Centro de Salud. La ausencia de reclamaciones tramitadas es valorado como criterio de calidad significativo. El porcentaje de incidencias presentadas en relación al volumen tramitadas lo valoramos, a pesar de no existir datos de referencia estandarizados, como positivos. El mayor porcentaje de incidencias observadas en la tramitación y extracción de las muestras sanguíneas corresponde a una mala identificación y etiquetado del contenedor.

MEDIDAS DE MEJORA:

Implementar el control de calidad en el etiquetado de los contenedores enviados desde el C.S. Agilizar la notificación de incidencias Primaria _ especializada. Identificar el origen del crecimiento exponencial (pruebas de especialistas, pruebas del propio centro, hiperfrecuentadores, hipersolicitadores facultativos). Fomentar la formación primaria-especializada como cauce de mejora y coordinación

R0110

FÁCIL, FÁCIL, ¿LE DOY UNA CITA?

Galán Galán A

García Cárdbaba C

Miguelañez Arribas A

Rubio Cano B

Yagüe López MJ

Maín Pérez A

INTRODUCCIÓN

La Gestión del Tiempo y de las Tecnologías se constituye como un elemento fundamental para la organización sanitaria. Sin embargo, su implantación y utilización adecuada por parte del usuario viene revestido de un grado de resistencia al cambio que debemos conocer, afrontar y salvar; debemos también tener presentes las dificultades que la nueva tecnología supondrá para el usuario de nuestros servicios. La experiencia presentada muestra cómo intentamos sustituir la resistencia por adaptación y la dificultad por sencillez en la solicitud de cita previa, mediante la sensibilización del usuario con la necesidad del cambio y la enseñanza de los distintos procedimientos de cita, en un proceso de participación e implicación del usuario.

OBJETIVOS

- Informar de los sistemas de cita (teléfono, internet, sms).
- Guiar al usuario a conseguir la cita de forma sencilla y fácil.
- Detectar las dificultades y ayudar a evitarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Zona Básica de Salud Urbana. Período: Febrero 2011 (17 días).
Metodología: Captación aleatoria de usuarios y se realiza entrevista de aprendizaje con un auxiliar administrativo en kiosco informativo dotado con teléfono y PC con red Sacyl. Se enseñan los procedimientos con cita real y se lleva a cabo registro diario de actividad y observaciones.

RESULTADOS

Se captaron 353 usuarios (40% hombres y 60% mujeres).

El 16% eran extranjeros.

0-44 años: 60% / 45-64 años: 31% / >65 años: 9%

60% se citan habitualmente en mostrador (76% los extranjeros; 71% los >65 años), sin diferencias significativas en función de la edad.

84% utilizarían Internet para citarse (50% de los >65 años).

41 usuarios (12%) informan sobre su modo habitual de citación y realizan observaciones y propuestas de mejora:

20 (49%) se citan siempre con la opción 2 del Interactive Voice Response (IVR), que redirecciona a la cita telefónica habitual con la unidad administrativa del Centro. No se observan diferencias significativas en este hábito en función de la edad.

4 (10%) siempre les citan sus familiares.

3 (7%) utilizan Internet para cita.

1 (2%) consideran la cita por internet una solución útil para sordos.

7 (17%) hacen propuestas de mejora: confirmación de la cita por SMS, disponibilidad de citación específica para consulta administrativa (recetas), ampliación de cita a consultorios locales.

6 (15%) diversas observaciones.

CONCLUSIONES

- La utilización del sistema de cita es mejorable. El hábito generalizado de petición de cita es en el mostrador o con la opción 2 del IVR, lo que supone una sobrecarga de trabajo evitable para la unidad administrativa.
- Internet puede ser el futuro por su buena aceptación.
- Se deben tomar medidas para disminuir la utilización de la opción 2 del teléfono (formación, enrutamiento a otro canal de cita).
- El kiosco informativo es una ayuda formativa para el usuario, sencilla y poco costosa, además de servir para identificar oportunidades de mejora.

R0111

FACTORES CLÍNICOS CONDICIONANTES DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Sánchez Alonso RI

Prieto de Lamo G

López Lozano J

García Fuentes M

Obreo Pintos J

INTRODUCCIÓN:

La lactancia materna a pesar de ser un fenómeno natural parece estar muy influenciado por algunos factores socioculturales, pero también por ciertas variables relacionadas con el parto y con datos clínicos del recién nacido.

OBJETIVOS:

1. Conocer la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) a los 6 meses según la definición de la OMS (el lactante sólo recibe leche del pecho, sea de su madre o de una nodriza, o leche extraída del pecho y ninguna otra comida o bebida salvo agua, vitaminas, suplementos minerales o medicinas durante los primeros 6 meses de vida).
2. Analizar la relación de determinadas variables clínicas del parto y del recién nacido con la LME a los 6 meses.

MÉTODO:

- Diseño: estudio transversal analítico.
- Ámbito de estudio: Gerencia de Atención Primaria (AP).
- Población de estudio: 548 niños nacidos entre el 01/12/2009 y 30/05/2010.
- Variables de estudio: LME a los 6 meses (si/no), duración de la LME, duración de la gestación (< 38 semanas / 38-42 semanas), cesárea (si/no), peso al nacimiento (< 2.500 gramos / > 2.500 gramos), ingreso hospitalario (si/no).
- Recogida de datos: mediante cuestionario específico diseñado por el SACyL para el seguimiento de la LME en Castilla y León en las consultas de Pediatría de AP.

- Análisis estadístico: se ha realizado análisis descriptivo univariante y bivariante de las variables de estudio. Todas las pruebas se han realizado con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral. Paquete estadístico: SPSS 15.0.

RESULTADOS:

Prevalencia de LME a los 6 meses (LME6): 40.3%

Duración de LME: 17.7% entre el nacimiento y el alta hospitalaria, 8.6% entre el alta hospitalaria y la 1ª visita al pediatra de AP, 8.4% 1 mes, 6.6% 2 meses, 4.6% 3 meses, 6.4% 4 meses y 7.5% 5 meses.

LME6 vs duración de la gestación: $X^2 = 8,193$ ($p = 0,004$) / Razón de odds de prevalencias (POR) = 2,14 (IC95%: 1,26-3,64).

LME6 vs cesárea: $X^2 = 4,624$ ($p = 0,032$) / POR = 1,58 (IC95%: 1,04-2,39).

LME6 vs peso al nacimiento: $X^2 = 10,757$ ($p = 0,001$) / POR = 3,28 (IC95%: 1,56-6,90).

LME6 vs ingreso del bebé: $X^2 = 3,397$ ($p = 0,065$) / POR = 1,58 (IC95%: 0,97-2,56).

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:

La prevalencia de LME a los 6 meses en nuestra Área de Salud es mayor a la mostrada en la última (2006) Encuesta Nacional de Salud (24,27%) y en otros estudios.

La proporción de casos con LME a los 6 meses en los embarazos a término, en los partos sin cesárea y en los niños con normopeso al nacimiento es mayor que en los embarazos pretérmino, en los partos con cesárea y en los niños con bajo peso al nacer. Estos hallazgos coinciden con los resultados mostrados por otros autores.

R0112

MODELO DE CALIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DEL ABORDAJE Y CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Matía Cubillo AC

Toribio Pedrosa MC

Simón Serrano B

García Marina ML

Gómez Merino FJ

Fernández Blanco L

JUSTIFICACIÓN:

El tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) afecta a una parte importante de la población, debido al aumento en las indicaciones y progresivo envejecimiento más acentuado en nuestra Comunidad Autónoma, con necesidad de controles analíticos sucesivos que implican a los Servicios de Hematología y Atención Primaria (AP). La dotación actual de sistemas de medición portátiles y automáticos (Coaguchek), el desarrollo de aplicaciones informáticas (TAONET/EDOSIS) y la posibilidad de acceso desde todos los Centros de Salud (CS), lo hacen hoy factible de asumir desde AP. Diversos estudios no han observado diferencias significativas del control y seguimiento del TAO entre el primer y segundo nivel asistencial, en calidad ni en número de complicaciones, aportando AP mayor accesibilidad, rapidez, seguridad y eficiencia.

OBJETIVOS:

Unificar criterios en el abordaje y control del TAO // Mejorar la calidad de la atención a los pacientes con TAO // Garantizar la continuidad asistencial mediante el trabajo en equipo y la coordinación AP-Hematología // Conseguir un mayor grado de satisfacción de los pacientes // Contribuir a la atención integral e integrada de los pacientes // Alcanzar una mayor eficiencia.

DIMENSIONES DE CALIDAD ESTUDIADAS: Científico-técnica. Organizativa. Accesibilidad. Satisfacción.

DISEÑO:

Elaboración de una Guía de práctica clínica para el control del TAO por AP a partir de las evidencias científicas disponibles de la revisión de los principales estudios primarios y fuentes integradas o secundarias. Coordinada por la Gerencia de AP, elaborada desde AP y revisada por los Servicios de Hematología. Actividades formativas con la realización de talleres teórico-prácticos. Pilotaje en un CS rural, con la implicación de todos los profesionales sanitarios, dotación de recursos, organización del equipo, y adecuada coordinación con Hematología.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Cobertura: Porcentaje de población > 14 años con TAO del CS.

Actividad: Número total de controles anuales. Media de controles por día y Médico. Control clínico: Pacientes dentro del margen terapéutico en el último control. Complicaciones: Porcentaje de complicaciones anuales (Hemorragias menores y graves, episodios tromboembólicos).

INTERVENCIONES REALIZADAS:

Guía clínica de recomendaciones de control del TAO para profesionales de AP. Realización de 2 talleres teórico-prácticos anuales en GAP y 1 en CS piloto, de 4 horas de duración, dirigido a enfermería y medicina de AP. Organización y coordinación de la consulta programada de enfermería de control del TAO y médica si está fuera de rango. Encuesta de satisfacción a los pacientes, previa a la asunción del control del TAO y al año.

RESULTADOS:

Actualmente tras 8 meses desde el inicio del pilotaje, sin haber tenido que recurrir a Hematología. La actividad del CS supone el 2,7% de todos los controles del TAO (AP y especializada) del Área de referencia. Media de 248 controles al mes, al finalizar el año supondrá unos 3.000 controles. Media y moda 2 pacientes nuevos por mes. Media=0,43±0,21 controles por día y médico. En el último control con un 68% de pacientes dentro de rango.

R0113

GESTIÓN DE STOCK DE MEDICAMENTOS DE BOTIQUÍN A TRAVÉS DE LA WEB DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Obreo Pintos J

García Fuentes M

González Pérez P

Del Dedo Rodríguez FJ

Mayordomo Árias M

Prieto de Lamo G

INTRODUCCIÓN:

La Unidad de Farmacia de la Gerencia de Atención Primaria (UF GAP) realiza la petición de los medicamentos de los botiquines de urgencias al Servicio de Farmacia del Complejo Asistencial (SFH CA), y la distribución a los Centros de Salud (CS). Hasta junio de 2010 ambos procesos se realizaban previa petición en formato papel y los registros de entradas y salidas, para contabilizar el stock de medicamentos del almacén de la GAP, se introducían manualmente en una hoja de cálculo. A partir de esta fecha, para la gestión de peticiones y stock de medicamentos de botiquín se utiliza un nuevo módulo en la web de la GAP.

OBJETIVO:

Incorporar a la web una herramienta para agilizar la petición de medicamentos, el registro de entradas y salidas y la gestión del stock de medicamentos del almacén de la GAP.

MÉTODO:

El acceso a la página web se realiza a través de la Intranet tanto desde los CS como desde la GAP. El Servicio de Informática incorporó a la web un módulo para gestionar los botiquines (base de datos MySQL). Fases del proceso de gestión de medicamentos de botiquín mediante la web de la GAP:

-Petición de medicamentos desde la UF GAP al SFH CA: se realiza a través de un enlace disponible en la web de la GAP, que accede a Galeno (página web

interna del CA). Galeno dispone de una aplicación conectada al programa de gestión del SFH CA para la petición automática de medicamentos.

-Validación de la petición por parte de la UF GAP: recibido el envío se comprueba que sea correcto y se validan las cantidades suministradas en la página web, que automáticamente pasan a sumarse al stock del almacén de la GAP.

-Petición de medicamentos desde los CS a la UF GAP: el responsable de botiquín del CS realiza la petición a través de la página web ajustándose al stock máximo pactado.

-Recepción de los pedidos desde la UF GAP: en la página web se visualizan las peticiones en tiempo real y una vez se da salida a los pedidos, estas cantidades se restan del stock del almacén de la GAP.

-Validación de la petición por parte del CS: en la recepción del pedido, el responsable de botiquín comprueba que sea correcto y se valida en la web.

RESULTADOS:

El nuevo sistema de gestión de stock de botiquines permite realizar los pedidos de medicamentos en tiempo real. Una vez que los pedidos de medicamentos son validados, quedan registradas las entradas y salidas y por lo tanto permite conocer el stock actualizado de todos los medicamentos del almacén de la GAP.

CONCLUSIÓN:

La aplicación de tecnologías informáticas permite una gestión más eficiente del stock de botiquines ya que mejora la petición de medicamentos interniveles asistenciales y facilita el registro.

R0114

ADECUACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) EN LA PREVENCIÓN DE GASTROPATÍA POR ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)/ANALGÉSICOS

García Fuentes M

Obreo Pintos J

Prieto de Lamo G

López Lozano J

Sánchez Alonso RI

JUSTIFICACIÓN:

Nuestra Área de Salud presenta el mayor consumo de IBP de la comunidad, con una Dosis por 1000 Habitantes Día ajustada por tramos de edad (DHD Aj) en el 2010 de 19,01, frente al valor medio de Castilla y León (14,27 DHD IBP Aj). Este elevado consumo está influido principalmente por su empleo en la indicación de gastroprotección por AINE. Aunque los IBP son los fármacos de elección en esta situación, esta prescripción no está exenta de riesgos y no siempre es adecuada. Por ello, desde la Subcomisión de Uso Racional del Medicamento se desarrolló un algoritmo interactivo (disponible en la página web de la Gerencia de Atención Primaria (GAP)) para la prevención de gastropatía por AINE, con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones a los prescriptores.

OBJETIVO:

Evaluar la adecuación de la prescripción de los IBP en la prevención de gastropatía asociada al tratamiento con AINE.

MÉTODO:

- Diseño: estudio transversal prescripción-indicación.
- Ámbito de estudio: GAP.
- Población de estudio: 290 pacientes menores de 61 años con prescripción electrónica de IBP (grupo ATC A02BC) y AINE/analgésico (grupos ATC M01A, N02B) conjunta en mayo de 2010. Muestreo aleatorio simple.

- Variables de estudio: edad, sexo, número y tipo de IBP, número y tipo de AINE/analgésico, indicación adecuada (sí/no).
- Recogida de datos: se envió a cada médico un listado de los pacientes seleccionados pertenecientes a su cupo y cuya prescripción era objeto de revisión mediante la aplicación del algoritmo.
- Análisis estadístico: se ha realizado análisis descriptivo univariante de las variables de estudio. Todas las pruebas se han realizado con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral. Paquete estadístico: SPSS 15.0.

RESULTADOS:

En el 52,1% de los sujetos la prescripción de IBP fue inadecuada. En este grupo el 59,1% eran mujeres y la mediana de edad fue de 50 años (amplitud=41). Otros datos de interés en el grupo de sujetos con inadecuada prescripción fueron:

- El IBP más prescrito fue el omeprazol (76,2%) seguido del pantoprazol (9,9%) y el lansoprazol (7,3%). Un 1,4% tenían prescrito un 2º IBP.
- El AINE/analgésico más prescrito fue el ibuprofeno (33,8%) seguido del paracetamol (16,6%) y del diclofenaco (10,6%). Un 27,8% tenían prescrito un 2º AINE/analgésico y un 3,3% 3 o más.

CONCLUSIONES:

El estudio pone de manifiesto que uno de cada dos IBP prescritos para la indicación de gastroprotección por AINE es inadecuada. La autoevaluación del uso de IBP mediante la utilización de herramientas interactivas permite la reflexión y la toma de decisiones sobre el uso adecuado de IBP en esta indicación. En el grupo de prescripción inadecuada casi un tercio de los sujetos utiliza 2 o más AINE/analgésicos, por lo que sería interesante evaluar la necesidad de su uso.

R0115

CALIDAD EN LA ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD MEDIANTE LA CITA PREVIA

López-García E

Gómez-Fernández C

Diez Sánchez TJ

López-Gobernado M

Abia-González J

Cano-Castro LM

JUSTIFICACION

En una encuesta de satisfacción realizada en nuestro Área de Salud a los usuarios durante el año 2009, más del 30% de los encuestados referían no tener facilidad para obtener cita para su Médico de Familia y el 46% necesitaban 3 o más llamadas telefónicas para poder tener dichas citas.

Para facilitar el acceso a las consultas y pruebas diagnósticas en sus Centro de Salud y gracias las nuevas tecnologías, los usuarios disponen de un sistema automático de petición de cita previa para poder concertar una consulta con su Médico de Familia, Pediatra y Enfermero. Los sistemas telemáticos de cita disponibles en la actualidad son la llamada telefónica con un sistema automático de respuesta vocal (Cita Telefónica Automatizada por Respuesta Interactiva: IVR), enviar un SMS o a través del Portal de Salud de la página Web de la Junta de Castilla y León.

OBJETIVOS

Mejorar la accesibilidad al centro de salud mediante la adecuada organización y gestión de citas disponibles para el sistema automático. Evaluar el número de solicitudes de cita y el índice de distribución de citas por el sistema automático.

DISEÑO

Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo del índice de distribución de la oferta de citas por el sistema automático desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010. Los datos se obtuvieron de una fuente secundaria

(aplicación de informes de cita previa) y con ellos se calculó valores absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

La cita previa no se estableció en todos los Centros de Salud de forma simultánea, por lo tanto durante el año 2010, tenemos resultados completos de los Centros de Salud Urbanos de nuestra Área y dos semiurbanos. El número de solicitud de cita durante el año 2010 en dichos centros fue de 610.636, de ellas el 91,49% fueron resueltas de forma satisfactoria. 464.408 (76,05%) fueron resueltas en IVR, 53.171 (8,71%) se transfirió y resolvió en el propio Centro de Salud y 41.117 (6,73%) se transfirió y resolvió en CRRS (Centro Regional de Respuesta Sanitaria).

Respecto a los trámites iniciados con el objeto de pedir cita con el Médico de Familia o Pediatra durante el año 2010 el número total fue de 467.958 (76,63%) y 343.005 (73,30%) es el total de trámites en los que se ofreció cita.

El número de citas ofrecidas para el médico para el mismo día en que se solicitó o al siguiente en el periodo de estudio ha sido de 255.118 (74,38%).

CONCLUSIONES

En los últimos años la forma más habitual para solicitar cita era la llamada telefónica, lo cual ponía de manifiesto la dificultad para acceder a la misma, ya que más del 46% de los encuestados revelaban necesitar tres llamadas o más. Actualmente esa dificultad ha sido subsanada gracias a la cita telemática y el 91,49% de los usuarios tramitó su cita gracias a las nuevas tecnologías de forma satisfactoria.

La utilización de estos nuevos canales creados a partir de las nuevas tecnologías ha supuesto una evidente mejora en la accesibilidad de los usuarios a los Servicios Sanitarios en su Centro de Salud.

R0116

**¡¡SOPLE, SOPLE, SOPLE...!! PROYECTO PARA MEJORAR LA
ESPIROMETRÍA EN UN CENTRO DE SALUD**

Rodríguez Torres F

Manzano García M

Sanz Santa Cruz F

Crespo Anaya J M

Hernández Garrido J M

González Canales M^a B

JUSTIFICACIÓN:

Se constata repetidamente una deficiente calidad de las espirometrías realizadas en atención primaria, con un impacto en los resultados y en la incorrecta interpretación de estos. Entre las causas que originan esta deficiencia se citan algunas relacionadas con la falta de formación de quienes realizan la espirometría y otras de carácter organizativo.

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad de las espirometrías realizadas en nuestro Centro de Salud y la legibilidad de los informes espirometricos incluidos en la historia clínica informatizada.

DIMENSIONES DE CALIDAD ESTUDIADA:

Científico- técnica

METODOLOGIA:

El proyecto se dirige a toda la población adulta de nuestra ZBS con indicación espirometría e implica a todo el personal sanitario del EAP. Después de realizar un análisis de causas en el contexto del proyecto se priorizaron las siguientes intervenciones: constituir un grupo de mejora formado (médico y dos enfermeras); facilitar formación en la Unidad de Función Pulmonar (UFP) de referencia y elaborar por consenso las directrices organizativas y los instrumentos precisos. Optamos por la centralización de la técnica en una

consulta, a cargo las dos enfermeras formadas y diseñamos un protocolo "circuito espirométrico", una agenda específica, una hoja informativa de preparación previa para los pacientes y un documento técnico de soporte. Conectamos el espirómetro a la red informática, mejorando la ergonomía y permitiendo elaborar un informe digital adjuntándolo a la historia clínica en el momento de la realización. Impartimos dos sesiones formativas en el centro para obtener la colaboración de todos los sanitarios.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Se valora la legibilidad de los informes y la aceptabilidad de las curvas espirométricas, para ello se utilizó criterios analíticos y morfológicos del registro: referidos al inicio, morfología de la curva y finalización, tomados de las recomendaciones ATS y ERS (American Thoracic Society y European Respiratory Society) - Manual de procedimientos de la SEPAR.

EVALUACIÓN:

6 meses después de la implantación, dos técnicos de la UFP evaluaron una muestra aleatoria de los informes de las espirometrías realizadas, utilizando una lista de comprobación específica de aceptabilidad de las espirometrías.

RESULTADOS: Desde la implantación del proyecto se han realizado 105 exploraciones. Se toma una muestra de 33 informes .Obteniendo una aceptabilidad del 76.6% y un 3% de ilegibilidad de los informes.

Entre las causas de la no aceptabilidad encontramos: terminación temprana de la maniobra en la mayoría de los casos por cierre de glotis y esfuerzo insuficiente. La no legibilidad de los informes se debió a un error técnico. En la última evaluación de Cartera de servicios (programa EPOC) se aumentó en más de un 30% las espirometrías de nuestra ZBS.

CONCLUSIONES : El proyecto nos ha permitido establecer unos criterios de calidad y conocer los errores susceptibles de mejora además al protocolizarlo se aumento la accesibilidad y el número de espirometrías.

R0120

MEDIDAS DE MEJORA PARA INCREMENTAR EL NÚMERO DE LLAMADAS ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD CON CITA PREVIA AUTOMATIZADA

González Elena LJ

Hernández Palacios MC

Fernández del Campo Gonzalo E

Iglesias Matías J

Hernández Flores F

Romero Domínguez C

INTRODUCCIÓN

Las medidas de mejora a tomar para incrementar el número de llamadas atendidas en Centros de Salud (C.S.) con cita previa automatizada (IVR) deben ser individualizadas, pues depende, en gran medida, de las especiales características que presenta cada uno de ellos.

OBJETIVOS

Detección de el/los Equipos de Atención Primaria (EE.A.P.) que no alcanzan objetivos de calidad del proceso de atención de llamadas, identificación de las características especiales de cada C.S. que dificultan este proceso y elaboración y puesta en marcha de medidas de mejora para incrementar su resultado.

MÉTODO

1. Evaluación de resultados obtenidos del indicador de porcentaje de llamadas atendidas. Un C.S. estaba por debajo del estándar del 65 % (media de Sacyl en el año 2.009).
2. Identificación de las características especiales, a través del análisis de distintas variables:
 - a. POBLACIÓN: este C.S. presenta una población muy envejecida, más reticente al uso de las nuevas tecnologías, lo que aumenta las llamadas derivadas al C.S.

b. **SITUACIÓN GEOGRÁFICA:** en el centro de la ciudad. A la población adscrita le resulta muy fácil obtener cita directamente en el C.S. Esto dificulta atender las llamadas por parte de los administrativos habiendo gente esperando en el mostrador.

c. **UNIDADES DE APOYO (UA):** este C.S. centraliza la atención de distintas UA (matronas, radiología, mamografías, salud bucodental, salud mental y analíticas rurales) de otras Zonas Básicas de Salud, lo que genera un mayor número de llamadas que no pueden ser resueltas desde el IVR.

3. **Elaboración y puesta en marcha de medidas de mejora:**

a. Semanalmente y vía telefónica, se les informaba de los resultados obtenidos y se les insistía en la importancia de atender de forma prioritaria las llamadas de teléfono.

b. Se ha acudido desde la Gerencia de Atención Primaria (Director de Gestión, Coordinadora Médico de EE.A.P y Técnico de Salud) de manera repetida al propio C.S. para tener un feedback directo con el personal administrativo.

c. El Técnico de Salud ha estado durante una mañana realizando la misma actividad que el personal administrativo para detectar in situ posibles dificultades.

d. Se mantuvo una reunión entre el Director de Gestión y la Coordinadora de EE.A.P. con toda la Unidad Administrativa del C.S. para consensuar las medidas de mejora.

e. Se han realizado sustituciones del personal administrativo en un número superior al resto de los EE.A.P.

RESULTADOS

El resultado del indicador de llamadas atendidas en este C.S. en el año 2.010 ha subido 14 puntos porcentuales, pasando de un 44% en enero a un 58% en noviembre. En el resto de los EE.A.P. se ha mantenido estable a lo largo del año, por encima de la media de Sacyl.

DISCUSIÓN

Con medidas de mejora sencillas y utilizando pocos recursos se obtienen incrementos significativos en el porcentaje de llamadas atendidas en los C.S.

R0121

MEDIDAS DE MEJORA PARA GARANTIZAR LA OFERTA DIARIA DE CITAS EN CENTROS DE SALUD CON CITA PREVIA AUTOMATIZADA

González Elena LJ

Hernández Palacios MC

Iglesias Matías J

Hernández Flores F

Romero Domínguez C

Alonso Fernández S

INTRODUCCIÓN

Una de las principales características que deben reunir las consultas de Atención Primaria es la accesibilidad el mismo día que se solicite la consulta. Para garantizar este derecho, es importante la buena gestión en aquellos Centros de Salud (C.S.) con sistema automático de cita previa (IVR).

OBJETIVOS

Detección de el/los C.S. que no alcanzan objetivos de calidad del proceso de oferta diaria de citas, identificación de las causas que lo dificultan y elaboración y puesta en marcha de medidas de mejora para garantizar la oferta.

MÉTODO

1. Evaluación de valores obtenidos:

El indicador utilizado para medir la oferta diaria de citas se obtiene de la fórmula:

$I = (A + B + (C * 3) + (D * 4)) / 100$; donde A es el porcentaje de citas ofrecidas por el IVR para el mismo día de la solicitud, B para el día siguiente, C para 2 días después y D para más de 2 días después.

Este indicador se calculaba semanalmente, todos los martes (puesto que era el segundo peor día de la semana) a primera hora (de 8 a 9 horas) en todas las agendas de todos los profesionales sanitarios.

Durante el primer mes del año 2.010, 4 de los 6 EE.A.P. que contaban con el IVR presentaban valores por encima del estándar de 1,45 (media de Sacyl en el año 2.009).

2. Identificación de las causas que dificultan este proceso, a través del análisis de distintas variables:

a. ACUMULACIONES DE PROFESIONALES: debido a la imposibilidad de sustituir por falta de sustitutos, en caso de vacaciones e incapacidades temporales, compañeros del mismo EE.A.P. acumulan la consulta, lo cual da lugar a un aumento importante de la presión asistencial en las agendas.

b. ÉPOCAS DE MAYOR DEMANDA: tras periodos prolongados de días no hábiles (Navidades, Semana Santa, verano y puentes), se da lugar a una mayor demanda de los usuarios, lo cual genera un déficit en los huecos de demanda existentes en la agenda de manera habitual.

3. Elaboración y puesta en marcha de medidas de mejora:

a. Presentación inicial del proyecto por el Coordinador Médico del C.S. en el que se pilotó, acompañado por el equipo directivo de la Gerencia de Atención Primaria. Posteriormente, han acudido el Técnico de Salud y un formador administrativo de Medora a todos los EE.A.P. para diseñar las agendas y resolver las posibles dudas que tuvieran a este respecto.

b. Semanalmente, vía telefónica, se informaba a los EE.A.P. de los resultados obtenidos y se les insistía en la importancia de tener huecos de cita libres. Si la primera cita libre era 2 o más días después, se aumentaban los huecos de demanda desde el propio C.S, informando en todo momento a los profesionales implicados de tal circunstancia.

RESULTADOS

Se ha producido una reducción en el indicador de oferta diaria de citas desde 1,56 en el mes de enero a 1,25 en noviembre, estando la media del año en 1,28.

DISCUSIÓN

Con medidas de mejora sencillas y utilizando pocos recursos se obtienen reducciones significativas en el indicador de oferta diaria de citas por el IVR.

R0123

IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA FACILITADORA DE LA PRESCRIPCIÓN POR DOE EN MEDORAcyl EN UN ÁREA DE SALUD

Obreo Pintos J

López Lozano FJ

García Fuentes M

Sánchez Alonso RI

Prieto De Lamo G

JUSTIFICACIÓN:

La utilización de genéricos (EFG) tiene un elevado impacto en el gasto farmacéutico y la prescripción por Denominación Oficial Española (DOE) da lugar a la dispensación de EFG, siempre que esté comercializada. Durante el periodo agosto-diciembre 2010 se implementó en el sistema de prescripción informatizada MEDORAcyl una herramienta que permite el cambio automatizado de las prescripciones por marca comercial (con EFG) a prescripción DOE. Este cambio se produce tanto en las nuevas prescripciones como en las vigentes en la historia clínica informatizada.

OBJETIVOS:

1. Evaluar el impacto de esta medida en la prescripción DOE y en la dispensación de EFG en una Gerencia de Atención Primaria (GAP) y en los Equipos de Atención Primaria (EAP).
2. Analizar los Principios Activos (PA) con mayor influencia en el incremento en los indicadores % DOE y % EFG.

MÉTODO:

Diseño: Estudio descriptivo antes -después.

Ámbito de estudio: GAP y EAP.

Fuente de datos: Sistema de Información de Farmacia.

Variables: incremento del % de EFG y DOE en envases a nivel de la GAP y de los EAP (enero-febrero 2010 vs enero-febrero 2011), incremento del % DOE y

"Glimpse"

% EFG de PA con EFG comercializado y volumen de prescripción superior a 10.000 envases (julio 2010 vs febrero 2011).

RESULTADOS:

En el periodo de estudio se observa, a nivel de la GAP y de los EAP, un incremento del % de EFG y DOE a partir de agosto de 2010 con dos subidas marcadas en agosto de 2010 y enero de 2011. La media del incremento del % DOE y de EFG en enero-febrero 2011, con respecto a enero-febrero de 2010, es de 43,71% y 31,94% respectivamente (se analiza el periodo en el que ha finalizado la implantación de la versión en todos los EAP). En el análisis por Centros se observa que los equipos con un incremento > 62,5% de DOE (percentil 75) tienen indicadores de EFG y DOE más bajos en la situación de partida (enero 2010) (% DOE < 23,61% y % EFG < 26,66%). En los EAP con un incremento inferior a 26,8% de DOE (percentil 25) presentan indicadores de EFG y DOE más altos (% DOE >27,1 % y EFG >28,8 %).

Del total de PA estudiados, 9 presentaron un incremento en la dispensación de EFG superior al 30,57%: amoxicilina e inhibidores de la betalactamasa 30,57%, ramipril 41,18%, lorazepam 43,56%, atorvastatina 48,07%, lormetazepam 53,62%, doxazosina 67,47%, carvedilol 79,54%, clopidogrel 113,70% y diosmina 132,85%.

CONCLUSIONES:

La implementación de esta medida de apoyo a la prescripción DOE en MEDORAcyl ha incrementado la utilización de EFG, lo que contribuye a la racionalización del gasto farmacéutico.

R0124

ECO – AP 4

Fernández Fernández D

González Barriuso A

Fernández Cuadrillero C

Del Valle Martin MA

INTRODUCCIÓN:

- La ecografía es una técnica que por su inocuidad, y su capacidad de resolución diagnóstica debe implantarse en Atención Primaria.
- Los profesionales de dichos centros deben estar preparados para realizar dicha técnica.
- La ecografía disminuye el número de derivaciones, orienta mucho mejor las que se realizan y permite controlar ciertas patologías en los centros de atención primaria.
- La ecografía aumenta el grado de satisfacción del usuario aumentando la complicidad y mejora de la relación médico-paciente.
- Por lo tanto, no cabe duda, de que disponer de este medio diagnóstico en atención primaria, mejora la calidad asistencial.

La Junta de Castilla y León, a través de sus Gerencias de Atención Primaria, ha apostado por dotar de forma progresiva a sus Centros de Salud de un Ecógrafo de calidad al tiempo que ofrecía todas las posibilidades de formación para sus profesionales. La Ecografía abdominal supone aproximadamente las 2/3 partes de las que se realizan en Atención Primaria.

OBJETIVOS:

General: Disminuir la variabilidad en la realización de la técnica de la Ecografía abdominal en el ámbito de la Atención Primaria de Castilla y León.

Específicos:

1. Diseñar un protocolo de exploración ecográfica del abdomen que sea a la vez sencillo y completo.
2. Diseñar un modelo de informe ecográfico abdominal estandarizado y homogéneo.

3. Demostrar mediante imágenes ecográficas características que la técnica es comprensible para cualquier Médico de Atención Primaria.

MÉTODO:

Basándonos en la revisión sistemática de protocolos, guías y cursos de iniciación y perfeccionamiento en la ecografía abdominal en Atención Primaria, se trata de elaborar un protocolo que abarque en su totalidad las estructuras anatómicas del abdomen y que por su sencillez sea fácil de entender y asimilar por todos los profesionales. Consiste en que, al menos tres profesionales que ejercen en Atención Primaria y que además practican con regularidad esta técnica diseñen un esquema básico y a la vez completo de todo el área abdominal. Así mismo, se elaborará un modelo de informe predefinido que facilite la comunicación del ecografista con el Médico de Atención Primaria que ha solicitado la prueba.

RESULTADOS:

Después de realizadas varias sesiones de debate y aporte de ideas, dividimos la exploración ecográfica abdominal en cuatro secciones. Se realizará al menos un corte transversal y uno longitudinal por sección. Protocolo de Exploración Ecográfica Abdominal:

Sección E: - Hígado – Vesícula - Vías Biliares - Riñón Derecho - Venas Porta y Suprahepáticas

Sección C: - Grandes Vasos – Páncreas - Retroperitoneo

Sección O: - Bazo - Riñón izquierdo

Sección 4: - Vejiga - Próstata y Vesículas seminales en varón - Útero y Ovarios en mujer

DISCUSIÓN:

Al tratarse de una técnica ecografista-dependiente, sería deseable que los profesionales de A.P. dispusiesen de conocimientos sobre la misma para su realización, o al menos, para la interpretación del lenguaje Ecográfico.

En un futuro próximo se intentará que este modelo de informe esté instalado en el programa Medora de la Historia Clínica.

R0125

PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO

Fernández Cuadrillero C

Vegas Miguel A

Fernández Fernández D

Crespo Pinilla JM

Inglada Galiana L

Abad Manteca L

INTRODUCCIÓN:

El progresivo envejecimiento de la población española se acompaña de una elevada prevalencia de personas mayores con dos o más enfermedades crónicas. Estos pacientes demandan una elevada utilización de recursos sanitarios. La mayor frecuentación hospitalaria por las personas mayores se acompaña de una mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos.

Cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas,

elevándose a 3,23 para las personas mayores de 75 años.

La prevalencia de Pacientes Crónicos Pluripatológicos en atención primaria se puede estimar en un 1,38% de la población general ó un 5% en mayores de 65 años de edad. Acercándonos a nuestro ámbito, debemos señalar que Castilla y León es la tercera Comunidad Autónoma con mayor Esperanza de vida al nacer. Se estima que las enfermedades crónicas pueden originar aproximadamente el 70% del gasto sanitario.

OBJETIVOS:

General:

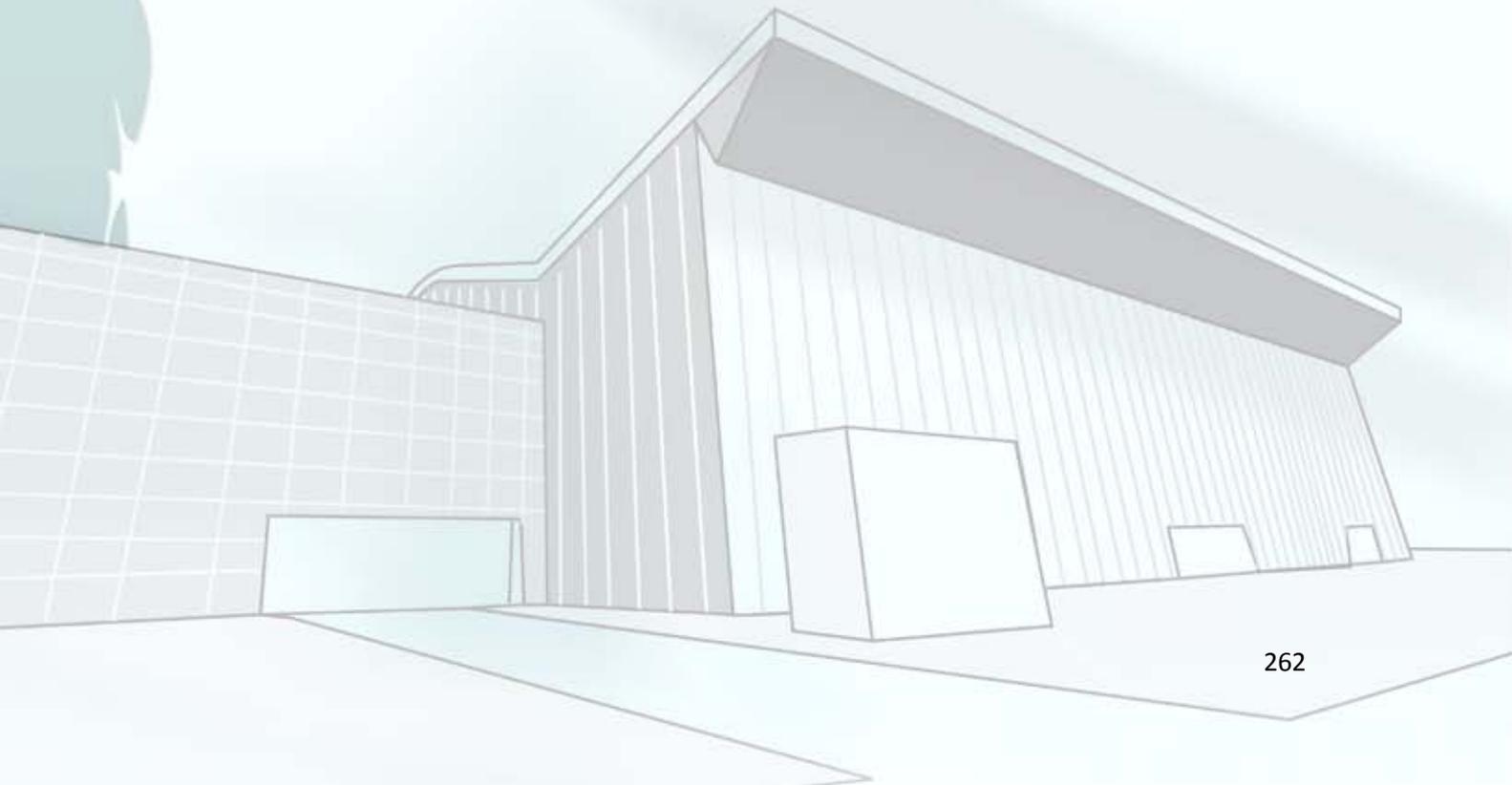
- Mejorar la calidad de la atención que prestamos a los pacientes con enfermedades crónicas.

Específicos:

- Diseñar un método alternativo de manejo de los pacientes crónicos pluripatológicos pertenecientes a una Zona Básica de Salud .
- Mejorar la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios.
- Mejorar la Coordinación entre A.P. y A.E.

MÉTODO:

1. Creación de un grupo de trabajo formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada coordinados por un especialista en calidad.
2. Elaboración y diseño del "Proceso de Atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos"
3. Definición clara y concreta de la población a la que va dirigida, los criterios para incluir a cada paciente, los componentes del proceso, la organización general y el flujograma de atención.
4. Establecimiento de unos indicadores del proceso.
5. Implantación del proceso
6. Evaluación y reevaluación del proceso.



R0127

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL USO DE DISTINTOS SISTEMAS DE INHALACIÓN, MEDIANTE EL DISPOSITIVO IN-CHECK ORAL INSPIATORY FLOW METER EN PACIENTES CON EPOC

Alonso Alonso R

De la Fuente Pereda C

De la Mota Luna B

Godos Francisco AI

Martínez Rubio AI

Portas Castellanos N

INTRODUCCIÓN:

Si bien la eficacia de los inhaladores en el tratamiento de distintas enfermedades del aparato respiratorio es indiscutible, la acción de los fármacos utilizados dependerá de su depósito en la vía aérea, el cuál estará subordinado fundamentalmente por:

- 1/El tamaño de las partículas.
- 2/Flujo inspiratorio.
- 3/Apnea post-inspiratoria.
- 4/Técnica de la inhalación.

OBJETIVO:

1/Evaluar la efectividad del uso de distintos sistemas de inhalación en relación con el flujo inspiratorio de cada paciente con EPOC.

METODOLOGÍA:

Se ha diseñado un estudio no experimental. Los objetos del estudio, son 30 enfermos de EPOC . Sujetos a estudio: muestra aleatoria de 30 pacientes enfermos de EPOC en tratamiento con dispositivos inhaladores. Los datos se recogieron en una base de datos y las variables se analizaron tanto desde el punto de vista descriptivo univariante como desde el punto de vista analítico bivariante, mediante el paquete estadístico EPI-INFO.

En todos los pacientes se utilizó el dispositivo In-Check Oral de Clement Clarke Internacional, para evaluar el flujo inspiratorio, dicha prueba se realizó tres veces para cada paciente y se obtuvo la media de flujo inspiratorio.

Los dispositivos inhalatorios utilizados por los pacientes se dividen en tres grupos (variable cualitativa) y para cada grupo se estudió el flujo inspiratorio y se observó si es concordante o no con los flujos inspirados de referencia.

Mediante tablas de contingencia pudimos determinar si existían diferencias entre los dispositivos y los flujos inspirados.

RESULTADOS:

Se ha estudiado una muestra aleatoria de 30 pacientes con EPOC, tratados con algún sistema inhalador.

Se ha estudiado la muestra tanto desde el punto de vista descriptivo como desde el punto de vista bivariante.

La muestra se encontraba constituida por un 55,6% de varones y un 44,4% de mujeres, las edades de los pacientes se encontraban comprendidas entre los 65 y 87 años, siendo, la edad media de 73,8 años.

En relación al dispositivo inhalador utilizado pudimos observar que un 51,9% de los pacientes utilizaban el sistema turbuhaler y un 48,1% utilizaban bien el sistema accuhaler, bien el sistema handihaler para su tratamiento.

Consideramos fuera de rango en cuanto a los flujos inspiratorios medidos con el dispositivo Check in Oral, para el sistema Turbuhaler los inferiores a 60l/min y para los sistemas accuhaler y handihaler los inferiores a 30l/min.

Hemos podido observar que de los pacientes que usan el sistema turbuhaler sólo el 50% se encuentran dentro del rango del flujo inspiratorio y de los que usan el sistema accuhaler o handihaler sólo lo están el 61,5% sin diferencias estadísticamente significativas entre los distintos sistemas y los rangos de flujo inspiratorio.

DISCUSIÓN:

Se discute lo interesante de la utilización de este método sencillo para evaluar los flujos inspiratorios de los pacientes con EPOC así como la adecuación de los distintos dispositivos inhaladores en relación con dicho parámetro.

R0129

GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL SERVICIO ASISTENCIAL PRESTADO DESDE UN CENTRO DE SALUD A LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UNA RESIDENCIA

Nogales Carpintero JI

Julián Martín A

Campo de la Torre MA

Velasco A

Velasco Mateos MA

Vicente Sánchez ML

INTRODUCCIÓN:

Dentro de la actividad asistencial de los centros de salud se incluyen actividades en residencias de la comunidad y se reconocen problemas de gestión y relación con dichos establecimientos, como déficit de relación del usuario con los profesionales sanitarios o dudas sobre cumplimiento farmacológico o efectos adversos de medicación.

OBJETIVO:

Garantizar la seguridad del servicio asistencial prestado desde el centro de salud en la utilización de medicamentos en una residencia. Potenciación de uso de fármacos EFG y DOE.

METODOLOGIA

Residencia mixta para mayores. Zona semiurbana. 190 residentes.

En un análisis inicial se determina la necesidad de mejorar la comunicación con la residencia, y controlar las posologías de fármacos y su registro en historia clínica, por lo que los objetivos se centran en habilitar canales de interrelación entre los centros y en el diseño conjunto de formulas de registro y actualización de datos clínicos. Para ello se elabora una ficha clínica de uso común entre el centro de salud y la residencia y se pactan nuevos circuitos de gestión, se informa a los distintos profesionales de estos procedimientos y se establece un cronograma de un año de duración.

Durante la implementación del proceso se completan las fichas de residentes y se actualizan los planes terapéuticos en las historias clínicas del centro de salud.

RESULTADOS

En el centro de salud se han actualizado los datos clínicos y plan terapéutico de los residentes, y se ha cambiado la prescripción a DOE en todos los casos, salvo cuando no existe alternativa para algún fármaco concreto.

En la residencia se han completado las fichas clínicas, y se actualizan regularmente para comunicación de cambios al centro de salud. Estas fichas aportan un valor añadido en la asistencia urgente a través de su consulta y referencia.

En los dos ámbitos se ha percibido una mejora notable a nivel administrativo y asistencial, con un funcionamiento satisfactorio de los circuitos de gestión una vez normalizados.

Para finalizar el cronograma propuesto se realizará un estudio comparativo de la prescripción en los residentes entre los periodos 2009/2010 y 2010/2011 con cortes interanuales en junio, procediendo a la extensión del proceso al resto de residencias de la zona básica si los resultados demuestran un aumento en control y racionalización en uso de fármacos.

CONCLUSION

La implementación de un proceso específico ha demostrado la mejoría en el funcionamiento correcto de los circuitos de interrelación entre centros sanitarios.

La informatización de los procesos facilita las gestiones y se recomienda su utilización siempre que sea posible.

Se precisa una ampliación de datos que permita valorar la viabilidad de los procedimientos para la aplicación del sistema de trabajo propuesto en residencias de diferentes características.

R0130

DISEÑO Y MAQUETACION DE UNA GUIA PRACTICA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nogales Carpintero JI

Maderuelo Fernández JA

Moreno González P

González Hierro M

Velazquez San Francisco I

González Casado MJ

INTRODUCCIÓN:

La orientación de los servicios a los ciudadanos es una de las líneas estratégicas de la Gerencia Regional de Sacyl definida en los distintos Planes Anuales de Gestión de las Áreas.

Dentro de esta orientación de servicios de Atención Primaria destaca la información a los usuarios, y en ella se incluyen las guías informativas.

Las guías de información a los usuarios deben cumplir criterios de sencillez, comprensibilidad de textos y manejabilidad, independientemente de las características de la población a la que se dirigen.

OBJETIVO:

Facilitar la accesibilidad a los contenidos de la guía informativa de los servicios de Atención Primaria de Salamanca a través de un diseño específico de maquetación e ilustración que cumpla criterios de comprensión, sencillez de uso y manejabilidad.

METODOLOGIA

La elaboración de una guía que contenga información sobre los servicios que se ofrecen en Atención Primaria y la organización de los mismos surge como demanda de diez grupos focales de usuarios de centros de salud que identifican esta propuesta por encima de otras en un estudio de metodología cuantitativa con participación ciudadana. Estos mismos grupos definen además

la necesidad de que dicha información cumpla criterios de sencillez, claridad y manejabilidad, y puedan ser utilizados por cualquier usuario.

Con estas premisas el grupo de trabajo que elabora una guía informativa de servicios de Atención Primaria realiza una comparación con otras publicaciones conocidas, a nivel corporativo y externo, priorizando las características de mejor manejo y comprensibilidad de contenidos. Realiza asimismo una valoración de coste/eficacia atendiendo a factores de maquetación e impresión y decide un diseño que englobe las expectativas de los grupos representantes de los usuarios cumpliendo las necesidades corporativas.

RESULTADOS

Se ha diseñado una publicación manejable, contenida en páginas y tamaño, con claridad de textos y reseñas. Se aportan cuadros explicativos con resumen de actuaciones que agilizan su consulta y resaltan la información más relevante. Se ha mantenido una línea editorial para la totalidad del texto con uniformidad y originalidad en el diseño, respetando los criterios corporativos de Sacyl. Se incorporan ilustraciones originales realizadas por una profesional experta que destacan por su sencillez y claridad.

CONCLUSION

La presentación física de la guía es satisfactoria para los grupos de interés que han colaborado en su redacción y elaboración, así como para los usuarios que han tenido acceso a la misma, aunque la utilización posterior y su demanda por parte de dichos usuarios indicará la aceptación como herramienta informativa.

R0131

ALGO MAS EN LA REVISIÓN DE SALUD A LOS 14 AÑOS: SUMANDO ESFUERZOS, AUMENTANDO CALIDAD

Menéndez Cuenca C

Santiago Trapero C

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual están íntimamente ligados aspectos biológicos, psicológicos, sociales y políticas cambiantes. Además es una época donde pueden iniciarse hábitos y conductas de riesgo que van a condicionar su morbi-mortalidad en la edad adulta.

Estas circunstancias hacen aconsejable que los servicios sanitarios seamos pro-activos ante la salud del adolescente. Es necesario mantener una actividad de supervisión del desarrollo físico y psicológico, y detectar activamente problemas del desarrollo y del comportamiento que pueden influir en su salud futura.

OBJETIVO

- GENERAL

Mejorar la calidad del servicio de atención al joven a través de la revisión programada de los 14 años

- ESPECÍFICOS

- Elaborar y validar una encuesta diseñada por patrones funcionales que permita a la enfermería realizar fácilmente una valoración integral del joven
- Detectar posibles patrones y conductas de riesgo
- Implantar dicho cuestionario ya validado, y posteriormente mejorado por una comisión multidisciplinar del Área de Salud de Segovia.

METODOLOGÍA

Elaboración de una encuesta basada en Patrones funcionales y posterior validación tras pasarla a los jóvenes de 14 años en un Área de Salud Segovia de Segovia, durante dos años consecutivos.

Este proyecto se presentó a la Gerencia de Atención Primaria y, debido al interés mostrado, actualmente estamos trabajando en una revisión del proyecto con un equipo multidisciplinar e interinstitucional, ampliando y mejorando dicha propuesta de intervención.

RESULTADOS

El análisis descriptivo de los patrones funcionales manifiesta diferencias significativas en la media de tiempo que dedican los chicos al deporte, 6,4 h/semana, frente a 2,9 h/semana de las chicas (p

Hábito de lectura, leen el 43,1% de los varones frente al 60,9% de las mujeres (p Los chicos tienen mejor imagen de ellos (100%) que las chicas (91,8%) (p Han probado el tabaco el 32,3% varones y el 17,4% chica ($p < 0,05$; $X^2=4,012$; $gl=1$, $n= 134$; y la $X^2p=0,045$).

La validación de la encuesta se hizo mediante medida de adecuación muestral KMO de 0,695, determinante de la matriz de correlaciones de 0,005 y prueba de Bartlett significativa ($p= 0,000$)

CONCLUSIONES

- Se ha validado una encuesta basada en Patrones Funcionales de manejo enfermero y comprobar que es un método útil de realizar una buena valoración de salud a los 14 años
- A través del trabajo de esta comisión se ha mejorado la valoración de la encuesta al joven, se ha visto la necesidad de explorar el contexto familiar, así como informar y facilitar el acceso a los distintos recursos comunitarios, que ayudan tanto en la prevención primaria como secundaria, en relación a la salud del adolescente
- La nueva revisión de los 14 años puede ser el punto de partida para el seguimiento del Programa de Atención al Joven

R0132

**AUTOEVALUACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD SEGÚN LA GUÍA DE
AUTOEVALUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

De la Vega Carnicero J

Mesonero Sandin R

Elvira Martín J

Del Arco Estévez EM

Pascual Hernandez MP

Iglesias Rojas ML

INTRODUCCIÓN:

Desde que elaborara en 2006 su Mapa de Procesos, el Centro de Salud ha desarrollado un modelo de Gestión por Procesos, Implantando e implementando 12 procesos y 11 subprocesos.

Sin embargo aunque los procesos establecidos aportan importantes mejoras en la prestación sanitaria, algunas deficiencias en los resultados totales nos animaron a realizar una autoevaluación EFQM siguiendo la Guía de Autoevaluación AP.

OBJETIVOS:

- Conocer las áreas de mejora y puntos fuertes del EAP
- Fomentar el aprendizaje y manejo del EFQM.

MÉTODO:

El Equipo evaluador está formado por 6 profesionales con experiencia en Calidad y Procesos con formación específica en EFQM para esta autoevaluación y algunos con formación previa en EFQM superior a 200 horas lectivas. La Autoevaluación se realizó entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2011. El enfoque escogido ha sido el Cuestionario simple dada la escasa experiencia de los evaluadores y la poca complejidad de nuestra organización, lo que además ayuda a su objetivo pedagógico.

En primer lugar se puntualizaron los conceptos fundamentales, se establecieron las aclaraciones a los criterios, así como las áreas de interés que se incluyen en cada subcriterio.

En segundo lugar se realizó el cuestionario, se extrajeron los resultados, se discutieron y se seleccionaron las áreas de mejora y los puntos fuertes.

En tercer lugar se evaluó la propia actividad de Autoevaluación, valorando la carga de trabajo, los inconvenientes y los beneficios para el equipo de Atención Primaria y el Equipo Evaluador.

RESULTADOS:

Cada evaluador ha invertido un total de 25 horas en la autoevaluación. Se identificaron seis áreas de mejora y seis puntos fuertes. Se han comenzado a diseñar 2 planes de mejora y un nuevo proceso a implantar en el Centro de Salud.

DISCUSIÓN:

Como nunca se planteó la posibilidad de Reconocimiento, ni de comparación, hemos evitado específicamente cuantificar nuestra calidad. No ha sido demasiado gravoso para el Centro de Salud en esfuerzo ni en tiempo, ni tampoco en dinero para la GAP. Al ceñir la misión y visión, así como los criterios al propio Centro de Salud (no se cuestionó a la GAP o instancias superiores) nos aportó una visión concreta de nosotros mismos.

Los evaluadores han manifestado su satisfacción por la participación así como su mejor comprensión y manejo del modelo.

CONCLUSIONES:

El Modelo utilizado por nuestro centro es válido para otros centros de salud.

El Modelo de autoevaluación nos parece muy adecuado para iniciarse en el EFQM. La Autoevaluación es una herramienta eficaz, que facilita no sólo la mejora continua sino que estimula un clima de calidad total hacia la excelencia; aportando medidas de cohesión interprofesional.

R0135

MEJORANDO LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE EL CENTRO DE SALUD

Sierra Quintana E

Bujedo Ortiz C

Román García P

Sobejano de Pablo R

Alfonso Martín M P

Ferrer Ferrer C A

INTRODUCCIÓN:

La diabetes mellitus (DM) tipo II está considerada como una de las grandes pandemias de las últimas décadas en la población mundial. La incidencia anual de la DM tipo II es de 1,2 – 4,1 casos / 1000 personas. La prevalencia total de la DM tipo II se estima en un 6% - 6,5% de la población española de entre 30 y 65 años, aumentando la prevalencia de forma significativa en relación a la edad, alcanza cifras entre el 10-15% en la población mayor de 65 años, y el 20% si consideramos sólo a los mayores de 80 años.

La tasa de mortalidad de la DM tipo II oscila entre 12,75 y 30,37 muertes por mil habitantes, según la distintas Comunidades Autónomas. A ello hay que sumarle los efectos perjudiciales que la DM tipo II causa en los denominados órganos diana: cerebro, riñón y sistema circulatorio con el consiguiente impacto en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Tal es la importancia de dichos efectos deletéreos que es conocido que en torno al 75% de los pacientes con DM tipo II mueren por enfermedad cardiovascular, principalmente por enfermedad coronaria.

El manejo terapéutico de la DM tipo II se basa en la mejora de los estilos de vida (dieta y ejercicio fundamentalmente) y cuando ello ya no es suficiente para mantener unos adecuados valores de hemoglobina glicosilada, se opta por el tratamiento farmacológico. Elegir uno u otro fármaco está determinado por la

edad del paciente, la función renal y hepática y el uso de medicamentos que sean seguros, eficaces, efectivos y eficientes.

OBJETIVOS:

Observar la adecuación y seguimiento de los diabéticos tipo 2 de nuestro centro de salud a los criterios de la ADA (American Diabetes Association).

MÉTODO:

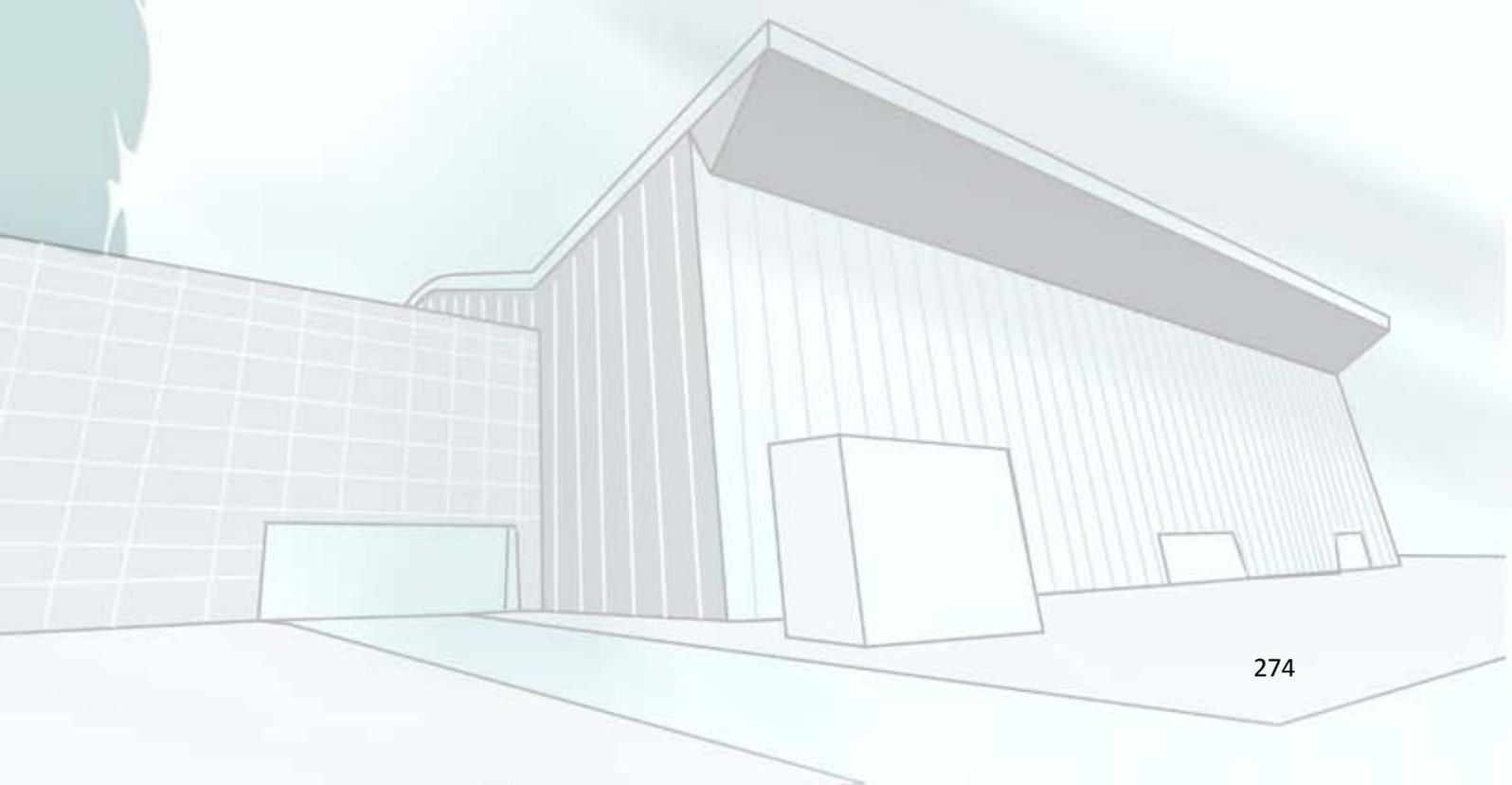
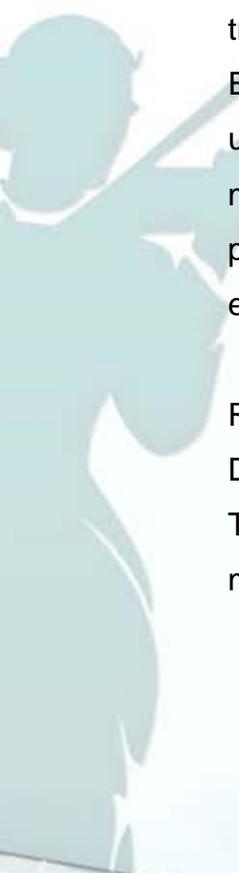
Estudio descriptivo realizado en los pacientes codificados como diabéticos tipo 2 en el sistema informático de nuestro centro de salud. Recogemos los siguientes datos: tabaquismo, RCV, TA, HbA1c, Cr, microalbuminuria y tipo de tratamiento.

El estudio se plantea como programa de calidad para el año 2009 haciéndose una primera evaluación en enero de 2010 y continuando con el programa hasta marzo de 2011. Las intervenciones se realizaron en agosto de 2009, presentando los datos en el equipo de atención primaria tanto al inicio como en el corte de enero de 2010.

RESULTADOS:

Diabéticos diagnosticados 677

Tensión arterial sistólica media: 132 mmHg; tensión arterial diastólica media: 75 mmHg; creatinina media 1,1 mg/dl; hemoglobina glicosilada media 6.6 %.



R0136

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ADMISION, MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD

Alcubilla Serrano MC

Calvo Martín Y

Alcubilla Serrano ML

García Márquez RM

JUSTIFICACION

El funcionamiento del servicio de admisión repercute tanto en los pacientes como en los trabajadores del centro de salud. El clima laboral en el servicio de admisión no es bueno y la satisfacción del resto del personal con este servicio tampoco lo es. La falta de normas y acuerdos es una fuente de conflictos y malentendidos que se pueden solucionar.

OBJETIVOS: Mejorar el funcionamiento del servicio de admisión.

DISEÑO

Población de estudio: 4 administrativos, 2 celadores, 8 médicos de familia, 3 pediatras, 1 matrona y 8 enfermeras. Se realiza una encuesta entre los profesionales del centro de salud. A la pregunta: "¿Crees necesario establecer unas normas para mejorar el funcionamiento del servicio de admisión?", el 100% de los participantes en el proyecto contesta "sí". Para detectar problemas y acordar soluciones se hace una reunión con el servicio de admisión, otra con el personal sanitario/facultativo y otra conjunta.

Problemas detectados por el personal de admisión:

- Falta protocolo de derivación de consultas urgentes
 - Trato a veces no correcto
 - Conflicto con las urgencias de pediatría por la tarde
 - Archivo de muchas historias clínicas
 - Mal clima laboral
 - Falta de normas de actuación ante solicitud para hablar con responsables
- Problemas detectados por el personal sanitario/facultativo
- Falta de historias clínicas en consulta
 - A veces no se comunica la demanda de aviso domiciliario
 - Dificultad para contactar telefónicamente con admisión por línea privada.

- "Plincha"*
- Desconocimiento de administrativo de referencia.
 - Falta de protocolo de derivación de urgencias
 - Dificultad para localizar a algunos profesionales que se ausentan sin comunicarlo así como la persona que lo sustituye en caso de tramo de urgencias

CRITERIOS DE EVALUACION

1. Todas las derivaciones de consulta urgente se realizarán según protocolo
2. Deberá aumentar la satisfacción del personal sanitario y facultativo con el funcionamiento del servicio de admisión.
3. Deberá aumentar la satisfacción del personal de admisión en relación al trabajo realizado.

INDICADORES Y ESTANDARES

1. N° de urgencias derivadas según protocolo/N° total de urgencias. Estándar: 80%
2. N° de profesionales sanitarios/facultativos que piensan que ha mejorado el funcionamiento de admisión desde la puesta en marcha del proyecto/ N° de profesionales sanitarios/facultativos del centro. Estándar: 50%.
3. N° de trabajadores de admisión que piensan que ha mejorado el funcionamiento del servicio desde que se ha puesto en marcha el proyecto/ N° de profesionales de admisión. Estándar: 50%.

INTERVENCIONES REALIZADAS

Se realiza un protocolo de derivación de urgencias y un documento con las soluciones acordadas que se entregan a todos los profesionales. Además se deja una copia en admisión.

EVALUACIÓN

Se realiza al cabo de un año con el siguiente resultado:
Indicador 1: 94% // Indicador 2: 94,7% // Indicador 3: 75%

CONCLUSIONES

Con pequeñas intervenciones se pueden conseguir notables mejoras.
Al ser un proyecto que nos interesaba a todos ha sido muy participativo.

R0137

PROCESO DE CONSULTA DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE SALUD

Hernandez Zapata JC

Cifuentes Sánchez JC

Álvarez Giganto MI

Mesonero Sandin R

Alonso Calvo C

Moreno González Y

INTRODUCCIÓN:

Desde que elaborara en 2006 su Mapa de Procesos (Jornadas de calidad de Castilla y León) nuestro Centro de Salud , ha desarrollado un modelo de Gestión por Procesos, en el que paulatinamente ha ido diseñando, implantando e implementando un serie de procesos (12 procesos y 11 subprocesos). Realizada la Autoevaluación EFQM en 2011, se encontró que una de las áreas de mejora era la consulta de Enfermería, sus registros y su relación con otros Procesos y con la actividad de otros profesionales. Como medida de mejora se consideró el diseño e implantación del Proceso de Consulta de Enfermería.

El EFQM plantea que un proceso es una acción orientada a generar valor añadido sobre una entrada, para conseguir un resultado satisfactorio a un requerimiento.

OBJETIVOS:

Determinar los subprocesos operativos y las actividades de la Consulta de Enfermería, los procesos y subprocesos asociados, relaciones, expectativas y flujos de salida.

MÉTODO:

Se formó un grupo de trabajo de seis personas, que a través de revisión de documentación, reuniones con grupos de interés y reuniones de trabajo han definido los Subprocesos, Procesos relacionados, actividades, según el Modelo de Gestión por Procesos, comparándolo con experiencias teóricas previas,

adaptándolo a la nueva situación de reparto de responsabilidades y los mecanismos de registro y comunicación establecidos por la gerencia.

RESULTADOS:

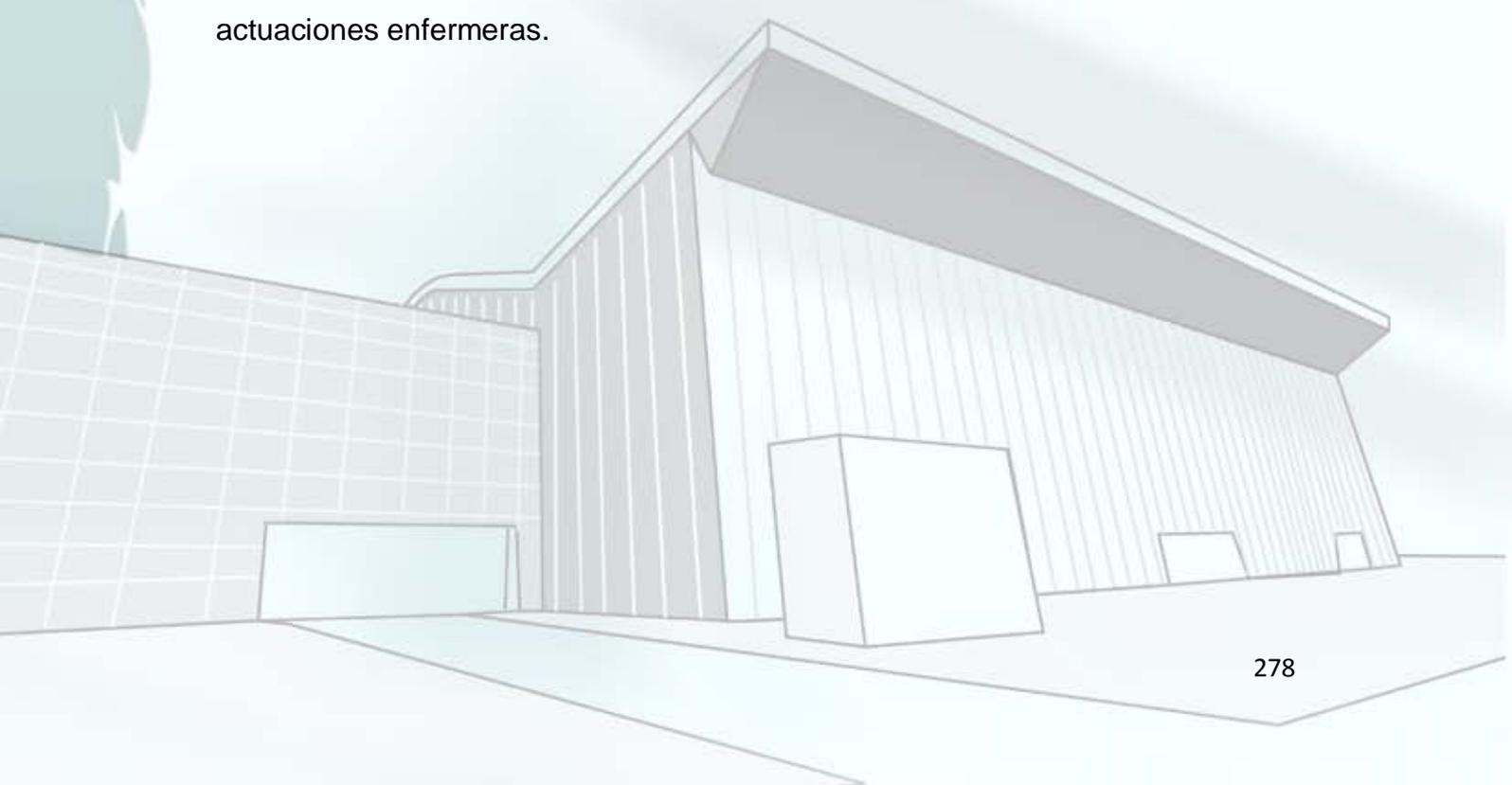
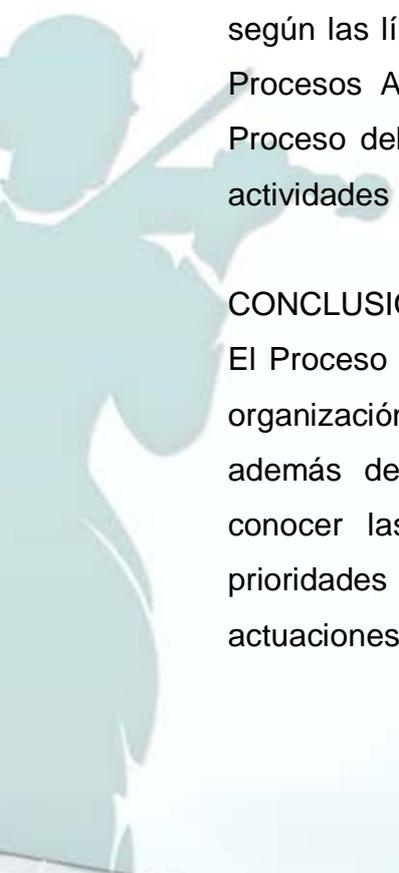
Se han identificado 63 Tareas, 52 actividades, 18 subprocesos, 12 procesos relacionados.

DISCUSIÓN:

Se han definido subprocesos reales y operativos, con adecuado diseño para la gestión diaria de las actividades. Con la representación IDEF, el Mapa del Proceso pretende respetar la estrategia de prioridades del Centro de Salud, según las líneas de gestión y evaluación de la GAP , relacionándolos con los Procesos Asistenciales Integrados que le corresponden y con el Mapa de Proceso del Centro de salud la GAP, con el fin de mejorar la calidad de las actividades del centro y adaptarse a la cartera de servicios del SACYL.

CONCLUSIONES:

El Proceso nos muestra la Consulta de Enfermería, su oferta de servicios, su organización y sus vínculos, así como las actividades de mejora continua, además de mostrarnos la clasificación de los subprocesos, nos permite conocer las actividades, recursos, tiempos y esfuerzos, nos indica las prioridades y por tanto nos permite la mejor organización y registro de las actuaciones enfermeras.



R0138

ENFERMOS CON DEMENCIA, SUS CUIDADORES Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. \“MEJOREMOS CONOCIENDONOS\”. UN DISEÑO DE CALIDAD ASISTENCIAL

Álvarez Álvarez V

Angulo Fdez. de Larrea B

Alzorriz Varona C

Gonzalez Rasillo A

Contreras B

Gutierrez Diez E

JUSTIFICACION

El Sd. Demencia es muy prevalente en la población anciana en nuestro medio. Los enfermos con demencia necesitan de un cuidador responsable de su atención durante los 10 años, que de media se prolonga la enfermedad.

Apoyar al cuidador de enfermos con demencia revierte en su salud y en la del enfermo. Trabajamos en una zona rural, de montaña, dispersa, con 51 pequeños núcleos de población. Los Servicios Sociales no se integran en el Centro de Salud, sino en los CEAS, la coordinación entre ambos niveles es necesaria para mejorar la atención a nuestros pacientes.

OBJETIVO

Mejorar la calidad de vida de enfermos con demencia y sus cuidadores, Localizar a los enfermos con demencia en nuestra Zona Básica, realizar un correcto diagnóstico, registro y realización de las actividades de cartera de servicios de Atención Primaria, desde el punto de vista médico, enfermero y de trabajo social.

Favorecer la participación de los enfermos y sus familias en las actividades de la Asociación de de Enfermos con Alzheimer de la Z.B. de Salud.

Medir la sobrecarga del cuidador de enfermos con demencia.

DIMENSIONES DE CALIDAD ESTUDIADAS

Científico-Técnica, Eficiencia, Satisfacción.

DISEÑO E INTERVENCIONES

Población: todos los enfermos con demencia de nuestra Zona Básica de Salud y su cuidadores. Partiendo de los registros de la cartera de servicios (17 demencia y 12 cuidadores), y registros del CEAS (55 dependientes) de 2010, pretendemos aumentar los pacientes incluidos en un 50 %.

Intervendremos en 3 indicadores de proceso, identificados como causas del problema, con sus estándares.

-Sobre los profesionales del Centro de Salud, realizaremos, taller sobre aspectos prácticos y dificultades en el diagnóstico y registro del Serv, Demencia; y 2º taller sobre aspectos prácticos y dificultades en el Servicio del Cuidador.

-Sobre la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer , charla " Como actuar ante situaciones difíciles con mi familiar enfermo de Alzheimer, recursos disponibles en el Centro de Salud y CEAS "

-Sobre las Trabajadoras Sociales, proponemos reuniones de coordinación, buscamos que todos los pacientes con demencia tengan localizado al cuidador y reciban servicios de médico, enfermera y trabajador social.

Pasar la Escala de Zarit a todos los cuidadores asociados.

RESULTADOS

Tras las reuniones mantenidas hemos detectado areas de mejora en dimensiones de información, apoyo y formación, y destacamos la proyeccion social del proyecto. Hemos programado fecha de los talleres: 16 mayo, demencia; 17 mayo, Asociación familiares; 23 mayo.

CONCLUSION .

Las primeras intervenciones realizadas cuenta con buena respuesta y colaboración de los servicios sociales. La localización de enfermos con demencia, y sus cuidadores principales, permite ofertar apoyo sociosanitario, y formación específica que incidirá en una mejor calidad de vida de los enfermos y cuidadores, retrasando o evitando el internamiento y el abandono del medio rural.

R0139

OBESIDAD INFANTIL: CLUSTER DE ACTIVIDADES

Sierra Manzano JM

García López MP

García Pérez A

Martínez García ME

Sánchez de Dios M

INTRODUCCIÓN

La obesidad consiste en el acumulo de tejido graso en el organismo en relación con otros componentes corporales y suele ser el resultado de un balance energético positivo, en que la entrada de energía excede al gasto. El aumento de su prevalencia en la infancia (un 10,4% de los niños españoles sufre obesidad y cerca de un 12% tiene sobrepeso), que ha sido considerado como una epidemia por la OMS, es un problema de salud pública tan importante, o más, que las drogodependencias o el SIDA. La infancia es un periodo crucial para actuar sobre la conducta, ya que las costumbres adquiridas en esta etapa de la vida van a ser determinantes en el estado de salud en el adulto.

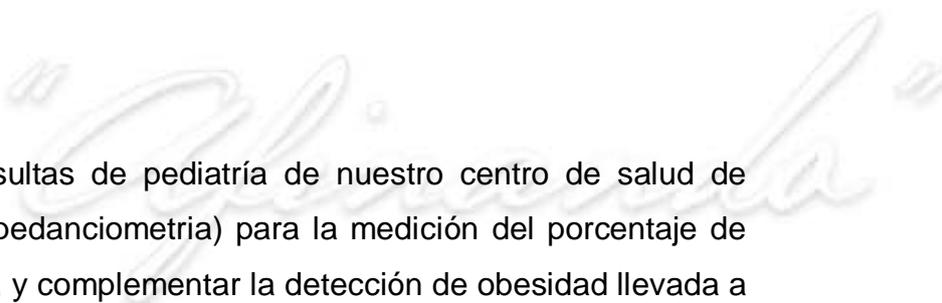
OBJETIVOS

Con el término cluster nos referimos al conjunto de actividades en relación la obesidad infantil, llevadas a cabo en la ciudad de Soria (2009-2010), que establecen vínculos funcionales entre sí para la obtención de mejores resultados en el reconocimiento social y clínico de dicha patología.

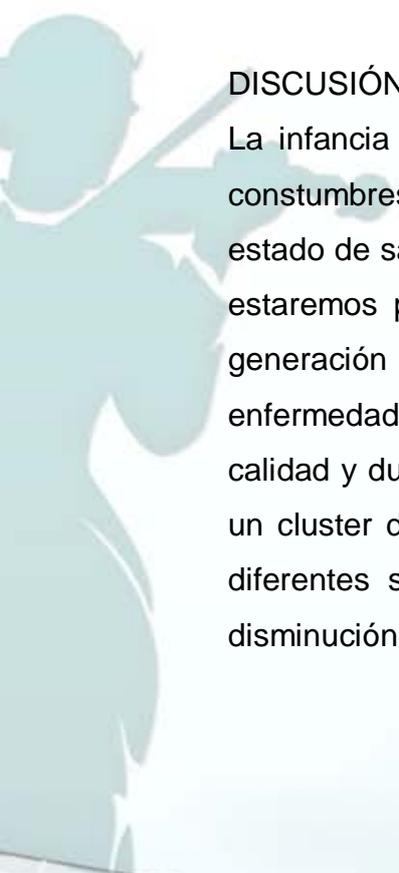
MÉTODO

Se han puesto en marcha las siguientes actividades:

- estudio de prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en las consultas de pediatría (obesidad 8,2% y sobrepeso 7,6%)
- elaboración, en las consultas de pediatría, de un protocolo de obesidad infantil
- realización del estudio Factores de riesgo para el sobrepeso y la obesidad infantil, financiado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

- 
- implantación en las consultas de pediatría de nuestro centro de salud de instrumental adecuado (impedanciometría) para la medición del porcentaje de grasa corporal en los niños, y complementar la detección de obesidad llevada a cabo de forma tradicional, a través del índice de masa corporal
 - reportajes en medios de comunicación locales sobre el problema de la obesidad infantil
 - alianzas: participación en charlas sobre alimentación en la infancia (Peque-mercado) y promoción de la lactancia materna
 - publicación del libro Cómo como a través del Consejo de Salud de Zona y su remisión a las consultas de pediatría de la provincia de Soria para su entrega a los niños, así como a los centros de enseñanza interesados

DISCUSIÓN



La infancia es un periodo crucial para actuar sobre la conducta, ya que las costumbres adquiridas en esta etapa de la vida van a ser determinantes en el estado de salud en el adulto. A menos que actuemos de forma firme y decidida estaremos permitiendo que un gran número de niños se conviertan en una generación perdida, que más bien pronto que tarde deberá enfrentarse a las enfermedades derivadas del exceso de peso que acortarán sensiblemente la calidad y duración de sus vidas. Un método integral de acción es el diseño de un cluster de actividades, que desde perspectivas convergentes y dirigidas a diferentes sectores de la población permitan actuar de forma global en la disminución de la prevalencia de esta patología.

R0141

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS EN RELACION
CON EL SOPORTE SOCIAL**

González Bustillo M B

Casado del Olmo M I

Fernández Ramajo M A

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION:

España como el resto de los países europeos tiene una población que tiende a envejecer. Si comparamos la esperanza de vida en España con otros países de la Unión Europea, las mujeres españolas son las más longevas de toda la unión Europea. Para el próximo futuro, distintos estudios sobre población indican que la presencia de las mujeres mayores en la población cada vez será más importante.

Un estudio previo realizado sobre el envejecimiento femenino, exponía que las mujeres mayores no constituyen un grupo homogéneo, sino que existen distintas variables que influyen en el envejecimiento, así por ejemplo, las actividades sociales varían si las mujeres están solteras, separadas y divorciadas, las cuales tienen una mayor vida social que las mujeres viudas.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, algunos lo consideran un macro concepto, ya que integra diferentes vertientes desde la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad, el estado de salud (Físico, Psíquico y Social).

En cuanto a la relación con el Soporte Social, es preciso analizar las relaciones entre el individuo y la comunidad, y entre la comunidad y el individuo, abarcando tres áreas principales:

- Familia y hogar
- Relación social– amigos
- Implicación comunitaria (participación en actividades grupales de la comunidad)

OBJETIVOS:

- Evaluar la calidad de vida con respecto al soporte social de las mujeres mayores de 65 años.
- Identificar las necesidades más valoradas relacionadas con el soporte social
- Analizar la posible relación de los recursos sociales con determinadas variables sociodemográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: estudio transversal descriptivo

Población de estudio: mujeres mayores de 65 años

Criterios de inclusión: ser población de estudio y pertenecer algún programa de salud de los que se realizan en el centro de salud.

Variables de estudio: variables socio demográficas, variables de los recursos sociales

Procedimiento: un cuestionario de valoración multidimensional enfocado en los recursos sociales.

Análisis de los datos: SPSS 11.5

RESULTADOS:

Se realizan tablas y gráficos relacionando los valores de los recursos sociales con las variables principales de estudio.

DISCUSION:

El cuidado del hogar, las relaciones familiares sobre todo con los hijos y los nietos siguen siendo los aspectos más valorados por las mujeres mayores de 65 años. Una vez tratados y analizados los datos podríamos concluir en los siguientes diagnósticos enfermeros: desempeño inefectivo del rol, baja autoestima situacional. El empleo de escalas nos permite poder hacer una valoración integral para su utilización en los planes de cuidados.

PALABRAS CLAVE:

Mujeres mayores de 65 años, escalas, cuestionarios, calidad de vida, soporte social.

R0143

FACILITACION A TRAVES DE UN SISTEMA DE TRANSPORTE COLECTIVO, DE LA COBERTURA EN EL PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN UNA ZONA RURAL

Martínez García FV

Díez Galicia GE

Pérez García MA

Lorenzana de la Varga R

Atallah González MI

Naveiro Rilo JC

JUSTIFICACIÓN

Entre las actividades dirigidas a mujeres asintomáticas se encuentra el de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama en mujeres de 45 a 69 años con el objetivo general de disminuir la mortalidad por esta enfermedad. La Consejería de Sanidad desarrolla actividades de diagnóstico precoz desde hace mas de 16 años. Dicho programa esta integrado en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma. El transporte organizado y facilitado se ha ido incorporando progresivamente desde el año 2002.

OBJETIVOS

Valorar la influencia que ha supuesto el facilitar el transporte de forma colectiva desde los diferentes pueblos que conforman la Zona Básica de Salud hasta el Centro de referencia de la Unidad de Mamografía. Observar la evolución en esta Zona Básica de Salud del Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama durante los últimos 11 años.

DIMENSIÓN DE LA CALIDAD ESTUDIADA.

El aislamiento de determinadas zonas rurales, hoy día superado en la mayoría de la geografía de nuestra Comunidad Autónoma, puede no obstante limitar el acceso a determinadas mujeres y más aún a la mujer del medio rural, por sus múltiples ocupaciones. Se trata de facilitar el acceso a una prueba diagnóstica

ya arraigada en la población intentando que el desplazamiento no sea un rechazo a la misma.

DISEÑO.

Estudio comparativo retrospectivo de la tasa de participación de las mujeres de 45 a 69 años en el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama.

INTERVENCIONES REALIZADAS

La responsable del Programa del Centro de Salud en colaboración con la Unidad de Asistencia Básica correspondiente en cada pueblo, así como con la colaboración de determinados ayuntamientos de la Zona Básica de Salud organizaron junto con la Unidad de Mamografía las citas de forma adecuada para que pudieran acudir de forma colectiva.

RESULTADOS

En el año 2011 el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama citó a 602 mujeres del área rural de un Centro de Salud. Realizaron la mamografía 454 mujeres (75%). Ocho de los 11 municipios estudiados organizaron transportes colectivos. La participación en los municipios con transporte colectivo fue del 78% (347/443) y del 67% (107/159) en los municipios sin facilidades de desplazamiento. (Odds ratio: 1,75, IC95% Woolf: 1,17-2,62).

CONCLUSIONES

La existencia de transporte colectivo mejoró significativamente la participación de las mujeres en el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama.

R0144

PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO REUTILIZABLE

Mesonero Sandin J

Cifuentes Sánchez JC

Alvarez Giganto R

Hernández Zapata JC

Iglesias Rojas ML

Alvarez Mesonero M

INTRODUCCIÓN

El aumento de personas dependientes entre nuestra población, trae consigo el aumento de la necesidad de aparatos ortoprotésico La necesidad de dar una respuesta rápida a las situaciones por retrasos en la compra, usos por tiempo limitado, dudas en la pertinencia del artículo elegido, tec., nos llevan a realizar la propuesta de articular una manera más diligente, cómoda y flexible de atender a las demandas de nuestros pacientes con los recursos que ya contamos o de los que podamos disponer

OBJETIVOS:

- Valorar la Calidad del Servicio de Préstamo de Material Ortoprotésico Reutilizable
- Valorar la pertinencia de la utilización del método de Gestión por Procesos en el nuevo servicio del Centro de Salud

MÉTODO:

El Equipo de Atención Primaria ha recibido suficiente formación de Calidad y de Gestión por Procesos y ha impartido docencia sobre Calidad e Iniciación a la Gestión por Procesos en distintas Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma. El Equipo definió la misión, el responsable, los límites, los flujos de salida, las características de calidad, los componentes, las actividades, la Guía de Procedimiento y la Evaluación del Proceso. Anualmente se mide, el tamaño, el grado de solución, la calidad del servicio y la pertinencia del modelo de Gestión por procesos. La Calidad se evalúa con el tiempo de respuesta a la solicitud,

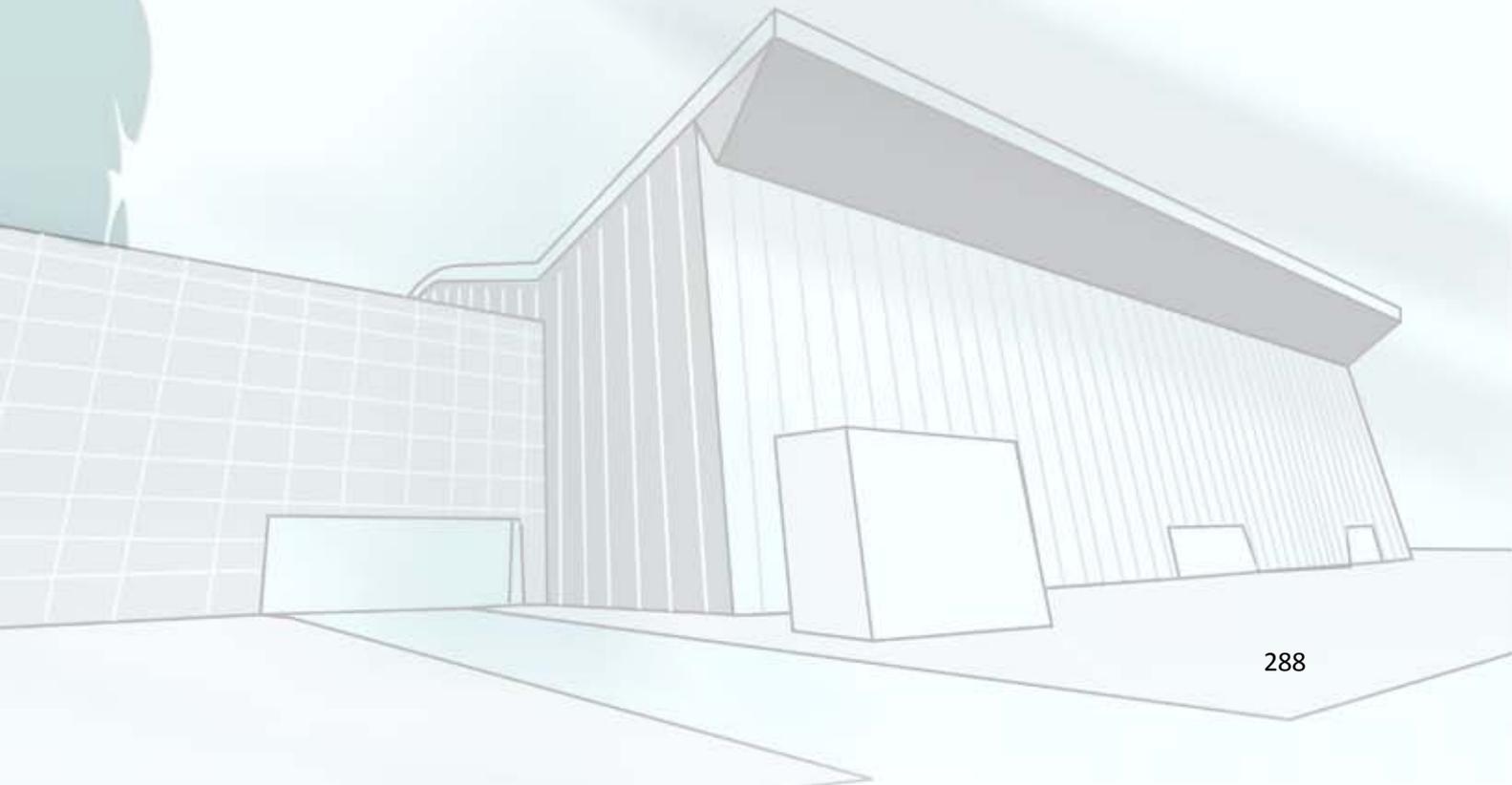
tiempo de tramitación, Revisión de las Guías, Porcentaje de pacientes o familiares satisfechos con la atención, con el artículo prestado, con la tramitación del gasto

RESULTADOS: del 1 de febrero de 2010 al 1 de febrero de 2011

Se han captado 12 unidades, se han tramitado 16 solicitudes, hay 22 unidades en préstamo y han utilizado material prestado 36 pacientes del centro de salud. Los indicadores de calidad superan todos los estándares, y la percepción de los profesionales del Centro de Salud es muy positiva.

DISCUSIÓN:

El servicio se ha mostrado una herramienta muy útil, con un alto grado de participación de los ciudadanos, con un altísimo grado de satisfacción por parte de los usuarios y de los profesionales que lo han asumido como un sistema integrado y propio del Equipo. La gestión por Procesos es una herramienta adecuada y útil para la implementación de nuevos servicios en un Centro de Salud.



R0146

**ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA
MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE EN EMBARAZADAS**

Roldán Contreras M.G

Bachiller Luque M^a R

López González L

García Collado S

Vega Gutiérrez M^aL

Rojo Cuesta M^aS

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el tipo de alimentación idóneo para el lactante durante los seis primeros meses de vida. Las dificultades para el inicio de la misma acontecen durante los primeros quince días de vida. Existen tópicos y dificultades con ignorancia de la técnica que dificultan el inicio y el éxito de la lactancia materna

OBJETIVO

Conocer el grado de conocimiento de la técnica de la lactancia materna en un grupo de embarazadas de un centro de salud urbano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para su realización, se formó un equipo de trabajo integrado por profesionales sanitarios con experiencia en el ámbito de la Pediatría: una enfermera y dos pediatras. Se crearon encuestas Pre-test previas a la recepción de una charla de educación sanitaria a embarazadas a partir de las 32 semanas de gestación de u centro de salud urbano que incluyeron preguntas como: ¿conoces las técnicas de lactancia materna?, ¿tiene la intención de dar de mamar a tu hijo?, ¿conoces el calendario de introducción de alimentos del primer año?, ¿tienes experiencia con otro hijo?, ¿los sanitarios de hospital o del centro de salud te ayudaron

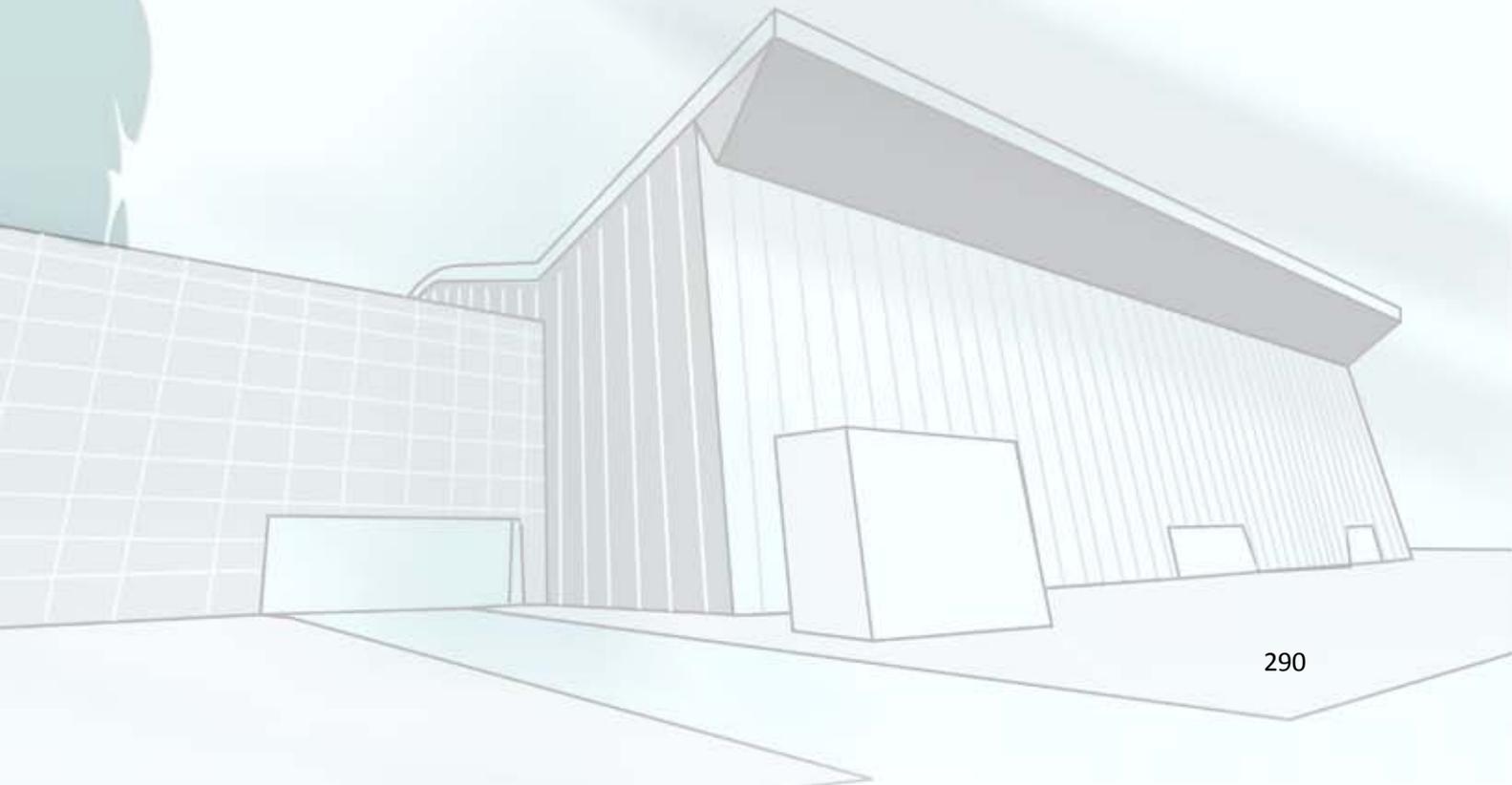
"Alinanda"

RESULTADOS.

Se registraron 56 encuestas, a lo largo de 12 meses., en el curso de 8 sesiones, a mujeres embarazadas de entre 26 y 42 años de edad de más de 32 semanas de gestación. El 96.4% respondió que tenía intención de dar pecho pero desconocían la técnica correcta. El 92.8% no conocía el calendario de introducción de alimentos en el 1er año. Las madres que tenían otro hijo; en un 65 % respondieron no haber recibido ayuda por parte de sanitarios para el aprendizaje de una adecuada técnica de lactancia materna.

CONCLUSIONES.

Dados los resultados se hace imprescindible una adecuada educación sanitaria a las embarazadas acerca de la técnica de la lactancia materna. El centro de salud, por la cercanía y accesibilidad de los usuarios se presenta como el lugar idóneo para la realización de dicha educación sanitaria. Los sanitarios del centro de salud deben implicarse más en esta labor educativa.



R0147

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE CHARLAS PARA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

Roldán Contreras MG

Bachiller Luque M^a R

López González L

García Collado S

Vega Gutiérrez M^aL

Rojo Cuesta M^aS

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el tipo de alimentación idóneo para el lactante durante los seis primeros meses de vida. Las dificultades para el inicio de la misma acontecen durante los primeros quince días de vida. Existen tópicos y dificultades con ignorancia de la técnica que dificultan el inicio y el éxito de la lactancia materna

OBJETIVO

Conocer el grado de conocimiento de la técnica de la lactancia materna en un grupo de embarazadas de un centro de salud urbano.

MATERIAL Y MÉTODOS

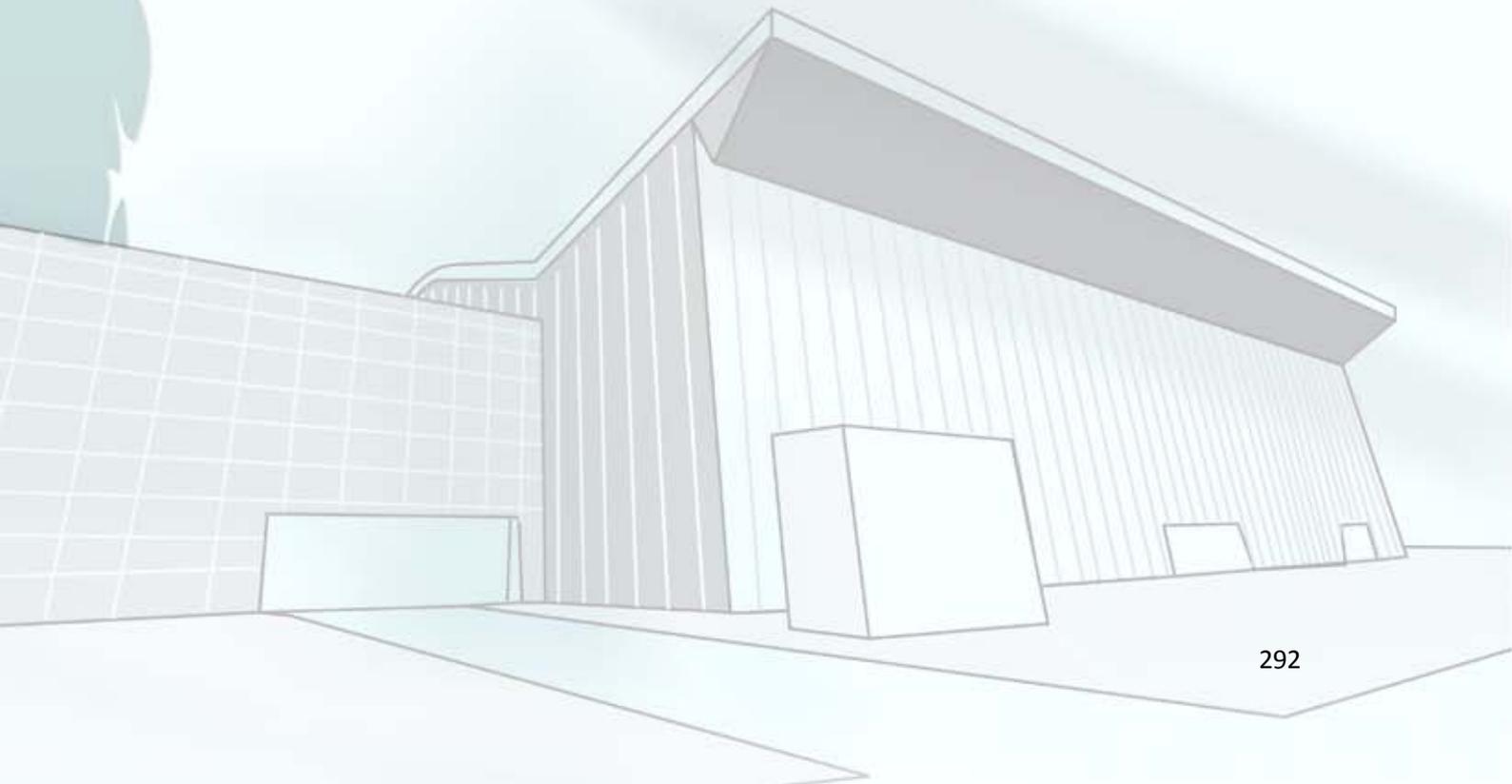
Para su realización, se formó un equipo de trabajo integrado por profesionales sanitarios con experiencia en el ámbito de la Pediatría: una enfermera y dos pediatras. Se crearon encuestas Pre-test previas a la recepción de una charla de educación sanitaria a embarazadas a partir de las 32 semanas de gestación de u centro de salud urbano que incluyeron preguntas como: ¿conoces las técnicas de lactancia materna?, ¿tiene la intención de dar de mamar a tu hijo?, ¿conoces el calendario de introducción de alimentos del primer año?, ¿tienes experiencia con otro hijo?, ¿los sanitarios de hospital o del centro de salud te ayudaron

RESULTADOS.

Se registraron 56 encuestas, a lo largo de 12 meses., en el curso de 8 sesiones, a mujeres embarazadas de entre 26 y 42 años de edad de más de 32 semanas de gestación. El 96.4% respondió que tenía intención de dar pecho pero desconocían la técnica correcta. El 92.8% no conocía el calendario de introducción de alimentos en el 1er año. Las madres que tenían otro hijo; en un 65 % respondieron no haber recibido ayuda por parte de sanitarios para el aprendizaje de una adecuada técnica de lactancia materna.

CONCLUSIONES.

Dados los resultados se hace imprescindible una adecuada educación sanitaria a las embarazadas acerca de la técnica de la lactancia materna. El centro de salud, por la cercanía y accesibilidad de los usuarios se presenta como el lugar idóneo para la realización de dicha educación sanitaria. Los sanitarios del centro de salud deben implicarse más en esta labor educativa.



R0148

MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: CASE MIX EN SALUD LABORAL

López Gobernado M

Hervella Ordoñez M

Villalba Gil D

López García E

Hernández Bartolomé J

Aceves Rodríguez J

JUSTIFICACIÓN: Los Servicios de Prevención Hospitalarios dan cobertura a un tipo de paciente especial, que son los propios trabajadores, y ese tipo de asistencia y su calidad debe ser analizada. De las funciones del Servicio de Prevención destacan, la asistencia sanitaria (diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades comunes, reconduciendo el proceso al nivel asistencial que corresponda), la vigilancia de la salud de los trabajadores, en los términos establecidos en el apartado 3 del artículo 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención y el estudio de las enfermedades profesionales, las enfermedades relacionadas con el trabajo y los accidentes laborales sufridos por los trabajadores. El reto para los profesionales de la salud laboral debe consistir en aprovechar la capacidad que disponemos hoy en día para acceder a los datos, y disponer de información útil para tomar decisiones inteligentes para mejorar la profesión, la práctica clínica y gestionar los recursos eficientemente. La calidad del Servicio de Prevención, ha de ser evaluada desde la eficacia, referida al resultado de la asistencia y desde la eficiencia o recursos empleados para lograr el máximo nivel de satisfacción del paciente.

OBJETIVOS: Objetivo General: Conocer la casuística de la asistencia por paciente en el Servicio de Prevención de un Área de Salud de más de 4000 trabajadores. Objetivos Específicos: Diferenciar la asistencia por edad, sexo y categoría profesional de los trabajadores.

DISEÑO: Estudio descriptivo de carácter retrospectivo de las asistencias realizadas (n=624) en una consulta médica de un Servicio de Prevención de un Área de Salud de SACYL durante el año 2010 (12 meses).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Se recogen los siguientes datos en una base de datos de elaboración propia: Fecha de la asistencia, motivo de consulta, nombre, centro de trabajo al que pertenece, área de trabajo, tipo de contrato, sexo, edad, categoría profesional, tipo de reconocimiento. Se introduce por parte del médico especialista en medicina del trabajo un diagnóstico principal y un máximo de dos secundarios según la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

RESULTADOS: Del total de asistencias sanitarias, 96 fueron reconocimientos médicos, 68 accidentes de trabajo, 54 informes, otras actuaciones 53, y 353 consultas, con una edad media de los pacientes de 47 años siendo el 85 % mujeres pertenecientes al personal de enfermería hospitalario. En nuestro estudio tomamos como más relevantes los diagnósticos principales de las consultas, y describimos la prevalencia de las enfermedades del sistema respiratorio (26%), siendo la práctica totalidad infecciones agudas de las vías respiratorias superiores [00-J06]. Las causas externas de morbilidad y mortalidad ascienden a un 22% debido a posibles exposiciones a *Mycobacterium tuberculosis*. Nuestros datos estadísticos reflejan enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y de los tejidos conectivos (16%) y enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (7%) prevaleciendo Artropatías [M00-M25] e infecciones de la piel y del tejido subcutáneo [L00-L08] respectivamente.

CONCLUSIONES: Podemos afirmar que la utilización del case mix es una herramienta de importancia en el control de Gestión Clínica de Servicios de Salud y optimiza el análisis, medición, planificación y mejora de los procesos asistenciales. El grado de detalle aportado por los datos del estudio nos permite identificar desde la clínica, en qué procesos asistenciales existe o no potencial de mejora, lo cual constituye el punto de partida de una verdadera gestión orientada a un producto ya que es capaz de atribuir a dicho producto un conjunto de indicadores claves de calidad y eficiencia asistenciales.

COLABORADORES



PATROCINADORES



INDAS



GRIFOLS

AstraZeneca

