

**PRIMERAS JORNADAS TÉCNICAS SOBRE GESTIÓN CLÍNICA EN ASTURIAS**  
**COMUNICACIONES ACEPTADAS**

Código	Título	Primer autor	Correo electrónico	Centro
AE01	ROTACIÓN DE LA FORMACIÓN EN LA UGC DE FARMACIA DEL HUCA	YOLANDA GONZALEZ SANDOVAL	ygsandoval@hotmail.com	AGC FARMACIA HUCA ÁREA SANITARIA IV
AE02	CAMBIO DE TURNOS DE LAS AUXILIARES Y CELADORES EN LA UGC DE FARMACIA DEL HUCA	YOLANDA GONZALEZ SANDOVAL	ygsandoval@hotmail.com	AGC FARMACIA HUCA ÁREA SANITARIA IV
AE03	PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA ELABORACION DE UN PRESUPUESTO DE GASTOS DE AGC EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	LUIS FERNANDEZ-TRABADELO RAYON	luisfernandez.trabadelo@sespa.princast.es	HUCA OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE04	PRESUPUESTO DE GASTOS DE UNA AGC. LOS RECURSOS COMPARTIDOS	LUIS FERNANDEZ-TRABADELO RAYON	luisfernandez.trabadelo@sespa.princast.es	HUCA OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE05	CUADRO DE MANDOS INTEGRAL DE ENFERMERÍA (CMIE). EXPERIENCIA TRAS UN AÑO	Mª EUGENIA LLANEZA VELASCO	EUGENIA.LLANEZA@SESPA.PRINCAST.ES	HOSPITAL DE JARRIO ÁREA SANITARIA I
AE06	PROPUESTA DE UN PLAN DE FORMACION PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA UGC DE URGENCIAS DEL HUCA	MARIA YOLANDA GARCIA BANGO	YGBANGO@GMAIL.COM	HUCA OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE07	AUDITORÍA OBSERVACIONAL: UTILIZACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN	MARGARITA DEL VALLE GARCÍA	margaritadel.valle@sespa.princast.es	UNIDAD DE CALIDAD HOSPITAL DE CABUEÑES GIJON ÁREA SANITARIA V
AE08	TELEOFTALMOLOGIA: EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA EN EL MARCO DE LA GESTIÓN CLÍNICA	CRISANTO MANUEL ALONSO ALVAREZ	crisantomanuel.alonso@sespa.princast.es	AGC SRVICIO MEDICO-QUIRURGICOS HOSPITAL DE JARRIO ÁREA SANITARIA I
AE09	URGENCIAS ¿PESA O CUENTA?	CRISTINA GOMEZ SUAREZ	crisgosua@hotmail.com	HOSPITAL VALLE DEL NALON SAMA DE LANGREO ÁREA SANITARIA VIII
AE10	EFFECTO EN LA GESTIÓN CLÍNICA DE LA CONTABILIDAD DE LA CASUÍSTICA	NATIVIDAD VAAMONDE LONGUEIRA	NATIVIDAD.VAAMONDE@SESPA.PRINCAST.ES	HOSPITAL DEL ORIENTE ARRIONDAS ÁREA SANITARIA VI
AE11	COMUNICACIÓN SIN ERRORES	JOAQUIN MORIS DE LA TASSA	joaquin.moris@sespa.princast.es	UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES GIJON ÁREA SANITARIA V
AE12	ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD	JOAQUIN MORIS DE LA TASSA	joaquin.moris@sespa.princast.es	UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES GIJON ÁREA SANITARIA V
AE13	ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN MEDICINA INTERNA	JOAQUIN MORIS DE LA TASSA	joaquin.moris@sespa.princast.es	UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES GIJON ÁREA SANITARIA V
AE14	EXPERIENCIA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	JOAQUIN MORIS DE LA TASSA	joaquin.moris@sespa.princast.es	UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES GIJON ÁREA SANITARIA V
AE15	IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACOGIDA PARA NUEVOS PROFESIONALES	ROSENDO ARGÜELLES BARBÓN	ROSENDAB@HOTMAIL.COM	UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES GIJON ÁREA SANITARIA V
AE16	CALIDAD DE VIDA DEL PROFESIONAL QUE TRABAJA EN EL AGC DE NEUROCIENCIAS DEL HUCA SEGÚN EL CUESTIONARIO CVP	MARIA ISABEL PRIETO MENDEZ	MARIAISABEL.PRIETO@SESPA.PRINCAST.ES	HUCA OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE17	CALIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE NEUROCIENCIAS DEL HUCA: LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CUESTIONARIO SERVQHOS	MARIA ISABEL PRIETO MENDEZ	MARIAISABEL.PRIETO@SESPA.PRINCAST.ES	HUCA OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE18	IMPACTO ASISTENCIAL DEL NUEVO SISTEMA DE GESTIÓN: LA EXPERIENCIA DEL AGC DE NEUROCIENCIAS	MARIA ISABEL PRIETO MENDEZ	MARIAISABEL.PRIETO@SESPA.PRINCAST.ES	HUCA OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE19	ANÁLISIS DAFO DE LAS AGC DEL HUCA: EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA	MARÍA ISABEL PRIETO MÉNDEZ	mariaisabel.prieto@sespa.princast.es	HUCA OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE20	SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y RERPERCUSIÓN DE LOS ABSENTISMOS EN LAS AGC/UGC	MONTSERRAT AMOR OVIES	MONTSERRAT.AMOR@SESPA.PRINCAST.ES	HOSPITAL SAN AGUSTÍN AVILÉS ÁREA SANITARIA III
AE21	¿CUANTOS MÉDICOS NECESITA UN SUH?	PILAR MENENDEZ SOMOANO	Pilarmenendezs@hotmail.com	INSTITUTO NACIONAL SILICOSIS OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE22	CICLO DE MEJORA CONTENCIÓN MECÁNICA UHP-HVN	JUAN CARLOS BERNALDO DE QUIROS GONZALEZ	JUCABE33@HOTMAIL.COM	AGC SM-UHP HOSPITAL VALLE DEL NALON SAMA DE LANGREO ÁREA SANITARIA VIII
AE23	DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE SALUD FÍSICA EN LOS PACIENTES EN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS	SUSANA SANTAMARINA MONTILA	SMONTILA@HOTMAIL.COM	AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON ÁREA SANITARIA VIII
AE24	ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y DE LOS FACTORES RELACIONADOS EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL	SUSANA SANTAMARINA MONTILA	smontila@hotmail.com	AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON ÁREA SANITARIA VIII

AE25	GESTIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL: CONCILIACIÓN E INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA AL ALTA	JUAN JOSE CORTE GARCIA	juanjose.corte@sespa.princast.es	SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL MONTE NARANCO OVIEDO ÁREA SANITARIA III
AE26	PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN GESTIÓN CLÍNICA: DESARROLLO Y CICLO DE MEJORA EN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN SALUD MENTAL	JOSÉ MARÍA PELAYO TERÁN	PELAYOTERAN@GMAIL.COM	AGC SALUD MENTAL ARRIONDAS ÁREA SANITARIA VI
AE27	GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA Y PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO: DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS	LUCIA VELASCO ROCES	lucia.velasco@sespa.princast.es	HUCA OVIEDO ÁREA SANITARIA IV
AE28	HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL	JUAN JOSE MARTÍNEZ JAMBRINA	JJMAMBRINA@GMAIL.COM	HOSPITAL SAN AGUSTÍN AVILÉS ÁREA SANITARIA III
AP01	COMPARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL DE UNA UGC RESPECTO A SU AREA DE SALUD	JUAN SAAVEDRA MIJAN	DIRECCIONMEDICA.GAP7@SESPA.PRINCAST.ES	GERENCIA AREA SANITARIA VII
AP02	¿QUÉ SE CUECE EN CORVERA?	JOSE MARÍA CASADO VIÑAS	chema.gap3@gmail.com	UGC DE CORVERA ÁREA SANITARIA III
CS01	AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS (ACSC) Y UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA	MARIO MARGOLLES MARTINS	MARIOMARGOLLES@GMAIL.COM	CONSEJERIA DE SANIDAD- DIRECCION GENERAL SALUD PUBLICA
CS02	¿SON CAPACES LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO?	MARIO MARGOLLES MARTINS	MARIOMARGOLLES@GMAIL.COM	CONSEJERIA DE SANIDAD- DIRECCION GENERAL SALUD PUBLICA
SC01	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN (AG) EN EL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA ASTURIANO. SISTEMÁTICA Y RESULTADOS.	ALEJANDRA FUEYO GUTIERREZ	ALEJANDRA.FUEYO@SESPA.PRINCAST.ES	SERVICIO DE GESTION CLINICA SSSC SESPA
SC02	DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD PARA EL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS: SINOC-DAIME®	OSCAR SUAREZ ALVAREZ	OSCAR.SUAREZA@SESPA.PRINCAST.ES	SERVICIO DE GESTION CLINICA SSSC SESPA
SC03	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL	OSCAR SUAREZ ALVAREZ	OSCAR.SUAREZA@SESPA.PRINCAST.ES	SERVICIO DE GESTION CLINICA SSSC SESPA
SC04	SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (SIAP)	ROBERTO SAIZ FERNÁNDEZ	ROBERTO.SAIZ@SESPA.PRINCAST.ES	AREA SISTEMAS SSSC SESPA

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****ROTACIÓN DE LA FORMACIÓN EN LA UGC DE FARMACIA DEL HUCA****Autores**

**TERESA RODRIGUEZ MARTINEZ. FARMACIA HUCA**  
**DOLORES GONZALEZ MARTIN. FARMACIA HUCA**  
**YOLANDA GONZALEZ SANDOVAL. FARMACIA HUCA**

**Objetivos**

Favorecer el intercambio de profesionales en las distintas áreas de actuación dentro de la UGC de Farmacia (preparación de citostáticos y nutriciones parenterales; dispensación a pacientes externos y ensayos clínicos; formulación magistral en laboratorio de farmacotecnia)

**Metodología**

Establecer una rotación cíclica de A.E. (auxiliares de enfermería) y D.U.E. (Diplomadas en enfermería) en las zonas de más alta especialización para que todo el personal susceptible de trabajar en ellos, reciba la formación y adquiera la capacitación necesaria. La formación se realizará dentro de su horario laboral y por encima del personal efectivo

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

Se inicia la rotación en formación para:

Incrementar de 3 a 8 las AE con preparación adecuada para la dispensación en el área de Pacientes externos y Ensayos Clínicos

Se formará a todos los AE (8) y DUE (7) en el trabajo de laboratorio técnico de farmacia en preparación, dispensación y control de calidad de fórmulas magistrales hasta el 100% del personal en turno fijo de mañanas. Todo el personal de nueva incorporación en el turno fijo de mañana de la UGC de Farmacia (AE y DUE) pasará a formarse en campanas de flujo laminar, conocerán protocolos y funciones específicas para la preparación de Nutriciones Parenterales y medicamentos citostáticos, así como las medidas de seguridad adecuadas en el anejo de estos productos.

**Resultados**

Durante el año 2011 y primer trimestre del año 2012 se ha dado formación a todos los DUEs que han trabajado en campanas de flujo laminar, estando formado el 100% del personal. Los AE lo está, el 100% del turno de mañana (mínimo aconsejable) y un 30% del rotatorio

En el laboratorio de 3 AE se pasa a 6 y de 2 DUEs se pasa a 5.

En Pacientes externos de 3 AE se pasa a 6 formadas

**Conclusiones**

La capacitación de todo el personal que por turno se adapte al que tienen en estas zonas de funciones especiales, facilita el intercambio de puestos de trabajo, por IT o vacaciones, en las zonas de mayor especialización dentro de la farmacia

A FAVOR: se aumenta la capacitación profesional del personal y motivación frente a nuevas experiencias

EN CONTRA: Existencia de personal reacio a cambios o falta de interés que representa una dificultad añadida en el desarrollo del programa de formación

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****CAMBIO DE TURNOS DE LAS AUXILIARES Y CELADORES EN LA U.G.C. DE FARMACIA DEL HUCA****Autores**

**ESTHER GARCIA SUAREZ. HUCA**  
**VERÓNICA SUAREZ GUTIERREZ. HUCA**  
**ANA I. VILLARINO FLOREZ. HUCA**  
**YOLANDA GONZALEZ SANDOVAL. HUCA**

**Objetivos**

Cuando iniciamos la andadura como UGC de Farmacia nos encontramos un trabajo distribuido de forma irregular, con refuerzo los viernes en los que dejaba preparada la Dosis Unitaria de todo el hospital para el fin de semana en el que presencia de personal bajaba sensiblemente.

Nuestro primer objetivo como Unidad de Gestión fué conseguir que la distribución de la Dosis Unitaria fuese diaria durante todo el año. Para poder lograrlo fué preciso la modificación de los distintos turnos existentes y la incorporación de los celadores hasta entonces dependientes de la subdirección de enfermería con presencias inestable y variada todo el año, para poder dirigir los cambios de sus turnos a la actividad e incorporando a este colectivo en la UGC.

**Metodología**

Establecer los RRHH necesarios para la preparación de Dosis Unitaria y distribuirla de forma diaria y permanente a las unidades de destino, complementándose con el resto de actividades de las distintas zonas de la Farmacia (Pacientes externos, Laboratorio farmacotécnico y Preparación de Citostáticos y Nutriciones parenterales).

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

=Se engloba a todo el personal de turno fijo en un único turno de mañana (8 A.E. y 4 celadores)

=Quedan 12 AE en rotatorio M/T/N con rotación diferente que se completa con otro de 6 AE en turno M/T para generar unas presencias de 7/4/1 por semana y 6/3/1 los festivos, ajustando los nuevos rotatorios para un reparto equitativo de los fines de semana entre los dos turnos. Las mañanas se refuerza por semana con personal del turno fijo para la preparación y dispensación de stock.

Favorece que a la disminución de presencias diarias se haya reducido las zonas de trabajo en Dosis Unitaria, utilizando los Armarios de dispensación automáticos(CARDEX)para la preparación de todas las Unidades de Hospitalización (HGA se hacía a mano)

= En el INS queda 1 AE y 1 DUE en jornada de mañana y un celador desde las 10 que reforzará de 15 a 17 el turno de tarde de los celadores para el reparto de DU en el HGA y sueros de policlinicas

**Resultados**

Quedan establecidos los diferentes turnos:

=De A.E.:

-Un único turno de mañana de lunes a viernes (co-existían 2, uno con 5 de lunes a viernes y otro de 3 que trabajaban sábados)

-Un turno de M/T/N modificado con 12 A.E. que tienen incorporados los días programados de descanso)

-Un turno de M/T con 6 AE que engloban al personal de jornada y a 5 AE en rotatorio de refuerzo

-Contamos con 2 AE de retén(jornadas, formación, bajas...)

=Turno de celadores

- 4 fijos de mañana, 2 de ellos para almacén de grandes volúmenes

- 9 rotatorio M/T para presencias constantes de 4/2
- 1 turno especial

### **Conclusiones**

A pesar de las dudas que generaban los cambios,-se pensaba que la disminución de presencias generaría un aumento excesivo de la actividad- al cabo de año y medio de su puesta en marcha (Enero 2011) en la actualidad éstos han sido valorados positivamente por los afectados y ello ha sido posible por el orden en la ejecución de tareas y la alta profesionalidad del personal que las llevan a cabo.

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA ELABORACION DE UN PRESUPUESTO DE GASTOS DE AGC EN AE****Autores**

**LUIS FERNANDEZ-TRABADELO RAYON. HUCA**

**JOSE MANUEL ROMAN FERRERO. HSA**

**RAFAEL GARCIA. HSA**

**ANA PRIETO BOUZA. HUCA**

**Objetivos**

- Exponer de una forma sencilla la metodología de elaboración de presupuestos de AGC en Atención Especializada (AE)
- Analizar los problemas detectados en los dos primeros años de AE
- Proponer alternativas para la corrección de los problemas indicados

**Metodología**

- Aplicación de la clasificación económica de los Presupuestos Generales del Principado de Asturias

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

- Presupuestos de las AGC en el Hospital San Agustín
- Análisis de desviaciones presupuestarias

**Resultados**

- Propuestas correctoras que permitan acotar las desviaciones presupuestarias identificadas

**Conclusiones**

El seguimiento y control presupuestario de las AGC en los dos primeros años de actuación ha revelado desviaciones presupuestarias que son necesarias corregir. Para ello se proponen medidas correctoras que permitan una mejora en el método de elaboración del presupuesto de gastos

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****PRESUPUESTO DE GASTOS DE UN AGC. LOS RECURSOS COMPARTIDOS****Autores**

**LUIS FERNANDEZ-TRABADELO RAYON. HUCA**

**FRANCISCO JAVIER VADILLO OLMO. HUCA**

**INMACULADA SOTO ORTEGA. HUCA**

**RICARDO BALDONEDO CERNUDA. HUCA**

**CARLOS BALDÓ SIERRA. HUCA**

**CARMEN PALOMO ANTEQUERA. HUCA**

**Objetivos**

- Exponer de una forma breve y sencilla la metodología de elaboración de presupuestos de AGC en Atención Especializada
- Identificar aquellos recursos tanto humanos como materiales que son compartidos por más de un AGC
- Proponer medidas para una correcta distribución del gasto

**Metodología**

- Análisis del método tradicional de presupuestación aplicado a una AGC

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

- Presupuestos elaborados para AGC en 2010 y 2011

**Resultados**

- Aplicación de un enfoque de tipo horizontal y de distintos ratios que permitan la distribución correcta de los costes compartidos

**Conclusiones**

La metodología presupuestaria siguiendo la clasificación económica de los Presupuestos Generales del Principado no se adapta en ocasiones de una forma adecuada a las AGC al estar parte de sus recursos compartidos con otras áreas de gestión. Es por ello necesario aplicar medidas correctoras que permitan distribuir los gastos asignando a cada AGC el coste que le corresponde

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias  
(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones  
sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
<b>CUADRO DE MANDOS INTEGRAL DE ENFERMERÍA (CMIE) EXPERIENCIA TRAS UN AÑO</b>
<b>Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo</b>
Begoña Morán Pérez, Rosa Mesa Pandal, Teresa Suárez Maseda, Ana Cristina González Fernández, M <sup>a</sup> Eugenia Llana Velasco, Mónica Feito Méndez
<b>Objetivos</b>
Identificar y priorizar las oportunidades de mejora enfocadas a la gestión de unidades de enfermería a través del diseño de un Cuadro de Mandos Integral de Enfermería (CMIE). Difundir la información a los profesionales del Hospital para implicarles en la toma de decisiones.
<b>Metodología</b>
<b>1-Selección de objetivos de mejora del Contrato de Gestión. 2-Selección y diseño de indicadores de calidad asistencial y de actividad enfocados a Enfermería. 3-Diseño de la herramienta de carga y difusión de datos. 4-Planificación de reuniones trimestrales con los responsables de Enfermería para la difusión y análisis de los datos. 5-Diseño de acciones de mejora.</b> Las fuentes de información son: HCE SELENE/DataWareHouse, Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial (EPINE) y sistema de gestión económico financiera-Asturcón XXI.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
<b>1º Elaboración de la Herramienta (CMIE):</b> Diseño y difusión de la herramienta incluyendo al menos tres indicadores de seguimiento por cada objetivo corporativo de mejora e inclusión de indicadores de actividad en el 100% de las unidades de enfermería. <b>2º Diseño de acciones de mejora basada en datos:</b> relativas a prevención y tratamiento de UPP, prevención de Caídas y Gestión de RRHH.
<b>Resultados</b>
<b>Prevención de UPP:</b> Elaboración de talleres formativos que derivó en un incremento del número de valoraciones de riesgo de UPP al ingreso (escala Braden). Comparación trimestral: 1º trimestre 2010/2011/2012 = 30,96%/88,67%/90,85% respectivamente. <b>Tratamiento de UPP:</b> Se normalizó el uso de apósitos lo que supuso una disminución de su consumo. Comparación trimestral: 1º trimestre 2010/2011/2012 = 5221€/2638€/1523€ respectivamente. <b>Prevención de caídas:</b> Se marcaron objetivos individualizados a las unidades de enfermería lo que supuso un incremento del número de valoraciones de riesgo de caída al ingreso. Comparación trimestral: 2010/2011/2012 = 19,72%/71,89%/81,90% respectivamente., <b>Gestión de RRHH:</b> Se descentralizó la gestión de RRHH lo que supuso una disminución de días contratados: 346 días concedidos a DUEs/ 134 días contratados.
<b>Conclusiones</b>
El CMIE a través de la extracción sistematizada de indicadores permite detectar áreas de mejora. Es útil para comparar datos entre unidades y pretende ser un modelo exportable a otros hospitales a otros hospitales con HCE.

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****PROPUESTA DE UN PLAN DE FORMACION PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA UGC DE URGENCIAS DEL HUCA****Autores**

**ANGELA HERRERO VALEA. HUCA**  
**MARIA YOLANDA GARCIA BANGO. HUCA**  
**MARIA NOELIA FERNANDEZ DIAZ. HUCA**  
**VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNANDEZ. HUCA**  
**GRACIELA LOPEZ VILLAR. HUCA**

**Objetivos****OBJETIVOS**

Elaborar una propuesta de Plan de Formación para el Profesional de Enfermería de la UGC de Urgencias del HUCA, siguiendo los objetivos que marca el Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC) para ello:

1. Asegurar la competencia profesional programando y desarrollando la formación de los profesionales.
2. Asegurar la competencia profesional en RCP.
3. Mejorar la competencia de los nuevos profesionales.
4. Fomentar la investigación.

**Metodología****METODOLOGÍA**

Se elaborará un Plan de Formación para la unidad según los objetivos del SINOC (grupo de objetivos 4) y sus indicadores de evaluación.

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

1. Asegurar la competencia profesional programando y desarrollando la formación de los profesionales.
2. Asegurar la competencia profesional en RCP.
3. Mejorar la competencia de los nuevos profesionales.
4. Fomentar la investigación.

**Resultados****RESULTADOS**

Según los objetivos del SINOC:

1. (4a) Asegurar la competencia profesional programando y desarrollando la formación de los profesionales.
  - Indicador 4.a1: Elaborar encuestas con carácter semestral con la finalidad de conocer las necesidades y demandas formativas de los profesionales.
  - Indicador 4.a2: presentar auditorías anuales de las competencias de los profesionales.
  - Indicador 4.a5: planificar la actividad formativa y docente para los profesionales de la unidad. En colaboración con la Universidad programar la formación docente en la unidad de los alumnos de grado y postgrado. Se elaborará una memoria anual de formación.
2. (4b) Asegurar la competencia profesional en RCP.
  - Indicador 4.b1: El nivel de formación del profesional de enfermería de la UGC en la disciplina de Soporte Vital debería de ser el de proveedor de avanzada (SVA). Crear una periodicidad en la realización de simulacros.

- Indicador 4.b2: Formación continuada en SVA.

3. (4c) Mejorar la competencia de los nuevos profesionales.

- Indicador 4.c1: Implantación del Plan de Acogida para el Profesional de Enfermería en la UGC, pendiente de aprobación.

- Indicador 4.c2: Creación de Protocolos y Guías de Actuación aplicadas y conocidas por todos los profesionales.

4. (4d) Fomentar la investigación.

- Indicador 4.d1: Definir las líneas de investigación en enfermería de urgencias y poner en marcha un grupo de trabajo de investigación, formando al personal interesado en metodología de la Investigación Científica.

- Indicador 4.d3: Realizar una memoria anual del trabajo de investigación de enfermería en la UGC.

## **Conclusiones**

### **CONCLUSIONES**

Para la elaboración de este proyecto se han tenido en cuenta las necesidades y demandas formativas de los profesionales de la UGC.

El futuro de la enfermería está en la Investigación, ya que deberíamos desarrollar nuestro trabajo con el respaldo que proporciona la Evidencia Científica.

Un profesional bien formado proporcionará una atención de mejor calidad.

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****AUDITORÍA OBSERVACIONAL: UTILIZACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN****Autores**

**MARGARITA DEL VALLE GARCÍA. U. CALIDAD. HOSPITAL DE CABUEÑES**

**M<sup>a</sup> CLAVELINA ARCE GARCÍA. U. CALIDAD. HOSPITAL DE CABUEÑES**

**M<sup>a</sup> ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA. S<sup>o</sup> HEMATOLOGÍA.. HOSPITAL DE CABUEÑES**

**M<sup>a</sup> ÁNGELES FERNÁNDEZ ALONSO. U. CALIDAD. HOSPITAL DE CABUEÑES**

**Objetivos**

Desarrollar una herramienta que facilite a cada UGC/AGC la monitorización de indicadores cuya evaluación no está incluida en los sistemas de información del Hospital

**Metodología**

Analizar el desarrollo de los indicadores SINOC de las AGC del Hospital de Cabueñes en el año 2011 (Medicina Interna Y Salud Mental) y seleccionar aquellos cuya evaluación, no incluida en los sistemas de información del Hospital, precisa para su monitorización la realización de una auditoría observacional.

Establecer un sistema de auditoría simple y eficaz que permita la evaluación objetiva del mayor número de indicadores en el menor tiempo posible

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

- Revisión del desarrollo de los indicadores SINOC de la AGC
- Selección de los monitorizables mediante auditoría observacional
- Definición de los parámetros a analizar en la auditoría de cada indicador
- Configuración de un listado de verificación (checklist) con los parámetros a analizar

**Resultados**

Monitorización de los indicadores:

1c.1 Carta de derechos y deberes: Información salas de espera trípticos informativos

1d.1 Procedimientos que requieren CI: Conocimiento de los profesionales.

2a.2 Plan de acogida de los pacientes: N<sup>o</sup> de Pacientes con Documento de acogida

4.c2 Comunicación sin errores: Profesionales que conocen OM verbal, revisión abreviaturas y símbolos utilizados.

5b.5 Lavado de manos: Existencia dispensadores en áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes.

5b.9 Accidentes punzo cortantes: Los profesionales conocen procedimiento accidente biológico y está disponible el algoritmo de actuación

H10.5 Almacenamiento de medicamentos en planta:

Inventario, Identificación de Medicamento, Orden alfabético T<sup>a</sup> neveras .Control caducidades, Responsable botiquín , T<sup>a</sup> habitación botiquín, Otro material, Sueros en suelo, Medicamentos cercanos a fuente de calor, Estupefacientes bajo llave, Medicamentos. Termolábiles en nevera, Medicamentos. Fotosensible protegidos, Medicamentos. Multidosis con fecha apertura, Ausencia de pomadas oftálmicas .abiertas Registro de revisión botiquín y estupefacientes

H10.7 Dispensación de medicamentos que garantice la Seguridad del Paciente:

1. Hoja de OM: Correcta identificación:

2. Incidencias de dispensación en el Carro Unidosis

3. Administración medicación: Identificación, Alergias, Medicación particular, Información al

paciente, Comprobación de toma, Lavado de manos.

C2.1 La consulta tiene el material definido como necesario para prestar adecuadamente la asistencia.:

Existencia de otro material no definido

C2.3. Los medicamentos están almacenados en la consulta de forma correcta y segura

Igual parámetros que H10.5

### **Conclusiones**

El listado de verificación en las auditorías observacionales, desarrolladas en las AGC/UGC del Área V, es una herramienta ágil y eficaz, ya que ahorra tiempo, aporta gran cantidad de información y es fácilmente evaluable.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

### Teleoftalmología: efectividad y eficiencia en el marco de la gestión clínica

#### Autores

**CRISANTO M. ALONSO ÁLVAREZ. HOSPITAL DE JARRIO**

**JESÚS PICOS RODRÍGUEZ. HOSPITAL DE JARRIO**

**MARTA FERNÁNDEZ ALBARRÁN. HOSPITAL DE JARRIO**

#### Objetivos

Durante los años 2010 a 2012 se desarrolla el Programa de teleoftalmología en el Área Sanitaria I. El objetivo principal del proyecto fué el cribado poblacional de la retinopatía diabética (RD), (primera causa de ceguera entre 25 y 65 años), entre los 3.459 diabéticos del Área. Como objetivo específico la interpretación de las imágenes retinográficas por los médicos de Atención Primaria (AP) y su envío posterior, caso de hallazgos patológicos, a Atención Especializada (AE). Para la consecución del objetivo específico fue necesaria la formación de todos los médicos de AP, así como la integración de aplicaciones informáticas que permitiesen la visualización de imágenes e informes tanto en la historia electrónica de AP (OMIAP) como en la de AE (SELENE).

#### Metodología

Conseguida la integración de aplicaciones el retinógrafo se traslada, con arreglo a calendario establecido, a las 10 zonas de salud (5 ZBS y 5 ZES). Una enfermera, previamente formada, realiza la toma de imágenes y exploraciones complementarias. Las imágenes son visualizadas y analizadas en primer lugar por el médico de AP (solicitante de la prueba). En caso de duda o patología se remiten las imágenes e informe a AE donde un oftalmólogo realiza la valoración y emite informe de respuesta al médico de AP.

#### Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha

Para la puesta en marcha del Programa se realizaron talleres de formación básica (4 horas) y formación avanzada (2 horas) a todos los médicos de AP del Área. Los talleres se desarrollaron de forma consecutiva a la implantación, bien con desplazamiento a los propios centros de salud, o bien en el hospital, dependiendo de las necesidades asistenciales y de las distancias de los centros.

#### Resultados

Entre marzo del año 2010 y abril del año 2012 fueron incluidos en el Programa 1008 pacientes diabéticos. El 85% de estos pacientes no precisó acudir a revisión al especialista. Entre un 5% (2010) y un 15% (2011) de los diabéticos se encontraron hallazgos de RD en diferentes estadios. En un 6% de los pacientes se encontraron otros hallazgos que precisaron revisión por un oftalmólogo. Tras el estudio aleatorizado de imágenes e historias clínicas (185 pacientes) se concluyó que la interpretación de los fondos de ojo de los médicos de AP era correcta en un 98% de los casos. El ahorro alcanzó los 65.000 euros, teniendo en cuenta la diferencia de costes de una consulta de teleoftalmología y una consulta en AE.

#### Conclusiones

La teleoftalmología se ha demostrado como una herramienta efectiva y eficiente en el diagnóstico precoz de la retinopatía diabética. No solo mejora la calidad asistencial, al mejorar la accesibilidad de los usuarios, también mejora, de manera notable, la continuidad asistencial al establecer circuitos de información continua entre AP y AE. Su eficiencia, ya demostrada en otros programas, unida a las ventajas mencionadas, la convierte en un arma poderosa en el desarrollo de la Gestión Clínica.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

### URGENCIAS ¿PESA O CUENTA?

#### Autores

TACITO SUAREZ GONZALEZ. HOSPITAL VALLE NALON  
CRISTINA GOMEZ SUAREZ. HOSPITAL VALLE NALON  
JUAN FERNANDO PRERA LOBOS. HOSPITAL VALLE NALON  
MARIA JOSEFA DEL VALLE FERNANDEZ. HOSPITAL VALLE NALON  
MARIA BELEN VILLANUEVA GONZALEZ. HOSPITAL VALLE NALON  
JOANNA YANEZ SALAZAR. HOSPITAL VALLE NALON

#### Objetivos

Mostrar a través de indicadores económicos (Consumo de Farmacia, Coste del SUH vs ingresos), asistenciales (Urgencias inadecuadas) y de calidad, el peso que nuestro SUH tiene en la gestión global del HVN otorgándole, de esta manera, el "papel de gestor" que le corresponde en el contexto socio-económico-sanitario en el que nos encontramos.

#### Metodología

Estudio realizado en un SUH de un hospital de 3º nivel (el HVN es el 1º hospital español con modelo de gestión dependiente de un Servicio de Salud en ser acreditado por la Joint Commission), con servicio de UVI, dotación de 250 camas y área de influencia de 85000 habitantes.

#### Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha

Para ello se realizó un estudio prospectivo (600 encuestas por el servicio de admisión de nuestro SUH) durante las cuatro estaciones del año, aplicando el protocolo PAUH: Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias que se comporta como un instrumento muy fiable, de alta especificidad y capaz de identificar las visitas inadecuadas a los SUH.

#### Resultados

El consumo de farmacia por nuestro SUH supone 1,42% en 2011 del total del consumo de farmacia hospitalaria.  
Coste unitario paciente atendido Hospital 657,04E / Sº urgencias 2,27E  
coste GRD: ICC Coste cama hospital: 410,95 E/día Coste BOX Sº Urgencias 232,89E/día  
Comparativa Gastos Ingresos: Coste total de urgencias 5.410.600,02 en 2010 y 5.368.598,23 en 2011; Ingresos 5.434.107,30 en 2010 y 5.082.858,25 en 2011  
Urgencias inadecuadas (PAUH): Demora excesiva 20.44%

#### Conclusiones

1. El SUH presenta un consumo de farmacia y un coste de farmacia por paciente que por su eficiencia contribuye a la sostenibilidad del sistema.
2. El coste por paciente en determinadas patologías de ingreso en unidades de corta estancia harían pensar en la necesidad de plantearse la ubicación de esas patologías en los SUH creando Unidades de Observación con criterios de coste-eficiencia y coste-efectividad.
3. Los SUH aplican de forma natural criterios de Gestión Clínica.
4. Por todo lo anterior, se podría incrementar la eficiencia de estas unidades estableciendo circuitos asistenciales con Atención Primaria.
5. La utilización del protocolo PAUH demuestra que los pacientes utilizan el SUH para solucionar sus problemas dentro del circuito programado de la atención sanitaria.

6. El porcentaje de utilización inadecuada de la urgencia hospitalaria se mueve en el rango habitual presente en el estado español.
7. Finalmente, hoy por hoy, los SUH constituyen la solución a la angustia que genera la demanda insatisfecha en nuestros ciudadanos, lo cual supone un gran gasto económico y de recursos humanos.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

# EFEECTO EN LA GESTIÓN CLÍNICA DE LA CONTABILIDAD DE LA CASUÍSTICA

### Autores

NATIVIDAD VAAMONDE LONGUEIRA . HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS

### Objetivos

Estudiar la eficiencia de un servicio quirúrgico del Hospital del Oriente de Asturias (HOA), el servicio de Traumatología y en concreto de un Grupo Relacionado de Diagnóstico el GRD's 818: "Sustitución de cadera excepto por complicaciones" en los años 2009 y 2010 así como su aplicación a las UGC.

### Metodología

Definición de Catálogo del servicio de Traumatología, incluyendo código del servicio, código y descripción del producto, unidad teórica del valor del producto y agrupación, realizando el cálculo de distribución e imputación de costes en un sistema de información integrado, y siendo el cálculo de costes de asistencia con asignación a paciente, tanto de datos clínicos y económicos.

### Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha

Solicitar a la Dirección del Centro la puesta en marcha de una UGC para demostrar la contribución de la contabilidad de la casuística a la gestión clínica.

### Resultados

Los costes de personal y funcionamiento del HOA se distribuyen de una manera homogénea en el año 2009 y 2010, los costes aplicados directamente son un 68% y necesitan de criterios de imputación un 32%. El coste de la unidad de hospitalización fue de 1.857,16 euros en el 2009 y de 1.917,69 euros en el 2010, desde un punto de vista clínico permite analizar de forma sencilla el incremento del número de altas en un 4,17%, una reducción de un 13,16% en el número de estancias y permite analizar la complejidad. En estos años la patología atendida ha sido de la misma complejidad, pero el resultado económico arroja un mayor coste, para dar respuesta al por qué se han consumido más recursos se necesitaría de la ayuda de las Guías Clínicas. En concreto, en el servicio de traumatología el 20% del coste ha sido directo a personal, el 1% a costes de funcionamiento, el 13% necesita de criterios de imputación y el 67% es coste de actividad solicitadas a otros centros de costes finales. En el GRD's "818", clínicamente aporta el resultado de tiempo de anestesista 2 horas, especialista de traumatología 1 hora, disponibilidad de quirófano 2 horas, personal de enfermería de quirófano 2 horas, visita a planta del médico especialista 30 minutos/día de estancia, estancia media del proceso 10,9 días, disponibilidad de reanimación 4 horas, y su coste se distribuye en 26% enfermería, 27% prótesis, 18% tiempo de visita médica, 15% coste de quirófano, 5% de cirugía ingresada, 2% reanimación, 3% banco de sangre, 1% anestesia, 1% unidades, siendo el coste medio del GRD's "818" en el año 2009 de 6.151,47 euros y en el año 2010 de 7.889,33 euros, permitiéndonos analizar el resultado a nivel de paciente y analizar las variaciones en la práctica clínica conociendo sus causas.

### Conclusiones

Podemos destacar: 1) es necesario la incorporación del personal clínico en los sistemas de información contables basados en la casuística, 2) su contribución para la realización de benchmarking a efectos de gestión clínica, 3) podría evaluar y realizar el seguimiento de los objetivos de resultados clínicos y económicos recogidos en un contrato programa de gestión clínica y sus costes asociados.

## **COMUNICACIÓN ACEPTADA COMUNICACIÓN SIN ERRORES**

### **Autores**

**ÍÑIGO MARAÑÓN ZABALZA. AGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**NATALIA ALVAREZ RODRÍGUEZ. AGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**ANA ÁLVAREZ-URÍA MIYARES. AGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**MARÍA BALLESTEROS SOLARES. AGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**LAURA MONTES GIL. AGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**EVA FONSECA AIZPURU. AGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**JOAQUIN MORIS DE LA TASSA. AGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**

### **Objetivos**

Formar y sensibilizar a los profesionales sobre los riesgos de una comunicación incompleta y los errores que de ella se pueden derivar.

### **Metodología**

Se realizó un vídeo con participación de los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna -DUEs y residentes- para ejemplificar las formas incorrecta y correcta de realizar la comunicación oral y resaltar la importancia de la triple comprobación.

### **Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

Elaboración de un vídeo sobre un guión previo a partir de un hecho cotidiano en la atención sanitaria a pacientes hospitalizados.

### **Resultados**

El vídeo se presentó en una sesión clínica del servicio en la que participaron miembros de la UGC, y en una sesión sobre Seguridad de Pacientes en la que participó personal de enfermería de la unidad.

### **Conclusiones**

Sensibilizar a los profesionales mediante información y formación resulta complicado y en ocasiones los medios tradicionales no llegan a los profesionales.

Un vídeo sobre un hecho cotidiano y con profesionales de la Unidad, en la que se ejemplifiquen los riesgos de una comunicación incompleta y los beneficios de unas buenas prácticas, es un método sencillo útil y eficiente para conseguir los resultados propuestos.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

# ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD

### Autores

**JOAQUIN MORIS DE LA TASSA. UGC DE MEDICINA INTERNA - HOSPITAL CABUEÑES**  
**ROSALÍA GONZÁLEZ GONZÁLEZ. UGC DE MEDICINA INTERNA - HOSPITAL CABUEÑES**  
**EVA FONSECA AIZPURU. UGC DE MEDICINA INTERNA - HOSPITAL CABUEÑES**  
**JULIANA GARGANTIEL HERVÁS. UGC DE MEDICINA INTERNA - HOSPITAL CABUEÑES**  
**CONCEPCIÓN MARTÓN GONZÁLEZ. UGC DE MEDICINA INTERNA - HOSPITAL CABUEÑES**  
**MARÍA LUISA GARCÍA-ALCALDE FERNÁNDEZ. UGC DE MEDICINA INTERNA - HOSPITAL CABUEÑES**

### Objetivos

En el Plan de Calidad, entre las estrategias para abordar los errores relacionados con la práctica asistencial, se ha incluido la realización de una Encuesta de Clima de Seguridad. Este tipo de encuestas forman parte de todas las acciones de mejora de la Seguridad del Paciente, permiten conocer los puntos fuertes y débiles de la organización, al tiempo que ayudan a diseñar estrategias de formación para corregirlas.

### Metodología

El modelo de encuesta que se ha utilizado es el Hospital Survey on Patient Safety Culture, traducido y validado por el Ministerio de Sanidad "Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes".

### Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha

Se distribuyó a todos los profesionales de la UGC, de forma personal a través de los responsables de la UGC. Los datos se tabularon, y analizaron, en una base de datos en la aplicación SPSS.

### Resultados

Contestaron la encuesta un total de 70 profesionales (76%), con participación de todos los estamentos. Al calificar de 0 a 10 el nivel de seguridad de la Unidad, contestaron a esta pregunta 56 encuestados. La media fue de 6,95 con una mediana de 7 y una moda de 8.

En general, se percibe un buen ambiente de trabajo, con buenas relaciones personales y ayuda y soporte mutuo. La percepción de escasez de personal y exceso de trabajo está arraigada en los profesionales.

La percepción del clima aun es mejorable. Hay profesionales que dudan en su valoración si se puede cuestionar las decisiones de sus responsable, o no confían totalmente a la hora de referir problemas de seguridad o apuntar acciones incorrectas.

Aún existe la percepción del clima de culpa y temor, que está presente en los profesionales que temen la búsqueda del culpable, que se utilice en su contra o que quede reflejado en su historial profesional.

La notificación es escasa, tanto de incidentes como de efectos adversos, a pesar de que en la evaluación de los incidentes comunicados 13 trabajadores manifiestan haber comunicado un total de 36 incidentes; sin embargo no todos se han comunicado en la aplicación del Sistema de Gestión de Riesgos Asistenciales.

En las sugerencias, se aportan soluciones, se plantean circunstancias que tienen repercusión en los incidentes o en su declaración y se exponen situaciones que en general se ponen en relación con la sobrecarga de trabajo percibida por los profesionales.

### Conclusiones

Hay que promover y reforzar un clima abierto que permita expresar opiniones y discrepancias, exponer problemas de seguridad y plantear soluciones para los problemas de seguridad que se detecten.

Es necesario favorecer la declaración de los profesionales mediante los procedimientos establecidos, para compartir información y poder diseñar e implantar estrategias de mejora.

El Plan de Formación debe incluir acciones formativas para formar a los profesionales en la Cultura de Seguridad, implantar rondas y hacer sesiones conjuntas en las que se aborde, discuta y acuerde como mejorar los riesgos asistenciales.

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN MEDICINA INTERNA****Autores**

**JULIANA GARGANTIEL HERVÁS. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**MARÍA LUISA GARCÍA-ALCALDE FERNÁNDEZ. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**BEATRIZ GARCÍA ÁLVAREZ. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**JESÚS DE LA CONCEPCIÓN LUCAS. SERVICIO PREVENCIÓN - HOSPITAL CABUEÑES**  
**ROSALÍA GONZÁLEZ GONZÁLEZ. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**JOAQUÍN MORÍS DE LA TASSA. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**

**Objetivos**

Los accidentes con material biológico es un riesgo bien identificado en los profesionales sanitarios. El objetivo fue hacer un diagnóstico de la situación inicial para planificar estrategias de mejora en relación con este tema.

**Metodología**

- Solicitud al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de los accidentes biológicos de los dos últimos años que afectaron a trabajadores de la UGC.
- Análisis de los datos.

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

Identificación de los grupos profesionales afectados y áreas con mayor riesgo.

Planificación de medidas preventivas y procedimientos de actuación.

**Resultados**

En los dos últimos años 2010 y 2011, se registraron un total de 12 accidentes biológicos. Todos fueron de riesgo por punción accidental con material punzante. En cuanto a grupos profesionales, 3 fueron DUEs, 4 Auxiliares de Enfermería y 5 alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería.

De las tres plantas de la unidad, el mayor número, 7, se concentró en la Unidad que, a priori, comporta mayor riesgo.

**Conclusiones**

Las prácticas seguras entre los profesionales sanitarios son un objetivo permanente que debemos mantener y lograr mediante acciones de formación y difusión.

Las plantas de mayor riesgo, quizás, por el temor o inseguridad que conllevan, es donde más accidentes ha habido.

Los estudiantes de Enfermería son un colectivo especialmente vulnerable al que debemos prestar especial atención, con acciones de formación en prácticas seguras -previas a su incorporación a las plantas de hospitalización-, certificar que el mensaje y las recomendaciones llegan y se comprenden, y establecer procedimientos para que el riesgo de exposición sea mínimo.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

# EXPERIENCIA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

### Autores

**ROSALÍA GONZÁLEZ GONZÁLEZ. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**EVA FONSECA AIZPURU. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**CONCEPCIÓN MARTÍN GONZÁLEZ. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**MERCEDES CADENAS POZUELO. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**MARÍA LUISA GARCÍA-ALCALDE FERNÁNDEZ. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**JULIANA GARGANTIEL HERVÁS. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**MÓNICA VILLAR GARCÍA. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**  
**JOAQUÍN MORÍS DE LA TASSA. UGC MEDICINA INTERNA - HOSPITAL DE CABUEÑES**

### Objetivos

Con el fin de recoger información sobre nuestra práctica asistencial, médica y de enfermería, al tiempo que introducir a los profesionales en la autoevaluación y recogida de datos, se programó una Auditoría de Autoevaluación.

### Metodología

Un grupo multidisciplinar formado por enfermeras y facultativos de la UGC realizó una autoevaluación de la práctica clínica sobre el total de ingresados en la unidad el día del estudio. Se revisaron los documentos de la historia clínica, médicos y de enfermería, en busca de evidencias que acreditasen los objetivos y acciones propuestas.

### Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha

Se elaboró una hoja de recogida de datos para la evaluación de los siguientes procesos:

a) Cumplimentación del consentimiento informado, b) Planificación al ingreso, c) Detección y tratamiento del dolor, d) Prescripción y administración de medicamentos, e) Identificación inequívoca del paciente.

Los resultados se presentaron en sesión en la Unidad y se difundieron en la intranet.

### Resultados

Se evaluaron un total de 64 pacientes ingresados en la UGC de MIN el día del estudio.

Un total de 38 procedimientos en los que estaba indicada la existencia de un consentimiento informado. El 100% disponía del documento y estaba identificado el paciente. La firma de este figuraba en el 95% y la del facultativo en el 84%. Los ítems con menor cumplimentación fueron las alternativas al procedimiento (21%) y los riesgos personalizados (16%).

La evaluación al ingreso, tanto médica como de Enfermería, registró unos niveles elevados de cumplimentación, >80% en aspectos tales como nivel de autonomía, cuidadores, y los planes de cuidados o diagnóstico/terapéutico.

La evaluación del dolor estaba documentada en el 86% de los pacientes, con puntuación de escala EVA en el 52%. La prescripción de analgésicos constaba en el 53% de los pacientes y la respuesta medida con la EVA en el 62,5% de los tratados.

En lo relativo a la prescripción, el prescriptor aparece en el 97% de las prescripciones y el nombre y apellido en el 78%. La actualización semanal es casi constante (95,3%).

La identificación mediante pulsera, legible y en buen estado fue del 97%.

### Conclusiones

El método se ha mostrado útil para los objetivos previstos.

La recogida de la información mediante la hoja de recogida de datos ha sido sencilla y rápida. En dos horas se completó la revisión de todos los pacientes ingresados en la UGC.

El número de observadores, podría conllevar una variabilidad en la recogida, pero se ve compensado por los beneficios que supone su incorporación a la autoevaluación.

Permite confrontar las impresiones personales con la realidad de nuestro trabajo y comprender la necesidad de estandarizar el trabajo y la atención de los pacientes.

La colaboración entre diferentes profesionales refuerza el sentimiento de pertenencia y el trabajo en equipo.

Es necesario mejorar en el protocolo utilizado, la formulación de algunas preguntas -especialmente en la evaluación del dolor- ya que en su configuración inicial no recogió adecuadamente este apartado.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
“Implantación de un Plan de Acogida para Nuevos Profesionales”.
<b>Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo</b>
Eva Fonseca Aizpuru <sup>1</sup> , Eva. Argüelles Barbón, Rosendo <sup>2</sup> . González González, Rosalía <sup>3</sup> . Gargantiel Hervás, Juliana <sup>3</sup> . Martín González, M <sup>a</sup> Concepción <sup>3</sup> , Morís de la Tassa, Joaquín <sup>4</sup> . <sup>1</sup> Facultativo Especialista de Área. <sup>2</sup> Enfermera/o. <sup>3</sup> Supervisora de Enfermería. <sup>4</sup> Jefe de Servicio. Unidad de Gestión Clínica (UGC) del Hospital de Cabueñes, Área Sanitaria V, Gijón.
<b>Objetivos</b>
Elaborar e implantar una Guía de Acogida para los profesiones de la UGC, que permita al personal de nueva incorporación conocer la organización y el funcionamiento de la misma. Y las características específicas del puesto de trabajo.
<b>Metodología</b>
Se ha analizado la documentación existente y se ha recogido toda la información relevante de diversas fuentes. Se ha elaborado un documento, que se presenta en Comisión de Dirección de la UGC (con representación de Dirección Médica del Hospital, Gerencia, personal médico y de enfermería, así como de la Unidad de Calidad). Finalmente, se aprueba por unanimidad. Desde ese momento se procede a la implantación y difusión del documento, a través de la Intranet del Hospital y en sesiones informativas del personal. Se pretende monitorizar y comprobar que se ha entregado, realizando una evaluación cada 6 meses, de forma ideal, aunque como mínimo de forma anual. Mediante una encuesta de opinión se ha evaluado el nivel de satisfacción de los profesionales de Enfermería con la información recibida. Se revisará el periodo comprendido entre noviembre de 2011 y abril de 2012.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
Se han elaborado en la UGC Planes de Acogida para el personal de Enfermería y Auxiliar Administrativo. Dicho documento se entrega en soporte papel o informático en el momento de la incorporación. Como apoyo a dicho documento, se ha elaborado también una “Guía Express” de Acogida, con la información más relevante para una mejor y más rápida adaptación.
<b>Resultados</b>
1.- El 100% del personal de enfermería de reciente incorporación recibió la guía. 2.- Nivel de satisfacción global el siguiente: Muy satisfecho el 71,43%; Satisfecho el 28,57%. 3.- Características del contenido: el 100% lo considera “ <i>el necesario</i> ”. 4.- Utilidad: el 100% del personal considera que la Guía fue de utilidad. 5.- La Guía ha permitido conocer la Unidad y orientarse en 85,71%. 6.- Sugerencias: mayor conocimiento sobre las UGC y mayor conocimiento del resto del Hospital.
<b>Conclusiones</b>
La Guía se entrega de forma sistemática, y es percibida como algo útil, que permite conocer mejor la actividad y estructura de la misma. Como acciones de mejora se plantea actualizar de forma anual la guía en base a la encuesta de satisfacción, incorporando la información

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

**Formulario de Envío del Resumen del Trabajo****Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias**

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

<b>Título</b>
Calidad de vida del profesional que trabaja en el Area de Gestión Clínica de Neurociencias del HUCA según el cuestionario CVP
<b>Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo</b>
Prieto Méndez Isabel, Álvarez Belén, Álvarez Elida, García García Isabel, Duarte Palmero Antonia, Rivaya Zayas Hugo, Redondo Baza Balbina, Castro Pérez Isabel, Rodríguez Fernández Patricia, Pascual Gómez Julio
<b>Objetivos</b>
Conseguir un alto nivel de calidad de vida debería ser uno de los objetivos principales de cualquier sistema de gestión clínica, dado de que ello repercutirá directamente en la calidad asistencial. Nuestro objetivo ha sido analizar la calidad de vida del profesional del Area de Gestión Clínica de Neurociencias (AGCNC) usando el cuestionario de calidad de vida profesional CVP.
<b>Metodología</b>
Se ofreció la posibilidad de cumplimentar este cuestionario a los profesionales del AGCNC durante la primera quincena de diciembre del año 2012. Un total de 103 profesionales (60% de la plantilla del AGCNC) rellenaron el cuestionario. Ocho cuestionarios tenían datos incompletos y no se incluyeron en el análisis.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
<b>Resultados</b>
Sobre una escala de 0-10, la calidad de vida percibida del global del personal del AGCNC fue del 5,6. La calidad de vida global según estamentos fue: auxiliares administrativos (8,0)> enfermeras (6)> médicos (5,4)> jefes/supervisores (5,3) y auxiliares de clínica (5). Las puntuaciones globales para las tres dimensiones que contiene el cuestionario fueron: Apoyo directivo= 5,3; Cargas de trabajo= 6,3 y Motivación intrínseca= 7,8. Si sacamos del análisis a los auxiliares administrativos (que puntuaron claramente mejor en los 3 ítems) no existieron diferencias significativas para las puntuaciones entre las 3 dimensiones según categorías profesionales. Las mejores puntuaciones fueron: para la dimensión de Apoyo Directivo para la categoría jefes/supervisores (5,8), para la dimensión Carga de Trabajo para la categoría de médicos (6,1) y para la dimensión Motivación Intrínseca para las enfermeras (7,9).
<b>Conclusiones</b>
En global, la calidad de vida percibida del personal que trabaja en el AGCNC es de aprobado bajo y, por tanto, claramente mejorable, a pesar de que el personal mantiene, en todas sus categorías, una motivación intrínseca con calificación de notable. Estos resultados indican que las acciones de mejora más necesarias deberían incidir en la reducción de las cargas de trabajo del personal de enfermería y en aumentar el reconocimiento, en salario y promoción, de los profesionales que integran el AGCNC.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

**Formulario de Envío del Resumen del Trabajo****Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias**

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
Calidad de atención hospitalaria en el Area de Neurociencias del HUCA: la opinión de los pacientes según el cuestionario SERVQHOS
<b>Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo</b>
Prieto Méndez Isabel, Álvarez Belén, Álvarez Elida, García García Isabel, Duarte Palmero Antonia, Rivaya Zayas Hugo, Redondo Baza Balbina, Castro Pérez Isabel, Rodríguez Fernández Patricia, Pascual Gómez Julio
<b>Objetivos</b>
La evaluación de la calidad ha de incluir necesariamente la opinión del paciente. Nuestro objetivo ha sido testar la calidad de la asistencia dentro del Area de Gestión Clínica de Neurociencias (AGCNC) administrando el instrumento SERVQUAL a una serie de pacientes del AGCNC.
<b>Metodología</b>
El cuestionario se administró a un total de 103 pacientes ingresados consecutivamente en el AGCNC durante la primera quincena del mes del diciembre del año 2012. La mitad de los pacientes pertenecía al Servicio de Neurología y la mitad al Servicio de Neurología.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
<b>Resultados</b>
La media de calidad de asistencia hospitalaria fue de 3,51% (“algo mejor de lo que esperaba” en la escala de la encuesta SERVQUAL). Los dos ítems peor puntuados fueron “las indicaciones para orientarse en el hospital” y “el estado de las habitaciones del hospital”. La mayoría (97%) de los pacientes se mostraron muy satisfechos (52%) o satisfechos (45%) con la asistencia recibida. Sólo un 3% estaba poco satisfecho y ninguno marcó la opción de nada satisfecho. Un 18,4% de los pacientes no conocían el nombre de su facultativo responsable. No recomendaría o tendría dudas para recomendar nuestro AGCNC el 4% de los encuestados. El 96% consideraban que el tiempo de estancia hospitalaria era adecuado; tan sólo el 3% y el 1% afirmaron haber estado ingresados menos tiempo o más tiempo del que creían oportuno, respectivamente. Un paciente (1%) dijo que le habían hecho pruebas sin solicitarle permiso y otro (1%) que no había recibido información suficiente sobre su proceso.
<b>Conclusiones</b>
La calidad de la asistencia percibida por el usuario ingresado de nuestra AGCNC es en general muy positiva. Las acciones de mejora han de centrarse fundamentalmente en la mejora de las instalaciones y en aspectos organizativos e informativos que ayuden a que el paciente identifique más claramente al profesional responsable de su asistencia.

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
<b>Impacto asistencial del nuevo sistema de gestión: La experiencia en el Area de Gestión Clínica de Neurociencias</b>
<b>Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo</b>
Pascual Gómez Julio, Prieto Méndez María Isabel, López Antonio, Villanueva Francisco
<b>Objetivos</b>
El Area del Gestión Clínica de Neurociencias del HUCA (AGCNC) se constituyó en mayo del año 2010. Nuestro objetivo es estudiar el impacto que ha tenido la implantación de este AGCNC desde el punto de vista asistencial.
<b>Metodología</b>
Se analiza la evolución de los principales datos de actividad asistencial proporcionados por control de gestión del HUCA del año 2011 y se comparan con las cifras de los años 2010 y del año 2008, dado que los datos del año 2009 se vieron influidos muy negativamente por la entrada en vigor de la jubilación obligatoria a los 65 años.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
<b>Resultados</b>
El número de ingresos totales fue de 3472 en el año 2008, 3420 en 2010 y de 2975 en 2011 (reducción del 14,4% frente al año 2008). La estancia media pasó de 13 días en 2008 a 11,2 (-14%) en 2010 y a 9,9 días en 2011 (-24%) en 2011. Esto significa que se pasó de un total de 44460 días de estancia en el AGCNC en el año 2008 a 29.452 (-34%) en 2011, pasándose de un 105% de ocupación en 2008 al 79,3% en 2011. La actividad en consultas fue de 8657 primeras consultas en 2008, 8820 en 2010 y 9080 en 2011 (+5%) y en cuanto a revisiones hubieron 14509 en 2008, 17.783 en 2010 y 18516 en 2012 (+22%). En global la actividad ambulatoria aumentó un 19% en 3 años, a pesar de lo cual la demora media pasó de 45 días en 2008 a 33 días en el año 2010 y 29 días en el año 2011 (-34%). El número de intervenciones pasó de 1075 en 2008 a 1162 (+7,5%) en 2011. En Neurofisiología clínica no disponemos de datos del año 2008, pero disminuyó la demora media en 1 año para EMGs de 129 (año 2010) a 69 (2011) días (-47%). No hubo cambios en cuanto al número de facultativos en plantilla en los años objeto de comparación.
<b>Conclusiones</b>
Todas los parámetros analizados para grandes cifras asistenciales mejoraron claramente en el año 2011 frente a los años previos, a pesar de un incremento en la presión asistencial que podemos cifras entre un 5-7% anual. Este análisis global permite concluir que, al menos a nivel asistencial, el nuevo sistema de gestión clínica del Principado ha significado una evidente mejoría a pesar del escaso periodo de tiempo transcurrido desde su implementación

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****"ANÁLISIS DAFO DE LAS AGC DEL HUCA: EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA"****Autores**

**ANA UREÑA GONZÁLEZ. HUCA**  
**ENMA VAZQUEZ GONZÁLEZ. HUCA**  
**MARGARITA GONZÁLEZ PÉREZ. HUCA**  
**ROCÍO IBARBUREN GONZÁLEZ-ARENAS. HUCA**  
**MARÍA ISABEL PRIETO MÉNDEZ. HUCA**

**Objetivos**

Dar a conocer nuestra experiencia como responsables de enfermería de AGC de atención especializada

**Metodología**

Estudio retrospectivo observacional realizado por las responsables de enfermería de las AGC de Nefrología, Pediatría, Pulmón, Medicina Interna y Neurociencias, desde el inicio de las Áreas de Gestión Clínica en Junio de 2010 hasta la fecha actual, Abril de 2012, en el HUCA.

Se realiza un análisis DAFO

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

Realizado análisis DAFO

**Resultados**

- 1.- Debilidades: dependencia jerárquica y relación transversal poco claras, falta de apoyo administrativo, mal funcionamiento del programa de turnos SAP ..
- 2.- Amenazas: Descontento del personal por aumento de las cargas de trabajo , presión continua, auditorias cumplimiento de objetivos seguimiento del gasto..
- 3.- Fortalezas: aumenta la calidad, personal mas informado, sentido de pertenencia al área, cercanía
- 4.- Oportunidades Capacidad de gestión y organización, acreditación del área como unidad docente, Investigar, espíritu de pertenencia al grupo

**Conclusiones**

- 1.- Coincidencia de los problemas a solventar en todas las AGC.
- 2.- Mejora de la resolución de dichos problemas por la cercanía que implica la línea de actuación de la Coordinación de Enfermería de AGC
- 3.- Esperamos que sirva para transmitir a los nuevos responsables de AGC nuestra experiencia, problemas encontrados y acciones emprendidas

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y RERPERCUSIÓN DE LOS ABSENTISMOS EN LAS AGC/UGC****Autores**

**MONTSERRAT AMOR OVIES. HOSPITAL SAN AGUSTÍN**  
**M. MARTA VICUÑA SERRANO. HOSPITAL SAN AGUSTIN**

**Objetivos**

Estimar costes directos e indirectos, ocasionados por los diferentes tipos de absentismo:

- Previsibles (Vacaciones, días de libre disposición...)
- Imprevisibles (Incapacidad Temporal, Accidente Laboral, Descanso Maternal/Paternal...)

**Metodología**

Registro en Asturcón RR.HH. de los diferentes absentismos; explotación de datos, diferenciando tanto categorías como tipos de absentismo (días reales, horas y días naturales de absentismo), analizando la repercusión económica de cada uno de los diferentes absentismos.

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

Cada Área de Gestión Clínica/Unidad de Gestión Clínica, está vinculada a una Unidad Organizativa, que tiene asignado su correspondiente Centro de Coste, manteniendo un seguimiento exhaustivo de la correcta ubicación de todo el personal (fijo, temporal, cedido), que compone las diferentes Áreas de Gestión Clínica/Unidades de Gestión Clínica.

**Resultados**

Tras el seguimiento y análisis, obtenemos la repercusión económica de los gastos tanto directos como indirectos, diferenciando tipos de absentismo y categorías.

**Conclusiones**

Así como los absentismos previsibles mantienen un gasto fijo, los imprevisibles pueden alcanzar variaciones con un importante impacto económico en cada Área de Gestión Clínica/Unidad de Gestión Clínica.

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****¿CUANTOS MÉDICOS NECESITA UN SUH?****Autores****PILAR MENENDEZ SOMOANO. INS OVIEDO****LAURA LLAMAZARES FERNANDEZ. HOSPITAL CANGAS DE NARCEA/URGENCIAS****Objetivos**

Estudio del dimensionamiento adecuado de la plantilla de un servicio de urgencias, ver las necesidades de medios necesarios para ello

**Metodología**

Se calcula con la estadística del SUH del HUCA, la necesidad de plantilla.

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

Se conocen las limitaciones para dicho estudio, y se ven las necesidades para completarlo

**Resultados**

Aproximación a la plantilla necesaria para un correcto funcionamiento de un servicio de urgencias

**Conclusiones****CÁLCULO DE PLANTILLA APROXIMADA****NECESIDAD DE INCORPORAR HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS NECESARIAS PARA UN CORRECTO CÁLCULO****NECESIDAD DE ESTUDIO DE BENCHMARKING CON OTROS HOSPITALES DE SIMILAR COMPLEJIDAD**

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

Título
CICLO DE MEJORA DE CONTENCIÓN MECANICA EN LA UHP DEL HOSPITAL VALLE DEL NALON
Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo
Bernaldo de Quirós González J. Carlos---SAF SM Hospt. Valle Nalón García Valle M <sup>a</sup> Rosario-----DUE SM Hospt. Valle Nalón González J. Manuel----- SUPERV SM Hospt. Valle Nalón Palacio Bande Ana Belén-----DUE SM Hospt. Valle Nalón Santamarina Montila Susana-----DR. AGC SM Hospt. Valle Nalón.
Objetivos
1- <i>Seguimiento y evaluación de las acciones de mejora introducidas en el Protocolo de Contención Mecánica de la UHP del Hospt. Valle Nalón</i> 2- <i>Implantar cuidados dirigidos a la disminución de incidentes ligados al uso de medidas de contención</i>
Metodología
-Registro y notificación de las contenciones mecánicas realizadas en la Unidad al servicio de Calidad del HVN.- Revisión de historias clínicas y recogida de variables que permitan evaluar el grado de implantación del protocolo y la seguridad del procedimiento.- Análisis y difusión de los resultados a los profesionales del servicio. -Diseño e implantación de intervenciones para mejora.- Reevaluación y nuevas propuestas de mejora.
Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones programadas (cuidados descargados del plan de cuidados predeterminado en la historia clínica electrónica SELENE)</li> <li>- Firma de intervenciones programadas por turno</li> <li>- Anotación de ingesta (balance hídrico) por turno</li> <li>- Observaciones de enfermería ajustadas a Protocolo de CM del HVN (cada 4H.)</li> </ul>
Resultados
Tras la monitorización y evaluación de las acciones anteriormente descritas se observo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor implicación de los profesionales a la hora de realizar cuidados en CM. (cumplimiento objetivos de desempeño nominales 2011 el 100%)</li> <li>- Mejoran los resultados de las variables de registro.</li> <li>- Disminución del riesgo de incidentes en los pacientes ligados a la CM. (riesgo año 2011 el 12%---riesgo primer trimestre de 2012 del 5,8% )</li> </ul>
Conclusiones
La implantación de ciclos de mejora estructurados con la participación de los profesionales, ha motivado una mayor implicación, mejorando el grado de cumplimiento del procedimiento y la seguridad de los pacientes que precisan ser contenidos. Por lo que se plantea la necesidad de seguir monitorizando y evaluando las acciones emprendidas a fin de afianzarlas e introducir un nuevo ciclo de mejora que de MAYOR CALIDAD DE ATENCION A LOS PACIENTES EN CONTENCIÓN MECANICA

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE SALUD FÍSICA EN LOS PACIENTES EN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS****Autores**

**SUSANA SANTAMARINA MONTILA. AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**JUAN CARLOS BERNALDO DE QUIROS GONZALEZ. AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**JOSE ANTONIO VIEJO DIAZ. AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**ANA ROSA PENAS ZAS. AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**AIDA TOIMIL . AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**Objetivos**

El estudio previamente sobre una población afectada de trastorno mental grave en nuestra área de captación había mostrado que el tabaquismo afectaba al 40% de los pacientes, un 35% cumplía criterios de Síndrome metabólico, estando un 64% afectados de algún grado de obesidad.

Teniendo en cuenta los malos resultados en los parámetros evaluados, principalmente en aquellos relacionados con el riesgo cardiovascular nos planteamos implantar un programa de detección y control de factores de riesgo en los pacientes incluidos en el programa de gestión de casos así como de intervención, en aquellos donde se detectase capacidad de beneficio

**Metodología**

A través del modelo de gestión de casos (tutorías), el tutor o gestor de caso de cada paciente se encargará de programar las consultas de enfermería necesarias para detectar estos factores de riesgo modificables (obesidad, sedentarismo, hipertrigliceridemia, HTA, Diabetes, tabaquismo, consumo de alcohol, etc.).

Tras la detección de un factor de riesgo modificable se procedió a la intervención enfermera sobre ese factor si es abordable desde este ámbito y a la derivación a Atención Primaria si es susceptible de ser abordado en ese entorno.

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

1) Detección de factores de riesgo para la salud física (peso, perímetro abdominal, Tensión arterial, niveles sanguíneos de colesterol, glucosa y triglicéridos, consumo de alcohol y tabaco)

2) Intervención sobre la salud física: tratamiento de deshabituación tabáquica, promoción de actividad física, intervención sobre la alimentación

**Resultados**

Durante el bienio 2010-2011 el 90,4% (N=42) de los pacientes incluidos en el programa de gestión de casos fueron evaluados periódicamente para la detección de factores de riesgo cardiovascular. Presentaron algún tipo de parámetro alterado el 60% de los evaluados, sin embargo en más de la mitad de los casos se observó que dichas alteraciones no habían sido detectadas desde los servicios de atención primaria.

Se realizaron por parte del gestor de caso intervenciones sobre la salud física (abandono de tabaquismo, intervención sobre la obesidad y promoción de la actividad física) en el 30,9% de los pacientes.

**Conclusiones**

1. Los pacientes con trastorno mental grave incluidos en el programa de gestión de casos presentan un estado de salud física caracterizado por sobremorbilidad, principalmente si ésta es medida en términos de obesidad, síndrome metabólico y aumento del riesgo cardiovascular al ser comparados con la población general.

2. El acceso a los cuidados de salud física que se proveen desde los servicios de Atención Primaria de los pacientes con Trastorno Mental Grave es subóptimo

3. Desde los servicios de Salud mental se hace prioritario implantar y consolidar programas encaminados a detectar los problemas de salud física en la población con trastorno mental grave habida cuenta de las barreras que existen para el acceso a los cuidados normalizados de salud física

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y DE LOS FACTORES RELACIONADOS EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL****Autores**

**SUSANA SANTAMARINA MONTILA. AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**JUAN CARLOS BERNALDO DE QUIROS GONZALEZ. AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**JOSE ANTONIO VIEJO DIAZ. AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**ELENA PATO RODRIGUEZ. AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**ANA ROSA PENAS ZAS . AGC SALUD MENTAL HOSPITAL VALLE DEL NALON**

**Objetivos**

Conocer los índices de calidad de vida profesional así como el estudio de aquellos factores que estuviesen correlacionados en una población de profesionales adscritos a un servicio de Salud Mental

**Metodología**

Estudio transversal, analítico, realizado en el AGC de Salud mental del Hospital Valle del Nalon en el año 2011.

El cuestionario de calidad de vida profesional CVP-35 fue remitido para su cumplimentación al personal adscrito al AGC .

Se realizó un estadística descriptiva donde se evaluó el porcentaje de respuesta totales y por ítems , las puntuaciones obtenidas en la escala , total en sus distintas dimensiones y un análisis bivariante utilizando el coeficiente de correlación de Pearson para el análisis de la relación de las medida resumen de la calidad de vida con el resto de factores .

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

Administración del cuestionario de calidad de vida profesional y evaluación de resultados

**Resultados**

El cuestionario fue cumplimentado por el 76% de profesionales adscritos ( 26 personas ) ( . Los factores que se correlacionaron positivamente con las puntuaciones obtenidas en la calidad de vida fueron el apoyo directivo ( $R=0,476$ ) , la motivación intrínseca ( $R=0,416$ ) mientras que la cargas de trabajo presentó una correlación negativa ( $R=-0,336$ ).

**Conclusiones**

La evaluación de los factores que tienen una influencia directa sobre la calidad de vida nos aporta información para establecer planes de mejora de la calidad de vida sobre aquellos factores que fuesen susceptibles de ser modificados desde la organización como las cargas de trabajo . Una limitación del cuestionario administrado es que no se pudieron obtener datos relacionados con las variables sociodemográficas o la categoría profesional

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

# GESTIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL: CONCILIACIÓN E INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA AL ALTA.

### Autores

**JUAN JOSE CORTE GARCIA. SERVICIO DE FARMACIA, HOSPITAL MONTE NARANCO**  
**MARIANO ESPÍN FERNÁNDEZ. SERVICIO DE FARMACIA, HOSPITAL MONTE NARANCO**  
**LUCIA ORDOÑEZ FERNÁNDEZ. SERVICIO DE FARMACIA, HOSPITAL MONTE NARANCO**  
**JAVIER ROJO EYARALAR. SERVICIO DE FARMACIA, HOSPITAL MONTE NARANCO**  
**ANTONIO CABASÉS PÉREZ. SERVICIO DE INFORMÁTICA, HOSPITAL MONTE NARANCO**

### Objetivos

Desarrollar e implantar estrategias que contribuyan a mejorar la seguridad en la utilización del medicamento a lo largo del proceso asistencial.

### Metodología

Se decidió actuar tanto a nivel de ingreso como de alta hospitalaria. Al ingreso, de acuerdo a las recomendaciones de la JCAHO se implantó un procedimiento sistemático para conciliar los medicamentos que el paciente toma en el medio ambulatorio y los prescritos durante el ingreso y reducir potenciales errores de medicación durante la transición asistencial. Paralelamente, se inició un programa de atención farmacéutica al alta consistente en la elaboración y entrega de información farmacoterapéutica escrita a los pacientes acerca del tratamiento pautado al alta y contribuir así a su adecuado conocimiento y cumplimiento minimizando el riesgo de errores y efectos adversos a nivel domiciliario.

### Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha

Para el programa de conciliación farmacoterapéutica (CF) se gestionó un acceso a OMI-AP y así poder consultar la historia farmacoterapéutica completa del paciente en el medio ambulatorio (nombre, dosis, frecuencia y ruta de los medicamentos activos utilizados domiciliariamente). Se diseñó e incorporó a SELENE(v5.3) una plantilla específica para elaborar informes de conciliación donde se reflejan las prescripciones domiciliarias y se comparan con las realizadas en el ingreso hospitalario informando al facultativo de las discrepancias detectadas. Para el programa de información al alta se diseñó y creó una aplicación informática que permite la generación de informes farmacoterapéuticos. Dichos informes recogen el plan farmacoterapéutico a seguir por el paciente a nivel domiciliario (medicamentos prescritos, dosis y frecuencia de administración y foto de cada uno de ellos). Se informa también de condiciones particulares de administración, conservación y duración de tratamiento. Se proporciona un correo electrónico y teléfono para que los pacientes dados de alta puedan aclarar dudas acerca del tratamiento pautado una vez están en su domicilio.

### Resultados

Ambos programas se iniciaron en marzo de 2012. El programa de CF se está pilotando en la U. de Ortogeriatria y en 8 semanas se han elaborado 18 informes de conciliación habiendo sido detectadas e informadas 33 discrepancias relevantes entre la prescripción hospitalaria y ambulatoria. Desde el 1 de marzo se han elaborado y entregado a pacientes dados de alta 59 informes farmacoterapéuticos.

### Conclusiones

La falta de comunicación e información sobre la farmacoterapia en la transición asistencial afecta tanto a profesionales sanitarios como pacientes y supone una causa conocida de errores de medicación y aparición de efectos adversos. La conciliación al ingreso y la información farmacoterapéutica al alta son dos estrategias que

permiten minimizar dicho déficit de información. El uso estandarizado y sistemático de ambas herramientas debe ser una actividad rutinaria del S. de Farmacia cara a incrementar la seguridad en el uso del medicamento y mejorar la comunicación entre distintos niveles asistenciales.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
Principio de autonomía en gestión clínica: desarrollo y ciclo de mejora en consentimientos informados en salud mental
<b>Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo</b>
Pelayo Terán, José María; Castela Lorenzo, María Jesús; Martínez Díez, Jovita; Villaverde Amieva, Carmen; Fonseca Rodríguez, M <sup>a</sup> Consolación; Quintana Sánchez, Vicente; Povedano Suárez, Eva; Varela Aller Noelia. Área de Gestión Clínica de Salud Mental de Arriondas. Área Sanitaria VI
<b>Objetivos</b>
Desarrollo e implantación de un procedimiento para la disposición de consentimientos informados escritos para favorecer el principio de autonomía del paciente.
<b>Metodología</b>
Desarrollo de forma secuencial los objetivos 1.d1; 1.d2 y 1.d3 del acuerdo de gestión, utilizando la metodología de gestión por procesos.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
Designado un responsable del proceso, se realizó una propuesta inicial de la comisión de dirección y posteriormente una consulta general al personal de la AGC para la decisión de inclusión/exclusión de procedimientos y su definición. Posteriormente se designaron grupos de redacción de consentimientos, validados en comisión de dirección. En la etapa final se analizaron el archivo de consentimientos, una muestra aleatoria de historias clínicas y se realizó una encuesta de satisfacción entre el personal para valorar el cumplimiento y analizar líneas de mejoras.
<b>Resultados</b>
La AGC identificó 7 procedimientos que requerían un consentimiento escrito, de acuerdo al principio de autonomía y la ley 41/2002: CLOZAPINA, INTERDICTORES, ANTIPSICÓTICOS (APS) ATÍPICOS sin indicación en mayores de 75 años, TERAPIA ELECTROCONVULSIVA, METADONA, NALTREXONA y el INGRESO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA (CT). Junto con modelos de consentimiento genérico y de revocación de consentimiento. Desde su implantación en octubre de 2010 se han realizado 102 consentimientos escritos (12 en 2010, 68 en 2011 y 22 en los primeros 3 meses de 2012), siendo más frecuentes el Ingreso en CT (48%), Interdictores (21%) y APS (19%). En 40 historias clínicas auditadas se encontraron 6 pacientes con procedimientos subsidiarios de consentimiento escrito: 2 ingresos en CT (realizados), 3 metadona (2 realizados) y 1 interdictores (no realizado). Todos los no realizados correspondieron a procedimientos previos a la implantación. En la encuesta, un 80% considera adecuado el número de consentimientos, un 60% considera que no afectan a la asistencia y un 30% creen que la facilita. No se registraron problemas relacionados con el uso de consentimientos. Las mejoras implantadas han sido la redifusión del procedimiento y la revisión de todos los pacientes incluidos en programas de tóxicos y clozapina en los que han surgido más errores en la aplicación.
<b>Conclusiones</b>
Conclusiones: En general, el uso de consentimientos informados en Salud Mental se demuestra como posible y beneficioso para una buena práctica clínica, no interfiriendo de forma significativa en la actividad de los profesionales. La adecuada implantación de este procedimiento requiere el desarrollo de detección de procedimientos previamente utilizados y subsidiarios de consentimiento informado.

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA Y PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO: DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS****Autores**

**LUCIA VELASCO ROCES. UGC FARMACIA HUCA**  
**ANA ISABEL VILLARINO FLOREZ . UGC FARMACIA HUCA**  
**VERÓNICA SUÁREZ GUTIERREZ . UGC FARMACIA HUCA**  
**MARIA YOLANDA GONZALO BLANCO . UGC FARMACIA HUCA**  
**MARTA ELENA GUTIÉRREZ SAAVEDRA . UGC FARMACIA HUCA**  
**MARIA DEL MAR GARCÍA SUÁREZ . UGC FARMACIA HUCA**

**Objetivos**

La Guía Farmacoterapéutica (GFT) del Hospital es la consecuencia de una adecuada y racional selección de medicamentos llevada a cabo en función de las características de eficacia y seguridad y coste efectividad. Sin embargo, además es necesario criterios de actuación ante la prescripción de medicamentos que no estén incluidos en la GFT. Partiendo de esta idea el intercambio terapéutico surge como el procedimiento por el que un medicamento es sustituido por otro, denominado equivalente terapéutico, que aun presentado diferente composición presenta un efecto terapéutico similar. Cada vez existen más medicamentos comercializados y por ello es necesario poder cubrir las necesidades de los pacientes con un número limitado de fármacos, ya que disponer de todos sería inviable por temas logísticos y poco seguro.

Se estableció como objetivo conocer aquellas situaciones en las que a un paciente se le prescribe un medicamento que no está incluido en la Guía Farmacoterapéutica ni contemplado en el Programa de intercambio terapéutico, esto permitiría evaluar si el Programa de intercambio Terapéutico está correctamente desarrollado y facilita la prescripción en el Hospital

**Metodología**

Se realizó un corte de un día y se analizaron los tratamientos de todos los pacientes del Hospital a los que se dispensan medicamentos a través del sistema de dosis unitarias, utilizando la aplicación informática en la que se transcriben y validan las órdenes terapéuticas de los pacientes. Se analizó si los medicamentos prescritos estaban incluidos en la GFT del Hospital o si presentaban un equivalente terapéutico.

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

1-Realizar una actualización del Programa de Intercambio Terapéutico, llevando la propuesta a la CFT.  
2-Insistir en la importancia de que los Facultativos se adhieran a la GFT del Hospital y que si consideran necesario la inclusión de un medicamento en la GFT hagan la correspondiente solicitud de para su evaluación por la comisión de Farmacia y Terapéutica.

**Resultados**

En el momento actual en veintinueve plantas de Hospitalización está establecido el sistema de dispensación en dosis unitarias. El corte realizado incluyó 4109 líneas de medicamentos, 38 de las cuales se trataron de medicamentos no incluidos en la GFT ni en el PIT, lo que representaba un 0,9% del total. El número de fármacos que se encontraban en esta situación fueron 15. A pesar de no estar totalmente actualizado el programa de intercambio terapéutico está bien desarrollado ya que deja un vacío de sólo un 0,9%.

**Conclusiones**

El programa de intercambio terapéutico es un documento muy útil para la conciliación de los tratamientos de los

pacientes durante el ingreso hospitalario, especialmente de aquellos fármacos prescritos para el tratamiento de patologías crónicas.

Ha de estar actualizado y debe ser un documento dinámico con una especial implicación de todos los profesionales. Su actualización debería ser un objetivo prioritario en la CFT, ya que está directamente relacionado con proceso de selección de medicamentos.

**COMUNICACIÓN ACEPTADA****HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL ETAC DE LA AGC DE SALUD MENTAL DE AVILÉS****Autores****JUAN JOSE MARTÍNEZ JAMBRINA. AGC SALUD MENTAL AVILÉS****GEMA GONZALEZ LOPEZ. UNIVERSIDAD DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA****JESÚS ÁLVAREZ SOLARES. HOSPITAL SAN AGUSTÍN, AVILÉS****Objetivos**

Martínez Jambrina y col. (2010) desarrollaron la primera investigación sobre la calidad del tratamiento asertivo comunitario que ofrecía la AGC SM de Avilés a los enfermos que eran derivados al servicio con diagnósticos incluidos dentro del grupo de trastornos graves y persistentes. Dicha investigación se centró en el estudio de estándares de calidad sobre organización interna, actividad asistencial, coordinación externa, accesibilidad al servicio y la calidad de atención considerada por los propios usuarios y sus familiares.

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar la calidad del TAC -Modelo Avilés de los meses Septiembre y Octubre 2011 en comparación a la calidad alcanzada en los mismos meses en el año 2012.

**Metodología**

Descriptiva, pues caracterizaremos la calidad del TAC durante los meses septiembre y octubre 2011, por lo que será también transversal.

Se trabaja con la documentación administrativa cumplimentada por el personal del ETAC

**Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha**

0

**Resultados**

En cuanto a la Organización Interna las reuniones de Coordinación interna nuestros resultados no coinciden con los de Martínez Jambrina y cols. (2010), resultando menos en nuestros resultados ya que mientras este estudio señala una media mensual de reuniones de coordinación interna de septiembre y octubre del año 2011 de 8,5 en el estudio de 2010, es de 9,9. Lo mismo sucede en cuanto a la media semanal: nuestros resultados son menores.

Siguiendo con la coordinación interna nuestros datos coinciden con los del estudio de Martínez Jambrina (2010) respecto a las reuniones mensuales de revisión de pacientes, pues en ambos estudios se alcanza el estándar de calidad. No obstante nuestros datos señalan haber realizado menos reuniones mensuales de este tipo.

Respecto a la Actividad Asistencial nuestros resultados coinciden con los de 2010 ya que en ambos estudios se alcanza el estándar de calidad respecto a los contactos individuales con pacientes como indicador de calidad de la actividad asistencial del TAC-Modelo Avilés.

Finalmente respecto a la Accesibilidad de los usuarios al servicio del ETAC coinciden nuestros resultados con los de la investigación de Martínez Jambrina y col. (2010) pues se mantiene la misma frecuencia de apertura y la misma duración de la misma en ambos estudios: 7 horas al día de lunes a viernes de la semana.

**Conclusiones**

1- La organización interna de los meses de septiembre y octubre 2011 del TAC-Modelo Avilés, alcanzó el

estándar de calidad en cuanto a las reuniones de revisión de pacientes.

2- La actividad asistencial también alcanza el estándar de calidad respecto a los contactos individuales con pacientes.

3- La accesibilidad al servicio del TAC-Modelo Avilés alcanzó también el estándar e calidad.

4- Al comparar la calidad del TAC-Modelo Avilés de los meses septiembre y octubre 2011 con la calidad alcanzada en los mismos meses del año 2010 nos encontramos que en ambas fechas se alcanzaron los estándares de calidad.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

# COMPARACION DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL DE UNA UGC RESPECTO A SU AREA DE SALUD

### Autores

JUAN SAAVEDRA MIJAN. GERENCIA AREA VII A.P.

ANA ISABEL GARCIA ROGADA. GERENCIA AREA VII A.P.

MARIA DOLORES GOMEZ FERNANDEZ. GERENCIA AREA VII A.P.

JORGE IGNACIO JIMENEZ ARCE. GERENCIA AREA VII A.P.

### Objetivos

- Analizar los resultados en los indicadores de calidad asistencial de una UGC (Moreda) y su comparación con los indicadores del Area VII al que pertenece .
- Observación de las diferencias entre los valores de dichos indicadores y los objetivos del contrato de gestión , así como su nivel de significacion estadística .
- Evaluar si en la practica clínica de un Area de Salud de Atención Primaria , el trabajo en una UGC redundo en el mantenimiento y mejora de los indicadores de Calidad Asistencial del Contrato de Gestión del Area Sanitaria.

### Metodología

- Los datos se han recabado del SIAP y de los Contratos de Gestión del Area VII y de la U
- Los datos de Farmacia , se han obtenido del programa Apotheca .
- Para el tratamiento estadístico de los datos se ha procedido a usar el programa SPSS.
- Se han comparado los datos de la UGC y del Area VII en que está integrada , valorando la significación estadística de los mismos y comparando las medias de cada indicador a estudio , con los de la UGC.

### Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha

Dada la mejora observada en prácticamente todos los indicadores estudiados y los mejores resultados obtenidos por la UGC de Moreda , se ha optado por ofertar al resto de los EAP del Area su conversión en UGC , priorizando aquellos que presentaban condiciones mas favorables para ello. De esta acción han solicitado su conversión a UGC dos EAP del Area.

### Resultados

- Los indicadores seleccionados , son :

Uso de Exploraciones complementarias e interconsultas .

Cartera de Servicios en Atención Primaria

Datos de los pcáis seleccionados en el contrato de Gestión

Datos de Manejo de Medicamentos .

En todos los indicadores seleccionados excepto 1, se obtienen mejores resultados en la UGC que la media del resto de los Centros del Area de Salud , con nivel de significación estadística . Solamente en 6 resulta superior la UGC de forma estadísticamente significativa , y en el resto , no existe diferencia significativa ente la media de los centros y los valores de la UGC aunque en 4 de los 31 indicadores estudiados , la media de los Centros del Area , mejora ligeramente los datos de la UGC aunque sin significacion desde el punto de vista estadístico .

### Conclusiones

Los datos obtenidos respecto a la cumplimentación de los indicadores de calidad asistenciales en la UGC resultan en prácticamente todos los casos , superiores a los de la media del Area VII y el 6 de los 31 estudiados la superioridad es estadísticamente significativa. Solamente en un dato es significativamente inferior la UGC a la

media de cantros del Area , y ello se relaciona con una mayor cobertura de esa patología(HTA. Esto se acompaña de un gasto medio ajustado por persona protegida de 3,99 €uros menos que la media del Area , lo cual representa porcentualmente un 17,73 % menos (Estadísticamente significativo)

Por tanto , puede deducirse , que el ahorro en gasto de farmacia y gestión , no implica una disminución de los indicadores de calidad asistencial en la población asistida por dicha UGC.

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

### “¿QUÉ SE CUECE EN CORVERA?”

#### Autores

CASADO VIÑAS, JOSÉ MARÍA. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CORVERA – ATENCIÓN PRIMARIA - ÁREA  
GONZÁLEZ GONZÁLEZ, BEGOÑA. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CORVERA – ATENCIÓN PRIMARIA -  
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ ENCARNACIÓN. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CORVERA – ATENCIÓN PR  
VIGIL MONTEQUÍN, INÉS. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CORVERA – ATENCIÓN PRIMARIA - ÁREA SA  
FDEZ FDEZ, JOSÉ MANUEL. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CORVERA – ATENCIÓN PRIMARIA - ÁREA  
MIEMBROS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CORVERA. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CORV

#### Objetivos

Sistematizar la recogida de la información generada  
Facilitar su difusión a todos los integrantes de la UGC  
Minimizar el uso de papel  
No generar gasto añadido

#### Metodología

Denominar los documentos generados por la UGC siguiendo el DAIME, de manera cronológica.  
Creación de Intranet donde se cuelgan todos los documentos, con acceso directo desde cada puesto.  
Los documentos se generan en formato Word, Excel, Visio, etc., y se cuelgan en formato PDF.  
No se imprime nada, salvo casos puntuales  
Los documentos enlazados se guardan en una simple carpeta compartida del Servidor de OMI. No precisa elementos técnicos con coste añadido (“Web-Hosting” en Servidor externo).

#### Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha

Codificar los documentos de manera rigurosa y sencilla partiendo del DAIME: documentos, actas, informes de monitorización y evaluación. Pero también: sesiones realizadas, calendario de sesiones previstas, plantillas Word o Excel...  
Creación de una estructura Web estática de acceso simple (“el universo accesible al 3er clic”), situada en una carpeta protegida del Servidor de OMI.  
Todos los documentos se convierten en PDF y se cuelgan de su hueco en la página web.  
Del mismo modo, todos los vínculos de intranet y extranet de interés clínico están accesibles a través de la misma.  
Todos los puestos, tanto del Centro de Salud como de los consultorios, tienen un acceso directo a la página “Index”.  
Cada profesional responsable de su indicador, cuando expone (documento inicial, actualización de versión, repaso, monitorización, evaluación, etc...) lo hace directamente desde la intranet y la información queda disponible para todos los profesionales de la UGC.

#### Resultados

Alrededor de 500 archivos están codificados y disponibles de manera sencilla.  
La intranet es el elemento de referencia en el Programa de Calidad de la UGC.  
En las diversas auditorías de evaluación se ha usado la intranet, sin papel (salvo registros manuales no informatizados) de manera rápida y sencilla.  
No se ha generado ningún coste.

## **Conclusiones**

La UGC de Corvera ha desarrollado un sistema de información del trabajo que se presenta como una herramienta dinámica y eficiente al alcance de todos sus profesionales.

En la UGC de Corvera, “todos sabemos lo que se cuece”

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) y Unidades de Gestión Clínica
<b>Autor/es</b> (apellidos y nombre completos), <b>Centro/s de trabajo</b>
MARGOLLES MARTINS, Mario (1); DONATE SUAREZ, Ignacio (1); MARGOLLES GARCIA, Pedro (2). (1) Consejería de Sanidad; (2) Facultad de Psicología, UNED
<b>Objetivos</b>
Se pretende conocer si aquellos EAP con UGC son capaces de generar actuaciones que permitan reducir las “hospitalizaciones consideradas evitables” (ACSC).
<b>Metodología</b>
Estudio transversal descriptivo a partir de los datos de los datos de CMBD entre 2006-2010. Se analizan aquellos ACSC registrados en CMBD en Asturias en ese período de tiempo por ZBS con el cálculo de su tasa de incidencia según su población asignada. Se describe el patrón geográfico de tasa de ACSC por ZBS para el período. Con objeto de analizar cambios en dicha dimensión se analizan los ACSC de los períodos 2006-07 y de 2009-10 para todas las ZBS y ZES así como se comparan los resultados de ACSC en EAP con UGC y sin ella, tanto en el período 2009-10 entre ellos así como los cambios en ACSC producidos entre ambos períodos. Los cambios se analizan mediante análisis de comparación de medias con la prueba T para muestras independientes para un nivel de significación de 5% unilateral con el programa SPSS V15. Los mapas se realizan con modelización con GVsig 1.1.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
Es un estudio de investigación descriptivo basada en información externa con su correspondiente análisis. Con esta presentación se pretende dar a conocer sus resultados.
<b>Resultados</b>
Los resultados muestran que existen grandes diferencias en tasas de ACSC entre las diferentes ZBS y ZES en Asturias. Las diferencias entre algunas de ellas son claramente significativas. En el contraste entre EAP con UGC y sin UGC para el análisis del período 2009-10 no se observan diferencias estadísticamente significativas, si bien los resultados son ligeramente más favorables en EAP con UGC. Asimismo, se ha observado una caída más acusada de las tasas de ACSC en EAP sin UGC en su evolución entre 2006-07 y 2009-10 si bien esta diferencia no es estadísticamente significativa. Se presentan los datos en formato tabla y múltiples mapas con distribución de ACSC para todas las ZBS y ZES en distintos períodos de tiempo y su comparación.
<b>Conclusiones</b>
No se observan mejoras sustanciales en la caída de la incidencia de “hospitalizaciones evitables” medidas en términos de ACSC entre EAP con UGC o sin ellos. Es posible, que en un futuro, se observen efectos favorables a partir de las actividades incluidas en las UGC que permitan una mejor aproximación al ciudadano y su enfermedad o a la prevención de las mismas, pero hasta el momento no son visibles. Los ACSC pueden, asimismo, estar influidos por pautas de uso de servicios sanitarios, cercanía a hospitales y prevalencias específicas de determinadas patologías. No creemos que estos aspectos externos sean los que guíen estos resultados en la comparación entre EAP con o sin UGC, si bien si parece tener alguna influencia en el análisis entre todas las ZBS cuyos mapas de distribución exponemos en los pósteres. Algunos EAP se han integrado en UGC a mediados del período de análisis por lo que es posible que sus resultados aún no presenten los cambios que en la práctica clínica se pueden generar con una “mejor” asistencia. Los autores consideran que se debe integrar la este tipo de análisis en la evaluación de las UGC.

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
¿Son capaces las Unidades de Gestión Clínica de mejorar la satisfacción del usuario?
<b>Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo</b>
MARGOLLES MARTINS, Mario (1); DONATE SUAREZ, Ignacio (1); MARGOLLES GARCIA, Pedro (2). (1) Consejería de Sanidad; (2) Facultad de Psicología, UNED
<b>Objetivos</b>
Se pretende conocer si la conversión en UGC de los EAP genera cambios en la satisfacción de los usuarios de los mismos en las distintas variables y dimensiones abordadas en la Encuesta de Satisfacción de usuarios del Principado de Asturias.
<b>Metodología</b>
Estudio transversal descriptivo a partir de los datos de la Encuesta de satisfacción de usuarios en Asturias, 2011 en su dimensión de AP. Por tanto, no es una muestra expofeso para este estudio. Se han obtenido 945 entrevistas en usuarios de la AP de las que 105 corresponden a usuarios que viven en ZBS con EAP convertido en UGC. Se analizan todas las dimensiones de satisfacción comparándolas entre centros con UGC y sin ella mediante regresión logística binaria con el programa SPSS v15. Se ha calculado el OR y el intervalo de confianza del 95% para el OR o calculado la t de Student.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
Es un estudio de investigación descriptivo basada en información externa con su correspondiente análisis. Con esta presentación se pretende dar a conocer los resultados del mismo.
<b>Resultados</b>
Los resultados de este estudio revelan que no existen diferencias significativas entre casi todos los resultados de satisfacción de usuarios en EAP con o sin UGC. Únicamente se observan mejorías en EAP con UGC en el caso de la valoración del tiempo de espera entre hora de cita y el acceso a la consulta (t de Student, 2,13 p=0,043) y en la valoración del tiempo de espera (t de Student, p=0,035).. En el resto de variables (63 variables y dimensiones) no se presentan diferencias estadísticamente significativas aunque la magnitud de la asociación suele ser grande. No obstante, en estos casos una proporción considerable de variables presenta resultados positivos hacia la satisfacción en Unidades de Gestión Clínica lo que genera una buena tendencia para las mismas. La ausencia de significación estadística está influenciada por el tamaño muestral, que es relativamente pequeña (dado el escaso número de EAP con UGC). En este caso el estudio no tenía como objeto este tipo de análisis y para llegar a conclusiones más potentes debería usarse una muestra de estudio en UGC más potente con la que muchas más variables podrían lograr resultados estadísticamente significativos.
<b>Conclusiones</b>
Salvo en 2 variables (tiempo de espera y espera para acceder a consulta) no se observan mejoras sustanciales de la percepción del ciudadano en cuanto a satisfacción sobre el servicio recibido en la mayoría de las variables. Es posible que el escaso recorrido de las UGC hasta el momento de estudio no haya conseguido cambios sustanciales, aún, en la percepción del usuario. Los autores consideran que se debe integrar la dimensión del ciudadano en las actuaciones futuras de los contenidos de las UGC. La satisfacción del usuario es un elemento muy importante que debería evaluarse a través de encuestas periódicas con muestras suficientes para llegar a conclusiones más afinadas.

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

Título
Seguimiento y evaluación de los Acuerdos de Gestión (AG) en el modelo de Gestión Clínica Asturiano. Sistemática y resultados.
Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo
Rebeca Suárez Gutiérrez, Alejandra Fueyo Gutiérrez, V. Javier Rodríguez Martínez, Óscar Suárez Álvarez, Carmen Díaz Corte, Ana M <sup>a</sup> Sánchez Núñez, Pablo Mola Caballero de Rodas, Iván Rancaño García, Matías Prieto Hernández, Roberto Saiz Fernández, Olga Casares, Eugenia Llenezza Velasco, Alfredo Álvarez García
Objetivos
El SESPA implanta en 2009 un modelo de gestión clínica pilotado en cinco centros de Atención Primaria (AP). El modelo busca prestar servicios eficaces, eficientes y con calidad, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario. El AG es la herramienta que establece los compromisos a alcanzar de áreas y unidades para cada ejercicio. Existen seis posibilidades de <i>encuadramiento</i> según el nivel de calidad y delegación progresiva de gestión, lo que condiciona las características del AG. En 2011 firmaron su acuerdo 32 áreas (8 en primaria y 24 en especializada).
Metodología
Los AG definen objetivos a tres niveles: Asistencial, Calidad y Gestión. Es fundamental disponer de sistemas de información que permitan el seguimiento y evaluación de los acuerdos. Los objetivos asistenciales se siguen mediante Sistemas de Información propios (SIAP y SIAE). Contamos con un Sistema de Información Normalizado para los objetivos de Calidad (SINOC-DAIME), y la organización ha formado a un cuerpo de auditores propio que realiza tres auditorías anuales para seguimiento y evaluación del sistema de calidad. Los objetivos de gestión se monitorizan con la periodicidad establecida en el AG mediante pacto entre gerencias y áreas. El cumplimiento del acuerdo determina el avance de las áreas en el encuadramiento y percepción de incentivos (económicos y no económicos). Las áreas evalúan anualmente la satisfacción de los ciudadanos y calidad de vida de los profesionales.
Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha
<i>Fase autoevaluación</i> , las áreas se autoevalúan mediante documento normalizado, <i>Fase de contraste</i> , el Servicio de Gestión Clínica contrasta y valida la autoevaluación, <i>Fase de auditoría presencial</i> del sistema de calidad de las áreas. El resultado es un <i>informe propuesta</i> con la evaluación final del AG, la propuesta de avance en el encuadramiento, y el derecho o no a la

percepción de incentivos. Este informe se presenta en una *reunión tripartita* entre Gerencias y equipo directivo del área o unidad.

### Resultados

En 2011, con 32 áreas (8 en primaria y 24 en especializada), que ha implicado a 2.572 profesionales, con un presupuesto de 201.435.925 € todas cumplieron los objetivos asistenciales y de calidad, y en gestión presupuestaria cumplieron 25 de 32, con un superavit global de 4.939.309 €.

### Conclusiones

El SESPA aporta una sistemática para el de seguimiento y evaluación de los AG de unidades y áreas basado en sistemas de información propios, auditorías externas y documentos normalizados que nos ha permitido desarrollar el modelo de gestión clínica.

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

Título
<b>Desarrollo de una estrategia de Calidad para el Servicio de Salud del Principado de Asturias: SINOC-DAIME®</b>
Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo
Óscar Suárez Álvarez, Carmen Díaz Corte, Ana M <sup>a</sup> Sánchez Núñez, Alejandra Fueyo Gutiérrez, V. Javier Rodríguez Martínez, Rebeca Suárez Gutiérrez, Pablo Mola Caballero de Rodas, Iván Rancaño García, Matías Prieto Hernández, Roberto Saiz Fernández, Olga Casares, Eugenia Llana Velasco, Alfredo Álvarez García, Carlos Díaz Vázquez
Objetivos
<b>Desarrollar un sistema de información normalizado para el desarrollo y seguimiento de los objetivos de calidad en las UGC/AGC del SESPA.</b>
Metodología
<p>El abordaje de los objetivos e indicadores definidos en el SINOC es progresivo y acorde con el nivel de avance en calidad (básica, avanzada y excelente)</p> <p>El SINOC-DAIME se configura como la herramienta para el desarrollo y evaluación de las acciones de calidad y es autosuficiente para el abordaje de la calidad en nuestra organización, no generando dependencia de agencias externas. Se nutre de las ventajas de otros modelos ya conocidos e implantados en el SESPA (ISO 9001, JCI, EFQM).</p> <p>El SINOC-DAIME define, en clave de indicadores de desempeño, las acciones de calidad a desarrollar por cada UGC/AGC. Obtiene la información de dos fuentes: revisión de documentación y evaluación in situ, realizada por un evaluador externo a la UGC/AGC</p>
Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha
<p>Se ha definido un SINOC-DAIME para Atención Primaria y otro para Atención Especializada.</p> <p>Los objetivos de calidad comunes se agrupan en dos grandes áreas, referidas a paciente a profesionales. Estos objetivos, a su vez se concretan en el desarrollo de diferentes indicadores de acción para cada objetivo.</p> <p>El DAIME establece los cinco pasos clave en el desarrollo de cada indicador: Documento-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado, y permite establecer, para cada indicador evaluado, una puntuación objetiva, que va de 0 a 10 puntos DAIME.</p>

**Resultados**

Después de la fase de pilotaje con 5 UGC en el año 2009, el SINOC-DAIME ya está implantado como herramienta de despliegue de la calidad en 32 UGC/AGC de Atención Primaria y Especializada. La previsión para el 2012 es que se implante este modelo de calidad en 48 UGC/AGC, integradas por 3205 profesionales.

**Conclusiones**

El SINOC-DAIME es una herramienta propia y autosuficiente. Permite estructurar el desarrollo de un sistema de mejora continua con acciones concretas y evaluables.

El SINOC-DAIME se ha configurado como el sistema de referencia para el despliegue y evaluación de la calidad en nuestro Servicio de Salud.

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

## COMUNICACIÓN ACEPTADA

## Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

## Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias

(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
<b>Evaluación del impacto de la gestión clínica en la calidad de vida profesional</b>
<b>Autor/es (apellidos y nombre completos), Centro/s de trabajo</b>
Óscar Suárez Álvarez, Alejandra Fueyo Gutiérrez, Matías Prieto Hernández, Carmen Díaz Corte, Valentín Javier Rodríguez Martínez, Iván Rancoño García, Ana M <sup>a</sup> Sánchez Fernández, Rebeca Suárez Díaz, Pablo Mola Caballero de Rodas, Roberto Saiz Fernández, Alfredo Álvarez García, Olga Casares, Eugenia Llanea Velasco, Carlos A. Díaz Vázquez
<b>Objetivos</b>
Evaluar el impacto de la puesta en marcha del modelo de Gestión Clínica en la calidad de vida profesional mediante el cuestionario QVP-35
<b>Metodología</b>
Estudio cuasi-experimental con grupo control (GC) no equivalente: en uno de los grupos se interviene y en ambos se analiza la calidad de vida profesional con el cuestionario validado QVP-35 (36 ítems, puntuados de 1 a 10). En el grupo experimental (GE) se incluyen las 9 UGCs operativas en 2010 (168 profesionales) y en el GC 8 EAPs, centros de referencia para cada una de las UGCs (162 profesionales). Se realiza un análisis descriptivo de variables sociodemográficas y un análisis bivariante utilizando como variable independiente la pertenencia o no al GE y, como dependientes, el resto de variables del QVP-35. Se muestran los resultados más relevantes organizados en torno a tres subescalas: apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca, con medias o frecuencias
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
Durante el año 2009 se pone en marcha el Modelo Asturiano de Gestión Clínica. Se pilota en 5 centros de atención primaria y, en un segundo año, se amplía a 9 Unidades de Gestión Clínica (UGCs). La evaluación del acuerdo de gestión se lleva a cabo en tres bloques: actividad, calidad y gestión. En paralelo se realiza una evaluación de la calidad de vida de los profesionales
<b>Resultados</b>
Se analizan encuestas de 330 profesionales, 49% (162) pertenecen al GC y 51% (168) al GE. El 74% (243) es personal sanitario y el 87% (273) lleva trabajando en la organización 5 años o más. Análisis bivariante (se muestran únicamente resultados con diferencias estadísticamente significativas): Subescala "apoyo directivo": el GE cree en mayor medida que la empresa trata de mejorar su calidad de vida (4,06/3,49), perciben una mejor calidad de vida relacionada con su trabajo (6,12/5,5), más información para el desarrollo de su trabajo (5,6/4,79) y mayor reconocimiento de su esfuerzo (4,96/4,32). Subescala carga de trabajo: perciben menor presión (5,72/6,49) y menos prisas y agobios (6,13/7,02). Subescala motivación intrínseca: manifiestan más ganas de ser creativos (7,17/6,65)
<b>Conclusiones</b>
Se detectan diferencias entre ambos grupos que podrían explicarse por la puesta en marcha del modelo. Estas diferencias se observan principalmente en "apoyo directivo", "carga de trabajo" y "motivación intrínseca". Los resultados sugieren que el modelo de gestión clínica puede favorecer una mejor percepción de la calidad de vida de los profesionales si bien serían necesarios estudios en unidades de mayor tamaño y a medio/largo plazo

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4

COMUNICACIÓN ACEPTADA

Formulario de Envío del Resumen del Trabajo

Iniciativas y experiencias relacionadas con la práctica sobre Gestión Clínica en Asturias  
(antes de cumplimentar este formulario, consulte atentamente las instrucciones sobre envío del Resumen de trabajo)

<b>Título</b>
Seguimiento de los Acuerdos de Gestión en el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)
<b>Autor/es</b> (apellidos y nombre completos), <b>Centro/s de trabajo</b>
Roberto Saiz Fernández, Área de Sistemas del SESPA
<b>Objetivos</b>
<i>Ampliar el Sistema de Información de Atención Primaria para que las UGCs puedan realizar un seguimiento completo y personalizado de los indicadores y resultados pactados en los Acuerdos de Gestión.</i>
<b>Metodología</b>
Revisión de documentación relacionada y desarrollo técnico en los sistemas informáticos implicados.
<b>Acciones emprendidas, medidas puestas en marcha</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de los acuerdos de gestión de las UGCs. Identificación de los indicadores no contemplados en el SIAP.</li> <li>• Creación de trece indicadores nuevos en SIAP. Extracción informatizada de datos de Asturcon XXI y otros sistemas implicados.</li> <li>• Implementación en SIAP del seguimiento de los Acuerdos de Gestión para aquellas zonas básicas que son UGC.</li> </ul>
<b>Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el SIAP se permite el seguimiento mensual de los Acuerdos de Gestión de las nueve UGCs de Atención Primaria de 2011, presentando los indicadores y objetivos específicos de cada UGC.</li> <li>• Se presenta de forma sencilla y transparente el resultado de hasta 73 indicadores diferentes, que se obtienen de 10 sistemas informáticos diferentes.</li> </ul>
<b>Conclusiones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) puede adaptarse y mejorarse anualmente para permitir el seguimiento de los indicadores incluidos en los Acuerdos de Gestión de las UGCs.</li> <li>• Disponer de una herramienta personalizada, con información fiable y sin que genere una carga de trabajo adicional para la UGC, es un factor clave para el éxito del modelo de gestión.</li> </ul>

Los contenidos de esta tabla no deben superar una cara de una hoja DIN-A-4