

SESIONES PLENARIAS

Plenaria 5:

Selección de las mejores comunicaciones

225

30.000 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN UN ÁREA DE SALUD. LA MEDIDA DEL CUIDADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. Pérez, I. Soto, J.M. Santamaría, S. López, M. García y M. Beamud

Palabras clave: Diagnósticos, Enfermería, Evaluación.

Objetivos: La enfermera comunitaria o de familia es el profesional responsable de la gestión eficiente de los cuidados de salud en el ámbito de la Atención Primaria (AP). En el marco de planificación estratégica del Área (Modelo EFQM de Excelencia), se inició en el año 2001 un Programa de Mejora de la Calidad en la prestación de cuidados de enfermería, permitiendo monitorizar una serie de indicadores claves para el seguimiento del proceso

Métodos: Ámbito y Periodo estudio: Área 11 de AP de Madrid (2001-2003) Tipo de estudio: Descriptivo, longitudinal. Proceso (Fases e Indicadores Clave): 1^a FASE: EVALUACIÓN CUANTITATIVA - Número de enfermeras que han notificado Diagnósticos de Enfermería (DdE) - Frecuencia y tipo de DdE realizados: (Frecuencia absoluta, distribución por edad y sexo, agrupación por patrones funcionales, relaciones NANDA-CIAP...) - Distribución mensual de casos 2^a FASE: EVALUACIÓN CUALITATIVA -Indicador de Estructura: Porcentaje de DdE realizados en el centro de salud/domicilio del paciente - Indicador de Proceso: Calidad

Global: Valoración + Diagnóstico + Objetivos + Intervenciones + Evolución/5 y Porcentaje de DdE incluidos en Cartera de Servicios –Indicador de Resultado: Porcentaje de planes con evolución positiva/negativa 3^a FASE: CALCULO DEL INDICADOR DE CUIDADOS ENFERMEROS (ICE) El indicador ICE tiene en cuenta aspectos cuantitativos (frecuencia de DdE) y cualitativos (calidad del proceso).ICE = Total DdE x Calidad global

Resultados: Indicadores de seguimiento mas relevantes:

	2001	2002	2003
Nº Enfermeras que han comunicado planes	271	354	392
Frecuencia de diagnósticos de enfermería	5129	10362	14595
Calidad Global del Proceso	78,6 %	81,8%	89,4%
Evolución del ICE (Indicador de Cuidados enfermeros)	10,8	22,4	33,9
Porcentaje de DdE realizados en el domicilio del paciente		21%	19,7%
Capacidad resolutiva (Evolución Positiva Planes de Cuidados)	69,8%	75,4%	

Conclusiones: Los profesionales de enfermería del Área están participando del modelo de excelencia de la organización con su aportación disciplinar específica, integrando como proceso clave el cuidado de la población. En este marco de búsqueda de excelencia en el proceso del cuidado, cobra mayor relevancia el hecho de que cada año se produce un incremento de la efectividad enfermera, entendiendo como tal, la capacidad de resolución de los problemas que abordan las enfermeras. Disponer de un sistema de información de planes de cuidados permite conocer un aspecto fundamental de la atención que se presta a la población en AP y ayuda a gestionar los cuidados de manera eficiente.

226

HOSPITAL SIN DOLOR: SEGUNDO AÑO DE UN PROGRAMA PARA EL DOLOR POSTOPERATORIO

V. Pérez-Blanco, B. Valentín, J. Herreras, N. Sastre, J.M. Muñoz y J. García-Caballero

Palabras clave: Dolor, Postoperatorio, Analgesia.

Objetivos: Evaluación del programa para el control del dolor postoperatorio implantado por la Unidad del Dolor Agudo (UDA) del Servicio de Anestesia y Reanimación y la Unidad de Calidad del Hospital La Paz en Enero de 2002. Detección de oportunidades de mejora.

Métodos: Estudio prospectivo. Seguimiento diario de los pacientes del postoperatorio agudo. Procesamiento de los datos en una base de Access 97 y posterior exportación al programa SPSS.10. Comparación entre 2002 y 2003 de los resultados clínicos, epidemiológicos e indicadores propuestos para la evaluación según la evidencia científica.

Resultados: Analizamos 1210 pacientes registrados durante 2003. El 62% fueron atendidos en la URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica) en la primera visita. El número de pacientes con medición del dolor según la EN (escala numérica) a la entrada de la URPA fue del 84,1% (628/746). Con dolor medido a la salida un 67,4% (503/746) y con dolor controlado al alta un 88,4% (445/503). El estándar propuesto de dolor no controlado (9). Respecto a los efectos adversos de la medicación, ninguno presentó complicaciones mayores como depresión respiratoria o arritmias graves. Sin embargo, el 27% presentó efectos menores. Uno de los estándares principales (aparición de vómitos en el postoperatorio debe ser < al 25% de los pacientes), se cumplió este año (11,5%), lo que supone una mejora respecto a 2002 (26,5%). Estas diferencias tienen una significación estadística de $p < 0,001$. El estándar = 100% de pacientes con mórficos administrado

deben tener pautado algún antiemético, se cumple en 2003. La implantación de dos nuevos tratamientos (PCA (Patient controlled analgesia) y analgesia vía epidural ha mejorado durante 2003 respecto a 2002. Los porcentajes de utilización de PCA son del 55% en 2003 (20,1% en 2002, $p < 0,001$) y de epidural 11,2% en 2003 (6,5% en 2002, $p < 0,001$).

Conclusiones: La mayoría de los estándares propuestos se cumplen. Existe una evolución a la mejoría en el año 2003 respecto a 2002. Se detectaron oportunidades de mejora en los dos tratamientos instaurados por la UDA: PCA y epidural y en la planificación de las visitas diarias y durante el fin de semana.

227

EL MODELO MAPPA-HORIZONTE: UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD.

I. Rodrigo, Y. Montes y L. Gabilondo

Palabras clave: Calidad, Procesos, Resultados.

Objetivos: Diseñar un modelo de calidad que permita a gestores y a clínicos asegurar y optimizar la atención de los procesos clínicos como vía para mejorar los resultados en salud de los pacientes.

Métodos: Especificaciones técnicas del Modelo: debe facilitar la selección de los procesos clínicos prioritarios y la identificación de los atributos de calidad más relevantes para cada uno; debe permitir el despliegue a distintos ámbitos de gestión; debe ser aceptado por gestores y por clínicos como un modelo válido. En el diseño del Modelo se han invertido 3 años (2002-2004) durante los cuales se ha revisado la bibliografía relacionada con el tema y se ha ido enriqueciendo con las aportaciones de gestores y de clínicos (más de 75 fa-

cultativos) a los cuales se les ha explicado el Modelo durante unos cursos de formación teórico-práctica.

Resultados: Se ha diseñado un modelo de calidad, el Modelo MAPPA-Horizonte (Mapa de Atributos y Procesos clínicos Priorizados sobre los que Actuar), que consta de los siguientes apartados: metodología práctica para concretar los procesos clínicos priorizados a través del estudio de la casuística con distintos sistemas de agrupación, con especial énfasis en el CCS; especificación de 9 dimensiones de calidad desplegadas en 24 atributos de calidad; un manual para guiar a los servicios en la selección de los atributos de calidad más relevantes para cada proceso clínico con definición de cada atributo, listado de comprobación y parrilla de priorización; requisitos y factores dinamizadores para la implantación del Modelo en los servicios. La puntuación que los clínicos otorgaron al Modelo en su conjunto alcanzó los 7,6 puntos (escala de 0 al 10). Son numerosas las utilidades que los clínicos encuentran en el Modelo, entre las que destacan: facilita el conocimiento de los puntos fuertes y áreas de mejora del servicio (valores medios) (8,4), sirve como apoyo metodológico para la selección e implantación de protocolos y vías de práctica clínica (8), sirve de guía para mejorar la calidad que se proporciona a los pacientes (8), facilita el conocimiento de la casuística y el mapa de procesos del servicio (7,8), y facilita que el servicio mejore la evaluación de la calidad del propio servicio (7,8).

Conclusiones: El Modelo MAPPA-Horizonte es un modelo de calidad total, con buena aceptación por parte de los clínicos consultados, que permite una aproximación sistemática en la definición de los dos ejes rectores: la selección de los procesos clínicos priorizados y los atributos de calidad más esenciales de cada uno.