

PROYECTOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE GESTIONADOS POR EL
SESCAM DURANTE 2007

MEMORIA DE ACTUACIONES

Dirección General de Calidad Asistencial y Atención al Usuario.

Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM)

Toledo, 28 de Enero de 2008

RESUMEN DE LOS PROYECTOS GESTIONADOS POR EL SERVICIO DE SALUD DE
CASTILLA – LA MANCHA, CON LA COLABORACIÓN DEL M.S.C.
(Líneas Estratégicas del Plan de Calidad del S.N.S.)

1 Proyectos de mejora de la seguridad de pacientes específicos para Atención
Primaria

Normalización del transporte de muestras
clínicas desde atención primaria a los
laboratorios de análisis clínicos como
mecanismo de seguridad de los pacientes en
Castilla – La Mancha.

2 Formación, Sensibilización y cultura,

Campaña informativa sobre seguridad clínica,
dirigida a profesionales y a pacientes.

Curso sobre seguridad I.C.S. Talavera de la
Reina

Curso sobre gestión de riesgos en el Hospital
N. de Paraplégicos

Curso sobre seguridad del Hospital de Ciudad
Real

Curso lavado de manos del Hospital de Ciudad
Real

Curso Errores de Medicación en el I.C.S. de
Talavera de la Reina

Talleres CASP

Asistencia al Máster de Seguridad del M.S.C.

3. Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente

3 Creación y puesta en marcha de la Unidad de
gestión de Riesgos para pacientes
hospitalizados en el Hospital Nacional de
paraplégicos de Toledo.

Proyecto de Investigación de la Unidad
Funcional de Seguridad Clínica del Hospital de
Ciudad Real

Desarrollo e Implantación de la Unidad
Funcional de Seguridad del Paciente del
Hospital Universitario de Albacete

LÍNEA DE TRABAJO: 1.1 Proyectos de mejora de la seguridad de pacientes específicos para Atención Primaria

Proyecto nº 1: NORMALIZACIÓN DEL TRANSPORTE DE MUESTRAS CLÍNICAS DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS DEPENDIENTES DEL SESCAM.

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Calidad Asistencial de la Gerencia del Sescam.

Persona responsable: Dra. Dña. GUADALUPE RUIZ MARTÍN. Dra. en Farmacia. FEA de Análisis Clínicos del Complejo Hospitalario de Toledo.

Plan de trabajo previsto:

1ª PARTE.- comunicación del proyecto a las supervisoras de enfermería de los equipos de atención primaria y a los encargados del transporte de sustancias biológicas de categoría B mediante circular informativa.

2ª PARTE.- concurso público para adjudicación de las neveras que cumplan la normativa ADR 2007.

3ª PARTE.- curso de formación a las supervisoras de los centros de extracción.

4ª PARTE.- entrega de la documentación a los transportistas.

Juicio evaluativo sobre los resultados del proyecto:

Consideramos que esta iniciativa va a suponer una mejora muy importante en el transporte y manipulación de las muestras clínicas de nuestra comunidad.

Al mismo tiempo servirá para mejorar los canales de comunicación con Atención Primaria y de este modo mejorar el circuito preanalítico de manera global y reducir el elevado número de incidencias que pueden dar lugar a errores de laboratorio o problemas en la interpretación de los resultados emitidos por parte de los clínicos.

La implantación no ha sido al 100% en todos los envíos, esperamos que en posteriores ediciones de los fondos finalistas del MSC, o mediante cualquier otro medio de financiación consigamos completarlo en toda la comunidad autónoma.

LÍNEA DE TRABAJO: 1.2 Formación, Sensibilización y cultura.

Proyecto nº 2: CAMPAÑA INFORMATIVA SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN LAS GERENCIAS DEL SESCAM

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Calidad Asistencial de la Gerencia del Sescam.

Persona responsable: J. Manuel Tejero González. Jefe de Sección del Servicio de Calidad Asistencial.

Plan de trabajo previsto:

CUESTIONARIO

Elaborado con el apoyo metodológico del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Resultados alcanzados.

Se formó un grupo de trabajo con el apoyo metodológico del Dr. J. Joaquín Mira Solbes, profesor de la Universidad Miguel Hernández de Elche, compuesto por profesionales (Médicos especialistas en Medicina de Familia, Salud Pública, Medicina Preventiva y Medicina

del Trabajo, Psicólogos, y enfermeros). Este grupo de trabajo ha venido funcionando durante todo el año, y se prevé que continúe durante 2008.

Para los contenidos de la campaña informativa (carteles informativos) se han utilizado los carteles editados con cargo a los fondos finalistas del 2006 (cedidos al Ministerio de Sanidad por la Joint Commission International). Además, se han editado nuevos carteles con lemas más reducidos dirigidos a los profesionales, y carteles dirigidos a los pacientes cuyos contenidos han sido cedidos por la Universidad de los Pacientes.

Los nuevos carteles informativos editados este año han sido los siguientes:

Dirigidos a los pacientes:



Dígale a su médico todas las medicinas que está tomando
Adviértale de posibles alergias

- Lleve escritas **TODAS** las medicinas que toma y qué dosis está tomando de cada una (puede llevar los prospectos o los envases para evitar confusiones).
- Informe al médico si ha tenido alguna vez una reacción alérgica a algún medicamento o al ingerir algún alimento.
- Informe a su médico si toma regularmente suplementos alimenticios, infusiones de hierbas u otros remedios y otras medicinas que haya comprado en la farmacia aunque no necesite receta médica.

Por favor, ayúdenos a atenderle mejor colaborando con nosotros

sescam Castilla-La Mancha ACCESORIO JCI Joint Commission International



No se quede con dudas, pregunte a su médico

- Asegúrese del día y hora de la consulta.
- Llegue con tiempo suficiente a la consulta (calcule el tiempo que necesita para llegar).
- Si no tiene inconvenientes, pida a alguien de su familia o de su confianza que le acompañe.
- Lleve escritas **TODAS** las medicinas que toma y qué dosis está tomando de cada una (puede llevar los prospectos o los envases para evitar confusiones).
- Lleve consigo el informe del especialista y los resultados de los últimos análisis o pruebas.
- Escuche con atención a su médico y pregúntele sus dudas y asegúrese de que entiende bien cómo tomar la medicación que le ha prescrito.
- Aunque puede consultar en Internet alguna información, es su médico quien sabe lo que más le conviene. Lleve cuidado y diferencie lo que es información puesta al día de la que es publicidad.

Por favor, ayúdenos a atenderle mejor colaborando con nosotros

sescam Castilla-La Mancha ACCESORIO JCI Joint Commission International

Dirigidos a los profesionales:

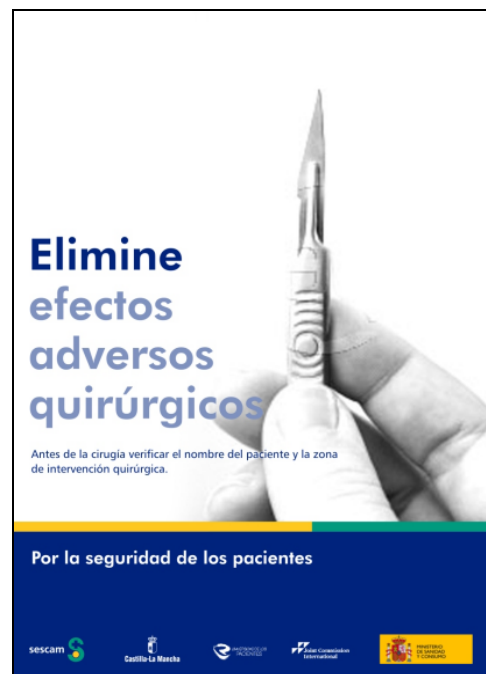


Comprender bien el problema

Los profesionales sanitarios y los pacientes deben colaborar para establecer el diagnóstico y el mejor plan de tratamiento.

Por la seguridad de los pacientes

sescam Castilla-La Mancha ACCESORIO JCI Joint Commission International



Elimine efectos adversos quirúrgicos

Antes de la cirugía verificar el nombre del paciente y la zona de intervención quirúrgica.

Por la seguridad de los pacientes

sescam Castilla-La Mancha ACCESORIO JCI Joint Commission International

Uso seguro de la medicación

Nunca diga "según pauta o según lo acostumbrado".
Escriba en la prescripción la finalidad del medicamento
(p.e. "para la tos").
Escriba con claridad evitando abreviaturas.



Por la seguridad de los pacientes



Parar las infecciones

Utilice limpiadores de solución hidroalcohólica entre un paciente y el siguiente". (Si dispone de ella).
Lávese las manos vigorosamente con agua y jabón.



Por la seguridad de los pacientes



Seguridad en la anestesia

Aunque la moderna anestesia sea extremadamente segura, es recomendable acompañar a sus pacientes y ayudarles para que le oigan antes de "caer" en el sueño.



Por la seguridad de los pacientes



Evaluar correctamente la situación

Escuche al paciente y adapte el plan de cuidados a sus necesidades. Informe al paciente y compruebe que ha entendido las explicaciones.



Por la seguridad de los pacientes



Protección contra incendios

Los pacientes y sus familias nos confían sus vidas. Evite el riesgo de incendio, y muestre serenidad si se produce un incendio.



Por la seguridad de los pacientes



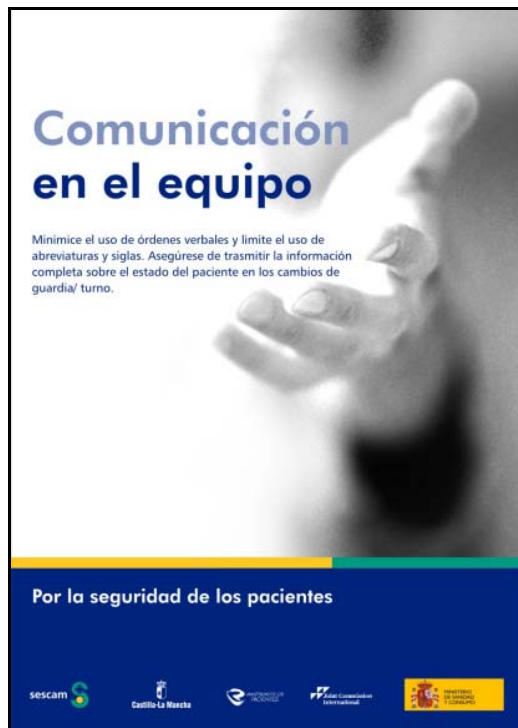
Prevención de caídas

Las personas mayores son más propensas a las caídas. Establezca medidas de seguridad.



Por la seguridad de los pacientes





Se han impreso 500 ejemplares de cada cartel, que se distribuirán e instalarán en los hospitales (en las áreas de cirugía, urgencias y plantas de hospitalización, en las salas de espera de consultas externas) y en los centros de salud.

Encuesta dirigida a los profesionales.

Se ha diseñado una encuesta que se ha aplicado a una muestra aleatoria de 400 profesionales (médicos y enfermeros), vía intra-net. En el momento de presentar esta memoria la encuesta aún está cumplimentándose. Una vez instalados los carteles informativos se aplicará de nuevo la encuesta para detectar posibles cambios en la opinión de los profesionales. Los ítems elegidos exploran tres aspectos: los conocimientos, la motivación y las actitudes de los profesionales respecto a la seguridad de los pacientes. La encuesta se ha diseñado con preguntas para ser respondidas mediante una escala Lickert (de 0 a 5 puntos, según el grado de acuerdo con las afirmaciones). La mayoría de los efectos adversos que sufren los pacientes no pueden evitarse

Encuesta dirigida a los pacientes:

Durante el primer trimestre del 2008, y una vez instalados los carteles en los hospitales y centros de salud de atención primaria, se realizará una encuesta telefónica a una muestra aleatoria representativa de los pacientes atendidos durante la semana anterior. En la próxima reunión del equipo de trabajo (29 de enero) se diseñarán las preguntas de la encuesta, que se realizará a través del "call center" del Sescam.

Próximas actuaciones durante el 2008.

El Sescam está elaborando actualmente un Plan Estratégico de Seguridad del Paciente. Dentro de este Plan se están proyectando acciones encaminadas a mejorar el desempeño de los profesionales en “prácticas seguras”. Durante el 2008, el grupo de trabajo de la “cultura de seguridad del paciente” continuará su actuación, para lo que se solicitará de nuevo financiación de la Agencia de Calidad del S.N.S.. Se pretende continuar también con el apoyo metodológico de la Universidad Miguel Hernández. Las acciones previstas son las siguientes:

Repetición periódica (una vez al año) de la encuesta dirigida a profesionales y también la encuesta a los pacientes.

Seminarios – talleres en todas las Gerencias coordinadas por los responsables de calidad de cada Gerencia (coordinador y técnicos de las Unidades de Calidad, y los miembros del grupo de trabajo, utilizando técnicas grupales como rol playing, simulación de entrevistas con pacientes, etc.

Nuevas campañas informativas, utilizando medios audiovisuales (pantallas de plasma instaladas en las salas de espera de los hospitales y en los centros de salud).

Todas estas acciones se encuentran pendientes de aprobación en la siguiente reunión del grupo de trabajo.

Juicio evaluativo sobre los resultados del proyecto:

Se ha producido un ligero retraso en los objetivos propuestos. Sin embargo, el desarrollo del proyecto se va a completar en un plazo no superior a dos meses. Se informará oportunamente a la Agencia de Calidad del S.N.S. de los resultados de la encuesta y de las acciones futuras previstas para mejorar el desempeño de los profesionales y el comportamiento de los pacientes, extendiendo la “cultura de la seguridad” mediante acciones pro-activas.

LÍNEA DE TRABAJO: 1.2 Formación, Sensibilización y cultura,

Proyecto nº 3: CURSO SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES (I.C.S. de Talavera de la Reina)

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Calidad Asistencial de la Gerencia del Sescam.

Persona responsable: Félix Alcázar Casanova. Jefe del Servicio.

Resultado alcanzado: El curso se ha realizado según lo previsto.

Proyecto nº 4: Curso de seguridad y gestión de riesgos en pacientes hospitalizados en el Hospital Nnal. de Parapléjicos.

Servicio que gestiona el proyecto: Unidad de Calidad del Hospital Nacional de Parapléjicos.

Persona responsable: Dra. Cristina Méndez. Responsable de formación del H. Nnal. de Parapléjicos.

Plan de trabajo previsto:

Solicitar los cursos a la Agencia encargada de impartirlos (Instituto de Ciencias de la Salud).

- Planificar cursos y disponer de material: espacios, y material informático y óptico.
- Determinación de responsable (Coordinador de Formación Continuada), quién elaborará el cronograma.

RESULTADOS ALCANZADOS.

DESCRIPCIÓN DEL CURSO REALIZADO:

El curso: "Seguridad del paciente ", se ha desarrollado de forma presencial, con un equivalente de 10 horas lectivas, y tuvo como docente a Francisco Javier Romero Ganuza (Coordinador de Calidad Asistencial del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo)

OBJETIVO GENERAL:

Con este curso se pretendía dotar a los asistentes de una formación básica en Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos.

CONTENIDO:

- 1.- Errar es humano. La calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente.
- 2.- Conceptos. Taxonomía
- 3.- Análisis de las causas y prevención de los efectos adversos.
- 4.- La cultura de la seguridad: modelo participativo vs punitivo.
- 5.- Epidemiología. Indicadores de seguridad clínica: AHRQ, OCDE. Estudio ENEAS, estudios internacionales.
- 6.- Sistemas de registros y notificación. Unidad de gestión de riesgos.
- 7.- Seguridad en la utilización de los medicamentos.
- 8.- Responsabilidad civil del profesional sanitario: Gestión jurídica del error y los efectos adversos.
- 9.- La seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud y en el SESCAM.

ESTADISTICA DE VALORACION (2007)

DENOMINACIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE

FECHAS: 10/12/2007 hasta 14/12/2007

Nº	PREGUNTA	MEDIA
1	La organización general del curso ha sido	9,00
2	El desarrollo de los temas ha sido	9,13
3	¿Qué grado de interés han tenido para ti los temas?	9,50
4	Tu comprensión de los temas	8,63
5	La metodología utilizada (exposición, trabajo de grupo, etc.)	9,25
6	La utilidad del curso en mi actividad profesional	9,25
7	La documentación aportada	9,13
	TOTAL	63,875
	Media:	9,13

OBSERVACIONES

8. Sugerencias:

Creo que debe generalizarse para todos los miembros del hospital

9. Más ha gustado:

La comunicación sobre un tema tan importante.

La buena organización y programación.

10. Menos ha gustado:

DESCRIPCIÓN DE LOS CURSOS QUE FALTAN POR REALIZAR:

1.- CURSO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

ORGANISMO QUE LO IMPARTE: INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN

- OBJETIVO GENERAL:

Introducir los conceptos y métodos propios de la elaboración y evaluación de guías de práctica clínica y protocolos basados en la evidencia científica a través de Internet, así como su aplicación en los procesos de mejora de la calidad asistencial.

- DIRIGIDO A :

Profesionales Sanitarios interesados en evaluar y revisar guías de práctica clínica como instrumento de mejora de la calidad asistencial.

- METODOLOGÍA:

Las clases tendrán una orientación teórico-práctica, basadas en experiencias teóricas y en trabajos prácticos que faciliten la integración de sus contenidos.

- CONTENIDOS:

- Introducir los conceptos y métodos que definen el proceso de diseño, elaboración, diseminación e implementación de estos instrumentos.
- Abordaje práctico de búsqueda y filtrado de evidencia científica a través de Internet.
- Elaborar un ejemplo de guía de práctica clínica revisando su aplicabilidad.
- Evaluar una guía de práctica clínica mediante el instrumento AGREE.
- Discusión en grupos de resultado.

2.- CURSO SOBRE LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

ORGANISMO QUE LO IMPARTE: INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN

OBJETIVOS

- Definir los principales términos relacionados con la seguridad de los pacientes.
- Describir la magnitud del problema de la seguridad de los pacientes.
- Conocer las características de los modelos de error humano y sus causas.
- Definir y utilizar la metodología para la prevención de los problemas de seguridad.
- Definir los principales componentes de la metodología para estudiar casos centinela.
- Estudiar las posibilidades de mejorar la seguridad en los diferentes ámbitos de la práctica de enfermería.

METODOLOGÍA

El curso se desarrollará en un marco teórico-práctico, y se fomentará la participación de los alumnos.

CALENDARIO El curso está previsto que se desarrolle en dos días consecutivos, con una dedicación horaria de 6 horas/día.

CONTENIDOS

- Introducción a la seguridad de los pacientes: definiciones, magnitud y causas del problema.
- Principales temas de seguridad relacionados con la práctica de enfermería.
- La prevención de los efectos adversos: la utilización del Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)
- Ejercicio práctico: aplicación del AMFE, en un caso concreto relacionado con la práctica enfermera
- Los casos centinela
- La metodología del Análisis de Causa Raíz (Root Cause Analysis – RCA)
- Ejercicio práctico: aplicación del RCA a un caso práctico. Puesta en común y discusión del caso.
- Seguridad en la administración de medicación. Los errores de medicación: sistemas de registro, notificación y prevención.
- La mejora de la seguridad en los cuidados de enfermería
- Sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad
- La comisión de seguridad y otras estrategias para la mejora de la seguridad en la práctica de enfermería

3.- CURSO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

ORGANISMO QUE LO IMPARTE: INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN

OBJETIVOS

- Definir los principales términos relacionados con la seguridad de los pacientes.
- Describir la magnitud del problema de la seguridad de los pacientes.
- Conocer las características de los modelos de error humano y sus causas.
- Definir y utilizar la metodología para la prevención de los problemas de seguridad.
- Definir los principales componentes de la metodología para estudiar casos centinela.
- Conocer los principales estudios internacionales de incidencia de eventos adversos
- Estudiar las posibilidades de mejorar la seguridad en el hospital.

DIRIGIDO A:

Profesionales implicados en los procesos de mejora de la seguridad en las actividades de los Centros.

METODOLOGÍA

Las clases tendrán una orientación teórico-práctica, basadas en exposiciones teóricas y en trabajos prácticos que faciliten la integración de los contenidos.

CONTENIDOS

- Introducción a la seguridad de los pacientes: definiciones, magnitud y causas del problema.
- Casos centinela: tipos y características.
- Los casos centinela y la metodología del Análisis de Causa Raíz (ACR)
- Ejercicio práctico 1: ACR en un caso centinela.
- La prevención de los efectos adversos: Análisis modal de fallos y efectos (AMFE).
- Ejercicio práctico 2: Aplicación AMFE.

RESULTADO ALCANZADO: 25% de I total del proyecto.

Juicio evaluativo sobre los resultados del proyecto:

RESULTADO ALCANZADO: 25% de I total del proyecto.

Proyecto nº 5: CURSO DE FORMACIÓN EN GESTION DE RIESGOS CLINICOS PARA PERSONAL SANITARIO (HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL)

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General de Ciudad Real.

Persona responsable: Dr. Ricardo Pardo. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

Plan de trabajo previsto:

DOCENCIA:

- 50 HORAS DOCENTES. Se deben de contar también las horas del profesorado que participará en las Mesas Redondas
- Traslado a Ciudad Real del Profesorado en caso de desplazamiento del mismo y estancia si la precisa.

Resultado alcanzado: Las acciones previstas están desarrollándose en el momento de elaborar el informe, sin que hayan finalizado aún.

Proyecto nº 6: Curso de formación para mejorar el desempeño en el programa de lavado de manos del Hospital General de Ciudad Real.

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Calidad Asistencial de la Gerencia del Sescam. Unidad de Calidad del Hospital General de Ciudad Real

Persona responsable:

Dr. Javier de la Vega. Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del Hospital General de Ciudad Real

Plan de trabajo previsto:

Primera Fase: Preliminares

- Información a la Gerencia y Dirección sobre la propuesta, recabando asimismo su colaboración en el desarrollo y mantenimiento del programa.
- Recabar información sobre gasto corriente en SHA en el hospital y por unidades clínicas a través del Servicio de Gestión (Suministros) para establecer el alcance y extensión posibles de su implantación. Manteniendo este canal de información durante el programa, servirá como fuente de indicadores de eficacia del Programa.
- Formación del equipo promotor para la puesta en marcha del programa a través de reuniones de trabajo entre los servicios y unidades implicados (servicios de Preventiva y RRLL y responsables de Calidad y RR Clínicos), cuyas funciones principales serían en esta fase las siguientes:
 - ~ Valoración técnica de las distintas opciones de productos para su uso en nuestro centro y decisión consensuada con el Servicio de Gestión sobre su compra.
 - ~ Diseño de las herramientas de monitorización (encuesta y Check list), así como el Establecimiento de los Indicadores de Estructura, Proceso, Resultado y Suceso Centinelas (de infección nosocomial, de participación, de eficacia, de buena práctica, etc).

Segunda Fase: Implantación

- Diseño y realización de un estudio observacional previo a la adopción de medidas de las prácticas de higiene de manos del personal sanitario del HCGR.
- Información sobre la puesta en marcha del Programa a los jefes de servicio, directamente y a través de las Comisiones Clínicas (Garantía de Calidad, Dirección de Calidad y de Infecciones, etc).
- Reunión informativa con los Supervisores de Área para dar a conocer el Programa y solicitar su compromiso con el desarrollo del mismo.
- Reunión informativa con los Supervisores de Enfermería de las distintas unidades a fin de darlo a conocer y solicitar su colaboración.
- Captación de personal colaborador en las distintas unidades y/o servicios.

Tercera Fase: Desarrollo

- El equipo promotor tendrá en esta fase las siguientes responsabilidades:

~ Proporcionar información y formación al personal sanitario valorando las necesidades formativas del HGCR en cuestión de higiene de manos, manteniendo para ello reuniones con los responsables del Área de Formación del centro.

~ Promover y facilitar la constitución de los grupos de discusión y de trabajo por servicios o interservicios y de coordinarlos y formarlos como primera intervención.

~ Evaluación del proceso mediante su monitorización continua a través de los indicadores y encuestas establecidos.

~ Integración del trabajo que se vaya produciendo con los protocolos vigentes en el HCGR, animando a su introducción en los protocolos de nueva creación a través de contactos permanentes con las comisiones y grupos de trabajo encargados de los mismos.

• Los equipos de trabajo formados en cada unidad o entre servicios tendrían como tareas:

~ La observación de la práctica habitual de higiene de manos (mediante check list de Buena Práctica de lavado y uso de SHA.),

~ La introducción específica de la higiene de manos en los protocolos que se estén desarrollando en las unidades clínicas.

~ La caracterización de los problemas culturales, de infraestructuras o de otro tipo que obstaculicen a nivel de las unidades clínicas individuales el hábito correcto de higiene de las manos, así como la propuesta de soluciones a los mismos.

~ Abogar de manera proactiva por la adhesión al programa del resto del personal de las unidades a las que pertenezcan mediante el ejemplo, convirtiéndose en referencia para sus compañeros.

~ La organización de las sesiones en cada unidad y colaboración en elaboración del material de docencia en torno al programa que se consideren necesarios en cada caso, y

~ La realización de los diseños de cartelera y de difusión del programa en sus unidades.

Deberán seguir en su trabajo, siempre que sea posible, una metodología de Mejora de Calidad que promueva la participación de todos sus miembros. Se incentivará, en la medida de lo posible, la participación en estos grupos de trabajo mediante diplomas, participación en congresos o mediante un sistema de premiado por determinar.

Cuarta Fase: extensión al resto del hospital

A través de la actividad de estos equipos de trabajo y de su rol de referencia, se espera la extensión “en mancha de aceite” en sus unidades clínicas. Se propondrán campañas intensivas unidad a unidad a lo largo del tiempo para reforzar ese efecto de los equipos.

Campaña Informativa transversal a todas las fases

La presentación del programa y posteriormente su desarrollo y resultados podrán conocerse a través de diferentes medios:

~ Sesión clínica informativa sobre la puesta en marcha del programa presentado por el Servicio de Medicina Preventiva y/o unidades del Equipo Promotor.

~ Información, logo y slogan en el Portal del empleado, que mediante hipervínculo conduzcan a página específica con información, material, bibliografía, consejos etc. acerca de la higiene de manos, así como de la campaña.

~ Uso del canal central de noticias del Portal para presentar novedades o hacer recordatorios puntuales durante la campaña.

~ Realización de cartelera y folletos divulgativos sobre buenas prácticas y técnicas correctas de lavado y uso de SHA, así como de pins, pegatinas u otros medios que pudieran sugerirse a lo largo del desarrollo del programa.

~ Devolución de la información sobre los datos e indicadores a través de los distintos recursos disponibles: Comisiones clínicas, Portal del empleado, web externa, grupos de trabajo, etc.

~ Cursos de formación cuando sea pertinente sobre buenas prácticas higiénicas por servicios o Unidades.

~ Medios de comunicación de masas: Radio, televisión local, prensa escrita, webs de consumidores, etc.

Proyecto nº 7: Curso Errores de Medicación en el I.C.S. de Talavera de la Reina

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Calidad Asistencial de la Gerencia del Sescam.

Persona responsable: Félix Alcázar Casanova. Jefe del Servicio.

Plan de trabajo previsto:

Realización del curso

Productos a presentar:

Remisión a la dirección general de cohesión del sns y alta inspección de la memoria del proyecto, antes del 31 de enero del 2008

Resultado alcanzado: El curso se ha realizado según lo previsto.

Proyecto nº 8: Formación en lectura crítica de la evidencia científica, mediante talleres C.a.s.p.e.

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Calidad Asistencial de la Gerencia del Sescam.

Persona responsable: J. Manuel Tejero. Jefe de Sección del Servicio de Calidad Asistencial de la Gerencia del Sescam.

Plan de trabajo previsto:

Realización de 6 talleres C.A.S.P. a lo largo del año 2007, dos de ellos en cada una de los siguientes Hospitales: H. Universitario de Guadalajara, H. Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina y Hospital General de Ciudad Real.

Dos talleres de Entrenamiento de entrenadores, en Ciudad Real y Toledo.

Resultado alcanzado:

De los cursos/talleres planeados se han realizado 7: 3 talleres de introducción a la lectura crítica en Ciudad Real (lectura crítica de un ensayo clínico, búsquedas bibliográficas de evidencia y revisiones sistemáticas), otros 3 en Toledo, y un taller de "entrenamiento de entrenadores" en Toledo.

Juicio evaluativo sobre los resultados del proyecto:

La implementación y utilización de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica es una potente herramienta para disminuir la variabilidad no justificada en la práctica clínica, mejorando así la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria. El SESCAM viene colaborando en el Proyecto Guíasalud, para la elaboración, difusión e implementación de Guías de Práctica Clínica desde el inicio del proyecto.

La extensión de la lectura crítica de la literatura científica y la formación de los profesionales en la selección y valoración de la evidencia científica contribuiría a que las decisiones clínicas fueran más eficaces, eficientes y seguras para el paciente. Tras diversas actividades formativas (talleres de lectura crítica de la literatura científica), en Castilla - La Mancha se creó en el año 2002 un nodo de CASPe ubicado en Guadalajara. Desde entonces su actividad ha seguido un curso irregular y en ocasiones algo disperso. Durante el año 2007 se han producido varias solicitudes para realización de talleres por parte de facultativos de atención primaria para consolidar el nodo CASPe en Castilla - La Mancha y así poder extender y regularizar las actividades de formación en lectura crítica de la literatura científica para profesionales sanitarios. Como consecuencia de estas demandas, y tras los contactos realizados entre la Dirección General de Calidad Asistencial y Atención al Usuario del SESCAM y CASPe, se han planteado una serie de talleres a desarrollar en los próximos tres años. Este proyecto ha de considerarse como el inicio de un proceso de colaboración entre ambas instituciones.

Objetivos generales:

1. Promover las decisiones clínicas basadas en la evidencia entre los profesionales del SESCAM.
2. Difundir modelos de enseñanza basados en las evidencias existentes sobre los estilos más efectivos para el aprendizaje de adultos y para la capacitación continua de los profesionales.
3. Potenciar la cooperación entre el Sescam y el grupo CASP de Castilla la Mancha y la red CASPe distribuida por toda la geografía nacional.

Objetivos específicos:

1. Profundizar en el desarrollo de habilidades de búsqueda de la evidencia y de lectura crítica de la literatura científica entre los profesionales del SESCAM.
2. Formar a un grupo de personas con capacidad docente y cultura de cooperación, capaces de continuar el proceso de enseñanza y difusión de estas habilidades en el SESCAM.

Metodología:

CASP (Critical Appraisal Skills Programme: Programa de habilidades en lectura crítica) es un programa creado en el Institute of Health Sciences de Oxford (Universidad de Oxford y NHS R&D) para ayudar a los "decisiones" del Servicio de Salud a adquirir habilidades en la búsqueda de literatura científica en salud y en lectura crítica de la misma, de modo que pudieran obtener así la "evidencia científica" necesaria para tomar sus decisiones. En España existe una red CASP (CASP España - CASPe) con múltiples nodos, que forma parte de una organización internacional llamada CASP Internacional con la que comparte la filosofía docente, los materiales desarrollados en conjunto, las experiencias docentes y organizativas y los proyectos de investigación sobre docencia. CASP España pretende ser cada vez más un referente de calidad y progreso en la enseñanza de las habilidades y en la construcción de instrumentos para promover el uso del conocimiento y gestionar ese conocimiento en los sistemas de salud.

De manera esquemática el método CASPe podría resumirse en los siguientes puntos:

- 1-. El aprendizaje de las habilidades debe realizarse cerca del lugar de trabajo y trabajando sobre problemas de escenarios con pacientes simulados parecidos a los habituales (aprendizaje basado en problemas).
- 2-. Los contenidos deben adaptarse a cada taller en función del nivel de conocimiento en base a la información previa sobre los mismos antes del taller y la valoración que los ponentes hagan durante la introducción.
- 3-. El proceso de aprendizaje debe ser "no paternalista", sin las figuras típicas del alumno y el profesor, cambiando éstas por la de compañeros.
- 4-. La técnica docente es el trabajo en pequeños grupos (técnicas de small group).
- 5-. El aprendizaje ha de ser continuo, dando la oportunidad a los participantes de colaborar con CASPe integrándose en grupos existentes o constituyéndolos "de novo".
- 6-. Los materiales deben ser de la máxima calidad formal. Los docentes reciben formación previa de la coordinación CASPe en sus "entrenamientos de entrenadores".

Actividades:

Los talleres de formación que se realizarán por medio de esta colaboración tendrán los siguientes contenidos:

1. Ensayos Clínicos
2. Búsqueda de la evidencia
3. Revisiones Sistemáticas
4. Evaluación de Pruebas Diagnosticas
5. Estudios de Pronóstico
6. Reglas de predicción clínica
7. Evaluaciones económicas
8. Talleres sobre daño / perjuicio
9. Talleres de entrenamiento de entrenadores, para personas con experiencia en asistencia a varios talleres como participantes y/o facilitadores.

Contenido de los talleres:

Se trata de una aproximación intensiva de formación y se plantean dos bloques de tres talleres en jornadas de jueves y viernes tarde y sábado por la mañana. Se realizará un taller de ensayo clínico, uno de búsqueda de la evidencia y otro de revisión sistemática.

Docentes:

Miembros de CASPe del nodo de Castilla-La Mancha y de de otros nodos CASPe; todos ellos con formación en entrenamientos de entrenadores de CASPe y/o en el Centro para la Medicina Basada en la Evidencia de Oxford. En una segunda fase se incorporarán las personas que vayan adquiriendo las habilidades de entrenadores en el propio proceso formativo del SESCAM.

Destinatarios:

Profesionales de las instituciones sanitarias y servicios socio-sanitarios de Castilla-La Mancha interesados en la lectura crítica (Médicos, Enfermeros, Farmacéuticos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, y otros profesionales).

Proyecto nº 9: Asistencia de un profesional al Curso de Especialista en Gestión de Riesgos organizado por el M.S.C.

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Calidad Asistencial de la Gerencia del Sescam.

Persona responsable: Félix Alcázar Casanova. Jefe del Servicio.

Plan de trabajo previsto:

Asistencia al curso de un profesional.

Resultados alcanzados:

Actualmente está asistiendo al curso la Dra. Fuencisla Iglesias, hasta diciembre de 2007 Jefa de la Sección de Calidad de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades y actualmente Jefa de la Sección de Seguridad del Paciente en la Gerencia del Sescam. La matrícula ha sido becada por el M.S.C. y la profesional se desplaza desde Toledo para asistir a las clases presenciales, por lo que no han sido necesarios costos de matrícula ni alojamiento.

LÍNEA DE TRABAJO: 3 Proyectos de creación-implantación de unidades funcionales de gestión de riesgo,

Proyecto nº 9: "Creación y puesta en marcha de la Unidad de gestión de Riesgos para pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional de parapléjicos de Toledo."

Servicio que gestiona el proyecto: Unidad de Calidad del Hospital Nnal. de Parapléjicos.

Persona responsable: Dra. Cristina Méndez Macías. Responsable de formación del H. Nnal. de Parapléjicos.

Plan de trabajo previsto:

- 1) Implicación decidida de la gerencia
- 2) Formación específica en Gestión de riesgos del personal que compondrá la unidad.
- 3) Asignación de espacio físico y recursos materiales e informáticos que requiera.
- 4) Presentación del proyecto a todo el personal del hospital, tanto asistencial como no asistencial.
- 5) Puesta en marcha del programa y formación continuada del personal que lo forme.

Resultado alcanzado: A raíz de la creación de la nueva Dirección General de Calidad Asistencial del Sescam, las funciones que estaba previsto se desarrollaran por las nuevas Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente van a ser asumidas por las Unidades de Calidad Asistencial, que se están dotando de nuevos recursos materiales y humanos en la actualidad, tal como se explica más adelante.

Juicio evaluativo sobre los resultados del proyecto:

El decreto 129/2007, de 17 de julio, de estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos del SESCAM, (DOCM nº 152, de 20 de julio), deroga el anterior, establece como una competencia de la Dirección Gerencia el establecimiento de políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla-La Mancha y crea la Dirección General de Calidad Asistencial y Atención al Usuario. Se propone la creación de una estructura administrativa en cada una de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada que, con el nombre de Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario (OCAUS) y con una dependencia funcional de la Dirección General, integre al menos las actuales Unidades de Calidad y de Atención al Usuario existentes. Se juzga conveniente que las Unidades de Gestión de Riesgos Clínicos, hasta ahora poco coordinadas entre sí, se integren en la nueva estructura de Calidad y Atención al Usuario. Entre las funciones de las Unidades de Calidad se señala la de *“facilitar la implantación y evaluación de los programas especiales de Seguridad del Paciente”*. Por tanto, el presente proyecto se ha visto modificado por la situación descrita, asignándose a las Unidades de calidad, además de las funciones relacionadas con la seguridad de los pacientes, también los recursos previstos para la dotación de las Unidades de Seguridad.

Proyecto nº 11: Sistema de análisis retrospectivo de sucesos adversos por la Unidad Funcional de Seguridad Clínica del Hospital de Ciudad Real.

Servicio que gestiona el proyecto: Servicio de Cirugía del Hospital de Ciudad Real.

Persona responsable: Dr. Ricardo Pardo. Servicio de Cirugía del Hospital de Ciudad Real.

Plan de trabajo previsto:

Existen dos fases diferenciadas:

1) Screening: Para detectar los incidentes adversos o incidentes críticos se establecen unos criterios de los cuales uno por lo menos se debe de cumplir para pasar a la fase de revisión de la historia

- 1.- Ingreso previo en algún hospital en los 12 meses previos
- 2.- Estancia hospitalaria mayor de lo esperado
- 3.- Estancia en el hospital mayor de 10 días
- 4.- Diagnóstico retrasado de forma significativa en algún momento durante el ingreso
- 5.- Acción no planificada que ha tenido lugar durante la intervención o la anestesia
- 6.- Reintervención no planificada
- 7.- Traslado no planificado a otra unidad u hospital
- 8.- Ha requerido cuidados intensivos
- 9.- Infección nosocomial
- 10.- Presentación de complicaciones (Insuficiencia cardiaca, trombosis venosa profunda, infarto de miocardio, úlcera por decúbito, alteraciones neurológicas, parada cardiorrespiratoria)
- 11.- Reacción adversa medicamentosa o complicaciones de la vía (incluyendo celulitis o hematoma)
- 12.- Caída u otro tipo de accidente
- 13.- Muerte
- 14.- El paciente o la familia ha puesto una reclamación por desacuerdo con la atención recibida
- 15.- El médico o la enfermera están descontentos con algún aspecto del cuidado que se le ha dado al paciente

2) Revisión por módulos

1.- MODULO 1: Datos demográficos del paciente, co-morbilidades del paciente, fecha y circunstancias en las que se produce el incidente adverso o crítico y calidad de la historia clínica

2.- MODULO 2: Información de los efectos del incidente en el paciente y en los recursos del hospital

3.- MODULO 3: Queda dividido en función del momento en el que el incidente tiene lugar:

- Consultas
- Urgencias
- Admisión
- Intervención quirúrgica
- Reanimación o cuidados intensivos
- Planta
- Alta

Se analizan los detalles importantes dependiendo del momento en el que el incidente se origina

4.- MODULO 4: Se divide teniendo en cuenta el tipo de incidente

- Diagnóstico
- Estudio del paciente
- Monitorización del paciente
- Tratamiento del paciente
- Infección
- Problemas técnicos relacionados con un procedimiento
- Problemas relacionados con la medicación o la fluidoterapia

5.- MODULO 5: Analiza los factores que hayan podido contribuir a la aparición del incidente

- Características del paciente
- Factores relacionados con el trabajo en equipo
- Factores individuales del personal que atiende al paciente
- Factores relacionados con procedimientos aplicados al paciente
- Factores relacionados con el ambiente y la organización
- Posibilidad de prevenir el incidente

El equipo investigador realiza la fase de screening basándose en los 15 criterios expuestos. Puede expresar en texto libre cualquier aspecto del cuidado del paciente que encuentren poco satisfactorio. En el caso de que uno de los criterios se cumpla o si se realiza un comentario por la posible existencia de un incidente adverso sin cumplir los criterios, la historia pasa a la fase de revisión

Con el fin de evaluar la validez de la fase de screening todos los casos positivos son revisados de forma independiente por dos asesores externo :Sisse Olsen, miembro del equipo de Investigación de la Clinical Safety Research Unit del Hospital St Mary's perteneciente al Departamento de Cirugía Oncológica y Tecnología del Imperial College de Londres y Ricardo Pardo, Adjunto de Servicio de Cirugía y Responsable de la Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos del Complejo Hospitalario de Ciudad Real

ANALISIS DE DATOS: Todos los datos de la fase de screening y de revisión se pasan a la base de datos SPSS v 11 para su análisis. Se garantiza la confidencialidad de los datos del paciente y en no será posible la identificación del mismo con el análisis de la base de datos

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO: La evaluación retrospectiva tiene el inconveniente de la pérdida de los datos que no quedan claramente reflejados en la historia. El hecho de intentar realizar el análisis de la historia en el momento del alta podría obviar este problema ya que el 50% del equipo investigador es responsable directo del cuidado del paciente y conoce la historia del mismo y los detalles que a lo mejor no han quedado reflejados en la misma

Resultado alcanzado: A raíz de la creación de la nueva Dirección General de Calidad Asistencial del Sescam, las funciones que estaba previsto se desarrollaran por las nuevas Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente van a ser asumidas por las Unidades de Calidad Asistencial, que se están dotando de nuevos recursos materiales y humanos en la actualidad, tal como se explica más adelante.

Juicio evaluativo sobre la marcha del proyecto: El decreto 129/2007, de 17 de julio, de estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos del SESCAM, (DOCM nº 152, de 20 de julio), deroga el anterior, establece como una competencia de la Dirección Gerencia el establecimiento de políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla-La Mancha y crea la Dirección General de Calidad Asistencial y Atención al Usuario. Se propone la creación de una estructura administrativa en cada una de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada que, con el nombre de Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario (OCAUS) y con una dependencia funcional de la Dirección General, integre al menos las actuales Unidades de Calidad y de Atención al Usuario existentes. Se juzga conveniente que las Unidades de Gestión de Riesgos Clínicos, hasta ahora poco coordinadas entre sí, se integren en la nueva estructura de Calidad y Atención al Usuario. Entre las funciones de las Unidades de Calidad se señala la de *“facilitar la implantación y evaluación de los programas especiales de Seguridad del Paciente”*. Por tanto, el presente proyecto se ha visto modificado por la situación descrita, asignándose a las Unidades de calidad, además de las funciones relacionadas con la seguridad de los pacientes, también los recursos previstos para la dotación de las Unidades de Seguridad.

Proyecto nº 12: Unidad de Calidad Asistencial y Gestión de Riesgo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Servicio que gestiona el proyecto: Unidad de Calidad Asistencial y Gestión de Riesgo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Persona responsable: Dr. D. Javier Lucas Imbernón. Coordinador de calidad del Hospital Universitario de Albacete

Plan de trabajo previsto:

FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD CLÍNICA (UGRYSC).

A. Dependencia de la UGRYSC.

La dependencia de la Unidad debe ser directa de la Dirección Gerencia. El Director Gerente debe ser el impulsor de ésta y debe existir un acuerdo con la gerencia del hospital para la creación de dichas unidades, con el apoyo y colaboración no sólo de la misma, sino también de las jefaturas de los distintos servicios que quieran colaborar.

La UGRYSC se constituye en una Unidad Funcional integrada dentro de la Unidad de Calidad Asistencial.

B. Programa de gestión de Riesgos.

Establecimiento de un programa de gestión de riesgos, dirigido a la mejora de la calidad asistencial, incrementando la seguridad de los pacientes.

El programa debe establecer el proceso de formación de los profesionales en la cultura de la Gestión de Riesgos y Seguridad Clínica. Así mismo, la divulgación de los principios a los clientes.

C. Dotación de la UGRYSC:

Medios humanos:

- FEA Médico del Area de Gestión de Riesgos.
- DUE del Area de Gestión de Riesgos.
- Auxiliar Administrativo del Area de Gestión de Riesgos.

Medios materiales:

- Despacho en la Unidad de Calidad Asistencial.
- Sistema Informático actualizado y con comunicación a la Red (intranet – internet).

Medios organizativos. Colaboración de distintas áreas del hospital:

- Agentes de calidad: Personal médico y enfermería. Un responsable de cada servicio o unidad.
- Servicio de Medicina Preventiva.
- Servicio de Farmacia.

- Unidad de Atención al paciente.
- Servicio de Asesoría Jurídica.

D. Funciones:

- Informes periódicos acerca de la actividad desarrollada y sesiones multidisciplinarias.
- Vigilancia, seguimiento, y monitorización de los riesgos identificados.
- Aplicación de medidas preventivas y correctoras.
- Formación continuada en gestión de riesgos.
- Divulgación de la información a los clientes y a los profesionales.

Resultado alcanzado: A raíz de la creación de la nueva Dirección General de Calidad Asistencial del Sescam, las funciones que estaba previsto se desarrollaran por las nuevas Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente van a ser asumidas por las Unidades de Calidad Asistencial, que se están dotando de nuevos recursos materiales y humanos en la actualidad, tal como se explica más adelante.

Juicio evaluativo sobre los resultados del proyecto:

El decreto 129/2007, de 17 de julio, de estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos del SESCAM, (DOCM nº 152, de 20 de julio), deroga el anterior, establece como una competencia de la Dirección Gerencia el establecimiento de políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla-La Mancha y crea la Dirección General de Calidad Asistencial y Atención al Usuario. Se propone la creación de una estructura administrativa en cada una de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada que, con el nombre de Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario (OCAUS) y con una dependencia funcional de la Dirección General, integre al menos las actuales Unidades de Calidad y de Atención al Usuario existentes. A raíz de la creación de la nueva Dirección General de Calidad Asistencial del Sescam, las funciones que estaba previsto se desarrollaran por las nuevas Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente van a ser asumidas por las Unidades de Calidad Asistencial, que se están dotando de nuevos recursos materiales y humanos en la actualidad. Se juzga conveniente que las Unidades de Gestión de Riesgos Clínicos, hasta ahora poco coordinadas entre sí, se integren en la nueva estructura de Calidad y Atención al Usuario. Entre las funciones de las Unidades de Calidad se señala la de “facilitar la implantación y evaluación de los programas especiales de Seguridad del Paciente”. Por tanto, el presente proyecto se ha visto modificado por la situación descrita, asignándose a las Unidades de calidad, además de las funciones relacionadas con la seguridad de los pacientes, también los recursos previstos para la dotación de las Unidades de Seguridad.