

Consejería de Sanidad y Consumo

991 **Prórroga para 2009 del convenio de colaboración, entre la Comunidad Autónoma de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, y la Universidad de Murcia, en materia de evaluación y mejora de la calidad asistencial (EMCA).**

Resolución

Visto el Prórroga para 2009 del convenio de colaboración, entre la Comunidad Autónoma de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, y la Universidad de Murcia, en materia de evaluación y mejora de la calidad asistencial (EMCA), publicado en el B.O.R.M. de fecha 23 de diciembre de 2008, que contiene determinados errores, subsanados a través de Orden de fecha 19 de enero de 2009, de la Consejera de Sanidad y Consumo,

Resuelvo

Dejar sin efecto la publicación del Prórroga para 2009 del Convenio de colaboración, entre la Comunidad Autónoma de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, y la Universidad de Murcia, en materia de evaluación y mejora de la calidad asistencial (EMCA), en los términos en que figura en el B.O.R.M. de fecha 23 de diciembre de 2008 y número 296 y publicar en el Boletín Oficial de la Región de Murcia el texto corregido de dicho Convenio.

Murcia, a 21 de enero de 2009.—El Secretario General, José Luis Gil Nicolás.

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid, a 12 de noviembre de 2008

Reunidos

De una parte: Don Bernat Soria Escoms, Ministro de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 436/2008, de 12 de abril (BOE nº 90 de 14 de abril de 2008) y en virtud de las facultades que le otorga el artículo 4.1 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno; así como el artículo 13.3 de la Ley 6/1997 de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

De otra parte, la Excm. Sra. D.^a M.^a Ángeles Palacios Sánchez, nombrada por Decreto 30/2007, de 2 de julio («B.O.R.M.» número 151, de 3 de julio), actuando en calidad de Consejera de Sanidad de la Región de Murcia, y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y facultada para la firma del presente Convenio por Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 19 de septiembre de 2008.

Ambas, que actúan en razón de sus respectivos cargos, se reconocen, mutua y recíprocamente, capacidad

legal necesaria para la formalización del presente Convenio de Colaboración y, a tal efecto;

Exponen

Primero. Que el artículo 149.º1.16.ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Segundo. Que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Sanidad tiene interés en colaborar en el impulso de proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Tercero. Que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la responsabilidad de la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, cumpliendo las previsiones recogidas en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para este fin, la citada ley en su artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, incluye entre los órganos directivos del Departamento a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El apartado 2 del citado artículo establece que la Agencia difundirá los elementos de la infraestructura para su conocimiento y utilización por parte de las comunidades autónomas y los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud. Dado que el presente convenio tiene por fin el desarrollo de las competencias estatales establecidas en los artículos precedentes, no le resulta de aplicación lo establecido en el artículo 2.3-a del Reglamento de la Ley General de Subvenciones.

Cuarto. La estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud para lo que prevé la firma de convenios específicos entre las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que incluirán una financiación y un sistema de evaluación del cumplimiento de los proyectos.

Quinto. Que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tiene interés en impulsar proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Sexto. Que ambas entidades reconocen la existencia de objetivos e intereses comunes así como la voluntad de colaborar y establecer fórmulas de cooperación que contribuyan al cumplimiento de sus fines y por ello acuerdan el presente convenio de colaboración que se regirá mediante las siguientes

Estipulaciones:

Primera. Objeto.

El presente Convenio tiene por objeto regular las condiciones de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el desarrollo de la estrategia 8 del Plan de

Calidad para el Sistema Nacional de Salud, para la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios con los siguientes objetivos específicos:

1. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGIA Y ANESTESIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS

- a. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- b. Evitar complicaciones intraoperatorias y postoperatorias
- c. Evitar complicaciones de la Anestesia
- d. Evitar complicaciones derivadas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

2. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN EL USO DE MEDICAMENTOS

- a. Prevenir los efectos adversos relacionados con medicación de alto riesgo
- b. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

3. PRACTICAS SEGURAS Y DE CALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

- a. Evitar el encarnizamiento terapéutico

4. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DEBIDOS A ERRORES O DEFECTOS LATENTES EN LA COMUNICACIÓN

- a. Mejora de la comunicación con pacientes y familiares

5. MEJORA DE LA FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PRACTICAS SEGURAS

- a. Formación básica e intermedia
- b. Seminarios y talleres básicos

6. INFECCIÓN SECUNDARIA A CUIDADOS SANITARIOS

- a. Prevención de la infección de herida quirúrgica.

En Anexo al presente Convenio se detallan las acciones necesarias para el logro de los objetivos propuestos.

Segunda. Funciones y actividades del Ministerio de Sanidad y Consumo

El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

- a) Prestar el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el convenio.
- b) Colaborar con la Comunidad Autónoma en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por dicha Comunidad y en la medida de sus posibilidades.
- c) Aportar la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte de la Comunidad Autónoma, siempre que ésta se encuentre en su poder.
- d) El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad actuará como coordinador.

e) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

Tercera. Funciones y actividades de la Consejería de Sanidad.

La Consejería de Sanidad desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

- a) Realizar las actividades previstas para cada uno de los objetivos tal como se detalla en la redacción del anexo técnico.
- b) Elaborar un informe de actividad en el que se detallan las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.
- c) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.
- d) Elaborar un informe financiero comprensivo de todo el gasto derivado del convenio.

Cuarta. Comisión de seguimiento.

Se constituye, para el seguimiento del presente Convenio, una Comisión mixta de seguimiento que se reunirá a petición de parte y al menos una vez antes del fin de su vigencia, levantándose acta de los acuerdos adoptados. Esta Comisión estará formada:

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

- El Director General de la Agencia de Calidad del SNS, o persona en quien delegue.
- El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad

En representación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

- El Secretario Autonómico de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad.

Además de la función genérica de vigilancia y seguimiento de la ejecución del presente convenio de colaboración, la Comisión resolverá las dudas que pudieran surgir en la interpretación y aplicación del mismo.

Quinta. Vigencia.

El plazo de vigencia del presente Convenio se establece en el periodo comprendido entre la fecha de su firma y el 15 de diciembre de 2008.

Con el acuerdo de ambas partes, el presente convenio se podrá prorrogar por periodos anuales, formalizándose por escrito las prórrogas antes de la expiración del plazo de vigencia del convenio o de la prórroga vigente.

Sexta. Financiación y pago

El coste de las actividades previstas en el presente convenio asciende a CIENTO SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO (165.255 €) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70,00% que supone 115.678,5 €, asumiendo la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el 30% restante que asciende a 49.576,5 €.

Las cantidades correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo se imputarán con cargo a la aplicación presupuestaria 26.13.311O.226.10 de sus presupuestos de gastos del ejercicio 2008. Se realizará un único pago tras la recepción por parte de la Agencia de Calidad del SNS de un informe descriptivo de los trabajos realizados que contemplará las acciones acometidas y los indicadores de logro obtenidos, según lo explicitado en el anexo técnico para cada objetivo específico. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2008.

La cantidad prevista tiene el carácter de máxima, por lo que se abonará efectivamente el importe de gastos realmente efectuados y justificados y en todo caso posteriores a la firma del convenio.

Séptima.- Publicidad sobre los resultados del convenio

La divulgación de los resultados de los proyectos objeto del presente convenio, sea cual sea el soporte en que se realice, hará mención expresa al hecho de ser producto del mismo, figurando en todo caso tanto el logotipo del Ministerio de Sanidad y Consumo como el del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud junto al de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Octava. Resolución.

El presente Convenio podrá quedar sin efecto por mutuo acuerdo de las partes, bastando con que los representantes de ambas entidades expresen su voluntad de resolver el convenio de forma expresa y por escrito.

Podrá procederse igualmente a la resolución unilateral del Convenio por incumplimiento de las obligaciones en él contenidas, previo aviso a la parte incumplidora con un plazo no inferior a un mes a la fecha prevista para la resolución, a fin de que la misma pueda subsanar la deficiencia que motiva la resolución. En ambos casos la Comisión de Seguimiento valorará lo actuado hasta el momento de la resolución y se procederá a su liquidación.

Novena. Marco jurídico.

El presente Convenio de colaboración tiene naturaleza administrativa de acuerdo con lo previsto en el artículo 4.1.c) de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, por lo que queda fuera de su ámbito de aplicación sin perjuicio de los principios y criterios en él contenidos para resolver las lagunas que pudieran suscitarse.

Las dudas y controversias que puedan surgir con motivo de la interpretación y aplicación del presente convenio, y que no puedan ser resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento, se resolverán de conformidad con las normas aplicables en Derecho, y serán de la competencia de la jurisdicción contencioso administrativa.

Y para que conste a los efectos oportunos, en prueba de conformidad, las partes firman el presente convenio en el lugar y fecha arriba indicados.

El Ministro, Bernat Soria Escoms.—La Consejera, M.^a Ángeles Palacios Sánchez.

ANEXO TÉCNICO

LINEAS Y OBJETIVOS PARA EL CONVENIO DE PRÁCTICAS SEGURAS 2008

Los efectos adversos y los errores que afectan a los pacientes y ciudadanos pueden ser el resultado de recursos inadecuados, de procesos y sistemas poco seguros y de errores de los profesionales en el momento de la intervención.

Las soluciones a los problemas de Seguridad que se proponen se dirigen fundamentalmente a mejorar el diseño de los procesos asistenciales y a disminuir la probabilidad de que los errores humanos sean causa de daño para el paciente, más que a mejorar las causas subyacentes aportando recursos materiales.

Se plantea un abordaje basado en el rediseño o implantación de procesos e intervenciones que hayan demostrado capacidad de prevenir o mitigar el daño a los pacientes consecuencia de la intervención sanitaria.

1. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y PRACTICAS SEGURAS EN CIRUGÍA Y ANESTESIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS

El 25% de los efectos adversos (EA) en el estudio ENEAS están relacionados con algún procedimiento, de los que el 31,7 son evitables.

Proyectos de mejora dirigidos a implementar "soluciones para la seguridad":

a.- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.

La cirugía en el lugar incorrecto de un paciente es un problema muy relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias para el paciente pueden ser graves, sino porque además tiene un gran impacto mediático y legal.

PROYECTO PRESENTADO: MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE CIRUGÍA EN SITIO EQUIVOCADO EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Los problemas de cirugía en el lugar erróneo más frecuentes se producen en extremidades inferiores o cirugía de columna. Desde la American Academy of Orthopaedic Surgeons se plantea que un cirujano tiene un 25% de probabilidad de realizar una cirugía en un sitio erróneo en 35 años de profesión. Para prevenir la presentación de este problema, se han propuesto diversas medidas entre ellas el desarrollo de protocolos para reducir los errores quirúrgicos. El protocolo Universal de la Joint Comisión, intenta conseguir estos objetivos. Ha sido elaborado tras el consenso de profesionales de múltiples especialidades y respaldadas por más de 40 asociaciones profesionales médicas de EEUU. Los principios de dicho protocolo se basan en: El sitio quirúrgico incorrecto, procedimiento quirúrgico incorrecto y la persona incorrecta tienen que ser prevenidos, utilización de un enfoque sistemático con múltiples estrategias, participación activa y comunicación eficaz entre los profesionales, participación del paciente (o representante legal), en el proceso. El requisito para mar-

car el sitio de intervención quirúrgica debería ser exigido solamente en los casos de cirugía que impliquen la diferencia derecho/izquierdo, múltiples estructuras (dedos de las manos y pies), o distintos niveles (columna).

La implantación de un protocolo consensuado basado en los estándares universales puede ser muy efectiva. El protocolo universal debería ser aplicado a todo procedimiento quirúrgico o invasivo que implique algún riesgo en la seguridad del paciente, incluyendo procedimientos de otras unidades clínicas que se realicen en el quirófano.

OBJETIVOS

- Conseguir que no exista ningún caso de cirugía en el sitio equivocado en los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud.

- Elaboración y cumplimentación de un protocolo de prevención de cirugía en sitio equivocado en todos los hospitales públicos de la región.

METODOLOGÍA

Se elaborará un censo de los protocolos de prevención de cirugía en sitio equivocado en cada uno de los hospitales de la Región

En los hospitales donde exista dicho protocolo: 1.- Valoración de la calidad científico-técnica y su calidad formal mediante el instrumento AGREE de valoración de calidad de protocolos clínicos. 2.- Elaboración de unas recomendaciones para mejorar la calidad de dichos protocolos (Se valorará grado de cumplimiento mediante observación directa en intervenciones susceptibles de aplicar dicho protocolo, utilización de un indicador tipo tasa compuesto que mida el porcentaje de intervenciones en las que se aplica el protocolo sobre el total de intervenciones susceptibles de ser utilizado y comprobación del sitio de la operación en la historia clínica del paciente por parte del cirujano que realiza la operación).

En los hospitales donde no exista dicho protocolo: elaboración de dicho protocolo, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Joint Comisión y las características particulares de cada hospital. Seguidamente se procederá a la adecuada difusión del protocolo entre los equipos quirúrgicos, fundamentalmente cirujanos y enfermería quirúrgica.

Una vez elaborado y aceptado dicho protocolo, se valorará su grado de cumplimiento siguiendo la misma metodología antes explicada.

PRODUCTOS A PRESENTAR

- .Censo de protocolos de prevención de cirugía en sitio equivocado en la región antes de la implantación de este proyecto.

- .Protocolos elaborados en cada uno de los hospitales a partir de este proyecto.

- .Grado de cumplimiento de los protocolos de prevención de cirugía en sitio equivocado.

- .Comunicación a congreso nacional de calidad

DIRECTOR DEL PROYECTO:

VICTORIANO SORIA ALEDO, Facultativo Especialista de Área de Cirugía General en el Hospital Morales

Meseguer.Coordinador de Investigación del H. Morales Meseguer.Miembro del equipo investigador del Proyecto ISEP de Seguridad del Paciente dirigido por el Profesor P. Saturno de la Universidad de Murcia.

- b.- Evitar complicaciones intraoperatorias y postoperatorias

PROYECTO PRESENTADO: SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PRECISA CIRUGÍA URGENTE. REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS

La correcta preparación del paciente que debe ir a quirófano está relacionada directamente con una menor aparición de complicaciones, entre las que está la infección de la herida quirúrgica. Habitualmente los esfuerzos se centran en la cirugía programada y la cirugía limpia, donde las tasas de complicaciones de este tipo deben ser bajas. Aún siendo esto cierto, no es un obstáculo para dejar de hacer actuaciones en la cirugía urgente, ya que toda no es de extrema gravedad y la aplicación de tratamiento y cuidados adecuados previos a la cirugía van a llevar a reducir el número de complicaciones no esperadas.

Dentro de las actividades preventivas para reducir la incidencia de infección de herida quirúrgica están la adecuada preparación del paciente, incluyendo el rasurado de la piel de la zona a intervenir, la correcta desinfección de la piel y el uso de antibióticos profilácticos. Actualmente, en nuestro servicio de urgencias se atienden al año a más de mil pacientes que van a requerir cirugía urgente. En las actividades que se realizan en el mismo con estos pacientes hay oportunidades de mejora tales como la preparación quirúrgica usando rasuradora eléctrica y no de cuchilla, el cuidado del antibiótico profiláctico en cuanto al momento de su aplicación y a que esté incluido en protocolo, y a la preparación del paciente siguiendo un check list, en el que se incluya la identificación correcta del paciente y lugar de la intervención. Todas estas actividades pueden contribuir a mejorar la seguridad de los pacientes.

OBJETIVOS

- Mejorar la preparación realizada desde urgencias del paciente para cirugía urgente

- Reducir complicaciones derivadas de una mala práctica.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo en dos fases con una intervención entre ambas.

.En la primera fase se seleccionaran 100 casos de pacientes intervenidos de urgencia antes de su ingreso en planta. La fuente de datos para obtener información será la historia clínica de los pacientes. El análisis de la información incluye antibiótico utilizado y momento de aplicación del mismo, registro de preparación del paciente y su historia, existencia de preoperatorio completo, consentimiento informado, y existencia de complicaciones postoperatorias incluyendo infección de herida quirúrgica.

.Posteriormente: previamente a la realización de la intervención, se cambiará el sistema de preparación de la piel, sustituyendo la actual rasuradora manual por una eléctrica, se realizará una nueva hoja de check list para

comprobar que la preparación es correcta y la identificación está asegurada.

Estas acciones se reforzarán con sesiones formativas recordando la importancia de la correcta identificación para evitar cirugía en paciente o sitio equivocado, infección de herida quirúrgica y además para presentar las nuevas herramientas.

.En una segunda fase se volverán a analizar retrospectivamente 100 casos de pacientes intervenidos tras las actividades de mejora.

PRODUCTOS A PRESENTAR:

- .Informe del desarrollo y resultados del estudio
- .Presentación de resultados en congreso de calidad
- .Presentación de nueva hoja de check list

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Julián Alcaraz Martínez. Médico adjunto del servicio de Urgencias. Coordinador de calidad asistencial del hospital. Presidente de la unidad funcional para seguridad del paciente.

C.- Evitar complicaciones de la anestesia

PROYECTO PRESENTADO: MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROCESO ANESTESICO-QUIRURGICO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. IMPLANTACION DEL USO DEL ECOGRAFO POR EL ANESTESISTA PARA LA LOCALIZACIÓN DE NERVIOS EN LA REALIZACIÓN DEL BLOQUEO LOCORREGIONAL.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La práctica de la anestesia regional se ha basado hasta hace 16 años en la localización de las estructuras nerviosas gracias a referencias anatómicas, a partir de las cuales, mediante distancias, líneas y ángulos más o menos acertados, se localizaba el punto de punción. A continuación avanzando "a ciegas", se localizaba el tejido nervioso gracias a la sensibilidad del anestesiólogo al atravesar las diferentes estructuras, por ejemplo apreciando el "click" al atravesar la aponeurosis, o bien mediante la producción de parestesias.

La ecografía ofrece una visión directa, dinámica y en tiempo real, permitiendo localizar con total exactitud las estructuras nerviosas y zonas vecinas, la difusión del anestésico y la localización de la aguja de punción, principalmente de su punta. A diferencia de

los abordajes clásicos del plexo, cuyo punto de punción se basa en referencias anatómicas de superficie, el punto de punción usando el ecógrafo vendrá determinado por la imagen ecográfica obtenida en el monitor. La imagen deberá reflejar el encuadre que ofrezca la mejor visión del plexo y estructuras vecinas, permitiendo el avance de la aguja por una trayectoria libre de obstáculos óseos y que no atravesase estructuras potencialmente peligrosas (paquetes vasculonerviosos, pleura, peritoneo, intraneural).

Según estudios ya publicados, sus autores consiguen gracias al uso del ecógrafo una eficacia del bloqueo anestésico en un 95%, usando dosis comprendidas entre 30 y 40 mL de bupivacaína al 0,5%, lidocaína al 2% o mez-

cla de ambas. Debemos tener en cuenta que la toxicidad del anestésico local viene determinada por varios factores, siendo uno de ellos la dosis total administrada, y por lo tanto cuanto menor sea, ofrecerá al menos un mayor margen de seguridad al paciente.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Mejorar la anestesia loco regional a través del uso del ecógrafo facilitando la localización del nervio.

Objetivos secundarios:

1/ Disminuir mediante el uso de ecógrafo al realizar los bloqueos el numero de punciones que se realizan hasta conseguir localizar el nervio y por tanto las molestias del paciente.

2/ Disminuir la posibilidad de punciones accidentales del nervio así como de las estructuras adyacentes(vasos, etc).

3/ Conseguir analgesia postoperatoria sin necesidad de usar analgésicos intravenosos.

4/ Disminuir el tiempo de estancia hospitalaria al disminuir las complicaciones.

Mejorar la calidad de la asistencia dada al paciente al tener que realizar menos punciones para localizar el nervio (la visión con ecógrafo de las estructuras nerviosas reduce considerablemente el numero de punciones).

2/ Reducir las dosis de anestésico local empleado (recordemos que la toxicidad está relacionada con la dosis)

METODOLOGIA

Aplicación de una encuesta, 24h después de ser anestesiados, a los pacientes de servicio de traumatología. Criterios de inclusión: pacientes ASA I y II (pacientes sin enfermedades asociadas o enfermedades crónicas controladas), edad entre 18 y 70 años, intervenidos quirúrgicamente en la 24 h previas, en quirófano programado y en régimen de cirugía con ingreso.

Se evaluará: la reducción del dolor percibido por el paciente durante el bloqueo bajo visión ecográfica mediante la EVA (escala de valoración del dolor que asigna una puntuación mínima de "0" al "no dolor" y "10" al "máximo dolor imaginable") en comparación cuando no se realiza con ecógrafo, las parestesias durante la realización del bloqueo mediante escalas de dolor neuropático Lanss, Evaluación del bloqueo motor y analgesia de la extremidad dormida., Evaluación del tiempo de analgesia postoperatorio en comparación con los pacientes que no recibieron analgesia loco regional con ecógrafo, así como la ausencia de analgesia de rescate durante las primeras 24 horas del postoperatorio y Medición de la satisfacción tras la intervención

Posteriormente se realizará el análisis de los datos con la elaboración de las conclusiones

PRODUCTOS A PRESENTAR

Informe de resultados del estudio

Informe sobre cursos y talleres dirigidos a profesionales sobre el uso del ecógrafo en el bloqueo nervioso loco regional.

Elaboración de Videos y dípticos explicativos dirigidos a pacientes

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Dr. Enrique Rubio Gil. F. E. A. en Anestesiología. Hospital General Reina Sofía Murcia.

PROYECTO PRESENTADO: IMPLANTACIÓN DE "LA VISITA POSTANESTÉSICA" PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL PROCESO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Un alto porcentaje de efectos adversos en el estudio ENEAS están relacionados con algún procedimiento, de los que el 31,7 son evitables. Sin embargo, la única posibilidad de corregir un error que potencialmente puede causar un daño al paciente, es conocerlo de antemano y ponerle "remedio"; también es imprescindible la auto evaluación continua de nuestra actividad, es decir, saber lo que ya hemos hecho, y cuáles han sido sus consecuencias.

A día de hoy, la mayoría de los hospitales de nuestra región, no cuentan con la visita postanestésica. Gracias a ella, por un lado, tendríamos conocimiento de hechos tan importantes como el dolor postoperatorio, incidencia de efectos adversos relacionados con la anestesia (náuseas, vómitos, cefaleas postanestesia espinal...), información sobre alergias a fármacos, informes de eventos que deben ser tenidos en cuenta en futuras anestias (tales como una intubación difícil o imposible) que incluso podrían salvar la vida de ese enfermo; de otra parte podemos determinar el conocimiento de los pacientes sobre su anestesiólogo, ya que de una forma generalizada, el anestesiólogo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales. Se podría, además, evaluar la opinión subjetiva sobre la visita preanestésica, la información que dispone el paciente acerca del procedimiento a que se va a someter, sus temores y el grado de satisfacción con la atención y el servicio recibido.

OBJETIVOS

Implantar la visita postanestésica hospitalaria para mejorar la calidad del proceso anestésico- quirúrgico.

Conocer mediante la visita postanestésica los efectos no deseados derivados del acto anestésico

Mejorar la relación medico- paciente facilitando información y aclarando las dudas surgidas respecto a la anestesia practicada el día previo

Dar a conocer la figura del anestesiólogo y sus funciones.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y retrospectivo mediante encuesta de opinión, 24h después de ser operados, a los pacientes de un servicio quirúrgico determinado. Criterios de inclusión: pacientes ASA I y II entre 18 y 70 años, intervenidos quirúrgicamente en la 24 h previas, en quirófano programado y en régimen de cirugía con ingreso. En el momento de hacer la encuesta, el enfermo estará en planta, reanimación o CMA. Registro de datos mediante encuesta.

Las variables a estudiar: Evaluación del dolor percibido por el paciente mediante la EVA, registro de eventos adversos, incidencia de cefaleas post-punción dural, Ítems relacionados con la falta o incomprensión de información referida al proceso y satisfacción con el proceso

PRODUCTOS A PRESENTAR

Informe final que incluye

-Aplicación y resultados de la encuesta

-Oportunidades de mejora del servicio de Anestesiología

-Protocolo de visita "postanestesia"

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Dra. M^a Ángeles Rodríguez Navarro. F. E. A. en Anestesiología

d.- Evitar complicaciones derivadas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

PROYECTO PRESENTADO: MEJORA DE LA SEGURIDAD EN DRENAJES TORÁCICOS TERAPÉUTICOS MEDIANTE UN CICLO EVALUATIVO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.

El drenaje torácico es un procedimiento común en la práctica clínica de los pacientes hospitalizados con patología pleural, pero existen importantes variaciones en su utilización. La elección del tipo de catéter y la técnica de colocación del drenaje dependerán de la experiencia personal y de las disponibilidades locales y de la existencia de protocolos o manuales de procedimiento. El drenaje inapropiado a través de un tubo suele deberse a su acodamiento, obstrucción por líquido, posición incorrecta, tabicación del derrame pleural o formación de una capa fibrosa sobre la pleura visceral que impide la expansión pulmonar. Proporcionar cuidados a los drenajes pleurales es esencial para prevenir las complicaciones locales del tubo torácico

Los pacientes con drenajes torácicos pueden estar ubicados en diferentes unidades, y la inserción de tubos torácicos se realiza por los facultativos de UCI, Neumología y Radiología. Por tanto es presumible que exista variabilidad tanto en la técnica de inserción como en el cuidado de los drenajes torácicos. Existe, por tanto una falta estandarización de la técnica lo que sin duda acarrea problemas de seguridad, y déficit de calidad en la atención a los pacientes.

OBJETIVOS

1. Disminuir las complicaciones derivadas de la inserción y cuidados de los sistemas de drenaje torácicos en pacientes hospitalizados

2. Evaluar la calidad asistencial del proceso de atención a los pacientes con drenajes torácicos mediante el análisis de criterios normativos

3. Realizar intervenciones: estandarización de cuidados del drenaje torácico (protocolos), sesiones informativas (feed-back) y formativas (talleres).

4. Monitorizar y reevaluar a los seis meses de realizadas las intervenciones las complicaciones y la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo, y ensayo cuasi-experimental antes –después de dos años de duración. Los Criterios de Inclusión son pacientes portadores de drenajes torácicos terapéuticos ingresados en cualquier planta de hospitalización. La Fuente de datos: Hoja de ingresos de Admisión, historia clínica en formato papel y electrónico (SELENE), Hojas de recogida de complicaciones y hoja de medición de criterios.

Las variables estudiadas: Por el médico que realiza la colocación del drenaje torácico: día de colocación del drenaje, día de medición, día de extracción, registro en historia enfermería, traslado a otra unidad (cuál/una/varias)) (hora/s traslado/s), el paciente se moviliza de la cama (sí/no), deambula (sí/no).

Complicaciones: Existencia de líquido peritubo, Existencia de sangrado peritubo, Inflamación/Infección en la zona de inserción del drenaje, Salida del tubo de la cavidad pleural, Desconexión del tubo torácico de la goma del sistema de aspiración, Existencia de enfisema subcutáneo, Nivel de dolor en la zona de inserción o en el hemotórax ipsilateral, aparición de neumotórax en un control radiológico de un paciente que no lo presentaba en estudios radiológicos anteriores a la inserción del drenaje torácico.

Análisis estadístico, procesamiento de datos y Propuestas de Mejora o intervenciones:

Realización de sesiones informativas (feed-back) en cada unidad de hospitalización implicada en el estudio: Las sesiones incluyen presentación y objetivos del estudio, resultados de criterios de calidad y detección complicaciones y propuesta y discusión de medidas de mejora.

Constitución de Grupos de trabajo multidisciplinares pertenecientes a los servicios de Medicina Interna, Infecciosas, Neumología, UCI y Cirugía: búsqueda y análisis de evidencias, y elaboración de protocolos/manual de procedimientos.

Sesiones formativas en formato Taller presencial dirigido a Residentes y Enfermería en los lugares de trabajo (unidades asistenciales)

PRODUCTOS A PRESENTAR

- Dos módulos formativos en formato Taller sobre drenajes torácicos dirigido a enfermería, médicos residentes y celadores

- Protocolo de INSERCIÓN y CUIDADOS de drenajes torácicos terapéuticos

- Manual de MOVILIZACIÓN y TRASLADO de pacientes con drenajes torácicos

- Hoja informativa para pacientes con recomendaciones para la MOVILIZACIÓN y cuidados del tubo (evitar la desinserción) del tubo torácico.

- Hoja de tratamiento en letra impresa (texto y formato electrónico) para drenajes

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Juan Miguel Sánchez Nieto. Jefe de Sección de Neumología. Profesor asociado Departamento de Patología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

2. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN EL USO DE MEDICAMENTOS

Los acontecimientos adversos por medicamentos prevenibles, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones desde un punto de vista humano, asistencial y económico.

Este hecho ha sido constatado en el estudio ENEAS, cuyos hallazgos indican que un 37,4% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados están causados por medicamentos. Según el estudio APEAS de atención primaria el 47,8% de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación.

a.- Prevenir los efectos adversos relacionados con medicación de alto riesgo

PROYECTO PRESENTADO LA INFORMACIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO ELEMENTO BÁSICO PARA LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

OBJETIVOS

· Estandarizar y resumir la información técnica necesaria sobre medicamentos citostáticos para la administración segura de los mismos por parte de personal de enfermería, así como para la monitorización de los efectos adversos por parte de los profesionales implicados y por parte del propio paciente.

· Proporcionar a los pacientes oncohematológicos información validada, estandarizada y suficiente sobre su tratamiento de quimioterapia durante el proceso de asistencia en hospital de día,

· Proporcionar, a los pacientes, información y formación suficiente para conseguir una adecuada adherencia y el uso seguro de la quimioterapia oral y la medicación complementaria en el medio ambulatorio.

· Implicar al paciente en la consecución de los objetivos terapéuticos a través de la detección precoz de incidentes y efectos secundarios de su tratamiento o de la técnica de administración.

METODOLOGÍA

Se constituirá un grupo de trabajo formado por farmacéuticos, oncólogos y personal de enfermería para elaborar documentos individualizados por medicamento citostático, que resuma los aspectos técnicos y de información suficientes para su correcta administración por parte del personal de enfermería, los efectos secundarios más frecuentes y/o relevantes, las recomendaciones de monitorización y seguimiento para prevenirlos y la información mínima que se debe proporcionar al paciente sobre su tratamiento, elaborar material escrito y/o audiovisual necesario para la información de pacientes que refuerce la información oral proporcionada y elaborar un documento informado firmado por el paciente donde quedará registrado que ha recibido y comprendido la información sobre los aspectos establecidos relevantes sobre su quimioterapia antes, durante y después de su administración de la misma.

El grupo de trabajo multidisciplinar realizará las tareas de selección de los treinta medicamentos citostáticos

que de manera habitual forman parte de los esquemas de quimioterapia de uso común en el Hospital de Día, diseño del documento estandarizado para la recogida de información, búsqueda y análisis de información entre las bases de datos seleccionadas, consenso sobre la información relevante, realización de los documentos necesarios con formato estándar, realización de los materiales de información a paciente, incorporación de los materiales diseñados a la práctica asistencial, y puesta en marcha de la sistemática de información a pacientes, diseño de documento de registro firmado por el paciente que ratifica que recibe y entiende la información que se le proporciona y evaluación del cumplimiento del protocolo de información a pacientes.

PRODUCTOS A PRESENTAR

- Fichas de resumen de características técnicas más importantes para la administración y seguimiento de la toxicidad de los 30 citostáticos de prescripción más frecuente en nuestro hospital

- Material diseñado para información sobre su tratamiento a pacientes con quimioterapia

- Informe de los resultados del estudio piloto de evaluación del cumplimiento del protocolo, recién establecido, para la información a pacientes con quimioterapia en el Hospital de Día

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Josefa León Villar. Farmacéutica responsable del Area de Oncohematología.

Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer (MURCIA)

PROYECTO PRESENTADO ANÁLISIS DE LA ORDENES VERBALES DE TRATAMIENTO REALIZADAS POR LOS MEDICOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

OBJETIVOS

- Analizar cuantas ordenes verbales de tratamiento se realizan en una UCI y si se cumplen los criterios de correcta utilización para garantizar la seguridad de los pacientes.

- Diseñar una protocolo de ordenes verbales de tratamiento

- Diseñar un ciclo de mejora para comprobar si disminuye las ordenes verbales o bien si se realizan de forma correcta.

METODOLOGÍA

Primera fase: Estudio observacional realizado en la UCI polivalente del Hospital General Universitario Morales durante 2 meses. La recogida de datos será realizada por personal de enfermería seleccionado para el trabajo. El trabajo se realizara mediante cegamiento tanto para los médicos de la Unidad como para el personal de enfermería que no forma parte del equipo investigador. Cuando un medico dé una orden verbal bien a la enfermera/o del estudio o a otra enfermera (estando presente la enfermera investigadora) se registraran una serie de variables

Posteriormente Durante 1 mes se realizará un ciclo de mejora para intentar mejorar la calidad de la órdenes

verbales de tratamiento en UCI. Para ello Se elaborará un protocolo clínico de Órdenes Verbales de Tratamiento por parte un grupo de trabajo formado previamente. Se comunicarán al personal, los resultados de la primera fase y el protocolo elaborado, haciéndose hincapié en la importancia de una correcta utilización para la mejora de la seguridad del paciente.

Segunda fase. Tras el ciclo de mejora, a la semana siguiente se procederá, con una metodología similar a la de la primera fase, a recoger de nuevo con el cegamiento del personal de enfermería y medico, un mismo numero de ordenes verbales Se realizará una Comparación entre los resultados de la primera y segunda fase.

PRODUCTOS A PRESENTAR

- Memoria del proyecto de Investigación

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Andrés Carrillo Alcaraz. Medico adjunto de Medicina Intensiva, Coordinador de Docencia y miembro de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del Hospital Morales Meseguer.

- b.- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

PROYECTO PRESENTADO PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN: PROYECTO DE ADECUACIÓN Y CONTROL DEL TRATAMIENTO MÉDICO HABITUAL AL INGRESO Y AL ALTA EN MEDICINA INTERNA

La información de los pacientes al alta, es muy importante, la mayoría de los pacientes desconocen aspectos relevantes de su medicación y en general son reacios a preguntar sobre ella. Si en el momento del alta no se le da ninguna información sobre los cambios que se han producido en su medicación habitual, la gran mayoría de los pacientes no preguntará a cerca de ellos. Todo esto pone en evidencia el gran desconocimiento que los pacientes tienen sobre su medicación y cuya principal consecuencia son los errores de medicación por un uso incorrecto de los fármacos. Proporcionar al paciente información al alta sobre su tratamiento, evita problemas de medicación cuando el paciente cambia de nivel asistencial.

OBJETIVOS

- Llevar a cabo el proceso de conciliación de la medicación, en pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Morales Meseguer,

- Garantizar que los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente asegurándose que están prescritos en la dosis, la vía y la frecuencia correcta y que son adecuados a la situación del paciente y la nueva prescripción realizada en el hospital.

- Detectar, los cambios de medicación realizados durante el ingreso hospitalario, previniendo problemas relacionados con la medicación (PRM).

- Proporcionar una adecuada información al alta de forma oral y escrita, de la medicación.

METODOLOGÍA

- SE diseñará un protocolo específico para la conciliación de la medicación

-Se realizará un Estudio observacional descriptivo

Los criterios de selección de los pacientes serán: pacientes mayores de 60 años) ingresados en el Servicio de Medicina Interna, dos enfermedades diferentes del diagnóstico principal que precisen tratamiento, con 3 o más fármacos prescritos, incluidos los fármacos nuevos al alta, sin acompañante o acompañados de personas mayores, de bajo nivel cultural. Se seleccionará a los pacientes después de una valoración general de estos criterios, no siendo necesario que el paciente cumpla todos los criterios.

Diseño de un formato normalizado de recogida de datos, en la que se recopilan los siguientes variables: datos demográficos del paciente, número de historia clínica, fecha de ingreso, diagnóstico, enfermedades subyacentes, posibles alergias o intolerancias, medicación domiciliaria, dosis, pauta posológica y vía de administración. También se recogen los datos relativos a la medicación sin recetas que pueda tomar la paciente, medicación de herbolario u otras. Así mismo, se registra si el paciente tiene algún problema de adherencia o intolerancia o algún otro problema relacionado con la medicación.

Revisión del tratamiento farmacológico al alta verificando que no hubiera ningún problema de alergia, dosis, vía, pauta posológica, duración del tratamiento, interacciones o duplicidades entre los distintos medicamentos.

Una vez comprobado con el médico el tratamiento definitivo, se procede a realizar un informe detallado de toda la medicación del paciente, tanto la ambulatoria como la nueva prescrita al alta, mediante el programa informático info-win®.

Para explicar el informe al paciente se realiza una segunda entrevista con el paciente, para explicar toda la información recopilada.

PRODUCTOS A PRESENTAR

- Protocolo de conciliación de las terapias.
- Informe del estudio desarrollado que incluya

.Número de pacientes en los que se ha llevado a cabo la conciliación: elaboración de un listado de medicación habitual, comparación con la medicación prescrita y análisis de discrepancias.

.Validación de la medicación aportada por el paciente (comprobación que correspondía con el fármaco y dosis prescrita, integridad, caducidad adecuada y correcta identificación).

.Análisis de las discrepancias encontradas entre la medicación habitual del paciente y la medicación al ingreso y de problemas relacionados con los medicamentos encontrados y analizados y evitados.

.Clasificación de las intervenciones según eficacia o seguridad.

.Número de pacientes a los que se les ha informado de su medicación mediante el programa INFOWIN®

DIRECTOR DEL PROYECTO:

M^a Dolores Nájera Pérez. Farmacéutica, Servicio de Farmacia Hospital Morales Meseguer. Murcia

PROYECTO PRESENTADO: ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO Y PROPUESTA DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

OBJETIVOS

· Analizar los formularios de tratamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos y medir las siguientes características de las prescripciones: legibilidad, tratamientos incompletos, uso de abreviaturas y omisión/duplicación de medicación previa del paciente.

· Introducir un modelo electrónico de formulario de tratamiento para el paciente en UCI que evite la escritura ilegible

· Elaborar un protocolo de confirmación de medicación recibida por el paciente en otras áreas asistenciales o que reciba en domicilio.

· Identificar mejoras en la calidad de las prescripciones tras implementación del protocolo

METODOLOGÍA

Primera fase: Se realizará un Estudio observacional en la UCI polivalente del Hospital General Universitario Morales durante 2 meses Selección de prescripciones: Las hojas de tratamiento serán seleccionadas mediante aleatorización simple entre las cumplimentadas durante el periodo de estudio. Debido a la posible variabilidad de la calidad en la prescripción entre los diferentes facultativos de la UCI, la aleatorización será realizada mediante estratificación por médico prescriptor.

· Variables a estudiar: Nombre del médico, Hoja de tratamiento con líneas de tratamiento ilegible, Hoja de tratamiento con abreviatura prohibida, Hoja de tratamiento con líneas incompleta, Número de líneas ilegibles por hoja de tratamiento, Número de abreviaturas prohibidas por hoja de tratamiento, Número de líneas incompletas por hoja de tratamiento, Tipo de abreviaturas prohibida, omisión errónea de tratamiento previo, Inadecuación de la programación de tratamiento previo.

Segunda fase: Ciclo de Mejora, para intentar mejorar la calidad de la prescripción del tratamiento en UCI mediante:

· elaboración y utilización de una hoja de tratamiento electrónica disponible en todos los ordenadores de la UCI que deberá tener en cada una de las líneas de tratamiento un apartado para el fármaco, dosis, unidad e intervalo de dosis perfectamente claro y obligatorio de rellenar,

· realización de sesiones para médicos y enfermería comunicando los resultados de la primera fase, haciéndose hincapié en la importancia de una correcta prescripción para la mejoría de la seguridad del paciente

· creación de un listado de abreviaturas prohibidas, colocándose además en cada uno de los ordenadores de la UCI y en el tablón de noticias de la UCI.

Tercera fase para recoger de nuevo hojas de tratamiento, con una metodología similar a la de la primera fase, para analizar las mismas variables. Se realizará una Comparación entre los resultados de la primera y tercera fase.

PRODUCTOS A PRESENTAR

Memoria del proyecto de Investigación

Informe del desarrollo y resultados del proceso de mejora

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Andrés Carrillo Alcaraz. Medico adjunto de Medicina Intensiva, Coordinador de Docencia y miembro de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del Hospital Morales Meseguer.

3. PRACTICAS SEGURAS Y DE CALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

Proyectos de mejora dirigidos a implementar "soluciones para la seguridad":

a. Evitar el encarnizamiento terapéutico

PROYECTO PRESENTADO: LA VIDA COMO FENÓMENO BIOLÓGICO LIMITADO: EL RECHAZO A LOS TRATAMIENTOS FÚTILES

OBJETIVOS

· Ahondar en la formación ética y deontológica de los profesionales sanitarios

· Profundizar en las habilidades de comunicación.

· Difundir la existencia de un registro de instrucciones previas.

METODOLOGÍA

Proyecto de intervención formativa e informativa que se desarrollará en tres etapas:

1.- Valoración de la percepción de los sanitarios sobre la actitud ante la muerte, mediante la utilización de una escala de ansiedad ante la muerte.

2.- Formación de los profesionales sanitarios, haciendo especial hincapié en trabajadores del servicio de urgencias y residentes, para profundizar en las habilidades de comunicación y en las destrezas para resolver, previa ponderada valoración de toda una serie de factores, de entre los que cabe destacar: la situación clínica y crítica del enfermo, el pronóstico médico, las expectativas de vida, digna de ser vivida, según su criterio, las posibilidades y alternativas de abordaje y tratamiento, los deseos y valores del paciente. su capacidad y madurez mental, para discernir y optar entre las posibles alternativas. Esta actuación se llevará a cabo mediante la realización de un curso sobre "Ética de la Contención: limitación del esfuerzo terapéutico.

3.- Divulgación dirigida al público en general, pacientes y familiares para fomentar la aceptación de las últimas etapas de la vida. Para ello se desarrollarán vídeos informativos, carteles, trípticos para entregar en charlas informativas que se dirigirán a familiares, pacientes ingresados, etc.

PRODUCTOS A PRESENTAR

Informe de resultados del proyecto que incluya:

- La Evaluación y difusión de resultados del cuestionario por Gestor de noticias.

- Programa y evaluación del curso sobre "Ética de la Contención: limitación del esfuerzo terapéutico"

- Vídeos divulgativos, Carteles y Trípticos elaborados

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Ascensión Sánchez Martínez. Responsable de Gestión del Riesgo Sanitario. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

PROYECTO PRESENTADO: Las Instrucciones Previas como instrumento de mejora en la comunicación entre profesionales y el paciente crónico y/o terminal

OBJETIVOS

· Formar a los profesionales sanitarios de los Equipos de Cuidados Paliativos para que conozcan la normativa sobre las Instrucciones Previas (IP) de la Región de Murcia.

· Formar al personal facultativo que atiende las Unidades de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia, en el conocimiento del REMIPSAN y el acceso telemático al mismo, incrementando el número de facultativos para acceder al registro.

· Poner a disposición de pacientes y familiares la documentación necesaria para el registro de IP y verificar si en las Unidades de Cuidados Paliativos, se puede consultar la documentación de las instrucciones previas, mediante los circuitos formados por el personal facultativo (cliente), redes telemáticas (demanda de consulta por conexión con el registro REMIP) y emisión de una copia del documento de instrucciones previas.

METODOLOGÍA

Se basará en la gestión por procesos. Los subprocesos seleccionados para el Proyecto son: formación de los Profesionales, acreditación de los facultativos para el acceso telemático al REMIP, creación de un circuito de disponibilidad de la documentación para la realización de I.P. en Atención Primaria, consulta de los facultativos de Cuidados Paliativos al REMIP, inscripción de los Documentos de Instrucciones Previas.

Es un estudio descriptivo, transversal. La Fuente de datos será la Hoja de recogida de los datos de las variables del estudio. Población diana: profesionales sanitarios que atienden a los pacientes en las Unidades de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia, actualmente integradas en Atención Primaria. Las Variables más importantes que se deben recoger son: Formación (número de horas de docencia, número de profesionales sanitarios que han asistido), Perfil de los profesionales sanitarios (edad, sexo, años de antigüedad) Área de Salud, Unidades de cuidados paliativos y Perfil de las personas que han inscrito un documento de IP (edad, sexo, creencias religiosas, residencia.

Los Indicadores de medición:

Porcentaje de Unidades de Cuidados Paliativos, en los que se dispone de la documentación estandarizada para que el paciente exprese sus últimas voluntades si así lo requiere,

Porcentaje de facultativos que han solicitado acreditarse para consultar el REMIP.,

Porcentaje de facultativos ya acreditados que han realizado el acceso al REMIP.

Porcentaje de facultativos ya acreditados que han observado deficiencias o limitaciones en el acceso al REMIP, Frecuencias absolutas y porcentaje del personal sanitario que ha recibido formación en materia de documentación y acceso a las redes telemáticas del REMIP, Tasas de instrucciones previas realizadas, durante el estudio, desagregada por áreas y por cada 100.000 habitantes. El personal sanitario contratado en coordinación con los responsables del REMIP de la Consejería de Sanidad efectuará en las unidades de cuidados paliativos la correspondiente docencia relacionada con las IP y su registro.

Productos a presentar:

Elaboración informe con el desarrollo y resultados del proyecto.

DIRECTORES DEL PROYECTO:

María Jesús Martínez López. Jefe de Servicio de Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial (2004-2008). Jefe del Registro Murciano de Instrucciones Previas (2006-2008).

Elias Fernández Herráez Responsable de Autorización y Registro. Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial (2006-2008). Consejería de Sanidad de Murcia.

5.- MEJORA DE LA FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PRACTICAS SEGURAS

a.- Formación básica e intermedia

PROYECTO PRESENTADO: AUMENTAR LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

La Gerencia de Atención Primaria de Murcia participará en el análisis de situación respecto a los indicadores propuestos por el "Proyecto de Investigación Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, para Implantar y Mejorar Prácticas de Calidad para la Seguridad de los pacientes". Indudablemente para alcanzar este objetivo una de las medidas fundamentales debe ser la de dar formación a los profesionales sanitarios sobre la Seguridad de los pacientes, sobre el gran capítulo de los errores clínicos y específicamente sobre los errores médicos. El formar a los especialistas desde el principio de su periodo de formación especializada en unas competencias prioritarias y en unos aspectos concretos de su ejercicio profesional va a impregnar todo su desarrollo posterior.

OBJETIVOS

Prevenir los errores clínicos entre los Médicos de Familia y otros profesionales de la salud.

Paliar los efectos y las consecuencias del error clínico cuando se produce

Instaurar actividades de evaluación y mejora de la calidad en relación a los errores clínicos

Introducir estos conocimientos, habilidades y actitudes de forma precoz en la formación reglada de postgrado de los médicos de familia.

Formar a los profesionales de la salud en esta área dentro de las actividades de formación continuada y desarrollo profesional continuo

METODOLOGÍA

En una primera fase

a) formativas:

- talleres de formación dirigidos a residentes de medicina familiar y comunitaria – incluidos en su programa formativo reglado

- talleres de formación continuada dirigidos a todos los profesionales de la salud de la gerencia de atención primaria de murcia

ii) En una segunda fase

b) actividades de evaluación y mejora de la calidad sobre errores clínicos

c) proyectos y trabajos de investigación sobre los errores clínicos en nuestro medio

PRODUCTOS A PRESENTAR

Documentos e informes elaborados

Material didáctico elaborado

Material de apoyo utilizado, documentación y bibliografía

Evaluaciones de las actividades formativas realizadas

Documentos de las actividades de evaluación y mejora diseñadas

Evaluaciones de satisfacción de los implicados

DIRECTOR DEL PROYECTO:

José Saura Llamas

Técnico de Salud de la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

b.- Talleres y Seminarios básicos de sensibilización

PROYECTO PRESENTADO: PLAN DE FORMACIÓN BASICA EN CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE CRITICO

La gestión del riesgo asistencial ha llevado en los últimos años a la búsqueda de estrategias que permitan reducir la probabilidad de que ocurran acontecimientos adversos (AA) y mejorar la seguridad del enfermo. Para ello es necesario actuaciones coordinadas a diferentes niveles, implicando a todos los grupos de interés y dirigidas a todo el sistema. Por este motivo diferentes organismos han puesto de manifiesto la importancia y magnitud del problema, implantándose políticas internacionales con el objetivo preciso de reducir el número de errores en el sistema sanitario.

Entre las acciones propuestas se contempla la formación del personal sanitario en seguridad del paciente el Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión (GTPOG) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en el marco del Proyecto SYREC, contempla entre sus objetivos, iniciar actividades formativas orientadas a mejorar la cultura de seguridad en los SMI. Una vez iniciado el proceso de formación en seguridad en el paciente crítico creemos necesario implicar y formar a todo los profesionales de este

Servicio para conocer nuestros errores, aprender de ellos, crear nuevos planes de trabajo y a su vez participar en la creación de un sistema de notificación de efectos adversos al amparo del proyecto SYREC de la SEMICYUC

OBJETIVOS

Fomentar la cultura de los profesionales sobre la seguridad del enfermo crítico.

Proporcionar formación específica a los profesionales de intensivos en relación a la seguridad del enfermo crítico.

Capacitar a los profesionales del enfermo crítico para conocer y aprender de los errores.

Promover la comunicación de los incidentes y acontecimientos adversos.

Impulsar políticas de gestión de riesgos.

Impartir formación básica al mayor número de profesionales de los SMI

Analizar la comunicación de los acontecimientos adversos a los enfermos y sus familiares.

Establecer el grado de conocimiento y la percepción que de los acontecimientos adversos tienen los familiares y pacientes

METODOLOGÍA

Ámbito del proyecto:

El proyecto se realizará en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia está dirigido a los profesionales sanitarios del Servicio de Medicina Intensiva. El proyecto de intervención formativa e informativa se desarrollará en tres etapas:

Análisis de situación y contexto, formación de los profesionales sanitarios del SMI. Se realizara mediante la impartición de talleres de formación básica en seguridad en paciente crítico mediante material del proyecto SYREC, aplicación de conocimientos adquiridos: Identificación, análisis y evaluación de riesgos en mejora de la seguridad del paciente crítico y creación de un sistema de notificación de acontecimientos adversos propio integrado en el proyecto SYREC

PRODUCTOS A PRESENTAR

Informe de Evaluación de los Contenidos impartidos, de los conocimientos obtenidos y de los resultados obtenidos y de la satisfacción de las actividades formativas.

Impreso de notificación de acontecimientos adversos

Protocolos y medidas tras análisis de resultados

Boletines u otros métodos de notificación de resultados

DIRECTOR DEL PROYECTO:

MARIA JESÚS GOMEZ RAMOS Facultativo Especialista de Area de Medicina Intensiva. Instructor en seguridad crítica (CASRYREC) avalado por el SEAFORMEC (Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada). Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

MIGUEL M CEVIDANES LARA Diplomado de Enfermería en Medicina Intensiva. Instructor en seguridad crítica

(CASRYREC) avalado por el SEAFORMEC (Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada). Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

6.- INFECCIÓN SECUNDARIA A CUIDADOS SANITARIOS

El 25% de los efectos adversos (EA) en el estudio ENEAS están relacionados con la infección nosocomial, de los que casi el 60% son evitables.

Prevención de la infección de herida quirúrgica.

TITULO DEL PROYECTO ELIMINACIÓN PREOPERATORIA DE VELLO PARA REDUCIR LA INFECCIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

Hoy en día, la infección de sitio quirúrgico (SSI), anteriormente denominada infección de herida quirúrgica, es la tercera infección nosocomial más frecuente (14-16%) y la primera entre los pacientes quirúrgicos (38%). Los factores que pueden influir en la aparición de una SSI pueden ser atribuibles tanto al propio paciente (diabetes, nicotina, uso de esteroides, desnutrición, estancia hospitalaria preoperatoria prolongada, colonización con *Staphylococcus aureus* o transfusiones preoperatorias) como a la preparación de la intervención (ducha preoperatoria, rasurado y preparación del campo quirúrgico, lavado de manos del personal quirúrgico o profilaxis antibiótica), a las características del acto quirúrgico (ventilación y limpieza del quirófano, esterilización del material quirúrgico, vestimenta del personal quirúrgico o técnica quirúrgica) o a los cuidados postoperatorios. El CDC ha publicado recientemente su nueva Guía para la Prevención de la Infección del Sitio Quirúrgico. En esta guía se describen las estrategias recomendadas para la prevención de las SSI, distribuidas en diferentes categorías de acuerdo con la base científica que las soporta.

En lo que se refiere a la preparación preoperatoria del paciente, entra dentro de la Categoría I A de evidencia, no afeitar el campo quirúrgico antes de la operación excepto si interfiere con la misma. Si hay que eliminar el pelo, hacerlo justo antes de la intervención y, preferentemente, usando máquinas eléctricas en vez de cuchillas o cremas depiladoras.

Nos proponemos modificar el protocolo de preparación preoperatorio de los pacientes de forma que se sustituya dicha práctica por el rasurado con máquinas eléctricas cuando sea necesario y valorar si esto tiene alguna repercusión en la incidencia de infección del sitio quirúrgico.

OBJETIVOS

· Modificar el protocolo de preparación preoperatoria de los pacientes en nuestro Centro, de forma que el rasurado con cuchillas sea sustituido por el rasurado con maquinillas eléctricas.

· Disminuir la incidencia de infección de la herida quirúrgica en el Hospital JM Morales Meseguer de Murcia.

METODOLOGÍA

Estudio clínico prospectivo para evaluar si la instauración del rasurado con maquinilla eléctrica en la prepara-

ción preoperatorio de los pacientes contribuye a una disminución en la incidencia de infección del sitio quirúrgico. Se incluirá, de forma aleatoria pacientes sometidos a intervención quirúrgica de cirugía limpia que se hayan rasurado con maquinilla eléctrica. Se realizará un seguimiento prospectivo de los pacientes para detectar el posible desarrollo de infección de la herida quirúrgica

Se recogerán datos epidemiológicos (edad, sexo, procedencia del paciente, ingresos previos, antibioterapia previa, servicio de ingreso, estancia hospitalaria...), clínicos (patología de base, enfermedad actual), datos relativos a la intervención quirúrgica (tipo de intervención, duración de la misma, preparación preoperatorio, profilaxis antibiótica) y datos del seguimiento de la herida quirúrgica siguiendo un protocolo de recogida de datos previamente establecido. Todos los datos obtenidos se introducirán en una base de datos para facilitar su posterior análisis.

Los datos obtenidos se compararán con los que se han obtenido por la misma metodología en el año 2007 en el que el rasurado preoperatorio se realizaba con cuchilla de afeitar.

PRODUCTOS A PRESENTAR

Informe de resultados de la intervención.

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Rosa M.^a Blázquez Garrido, Responsable de la Unidad de Control de Infección Hospitalaria del Hospital J.M. Morales Meseguer.

Consejería de Obras Públicas y Ordenación del Territorio

950 Resolución de 16 de enero de 2009 de la Dirección General de Transportes y Puertos de la Consejería de Obras Públicas y Ordenación del Territorio, por la que se convocan pruebas para la obtención del Certificado de aptitud profesional para reconocer el cumplimiento del requisito de la cualificación inicial de los conductores de determinados vehículos destinados al transporte por carretera, a celebrar en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia durante el año 2009.

El Real Decreto 1032/2007, de 20 de julio, por el que se regula la cualificación inicial y la formación continua de los conductores de determinados vehículos destinados al transporte por carretera, determina que finalizado el curso de formación, los aspirantes a la obtención del certificado de aptitud profesional acreditativo de su cualificación inicial deberán superar, en un plazo no superior a seis meses, contados desde dicha finalización, un examen que versará sobre el contenido de las materias incluidas en el Anexo I.

Por Ley Orgánica 5/1987, de 30 de julio, se delegan en las Comunidades Autónomas las competencias administrativas relativas a la adquisición, acreditación y control de la capacitación profesional para la realización del transporte y de las actividades auxiliares y complementarias del mismo, realizándose por R.D. 1016/91, de 21 de junio, el traspaso de medios presupuestarios y patrimoniales adscritos al ejercicio de las facultades delegadas por la citada Ley Orgánica a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En su virtud y en ejercicio de las facultades atribuidas por Decreto 71/1991, de 11 de julio, de asignación de las competencias delegadas por la Ley Orgánica 5/1987, de 30 de julio, en relación con los transportes por carretera y por cable, esta Dirección General ha resuelto convocar pruebas para la obtención del Certificado de Aptitud Profesional acreditativo de la cualificación inicial regulado en el Real Decreto 1032/2007 de 20 de julio, con arreglo a las siguientes

Bases

Primera.- Convocatoria.

Se convocan seis pruebas durante todo el año 2009 para la obtención del Certificado de Aptitud Profesional acreditativo de su cualificación inicial, para los permisos de conducción de las categorías D1, D1+E, D y D+E y en la 6.^a y última del año comprenderá además el acceso a la prueba para las categorías C1, C1+E, C y C+E, a celebrar en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en las fechas que se indican en la base Quinta.

Segunda.- Contenido de las pruebas. Estructura y calificación.

Los aspirantes para la obtención del certificado de aptitud profesional acreditativo de la cualificación inicial necesario para la conducción por vías públicas españolas de vehículos para los que resulte obligatorio estar en posesión de permisos de conducción de las categorías C1, C1+E, C, C+E, D1, D1+E, D o D+E, está establecido en el Real Decreto 1032/2007 de 20 de julio, cuyos contenidos serán los que sean afectados por el tipo de permiso de conducción que recoge el ANEXO 1 del R.Decreto mencionado.

El ejercicio a desarrollar constará de 100 preguntas tipo "test" con cuatro respuestas alternativas cada una, las respuestas correctas se valorarán con 1 punto, las erróneas con 0.5 puntos negativos, y las preguntas no contestadas o que contengan más de una respuesta, no puntuarán.

El tiempo para la realización del examen no será inferior a 2 horas.

Para aprobar será necesario obtener una puntuación no inferior a la mitad del total de puntos posibles.

Tercera.- Requisitos de los aspirantes.

a) Haber realizado y superado el curso de formación inicial correspondiente, en los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha del examen de la convocatoria.