

GESTIÓN DE LA CALIDAD

415. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

J. Rius Perera, L. Rumi Carrera, F. Ahmad Díaz,
B. Martínez Castro, A. Moroba Estor y M. Martínez Sogues

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Objetivos: Describir y analizar la implantación de indicadores en el área de ensayos clínicos (EC) del servicio de farmacia para su aplicación en el programa de mejora continua de la calidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional, de 6 meses de duración (desde octubre de 2010 a marzo de 2011). La unidad dispone de una base de datos (BD) para registro de la actividad y de las incidencias del servicio. A partir de la BD se calculan los siguientes indicadores de actividad: número de pacientes incluidos en los EC, clasificación de los EC en función de si se alcanzaba o no el compromiso inicial del investigador, número de recepciones de la medicación en la farmacia, número de monitorizaciones y número de dispensaciones. También a partir de la BD se calculan ocho indicadores de calidad: Nº de incidentes en los envíos de medicación por parte del promotor/recepciones totales. Nº de consultas formuladas por pacientes/dispensaciones totales. Nº de valores de temperatura fuera de rango para nevera y para

temperatura ambiente/número total e mediciones de temperatura. Nº de casos de falta de medicación/número de ensayos activos. Nº de errores del IVRS/número de ensayos activos con IVRS. Nº de errores en la prescripción/número de prescripciones totales. Nº de errores en la preparación de la medicación/número total de preparaciones. Nº de errores en la dispensación/número de dispensaciones totales.

Resultados: Indicadores de actividad: se analizaron 95 estudios activos que englobaron 662 pacientes. En 38 (40%) de los EC se incluyó el número de pacientes comprometido por el investigador, en 41 (43,1%) no se alcanzó el número de pacientes pactado y en 16 (16,8%) no se incluyó ningún paciente. Se contabilizaron 208 recepciones, 820 dispensaciones y 98 monitorizaciones. Indicadores de calidad: se registraron un total de 82 incidencias distribuidas de la forma siguiente: 10 incidentes en los envíos de medicación sobre 208 recepciones totales. 9 Consultas activas de pacientes sobre 816 dispensaciones totales. 4 Valores de temperatura fuera de rango con respecto a 25.920 determinaciones de temperatura totales. 11 faltas de medicación sobre 95 ensayos activos en 6 meses. 11 errores del IVRS sobre 95 ensayos activos en 6 meses. 33 errores de prescripción sobre 820 prescripciones totales. 4 errores de preparación sobre 820 dispensaciones totales. Ningún error de dispensación. De los 37 errores en la preparación y prescripción, 20 llegaron al paciente pero solo 6 provocaron lesión todas ellas leves, 10 fueron circunstancias con capacidad de causar error, y 7 errores producidos pero detectados antes de llegar al paciente

Conclusiones: La introducción de los indicadores de calidad descritos ha permitido detectar diversas oportunidades de mejora en el área de ensayos clínicos del Servicio de Farmacia.

1024. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRAMITACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

D. Pérez Pérez, C. Mariño Martínez, M. González Martínez, P. García Poza, S.E. García Ramos y F. Ramos Díaz

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España.

Objetivos: Análisis descriptivo retrospectivo de la tramitación de medicamentos en situaciones especiales una vez aprobado el Real Decreto 1015/2009 de 19 de junio de 2009 y la consecuente creación de un nuevo procedimiento para el análisis técnico objetivo de las peticiones.

Material y métodos: Elaboración de un Procedimiento Normalizado para el análisis objetivo de cada una de las situaciones clínicas que pueden presentarse en la actividad asistencial diaria en relación al uso de medicamentos, y que no quedan resueltas de forma satisfactoria con la reglamentación actual. Creación e implantación de un Subcomité para el Uso de Medicamentos en Situaciones Especiales (CUMSE) dentro de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Elaboración de un modelo estandarizado de Solicitud de medicamentos en situaciones especiales. Elaboración de un modelo estandarizado de Consentimiento Informado para uso de medicamento autorizado fuera de la indicación aprobada. El proceso se inicia con la solicitud del medicamento (posología, duración, justificación del tratamiento, medidas terapéuticas empleadas con antelación, nombre y firma del médico prescriptor, firma del Jefe de Servicio, análisis previo en Sesión Clínica del Servicio) que se remite con un informe clínico al Servicio de Farmacia donde se realiza un informe de evaluación del medicamento en la indicación solicitada con estudio coste-efectividad. Esta documentación se envía con antelación a los miembros del Subcomité, el cual decide quincenalmente mediante consenso o mayoría simple la aprobación, denegación o aprobación bajo condiciones específicas. Para conocer la situación desde la implantación hasta la actualidad, se

revisaron todas las actas del Subcomité desde su creación, así como la base de datos del Servicio de Farmacia donde se registra cada petición. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las características del proceso de solicitud y toma de decisiones (junio 2010-abril 2011).

Resultados: Durante los 11 meses desde la implantación, se realizaron 29 reuniones del Subcomité. Se solicitaron 145 fármacos, se aprobaron 138 (95,1%), 64 de ellos (46,4%) con limitación temporal, lo cual obliga al facultativo a realizar un informe de seguimiento en caso de continuidad. Además, 11/145 (7,58%) precisaron de un informe clínico complementario para aclarar diferentes cuestiones; finalmente solo 4 (36,36%) se resolvieron positivamente. El tiempo medio de resolución fue de 7-15 días. Entre los servicios peticionarios mayoritarios (122 de 145 solicitudes) destacaron: Oncología (37,93%), Hematología (24,14%), Reumatología (7,6%), Dermatología (7,6%) y Neurología (6,9%). Se elaboraron 8 protocolos: 4 de Hematología, 2 de Otorrinolaringología, 1 de Oncología y 1 de Ginecología.

Conclusiones: La implantación de este nuevo procedimiento ha conseguido: la participación de un equipo multidisciplinar en la toma de decisiones en base a criterios de eficacia, seguridad y coste; una gestión más eficiente en la tramitación, resolución y seguimiento de los medicamentos en situaciones especiales. Gracias a la limitación temporal de la autorización de uso, es necesario la implicación del médico prescriptor para la evaluación de la continuidad del tratamiento, y la elaboración de protocolos cuando se recibe reiteradamente la solicitud de medicamentos para la misma indicación, lo que agiliza el procedimiento.

1012. AUTOEVALUACIÓN EN CALIDAD Y PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA EN UN SERVICIO DE FARMACIA

M.J. Estepa Alonso, J. Liso Rubio, J. Bel Barragán, J.F. Rangel Mayoral, P. Gemio Zumalave y S. Batres Gómez

Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

Objetivos: Describir un proceso de Autoevaluación en relación a la situación de calidad que permita identificar los puntos fuertes de la gestión y las áreas de mejora para planificar acciones que ayuden a mejorar el sistema.

Material y métodos: El proceso de Autoevaluación se realizó en junio de 2009 en el Servicio de Farmacia de un Complejo Hospitalario, compuesto por dos centros hospitalarios y una unidad de farmacia en cada centro. La Autoevaluación está basada en el método del Cuestionario. Se ha utilizado el cuestionario de 41 fichas que abarcan las 10 categorías, desarrolladas a partir de los estándares del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma, siguiendo la metodología utilizada por el Modelo EFQM. Tiene definidos estándares obligatorios y recomendables. Se definió un Equipo de Evaluadores del Servicio, compuesto por 11 personas de los distintos estamentos del Servicio de Farmacia (farmacéuticos, enfermeras, auxiliares, administrativos, celador) que, con una formación previa, evaluaron individualmente la organización, puntuando cada uno de los estándares que componen los temas. A fin de que las áreas de mejora detectadas puedan transformarse en Planes de Mejora, los integrantes del Equipo Evaluador priorizaron las áreas de mejora resultantes. Los criterios de priorización se establecieron en base a obligatoriedad, intensidad, esfuerzo, coste, impacto y viabilidad. Los datos se agregaron y analizaron en Excel.

Resultados: El resultado obtenido es de un cumplimiento del 57,7% de los estándares obligatorios y 20,8% de los recomendables. Los puntos fuertes fueron: implicación del equipo directivo, en el desarrollo, implantación y mejora continua del servicio; gestión de

recursos humanos; proveedores y compras, gestiona sus proveedores y productos eficazmente, y dispone de una cartera de servicios. Las Áreas de mejora globales fueron: definición del marco estratégico, grupos de interés, formación, comunicación interna, reconocimiento a las personas, sugerencias y reclamaciones, gestión por procesos, satisfacción de pacientes, no pacientes y de su personal. Tras la priorización, resultaron 5 acciones de mejora que se concretaron en 5 grupos de trabajo: 1. Identificar los principales grupos de interés del servicio. 2. Diseñar un plan de formación continuada del personal. 3. Elaborar, validar y difundir la misión, visión y valores del Servicio. 4. Realizar encuestas para medir el grado de satisfacción del personal (clima laboral). 5. Elaborar un plan de comunicación interna.

Conclusiones: El cuestionario de autoevaluación es una herramienta muy útil para valorar la situación basal de nuestro Servicio con respecto a la calidad. La Autoevaluación realizada por personal del Servicio, aun no reflejando el 100% de la realidad de debido al componente subjetivo, nos ha permitido detectar con garantías puntos fuertes y áreas de mejora en relación a las diez categorías del Modelo. Sería necesario hacer un despliegue y seguimiento de cada acción de mejora, realizando evaluaciones periódicas a fin de asegurar su consecución.

191. CALIDAD PERCIBIDA POR LOS CLIENTES INTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

I. Rodríguez Penín, M. Granero López e L. Fuster Sanjurjo

Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. A Coruña. España.

Objetivos: Valorar la calidad percibida por los clientes internos de un Servicio de Farmacia (SF) (facultativos y personal de enfermería) certificado según la norma ISO 9001:2008 y establecer medidas correctoras derivadas de los resultados obtenidos.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Encuesta de satisfacción elaborada por una empresa consultora externa en colaboración con varios SF integrados en el proyecto Benchfar (medición de forma continuada en el tiempo de indicadores de calidad de farmacia hospitalaria consensuados entre hospitales y comparación entre SF de tamaño aproximado). La encuesta se estructuró como un cuestionario anónimo con 4 preguntas cerradas y 5 opciones de respuesta: muy mal (0), mal (2,5), normal (5), bien (7,5) y muy bien (10), que valoraron la satisfacción en cuanto a la información general proporcionada (alertas farmacéuticas, nuevos medicamentos, guía farmacoterapéutica (GFT), competencia para resolver dudas o consultas técnicas, tramitación de prescripciones (facultativos) y tramitación de pedidos (enfermería). Se incluyó una pregunta sobre satisfacción global y un apartado de observaciones para el registro de comentarios y sugerencias. La difusión de la encuesta se realizó por correo electrónico (e-survey) a todo el personal médico y de enfermería. Se realizó un primer envío con un recordatorio a los 15 días. La respuesta se remitió de forma automática a la empresa consultora que procedió a su evaluación. El SF no tuvo acceso a los resultados individuales pero sí a los agregados. Se estimó un margen de error inferior al 9% para un intervalo de confianza del 95% con $p = q = 0,5$.

Resultados: Se recibieron 87 respuestas de facultativos y 91 de enfermería (tasa de respuesta: 20,7% y 15,5% respectivamente). La puntuación de satisfacción global otorgada por los facultativos fue de 8 puntos (error $\pm 0,93$ suponiendo máxima incertidumbre $p = q = 0,5$) (mínimo: información general y tramitación de prescripciones con 7,4 puntos, y máximo: competencia técnica con 8,4 puntos). La puntuación de satisfacción global de enfermería fue de 6 puntos (error $\pm 0,95$ suponiendo máxima incertidumbre

$p = q = 0,5$) (mínimo: tramitación de pedidos con 4,9 puntos, y máximo: competencia técnica con 7,3 puntos). Se recogieron 4 reclamaciones/sugerencias procedentes de facultativos: accesibilidad y utilidad de la GFT, excesiva burocracia y fiscalización e inadecuación de los formatos de prescripción, que generaron dos acciones de mejora: acceso a la GFT y protocolos terapéuticos en la intranet y empleo de registros electrónicos disminuyendo formatos en papel. El personal de enfermería registró 6 observaciones: demora en la recepción de pedidos, faltas de medicamentos, reposición automática de medicamentos caducados, mejora de la identificación de los pacientes en los carros de medicación, prescripción electrónica y apertura del SF las 24 horas. Como acciones correctoras se establecieron: registro escrito de las reclamaciones con sistemática de envío programado o urgente e identificación de los pacientes en los carros de medicación mediante nombre, número de historia y número de cama.

Conclusiones: El grado de satisfacción con el SF fue percibido como mejorable por el personal de enfermería siendo más favorable la percepción de los facultativos. La herramienta usada ha permitido identificar oportunidades de mejora y poner en marcha acciones correctoras.

138. CONTROL DE CALIDAD DE FORMAS FARMACÉUTICAS TÓPICAS EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA

N. Fernández Hernández, M. Caballero Martínez, M.C. López Cabezas, S. Ceamanos Renom, M. Lombrana Mencía y J. Ribas Sala

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Objetivos: El sistema de garantía de calidad del servicio de Farmacia exige llevar a cabo controles de calidad en proceso y de producto acabado. Los controles en proceso incluyen la identificación de las materias primas con código de barras y el control de pesada. Sin embargo, no se habían definido controles de producto acabado para los preparados tópicos. El Real Decreto 175/2001 establece como controles mínimos de producto acabado para las fórmulas magistrales tópicas, el examen de los caracteres organolépticos. El objetivo de este trabajo es definir y validar los parámetros básicos de control de calidad para garantizar la correcta elaboración de los preparados tópicos que se realizan en el servicio de farmacia.

Material y métodos: Se definen los parámetros de calidad más representativos aplicables a emulsiones, suspensiones, pastas y geles de aplicación tópica. a) Caracteres organolépticos: -Consistencia aparente: se definen cuatro categorías (fluida, semi-fluida, media y alta), en función de la resistencia que ofrece el preparado a la agitación. -Color y olor: definir adecuadamente estas características para que puedan ser reconocidas por cualquier preparador/validador. b) homogeneidad: se extiende una capa fina sobre un porta o superficie negra, y se examina el tamaño y uniformidad de partículas insolubles. c) tiempo de sedimentación para suspensiones: una vez agitado, colocar una muestra en un tubo de ensayo, agitar y comprobar que el tiempo de sedimentación es ≥ 1 minuto. d) pH: comprobar con tiras reactivas si el pH es acorde a las especificaciones de la ficha técnica. Una vez definidos los parámetros de calidad, el técnico de farmacotecnia los aplicó a 65 fórmulas tópicas definidas en el catálogo de la unidad. Para cada una de ellas, se describió la consistencia aparente, el color, olor, pH, tiempo de sedimentación y determinó homogeneidad. El farmacéutico incorporó esta información a las fichas técnicas de elaboración correspondientes como control de producto acabado.

Resultados: Se validaron los parámetros de calidad de producto acabado en todas las fórmulas tópicas de preparación frecuente en

el servicio de Farmacia. La verificación de la consistencia aparente, el color, olor y la homogeneidad se incorporó como control de producto acabado para 18 emulsiones, 17 pastas y 9 geles. El tiempo de sedimentación, se incluyó como parámetro de control en 21 suspensiones, mientras que la determinación del pH se reservó para geles y cremas vaginales. Aunque ha supuesto una inversión inicial de tiempo por parte del técnico y del farmacéutico, una vez incorporada la información a las fichas técnicas de elaboración, la realización de los controles para cada preparación es rápida y de bajo coste económico.

Conclusiones: La definición e incorporación en ficha técnica de controles de producto acabado para preparaciones tópicas, ha permitido garantizar y facilitar la reproducibilidad en la elaboración de estas preparaciones, asegurando la calidad final del producto acabado, independientemente del técnico elaborador, sin suponer un incremento en la carga de trabajo.

289. DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA A PARTIR DE LAS VOCES DEL CLIENTE INTERNO EN UN SERVICIO DE FARMACIA

P. Flox Benítez, C. Sarobe González, A. Herranz Alonso, L. Caro González, E. Lobato Matilla y M. Sanjurjo Sáez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: Los Servicios de Farmacia trabajan con herramientas de gestión de la calidad orientadas a mejorar el grado de satisfacción de los clientes.

El objetivo es detectar las oportunidades de mejora a partir de datos obtenidos de las voces de clientes internos (personal facultativo y de enfermería) en un Servicio de Farmacia (SF) certificado por la Norma ISO 9001 (2005), por la Norma ISO 14001 (2008) y que cuenta con el Sello de Excelencia +300 EFQM (2010).

Material y métodos: Obtención de información de nuestros clientes internos, a partir de un estudio retrospectivo de: A. Las encuestas realizadas a los Facultativos (2008) y Personal de Enfermería (2009) para conocer el índice de satisfacción (IS) de nuestros clientes. B. El registro de Incidencias y Reclamaciones del SF del los años 2010 y 2011 (se hacen registros del 100% de las llamadas al SF durante 30 días dos veces al año)

Resultados: Encuestas de satisfacción: se enviaron 620 encuestas a Facultativos. Índice de respuesta: 9,68%. Se enviaron 400 encuestas a Enfermería. Índice de respuesta 35,5%. Resultados en escala de 1-10. Calidad de atención y trato: IS facultativo respecto disponibilidad del farmacéutico: 8,04. IS facultativo respecto adecuación de la atención: 8,40. IS enfermería respecto disponibilidad del farmacéutico: 6,80. IS enfermería respecto al trato: 7,22. Calidad del apoyo técnico: IS facultativo respecto a la calidad de la información: 7,93. IS facultativo respecto a la calidad en la resolución de problemas: 7,98. IS enfermería respecto a la calidad de la información: 6,72. IS enfermería respecto a la calidad en la resolución de problemas 6,72. Registro de Incidencias y Reclamaciones (IyR): Resultados año 2011: se recogieron 1.317 registros telefónicos. Problemas relacionados con la dispensación de medicamentos 517 (39,26%), Consultas sobre administración, tratamientos 475 (36,07%) y Otros problemas (informáticos, gestión de usuarios...) 325 (24,68%). Resultados año 2010: se recogieron 463 registros telefónicos. Problemas relacionados con la dispensación de medicamentos 226 (48,82%), Consultas sobre administración, tratamientos 152 (82,83%) y Otros problemas (informáticos, gestión de usuarios...) 85 (18,36%). Se comparan los datos de ambos años. Las IyR: problemas relacionados con la dispensación de medicamentos han disminuido un 9,56%, Consultas sobre administración, trata-

mientos han aumentado un 3,24% y Otros problemas han aumentado un 6,32%.

Conclusiones: Se establece como acción de mejora implantar un protocolo de intercambio terapéutico, ya que los medicamentos más implicados en las reclamaciones de dispensación son aquellos no incluidos en la guía del hospital. Otras acciones mejoras orientadas a incrementar el IS del personal de enfermería fueron: realizar Jornadas de Puertas Abiertas para dar a conocer la forma de trabajo y organización del SF, crear grupos de trabajo conjuntos con el personal de enfermería para revisar y actualizar los procedimientos de dispensación/distribución y garantizar su conocimiento por todo el personal del centro. Además, se adopta la metodología de creación de grupos de trabajo multidisciplinares y específicos para la planificación, desarrollo e implementación de nuevas actividades.

400. EL CUADRO DE MANDOS COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

B. Calderón Hernanz, B. Comas Díaz, A. Oliver Noguera, M. Vilanova Boltó, J.C. Pérez Pons y M. Nigorra Caro

Hospital Son Llàtzer. Islas Baleares. España.

Objetivos: El desarrollo de un cuadro de mandos proporciona un conjunto de información asistencial y no asistencial, que permite a los directivos y a los facultativos tener una visión general del servicio, sobre múltiples aspectos operativos y organizativos, lo que facilita, por ende, la gestión y el cumplimiento de sus objetivos estratégicos. Nuestro objetivo es el seguimiento y análisis de la actividad farmacéutica en el servicio de urgencias (SU) a través de la incorporación de indicadores en el cuadro de mandos.

Material y métodos: El SU incorporó desde el año 2010 un farmacéutico, a tiempo parcial, como responsable de la prestación de servicios integrales de farmacia clínica. Interviene en la conciliación de los tratamientos habituales, validación farmacéutica de las órdenes médicas, ajustes farmacocinéticos y farmacodinámicos y en la prevención de los problemas de seguridad clínica relacionada con los medicamentos. Se desarrolló un plan de acción para identificar los procesos relacionados con la actividad asistencial en los que participaba el farmacéutico en el servicio de urgencias. Se estableció un sistema de indicadores para su control y para la toma de decisiones y se definió el periodo pertinente de análisis para cada indicador. Dichos indicadores se incorporaron al cuadro de mandos integral de urgencias. Se realiza un seguimiento y evaluación con la notificación pertinente a ambos servicios y a la unidad de calidad.

Resultados: Se incorporaron al cuadro de mandos los indicadores de media mensual de pacientes conciliados y porcentaje de intervenciones farmacéuticas (IF) mensuales en el SU. La media mensual de pacientes a los que se les concilia la medicación en urgencias ha sido de 66 (rango 17-123) mientras que la media de intervenciones farmacéuticas mensuales realizadas ha sido de 48 (rango 16-93). Analizando los medicamentos que más se encuentran implicados en la conciliación, por grupos terapéuticos se obtiene que los que más conciliación teórica requieren y reciben son el grupo de sistema nervioso central (22%), el grupo de antialérgicos y sistema respiratorio (20%), el grupo de sistema cardiovascular (19%) y el grupo de tracto alimentario y metabolismo (17%). Estos cuatro grupos suponen casi el 80% de las conciliaciones farmacéuticas, correspondiendo también con los grupos de mayor porcentaje de prescripción a nivel de receta. Referente al tipo de IF llevadas a cabo, se produce cambio de medicamento en un 34%, requerimiento de inicio de tratamiento en un 17%, cambio de dosis en un 13%, requerimiento de monitorización farmacocinética en un

12%, suspensión del tratamiento en un 11% y completar la orden médica en un 10%.

Conclusiones: Se ha incorporado al cuadro de mandos del SU indicadores de la actividad farmacéutica, que permiten el seguimiento coordinado por parte de los dos servicios. El análisis de los resultados de dichos indicadores dentro del sistema de gestión de calidad integrado facilita la detección de puntos de mejora y su implementación.

250. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN COMO HERRAMIENTA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR PACIENTES EXTERNOS DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

A. de la Rubia Nieto, M.J. Sánchez Garre, L. Menéndez Naranjo, I. Concepción Martín, V. Arocas Casañ y M.J. Blázquez Álvarez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Objetivos: Conocer la calidad percibida y el grado de satisfacción de pacientes externos sobre la atención que reciben en las consultas de atención farmacéutica de un hospital universitario, así como identificar puntos de mejora para el área.

Material y métodos: Se diseñó una encuesta con el asesoramiento de la Unidad de Calidad Asistencial del hospital. La encuesta reunió 14 preguntas medidas mediante una escala analógica-visual ponderada entre 0 y 10 puntos, donde se estudiaron 4 dimensiones de la atención: organización y locales (5 preguntas), dispensación (5 preguntas), atención farmacéutica (4 preguntas) y satisfacción global (1 pregunta). Además, se introdujo una pregunta sobre sugerencias y 6 acerca de datos del encuestado. Los resultados se agruparon por dimensiones: datos válidos, media, mediana y desviación típica y se analizaron diferencias respecto a las características del encuestado mediante tests de contraste tipo t de Student y ANOVA. La encuesta se dispuso en el área de dispensación a pacientes externos durante enero y febrero de 2011 en un lugar visible, para que fuera cumplimentada por los pacientes que lo desearan.

Resultados: Participaron en la encuesta 323 pacientes, de los cuales el 69,6% fueron hombres. La edad media fue de 45 ± 12 años. El 39,1% tenían estudios obligatorios, el 44,6% medios y el 16,3% superiores. El 4,7% de pacientes llevaban menos de 3 años de tratamiento, el 47,3% entre 3 y 5 años y el 48,1% más de 5 años. En el 39,5% de los casos cumplimentó el impreso el paciente y en el 60,5% el tutor, acompañante o cuidador. Para la dimensión organización y locales la mejor puntuación se obtuvo en la pregunta referente a la facilidad de contacto con el personal de la Unidad ($7,6 \pm 2,5$) y la peor en la referente al tiempo de espera ($5,3 \pm 3,0$). En la dimensión dispensación, la mejor correspondió a la confidencialidad ($8,3 \pm 1,7$) y la peor la adaptación de las citas a otras visitas programadas en el hospital ($6,8 \pm 3,2$). Respecto a la dimensión atención farmacéutica el aspecto más valorado por el paciente fue la utilidad para su salud ($8,2 \pm 2,2$) y el menos la accesibilidad del farmacéutico ($7,5 \pm 2,1$). En cuanto a la satisfacción global, la puntuación de la única pregunta realizada fue de $7,6 \pm 1,84$. La pregunta abierta destinada a recibir comentarios y sugerencias para mejorar recoge principalmente el deseo de disponer de una sala más acogedora y de reducir las esperas para ser atendido.

Conclusiones: 1. La satisfacción es alta, sin diferencias en los diferentes grupos. 2. La comparación de las tasas de problemas por dimensión entre sí y frente a la tasa general, revela a organización y locales como la dimensión de mayor problema, seguida de lejos por la de dispensación y satisfacción global. 3. La dimensión de atención farmacéutica muestra valores excelentes. 4. Se detectan puntos de mejora en la configuración de la sala de espera y en el tiempo de espera.

541. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL DE CORTA DURACIÓN Y COSTES ASOCIADOS

C. Pellicer Franco, O. García Molina y A. de la Rubia Nieto

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Objetivos: La eficacia nutricional de la nutrición parenteral (NP) viene condicionada por su adecuada indicación, cantidad, duración, calidad y relaciones entre los sustratos. La efectividad nos lleva a conocer la utilidad del soporte nutricional en la práctica clínica habitual. La eficiencia, considerada como efectividad al menor coste, de una NP de corta duración es escasa, por lo que debe usarse en casos seleccionados. Nuestro objetivo fue evaluar la calidad de prescripción de soporte nutricional desde el punto de vista de la duración y calcular los costes asociados a una mala adecuación de la duración de la NP.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de 6 meses (enero-junio 2010) de la duración del tratamiento con NP de pacientes adultos ingresados en planta (se excluyeron críticos y la estancia en Anestesia-Reanimación). Los datos se obtuvieron del programa de elaboración de NP y del archivo de órdenes médicas de tratamiento nutricional. Para la evaluación de la calidad se adoptó de la bibliografía el indicador "prescripción de NP de corta duración (< 5 días)" definiendo NP de corta duración como aquella NP, independientemente de su composición nutricional, que no supere los 5 días de duración de forma continuada. El indicador incluye las NP de corta duración relacionadas con el soporte nutricional mixto. Este indicador se obtiene mediante el cociente del número de pacientes con NP menor de 5 días, entre el número de pacientes que reciben NP, multiplicado por 100; siendo su valor de referencia del 5%. El coste asociado se obtuvo calculando el número total de NP elaboradas de todos los pacientes durante los días de tratamiento y asociar como coste por NP el perteneciente al protocolo de NP periférica comercializada por ser ésta la mayoritariamente utilizada en tratamientos de soporte nutricional de corta duración.

Resultados: Se evaluó el tratamiento nutricional de 333 pacientes, de los cuales 125 habían tenido prescripción de NP de corta duración, por lo que el indicador obtuvo un valor de 37,54%. El estudio de la duración del tratamiento con NP dio como resultado que el 33,6% de los tratamientos tenía una duración de 4 días, el 23,2% duraba 1 día, igual que para 2 días, y el 20% de los pacientes se le pautaba NP durante 3 días. Los costes asociados a la inadecuación de la duración de tratamiento con NP fue de 10.038,6€.

Conclusiones: 1. El indicador de calidad de prescripción de NP de corta duración, está lejos del estándar. 2. En nuestro estudio, el 46,4% de los pacientes con NP de corta duración no superaba los 2 días de tratamiento. 3. La evaluación de la calidad de un proceso nos orienta de las intervenciones a realizar para mejorar la calidad y la eficiencia.

1077. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DEL ÁREA DE NUTRICIÓN PARENTERAL

L. Cortiñas Villazón, M.T. Llanos García, C. Calzón Blanco, M. Isidoro García, F.J. Barbazán Vázquez y A. Ayastuy Ruiz

Hospital de Cabueñes. Asturias. España.

Objetivos: Medir el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad en pacientes con nutrición parenteral (NP).

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado durante el periodo de marzo a abril de 2011. Se valoran los criterios de calidad propuestos por J.A. Schoenenberger Arnaiz en "Protocolización de la Nutrición Artificial por vía Parenteral. Bases metodológicas y organizativas para el diseño y revisión del proceso" y los

incluidos en el protocolo del área. Para ello se realiza seguimiento analítico de los pacientes ingresados que estaban recibiendo NP por vía central. Los pacientes que se incluyeron fueron aquellos a los que se les suspendió la nutrición durante el periodo de estudio. Se recogieron datos de duración de tratamiento, motivo de suspensión, aporte calórico medio, albúmina, prealbúmina, glucemias, enzimas hepáticas y resultado de los cultivos. Se cuantificaron las unidades de nutrición elaboradas y las devueltas, y la hora de llegada de las prescripciones al Servicio de Farmacia. Se consideró complicación hepatobiliar el incremento de cuatro veces por encima del valor normal de las enzimas hepáticas ALT y AST.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se incluyeron un total de 31 pacientes (38,3% Cirugía General, 35,8% UVI) para los que se elaboraron 308 unidades de nutrición. La media de días de tratamiento fue de 12,6 días. Los motivos más frecuentes de suspensión fueron tolerancia oral (58,1%), exitus (16,1%) y tolerancia a nutrición enteral (9,7%). El número de prescripciones recibidas fuera de horario fue del 4,5% (estándar 10%). El 80,6% (estándar 80%) de las nutriciones tuvieron una duración ≥ 7 días. El porcentaje de pacientes con aporte calórico medio comprendido entre 20 y 35 kcal/kg fue del 80,8% (estándar 90%). Los niveles de albúmina o prealbúmina se mantuvieron estables o aumentaron en el 67,9% (estándar 65%) de los pacientes. En el 61,7% (estándar 100%) de los casos las glucemias se mantuvieron entre 80 y 150 mg/dl. De los pacientes con valores normales de enzimas hepáticas al inicio de la NP, ninguno presentó complicaciones hepatobiliares. Se devolvieron un 0,45% de las unidades elaboradas (estándar < 2%). Todos los cultivos realizados a las unidades de NP fueron negativos (estándar 0%).

Conclusiones: Los indicadores de calidad en relación a la duración de tratamiento, prescripciones recibidas dentro del horario establecido, mantenimiento o aumento de albúmina o prealbúmina, complicaciones hepatobiliares, unidades devueltas a farmacia y resultados de los cultivos cumplen con los estándares establecidos. El aporte calórico medio y las glucemias son los indicadores que se sitúan por debajo de los estándares, siendo éstos la diana sobre la que instaurar medidas de mejora que incluyan un análisis más exhaustivo de sus causas e implantación de medidas correctoras.

43. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

L. Villamayor Blanco, J.C. de Miguel Bouzas, M.C. Freire Vázquez y M.V. Alonso de Castro

Hospital POVISA. Pontevedra. España.

Objetivos: Evaluar la mejora de la calidad de la prescripción, dispensación y administración de medicamentos tras la implantación de un programa de prescripción electrónica asistida (PEA).

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, en el área de hospitalización, de 20 meses de duración, dividido en dos fases. La primera se llevó a cabo el año anterior a la implantación de la PEA (del 1/11/2009 al 1/11/2010) y la segunda, durante los 6 meses posteriores a la implantación (1/11/10 al 1/04/11). Se incluyeron en el estudio todas las camas del hospital (537), en todas se dispensa la medicación mediante el sistema de dosis unitarias y se prescribe mediante el programa de PEA. Durante el análisis se identificaron los puntos de mejora que la PEA podría subsanar y tras la implantación se analizaron los resultados.

Resultados: 1. Prescripción: 1.1. Conciliación: wl año anterior a la PEA, solo se llevó a cabo correctamente en un 10% de los pacientes. El PEA obliga al médico a conciliar la medicación domiciliaria. Si algún medicamento no forma parte de la guía far-

macoterapéutica, le ofrece los equivalentes terapéuticos disponibles y le informa de las interacciones relevantes. Tras la implantación de la PEA, se realiza correctamente la conciliación al ingreso en el 99% de los pacientes. 1.2. Validación: antes de la PEA, el farmacéutico revisaba un 3% de las prescripciones. Con la PEA el farmacéutico valida el 100% de las órdenes médicas. Además, el programa ofrece, al prescribir, dosis, posologías, dosis máximas e interacciones de cada medicamento según la ficha técnica. Aunque se siguen cometiendo errores, los que llegan al paciente constituyen un 0,5%. 2. Dispensación: 2.1. Medicación domiciliaria: antes de la PEA, la medicación domiciliaria se almacenaba en los controles de enfermería. Tras la implantación, el paciente solo trae aquella medicación que el médico considera indispensable durante el ingreso y de la que no se dispone de ningún equivalente terapéutico en el hospital. El 100% de dicha medicación se envía al Servicio de Farmacia donde se reenvasa y envía diariamente a la planta mediante el sistema de dosis unitaria. 3. Administración: 3.1. Errores de administración: el año anterior a la PEA se detectaron un 23,73% de errores en el total de fármacos administrados. El programa de PEA incluye el modo correcto de administrar cada fármaco y avisa a enfermería del momento de hacerlo. Por lo que, los errores en la velocidad de administración, preparación, técnica de administración, hora de administración y omisión de registro se han reducido al 0,3%. 3.2. Identificación del paciente: el año anterior no se registró ningún caso de administración al paciente equivocado, pero existía esa posibilidad. Tras la implantación de la PEA, para la administración de la medicación se utiliza un lector del código de barras de la pulsera identificativa de cada paciente.

Conclusiones: Los errores de medicación en el ámbito hospitalario son lo suficientemente relevantes como para implantar medidas que los minimicen. La PEA es una herramienta efectiva para reducir errores, mejorando la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

179. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA CONSULTA EXTERNA DE FARMACIA

L. Fuster Sanjurjo, A. Montero Hernández, M. Granero López, I. Rodríguez Penín, G. Rivas Costas y R. Taboada López

Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. A Coruña. España.

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios de la consulta de atención farmacéutica al paciente externo. Analizar las variables que condicionan la satisfacción percibida por el paciente para el desarrollo de medidas correctoras y/o de mejora.

Material y métodos: Estudio transversal desarrollado entre 13/12/2010 y el 13/1/2011. Población: usuarios de la consulta externa del Servicio de Farmacia. La encuesta de satisfacción incluyó los siguientes ítems: a) datos del usuario [edad, sexo y antigüedad (tiempo desde la primera consulta)], b) 12 preguntas cerradas con 5 respuestas de escala Likert (muy mal, mal, normal, bien y muy bien) estructuradas en tres bloques: organización (7), atención farmacéutica (4) y valoración global (1), c) 1 pregunta cerrada sobre las dudas aclaradas por el farmacéutico con 3 respuestas y d) sugerencias. Tras solicitar la participación anónima y voluntaria en el estudio, se entregó la encuesta a 539 usuarios para que la cumplimentasen en la consulta o en su domicilio. Se analizó la satisfacción según la edad, sexo y antigüedad; para valorar diferencias en estos grupos se utilizaron las pruebas chi-cuadrado y t-Student. La identificación de ítems asociados al nivel óptimo de satisfacción se realizó mediante un modelo de regresión logística que incluyó la satisfacción global excelente (variable dependiente) y los ítems sobre el funcionamiento del servicio (variables indepen-

dientes); se calcularon los odds ratios (OR) con su intervalo de confianza al 95%. Se usó el paquete estadístico SPSS 15®.

Resultados: Cuatrocientas cuatro de las 539 encuestas entregadas fueron cumplimentadas; tasa de respuesta: 74,95%. El 50,0% de los participantes en el estudio eran hombres ($n = 202$), el 33,4% ($n = 135$) acudía a la consulta desde hace 3 o más años y el 39,1% ($n = 158$) tenía entre 41 y 60 años. La satisfacción de los encuestados fue buena o muy buena en cuanto a: trato recibido 85,9%, limpieza 83,7%, información recibida 82,7%, disponibilidad del personal farmacéutico para consultar dudas 81,9%, identificación del personal 79,5%, comodidad del horario 78,5%, privacidad 69,1%, tiempo dedicado por el farmacéutico 67,3% y tiempo de espera en ser atendido 54,0%. En el 86,9% de los casos el usuario afirmó que el farmacéutico había aclarado todas sus dudas. De los 377 usuarios que contestaron la valoración global, 147 (39,0%) consideraron la atención recibida como muy buena, 184 (48,8%) como buena, 43 (11,4%) normal y 3 (0,8%) mala o muy mala. Ni la edad, ni el sexo, ni la antigüedad influyeron en la satisfacción. Se asociaron con una excelente satisfacción global, la satisfacción con el tiempo de espera (OR = 3,9; 1,3-12,1) y con la información aportada por el farmacéutico (OR = 10,7; 1,9-61,9).

Conclusiones: El 87,8% de los usuarios se mostró satisfecho o muy satisfecho en la valoración global de la consulta. Los aspectos con los que los pacientes estuvieron menos satisfechos fueron el tiempo de espera, la privacidad y el tiempo dedicado por lo que son susceptibles de acciones de mejora. El tiempo de espera y la información aportada por el farmacéutico son variables que han determinado el grado de satisfacción global de los pacientes.

569. EVOLUCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD PLANIFICADOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

B. Feal Cortizas, M. Calvin Lamas y M.I. Martín Herranz

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Objetivos: Describir y analizar la evolución de los objetivos de calidad (OC) planificados frente a los cumplidos en un servicio de farmacia hospitalaria (SF).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, con recogida de datos retrospectiva de los objetivos de calidad aprobados en un SF certificado según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008, durante el periodo 2005-2010. Las fuentes de datos fueron los archivos informáticos de objetivos de calidad y de informes de revisión anuales del sistema de gestión de la calidad del SF. Se han recogido los objetivos anuales aprobados por el comité de calidad del SF y el resultado de la evaluación del cumplimiento de los mismos. Los OC se han clasificado en varias categorías: implantación de nuevas tecnologías, informatización de áreas, mejoras en la seguridad, reorganización de procesos, formación continuada, mejoras en el sistema de gestión de la calidad y otros.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han planteado y aprobado 22 OC, 17 con un plazo de cumplimiento anual, 4 a dos años y 1 a tres años. El 100% de los OC se han documentado con la definición del objetivo, las acciones a desarrollar, el cronograma de actividades, el responsable y la forma de evaluación. Los 22 OC han llevado asociadas 135 actividades planificadas dirigidas a la consecución del objetivo (6,1 actividades/OC). El número de OC en función de las categorías son: reorganización de procesos existentes = 8, informatización de diversas áreas del SF = 4, mejoras en el sistema de gestión de la calidad = 3, implantación de nuevas tecnologías = 2, mejoras en la seguridad de la dispensación en dosis unitarias = 2, formación continuada del personal farmacéutico (FIR, staff) = 1, actualizar la guía farmacoterapéutica = 1, crear un área de gestión clínica en el SF = 1. El número de OC aprobados cada año fue el siguiente: 2005 = 6, 2006 = 6, 2007 = 6, 2008 = 5,

2009 = 3, 2010 = 3. En relación al grado de consecución de los objetivos: 10/22 OC se cumplieron en su totalidad, 4/22 se cumplieron parcialmente (3 en un 75% y 1 en un 50%) y 8/22 no se alcanzaron. Los OC cumplidos corresponden a los relacionados con reorganización de procesos, mejoras en la seguridad de la dispensación en dosis unitarias y formación continuada. Los motivos principales de incumplimiento en 5/8 fueron la necesidad de contar con el apoyo de estamentos externos al SF (Consellería de Sanidad, dirección de enfermería, recursos humanos y dirección médica), y estaban relacionados con la implantación o renovación de nuevos programas informáticos en el SF (formulación magistral, nutrición parenteral, gestión de la documentación del sistema de calidad y registro de intervenciones farmacéuticas).

Conclusiones: en la mayoría de los objetivos de calidad no alcanzados, las causas se deben a la dependencia de organismos o estamentos externos al servicio de farmacia. En los tres últimos años nos hemos planteado un menor número de objetivos cuyo cumplimiento depende exclusivamente de los recursos humanos y materiales disponibles en el SF.

64. EVOLUCIÓN DE OBJETIVOS E INDICADORES DE CALIDAD, PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS Y ACCIONES DE MEJORA DE UN SERVICIO DE FARMACIA CON CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008

L. López Sandomingo, I. Rodríguez Penín y M. Granero López

Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. A Coruña. España.

Objetivos: Describir la evolución de los objetivos e indicadores de calidad, procedimientos documentados y acciones de mejora en un Servicio de Farmacia con un sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2008.

Material y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva el 100% de los objetivos e indicadores de calidad, historial de la documentación de calidad, informes de revisión del sistema de gestión de la calidad por la Dirección y las acciones de mejora desde el año 2001 (año de la certificación) hasta la actualidad. Asimismo, se revisaron los informes de las auditorías internas y externas y acciones correctoras derivadas correspondientes al mismo período de tiempo.

Resultados: Objetivos de calidad: hasta el año 2008 se mantuvo un objetivo único de mantenimiento de la certificación ISO. En el año 2009 se plantean como objetivos específicos de calidad la actualización del procedimiento documentado de coordinación con atención primaria y la revisión mensual de un procedimiento operativo/instrucción técnica. En el año 2010 constituyen objetivos específicos de calidad: elaboración de 2 procedimientos documentados nuevos que recogen información dispersa en otros documentos: el procedimiento operativo de formación y el de satisfacción del cliente. En el año 2011 se propone como objetivo de calidad la documentación e implantación del proceso de gestión de gases medicinales. Indicadores de calidad: los indicadores y estándares de calidad se mantuvieron invariables hasta el año 2009. En el año 2010 se modificaron los valores de los estándares haciéndose más exigentes y en el año 2011 se incorporaron 2 nuevos indicadores: créditos formativos/año/farmacéutico y tiempo medio de preparación de citostáticos. Asimismo, en el año 2010 nos incorporamos al proyecto Benchfar: medición de forma continuada en el tiempo de indicadores de calidad de farmacia hospitalaria consensuados entre hospitales y comparación entre servicios de farmacia de tamaño aproximado; batería de 26 indicadores (13 de medida anual, 5 semestral, 1 trimestral y 7 mensual) de los cuales solamente 4 coinciden con nuestro actual cuadro de indicadores. Disponemos de datos de 25 de los 26 indicadores desde octubre 2010 a abril 2011. Procedimientos documentados: el número de procedimien-

tos documentados evolucionó desde 15 a 22 procedimientos operativos y desde 10 a 30 instrucciones técnicas (de 2001 a 2011). Acciones de mejora: experimentaron la siguiente evolución: 0 (2001-2005), 4 (2006), 4 (2007), 3 (2008), 7 (2009), 3 (2010) y 13 (2011). Durante el mismo período de tiempo se realizaron 11 auditorías internas y 9 externas que generaron 67 acciones correctoras, 12 de ellas derivadas de las no conformidades detectadas.

Conclusiones: Se ha observado una evolución ascendente en el número de objetivos e indicadores de calidad, procedimientos documentados y, especialmente, acciones de mejora. Una actitud proactiva de mejora continua en base al diseño de objetivos e indicadores de calidad y el seguimiento de su evolución, documentación de los procesos, acciones preventivas y recomendaciones para la mejora deben complementar las correcciones derivadas de los resultados de las auditorías internas y externas y de los datos derivados de la retroalimentación del cliente.

1126. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Canto-Mangana, P. Acosta-Robles, M.M. Espinosa Fernández, J.A. Morales-Molina, J.E. Martínez-Plata y J.M. Fernández-Martín

Hospital de Poniente, Hospital de Alta Resolución de Guadix, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Alta Resolución de Loja. Almería. España.

Objetivos: Dentro del contrato programa de nuestro hospital está recogida la evaluación de indicadores de la prescripción, siendo objetivo de nuestro servicio. Los indicadores habitualmente usados son: porcentaje de prescripción por principio activo e índice sintético de calidad, incluido este último en el contrato programa de 2011. Los objetivos del estudio fueron: 1) Evaluar la evolución del porcentaje de prescripción por principio activo (% PA) tras la implantación de intervenciones farmacéuticas. 2) Evaluar el índice sintético de calidad como nuevo indicador y promover líneas de mejora.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en un hospital comarcal. El periodo de estudio fue de 2006 a 2010. Todos los datos fueron recogidos a partir de la aplicación informática Microstrategy. Mensualmente desde el Servicio de Farmacia se envían informes a todos los Servicios Médicos de %PA e ISC (a partir de 2011) y se realizan entrevistas personalizadas periódicas con los facultativos. Datos recogidos: % PA e ISC del periodo de estudio.

Resultados: %PA por año desde 2006 a 2010: 55,78%, 53,23%, 58,30%, 64,76% y 72,64% respectivamente. %PA medio del periodo de estudio: 60,94 ± 6,38%. ISC por año desde 2006 a 2010: 2,04, 1,24, 1,03, 0,96 y 0,64 respectivamente. ISC medio: 1,18 ± 0,43%.

Conclusiones: Las intervenciones farmacéuticas realizadas se han mostrado eficaces a la vista de los resultados en cuanto a %PA, donde se aprecia un incremento continuo en sus valores. Sin embargo, se observa un descenso paulatino en el ISC. Así pues, sería necesario desarrollar actividades de mejora, como la implantación de las entrevistas personalizadas tanto informativas como reforzadoras, implantación de aplicaciones informáticas de apoyo al facultativo y/o la incorporación de indicadores en la dirección por objetivos.

792. GARANTÍA DE CALIDAD EN UN PROCESO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS ROBOTIZADO

A. Paradelo Carreiro, N. Lago Rivero, I. Arias Santos, A. Requeira Arcay, C. Vázquez Gómez y M. López-Gil Otero

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral-Cies. Pontevedra. España.

Objetivos: Describir la implantación, seguimiento y resultados de un proceso de garantía de calidad global para la utilización de

un sistema robotizado de corte, reenvasado e identificación automática de blísteres de medicamentos en un servicio de Farmacia Hospitalaria.

Material y métodos: Para el corte y reenvasado de blíster se utiliza un sistema robotizado Blispack®, que dispone de controles internos de los procesos (lectura de código de barras de la especialidad, comparación del blíster introducido con el patrón memorizado previamente, contabilidad del número de unidades procesadas, etc.). Como complemento, se desarrolla e implementa una metodología que garantiza también el proceso en las fases que se desarrollan externamente a la reenvasadora.

Resultados: El proceso de Garantía de Calidad implementado es el siguiente: disponemos de un impreso diseñado específicamente que acompaña a la especialidad a reenvasar en todo momento, registrando los pasos realizados, la persona que lo ha llevado a cabo y aquella que lo verifica. En la primera fase, el operario de la reenvasadora aísla la especialidad a procesar y recoge en el impreso anterior el código nacional, el lote, la caducidad y el número de blíster a procesar. Posteriormente, el operario programa la reenvasadora y obtiene una muestra del sobre que contendrá la especialidad. Un farmacéutico verifica, en este punto, la concordancia de todos los datos. A continuación se realiza el proceso de corte y reenvasado. A su fin, el operario adjunta una muestra al impreso descrito y es nuevamente verificado por un farmacéutico, que comprueba también el número de unidades obtenidas. Esta metodología se ha aplicado desde la instalación de la reenvasadora. Tomando una muestra de los 2 primeros meses de actividad fuera del periodo de pruebas, en los que se han dedicado 60 horas de trabajo (incluyendo preparación, validación y trabajo de máquina), se han procesado 922 blísteres de 53 especialidades diferentes, obteniendo un total de 13.446 comprimidos reenvasados, sin que se haya producido ninguna incidencia destacable.

Conclusiones: 1. Aunque los sistemas robotizados de corte y reenvasado de medicamentos en blíster aportan una notable seguridad al proceso mediante controles internos, es necesario complementarlo con sistemas de garantía de calidad que aseguren las etapas que transcurren fuera de la máquina. 2. El sistema descrito en esta comunicación, basado en un impreso que recoge y documenta todas las fases, y en la doble comprobación, aporta seguridad adicional sin incrementar significativamente los tiempos de proceso. 3. Se ha utilizado esta metodología desde la puesta en marcha del sistema robotizado, comprobándose su fácil aplicabilidad y fiabilidad.

813. GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS STOCKS DE REENVASADO Y ÁREAS DE PREPARACIÓN DE CARROS

L. Guisasola Ron, J.J. García Albás, A.C. Mínguez Cabeza, R. Hernanz Chávez, A. Quintana Basterra y C. Martínez Martínez

Hospital Txagorritxu. Álava. España.

Objetivos: Establecer las cantidades a reenvasar así como las cantidades mínimas y máximas de los medicamentos en la zona de preparación de dosis unitaria.

Material y métodos: Ante la multitud de nuevas incorporaciones de personal auxiliar nuevo que desconocían el Servicio con los problemas que ello ocasionaba: reenvasado de cantidades excesivas o insuficientes o reposiciones muy frecuentes u obsolescencias en las "U"s de preparación de carros. Se revisó por el personal auxiliar y farmacéutico, el listado con las cantidades reenvasadas el año

anterior que se obtuvo de su importación a Access® a partir del archivo de texto que se obtuvo de la reenvasadora multiblist KRZ®. Para establecer las cantidades mínimas y máximas de la zona de preparación se utilizó un listado de consumos que se depuró en función de si eran medicamentos que se consumían o no por los pacientes externos.

Resultados: Calculamos los consumos de 15 días y estratificamos los medicamentos en función del consumo. El factor determinante para establecer las cantidades fue el número de unidades de las presentaciones que disponíamos en el hospital. Para medicamentos de elevado consumo, se estableció reenvasar el consumo de 15 días ajustado a múltiplos de 100, las de consumo medio, el consumo de 15 días ajustado a cajas completas de los medicamentos y las de bajo consumo se ajustó únicamente a las unidades de la presentación del medicamento. Para los medicamentos que no se dispensaban a pacientes externos se estableció para el máximo el consumo de 15 días y el mínimo, el consumo de 1 semana. Para medicamentos con consumo esporádico y escaso se estableció el máximo en la presentación disponible. Una vez consensuadas las cantidades se editaron etiquetas adhesivas, donde figuraban la descripción completa del medicamento, el máximo y el mínimo que se colocaron a los contenedores de la zona de preparación de dosis unitaria. Para el reenvasado también se editaron etiquetas con las cantidades a reenvasar y se procedió seguidamente a la actualización del PNT del reenvasado con todas estas nuevas modificaciones incluidas. Se está a la espera de evaluación de resultados de satisfacción, que básicamente han irán dirigidos a la optimización del tiempo dedicado al reenvasado y la mejora de la calidad de la preparación de medicamentos de la zona de dosis unitaria.

Conclusiones: Se ha disminuido la variabilidad interpersonal y optimizado el tiempo dedicado al reenvasado y a la reposición de medicamentos en las zonas de preparación de carros de dosis unitarias.

479. IMPACTO EN LA FARMACOTECNIA DE MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA. HOSPITALIZACIÓN EN MÉXICO A TRAVÉS DEL FARMACÉUTICO: UN NUEVO RETO

S.G. Huerta Olvera, A.R. Rincón Sánchez, M.T. Sánchez Guzmán, M.C. Islas Carbajal, A. Castelló Escrivá y B. Gálvez Gálvez

Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca. México.

Objetivos: Evaluar el impacto de intervenciones farmacéuticas en la farmacotecnia de medicamentos empleados en el área de cirugía hospitalización en un Hospital de país subdesarrollado, México.

Material y métodos: Estudio prospectivo durante 6 meses 2009-2010. Se evaluaron 201 expedientes pre- y 78 postintervención, además se consideró la correcta identificación del paciente, indicaciones completas de su farmacoterapia y firma del médico tratante. Intervenciones de mejora en la farmacotecnia y otros puntos clave para la seguridad del paciente: notas en las hojas de indicaciones, carteles y tarjetas con información precisa de medicamentos, pláticas, comunicación directa y sesiones con el equipo de salud.

Resultados: Previo a la intervención farmacéutica, en el 100% de los expedientes no se indicó la solución en la cual debía de diluirse el medicamento en caso necesario, así como tampoco se indicó la velocidad de infusión de los mismos, 32% de los expedientes analizados no contaron con la correcta identificación del paciente y 70% se encontró sin firma del médico de base tratante. Post-intervención, estas cifras disminuyeron a un 72%, 12% y 43% respectivamente. De manera general, se redujeron en un 30% los posibles errores de medicación.

Conclusiones: Los farmacéuticos de países desarrollados, tienen una participación importante en cuanto a toma de decisiones e intervenciones que son reconocidas por el resto del equipo de salud. En México, se tienen poco años con las actividades del farmacéutico como tal, por lo que es sumamente relevante el cambio obtenido, puesto que además de brindar una mejor farmacoterapia a los pacientes, también nos damos a conocer como farmacéuticos hospitalarios y obteniendo un lugar respetable e importante en el equipo de salud. Mediante estas intervenciones, se obtuvo un alto impacto de mejora en varios aspectos y sobre todo en la farmacotecnia de los medicamentos, La integración de un farmacéutico al equipo de salud es imprescindible y esto nos permite estar al pendiente de las farmacoterapias de los pacientes y a la par de la farmacotecnia de los medicamentos prescritos.

267. IMPACTO EN LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN DE IMPRESIÓN DE RECETAS

M.J. Garabito Sánchez, M. Remírez de Esparza Otero y S. Corral Baena

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla. España.

Objetivos: Evaluar el impacto sobre el indicador de prescripción por principio activo tras la puesta en marcha de una aplicación de impresión de recetas.

Material y métodos: Se desarrolló una aplicación de impresión de recetas de fácil acceso para al médico en el árbol de historia clínica del paciente. Su diseño obliga a prescribir por principio activo todos los medicamentos excepto los medicamentos clasificados como no sustituibles según orden SCO/2874/2007. La aplicación incluye información sobre visado, tipos de presentaciones del medicamento y nº máximo de envases por recetas. Se puso en marcha eh hospitalización, urgencias y consultas externas en febrero de 2010. Mediante el programa Microstrategy, se obtuvieron todas las prescripciones por principio activo realizadas en recetas oficiales por los médicos del hospital en el periodo enero a septiembre del 2010, así como el tipo de talonario utilizado (normal o formato A4). Para evaluar el impacto en el indicador tras la puesta en marcha de la aplicación, se analizó el indicador de 2010, de forma global y en 3 grupos de médicos prescriptores según el uso que hicieron de la aplicación: 1. Médicos con amplio uso de la aplicación. El porcentaje de recetas A4 prescritas era mayor 40%. 2. Médicos con bajo uso de la aplicación. El porcentaje de recetas A4 prescritas era menor a 40%. 3. Médicos sin uso de aplicación. El porcentaje de recetas A4 era igual a 0. Los datos se compararon los resultados con los obtenidos en 2009 para dicho indicador y grupo de médicos. También se midieron el número de accesos a la aplicación.

Resultados: El porcentaje de recetas por principio activo en 2010 ha sido superior al 2009, aumentando una media de 1,9 puntos. En los 3 grupos mejora el indicador porcentaje de principio activo en 2010. El grupo I (n = 13) pasa de 87,5 a 90,4%, en total sube 2,9 puntos. El grupo II de médicos (n = 24) pasa de 82,7 a 85,2%, en total sube 2,5. En el grupo III (n = 188) el aumento es de 1 punto. De los 13 médicos del grupo I, en 9 médicos (70%) el indicador sube una media de 4,5 puntos (intervalo 0,3 a 9,5 puntos) y 3 médicos baja una media de 1,2 puntos (intervalo de -0,3 a -1,8). El número de accesos a la aplicación duplican al número de recetas A4 prescritas, lo que indica que esta también se usa como herramienta de consulta.

Conclusiones: El aumento del porcentaje de prescripción por principio activo ha sido mayor en los médicos que han usado la aplicación de impresión de recetas. En el 70% de los

médicos del grupo I con amplio uso de la aplicación, el indicador % principio activo sube una media de 4,5 puntos. La aplicación es también útil como herramienta de consulta en la prescripción.

183. INCORPORACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD

L. Fuster Sanjurjo, M.S. Albiñana Pérez, R. Taboada López e I. Rodríguez Penín

Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. A Coruña. España.

Objetivos: Describir el modelo de gestión de la calidad y coordinación de la gestión farmacoterapéutica entre 5 Centros Sociosanitarios (CSS) y el Servicio de Farmacia del Hospital de referencia (SFHR) en un Área de Salud (AS) integrada.

Material y métodos: El AS gestiona de forma integrada 3 Hospitales, 5 CSS (710 residentes), 31 Centros de Salud y consultorios y 9 Puntos de Atención Continuada prestando asistencia a 205.000 habitantes. La organización de la atención farmacéutica a los CSS se inició en el año 1998 presentando distinto grado de desarrollo en cada centro. El proyecto de coordinación de la gestión farmacoterapéutica se inició en el segundo semestre del año 2010 como respuesta a la necesidad de estandarizar y unificar actuaciones tomando como referencia el sistema de gestión de la calidad (SGC) y mapa de procesos del SFHR. Se presentan los resultados del programa hasta mayo de 2011.

Resultados: 1. Procesos estratégicos. 1.1. Planificación estratégica de la calidad. 1.1.1. Documentación del SGC: actualización del procedimiento de distribución de productos farmacéuticos y elaboración de la instrucción de revisión de botiquines y control de caducidades. 1.1.2. Objetivos de calidad: establecimiento de objetivos que supusieron el 6% de los objetivos del servicio. 1.1.3. Indicadores de calidad: modificación del estándar del indicador de atención farmacéutica haciéndolo más exigente (del 2% al 6%) cumpliéndose en todos los CSS en 2010. 1.1.4. Acciones de mejora: desarrollo de 5 acciones de mejora. 1.2. Uso seguro del medicamento. 1.2.1. Evaluación de los circuitos de transcripción de enfermería de las heparinas de bajo peso molecular y opioides transdérmicos aplicando el modelo de "análisis de modos de fallo y sus efectos en salud". 1.2.2. Estandarización del procedimiento de comunicación de alertas farmacéuticas. 1.3. Plan estratégico de comunicación: establecimiento de un vínculo para la difusión de la guía farmacoterapéutica (GFT) de CSS en la intranet del AS. 2. Procesos operativos. 2.1. Distribución de medicamentos: modificación del circuito de realización de pedidos para optimizar la provisión de servicios a CSS. 2.2. Atención farmacéutica: redistribución del tiempo de atención farmacéutica presencial, elaboración de una metodología de trabajo para la conciliación y unificación del registro informático de intervenciones farmacéuticas. 2.3. Farmacocinética clínica: implantación de un programa de optimización de la terapia con medicamentos que requieren monitorización coordinado con la unidad de farmacocinética del SFHR (grado de aceptación de las recomendaciones en 2010 del 70,7%). 2.4. Docencia: diseño de un programa de rotación para FIR y alumnos en prácticas tuteladas. 3. Procesos de soporte. 3.1. Selección de medicamentos: actualización bianual de la GFT de CSS y unificación y actualización de la guía de productos sanitarios. 3.2. Seguimiento presupuestario: reuniones trimestrales de seguimiento del gasto. 3.3. Formación continuada: elaboración de un proyecto formativo bianual en colaboración con los facultativos y DUE de los CSS.

Conclusiones: El modelo descrito ha permitido incorporar la atención sociosanitaria al modelo de gestión integrada de la calidad del SFHR, extendiendo la filosofía de la mejora continua y

comparación entre centros. La normalización y coordinación de los procesos evita la variabilidad, favorece la formación del personal de nueva incorporación y mejora la eficiencia del sistema.

881. INDICADOR DE CALIDAD EN QUIMIOTERAPIA PEDIÁTRICA CON BASE EN ESTUDIO OBSERVACIONAL

M.D. Guerrero Aznar, E.R. Alfaro Lara, R. Cumplido Corbacho, E. Quiroga Cantero, I. Pérez de Soto y M.D. Santos Rubio

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos: Diseñar un indicador para medir la evolución de la calidad del proceso de quimioterapia en Oncohematología Pediátrica, mediante el consenso multidisciplinar y con base en un estudio observacional. Evaluar la situación actual Establecer la puntuación del mismo para adaptar medidas de mejora en los puntos críticos valorados.

Material y métodos: 1. Estudio observacional prospectivo utilizando adaptación de la técnica de muestreo de lotes. Se analizó de lunes a viernes, mediante hoja consensuada de recogida de datos, el circuito prescripción/trascrición/preparación/administración de todas las prescripciones de quimioterapia en planta y Unidad de día. La recogida de datos se realizó por farmacéuticos y supervisión de Enfermería. Se registraron en Excel hoja de recogida de datos y errores de medicación detectados en cada tramo del circuito, a partir de revisión conjunta de hoja de recogida de datos, prescripción médica, orden de enfermería y protocolo de prescripción. 2. Revisión del estudio observacional y consenso del indicador de calidad, por grupo multidisciplinar con representantes clínicos de Oncología y Hematología pediátricas, Farmacia y Enfermería. Valoración inicial con datos del estudio observacional y establecimiento de puntuación para medida de propuestas de mejora.

Resultados: 1. Se Estudiaron 20 ciclos con 52 administraciones y un total de 17 fármacos en 12 patologías (carcinoma de plexos coroideos, neuroblastoma, linfoma no Hodgkin, tumor de Wilms, germinal testicular, glioma, hepatoblastoma de alto riesgo, rabdomiosarcoma, angioblastoma de Nakawa, sarcoma de Ewing y leucemia linfoide aguda). Se detectaron y previnieron dos errores de preparación de citarabina y metotrexato intravenoso. Fue posible la validación por protocolo del 64% de las prescripciones. 2. Se consensó la valoración con 1 punto de cada uno de los siguientes apartados: a) Existencia de transcripción; b) Posibilidad de validación (se contempla peso y talla, se prescribe dosis total/dosis por superficie corporal, se prescribe según protocolo validado en el servicio sí/no); c) No fallos de prescripción que puedan invalidar el tratamiento (eficacia/seguridad), d) No fallos de preparación que puedan invalidar el tratamiento; e) No fallos de administración que puedan invalidar el tratamiento. El indicador de calidad fue la media de a+b+c+d+e de las administraciones analizadas. Se estableció como nivel de calidad aceptable una puntuación superior a 3, siendo el valor máximo 5. Cualquier fallo en apartados c/ d /e supuso una valoración global del proceso 0. La media para el indicador de calidad fue de 3,42 ± 0,75, con dos procesos con valor 0. El objetivo para posterior valoración de mejoras en transcripción, preparación y validación fue de 4 con máximo de no cumplidores del 20%, y ningún proceso con valor 0. Para adaptar medidas de mejora se sustituyó el apartado "a" por existencia de prescripción electrónica.

Conclusiones: Se obtiene y valora inicialmente un indicador válido para seguimiento de mejoras de puntos críticos. Se decide el seguimiento de mejoras mediante análisis anual del indicador establecido con una pequeña modificación de forma en el apartado a, que contempla transcripción. Se modifica la puntuación global exigida en base a objetivos de mejora.

164. LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO MEDIDA DE LA CALIDAD PERCIBIDA

C. Mariño Fernández, M. Aguas Compaired, C. Fernández Lastra, M. Pons Busom, E. Mariño Hernández y B. Eguileor Partearroyo

Hospital Universitari Sagart Cor. Facultad de Farmacia. Barcelona. España.

Objetivos: Determinar el grado de satisfacción de pacientes externos respecto al servicio de Farmacia y los puntos de mejora más relevantes sobre los que en un futuro actuar de forma prioritaria.

Material y métodos: Estudio prospectivo de satisfacción a través de una encuesta previamente diseñada. Población y lugar del estudio: pacientes externos que acudían a recoger la medicación al servicio de Farmacia de un Hospital Universitario de nivel 3 sin trasplantes. Periodo de aplicación de las encuestas: dos meses (octubre- noviembre del 2010). La encuesta constaba de dos partes: datos del paciente (género, persona a la que se dispensa la medicación, programa de medicación y duración) y datos sobre el servicio de Farmacia (personal, proceso de dispensación, localización, horario, tiempo de espera, calificación general, sugerencias y quejas). Se aplicó de manera voluntaria y anónima al paciente y/o familiar en la sala de espera antes o tras la dispensación de la medicación, previa explicación de su finalidad de manera clara y sencilla. Se registraron los datos de forma disociada para el posterior análisis estadístico descriptivo (programa SPSS versión 15).

Resultados: Se efectuaron un total de 54 encuestas (encuestas contestadas: 100%, 51,9% hombres). El 50,0% de los encuestados fueron pacientes externos y el 50,0% restante familiares. La mayoría recibía hormona del crecimiento (25,9%), inmunosupresores selectivos (16,4%) y citostáticos orales (14,8%). Un 3,7% era la "primera vez" que acudía a recoger la medicación, mientras que el resto lo hacía en un periodo "superior a 1 año". Un 44,5% tomaba el tratamiento actual desde hacía "menos de 1 año". Respecto al personal del servicio, en su mayoría identificados (87,0%), los encuestados lo evaluaron como "muy correcto" (50%) o "correcto" (50%). En cuanto a la dispensación, un 59,3% consideraba que la cantidad de medicación dispensada era "adecuada" y un 59,3% que las condiciones de confidencialidad eran también "adecuadas". Respecto a la localización, un 37,0% calificó como "fácil" el acceso al servicio, mientras que para el 31,5% resultó ser "difícil" o "muy difícil". En cuanto a la zona de dispensación, un 35,2% consideró que era "suficiente", aunque un 7,4% indicó que era "muy insuficiente". Un 61,1% consideró que el horario era "adecuado" y un 48,1% que el tiempo de espera era "corto". La calificación general que obtuvo el servicio fue de $8,34 \pm 1,21$. Aunque un 57,1% no presentó ninguna sugerencia o queja, entre las principales indicadas (superior al 5%) estaban: incrementar la cantidad de medicación (8,9%), renovar/modernizar la zona de dispensación (8,9%), dificultades para aparcar el coche (7,1%) y mejorar la visibilidad del servicio (5,4%).

Conclusiones: La encuesta diseñada y aplicada resultó ser un método fácil y rápido para determinar el grado de satisfacción de los pacientes que acudían al servicio de Farmacia, así como los puntos relevantes sobre los que actuar en un futuro. La satisfacción de los pacientes respecto al trabajo desempeñado en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario fue elevada.

927. MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

M. Hernando Verdugo, M.T. Sánchez Sánchez, S. Camacho Parreño, L.A. Jiménez Labaig y A. Frutos Soto

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Objetivos: Analizar la evolución de los indicadores de prescripción por receta en Atención Especializada (AE) tras la implantación de un programa de mejora de la calidad de prescripción.

Material y métodos: Se analiza la prescripción por receta de los Servicios Médicos (SM) que han pactado con la Dirección del Hospital (DH) objetivos de prescripción y del total de la Gerencia de AE (GAE) desde el año 2007 hasta marzo 2011. En el año 2007, el Servicio de Farmacia (SF) no realizaba ninguna intervención a este nivel; a partir del año 2008 se inicia la implantación de un programa de mejora de la calidad de prescripción con receta en el hospital. Cada año el SF se reúne con la DH para seleccionar los SM con mayor capacidad de mejora según su perfil de prescripción y fijar los objetivos de prescripción. Los indicadores establecidos son: % de envases de medicamentos genéricos (% EFG), % envases medicamentos prescritos por Denominación Oficial Española (% DOE) y % envases novedades (% NOV). Este indicador corresponde al listado de medicamentos que contienen principios activos (PA) nuevos, que llevan menos de 5 años comercializados y que han sido calificados por el Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos como fármacos en los que la bibliografía es insuficiente o que no aportan ventajas a los medicamentos ya disponibles. Este listado es diferente cada año. El SF realiza sesiones formativas en cada SM, elabora informes de PA más prescritos en cada servicio de los que existe EFG en el mercado, y ha diseñado etiquetas con normas básicas de prescripción para adjuntar a los talonarios de recetas. El SF envía periódicamente, tanto a la DH como a cada facultativo y jefe de servicio, los resultados de los tres indicadores. Todos los datos se obtienen de la aplicación SAP Business Objects® XI, sistema integrado de información y análisis de la prestación farmacéutica del Servicio Regional de Salud.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han realizado 4 reuniones con la DH, 4 con la Dirección Técnica de Farmacia y 7 con los SM (Cardiología, Neurología, Medicina Interna, Hematología, Traumatología, Neumología y Psiquiatría). Se han enviado 72 informes de seguimiento de objetivos de prescripción a la DH y 89 informes de perfil de prescripción a los jefes de servicio y facultativos. Para toda la GAE, los tres indicadores de prescripción al inicio y al final del estudio, respectivamente, han sido: 8,76% vs 16,52% para el %EFG; 8,31% vs 16,78% para el %DOE, y 4,74% vs 3,10% para el %NOV.

Conclusiones: La implantación de un programa de mejora de la calidad de prescripción con receta en AE ha permitido mejorar notablemente los valores de los tres indicadores de prescripción. Es importante que el facultativo conozca estos indicadores para conseguir un adecuado uso de los recursos sanitarios y realizar una prescripción de calidad en base a criterios de uso racional del medicamento. El farmacéutico juega un papel importante, asesorando a la DH y dando apoyo técnico a los SM.

291. OBTENCIÓN DEL SELLO DE EXCELENCIA EUROPEA 300+ EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA

L. Caro González, C. Sarobe González, A. Herranz Alonso, C. Serriña Ramírez, I. Castillo Romera y M. Sanjurjo Sáez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: El Servicio de Farmacia (SF) está certificado por la Norma ISO 9001 desde 2005 y por la Norma ISO 14001 desde 2008. Avanzando en la misma línea de mejora continua, se plantea como objetivo la obtención del Sello de Excelencia Europea 300+ mediante la aplicación del Modelo de Excelencia EFQM a su Sistema de Gestión.

Material y métodos: Para la obtención del Sello de Excelencia Europeo 300+, el Comité de Dirección (CD), formado por la Jefa de Servicio, los coordinadores de área y la supervisora de enfermería, con la colaboración puntual del resto de miembros del servicio, ha elaborado una Memoria descriptiva, conforme a los

criterios establecidos por el Club de Excelencia en Gestión (CEG), representante de la EFQM en España. Es un documento de extensión limitada y formato establecido en el que se expone el desarrollo de la organización en cuanto a enfoque, despliegue y resultados de cada uno de los criterios y subcriterios del Modelo. Con este documento como base, cada uno de los miembros del CD realizó el proceso de autoevaluación de forma individual, utilizando para ello la herramienta informática Perfil. Posteriormente se llevaron a cabo sesiones de consenso con el fin de poner en común y consensuar las evaluaciones individuales, identificando los principales puntos fuertes y áreas de mejora, y proponiendo líneas de actuación para los próximos dos años. Finalmente, se solicitó una evaluación externa para la obtención del Sello de Excelencia Europea 300+.

Resultados: Para la elaboración de la Memoria, se llevaron a cabo 18 jornadas de trabajo en grupo, incluidas las sesiones de formación de todo el personal del SF. El resultado del proceso de autoevaluación fue de 376 puntos, lo que supone un 38% de la puntuación total del Modelo EFQM. La puntuación obtenida por criterios fue: Liderazgo 39 (39%), Estrategia 28 (35%), Personas 30 (33%), Alianzas y recursos 46 (51%), Procesos 69 (49%), Resultados en los clientes 64 (32%), Resultados en las personas 14 (16%), Resultados en la sociedad 18 (30%) y Resultados Clave 68 (45%). Durante el proceso de autoevaluación se identificaron un total de 40 puntos fuertes y 25 áreas de mejora. Una vez realizado el proceso de autoevaluación, se solicitó una evaluación externa para la obtención del Sello de Excelencia Europea 300+. El resultado final fue la obtención del Sello de Excelencia Europea 300+ en el Sistema de Gestión del Servicio de Farmacia con un periodo de validez de 2 años.

Conclusiones: El Modelo EFQM, mediante la detección de puntos fuertes y áreas de mejora, ha orientado el Sistema de Gestión del SF hacia los resultados, principalmente en cuanto a la satisfacción del personal y de los clientes, y esto nos permitirá avanzar hacia la excelencia en la gestión. La obtención del Sello proporciona un reconocimiento social dentro y fuera del hospital, estimula el deseo de superación, la motivación y la participación de sus empleados y permite el acceso a Premios Autonómicos, Nacionales y Europeos.

498. PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA FRENTE A TRADICIONAL. ¿QUÉ OPINAN NUESTROS CLIENTES INTERNOS?

S. Otazo Pérez, A. de León Gil, O. Pedreira González, M. Cologan Ruiz, M. Ocaña Gómez y J. Merino Alonso

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Las Palmas. España.

Objetivos: En nuestro hospital conviven dos sistemas de prescripción en dosis unitaria: prescripción electrónica asistida (PE) y tradicional en papel (PT). Valorar la satisfacción de nuestros clientes internos (médicos y enfermería) con el sistema de prescripción implantada en su servicio para detectar posibles puntos de mejora en ambos sistemas.

Material y métodos: Se desarrollaron 2 encuestas dirigidas a médicos y personal de enfermería. La de los médicos incluía los siguientes ítems: 1) Facilita su labor, 2) Ahorra tiempo, 3) Evita errores de prescripción, 4) Preferiría cambiar al otro sistema, en la que debían contestar sí o no, 5) Satisfacción con el servicio de Farmacia y 6) Un campo abierto para añadir sugerencias. En la encuesta para enfermería se incluyeron: 1) Facilita su labor, 2) Ahorra tiempo, 3) Evita errores de administración, 4) Disminuye los errores de llenado del carro, 5) Preferiría cambiar de sistema de prescripción, 6) Satisfacción con el servicio de Farmacia y 7) Un campo abierto para añadir sugerencias. Todas las preguntas debían

evaluarse con valores desde 1 (poco de acuerdo) hasta 10 (muy de acuerdo).

Resultados: Se recogieron 22 encuestas de médicos (PE, n = 13; PT, n = 9) En todos los ítems se obtuvo una puntuación mayor en los usuarios de PE, con los siguientes resultados medios para PE y PT respectivamente: 1) 6,31 vs 5,22, 2) 5,31 vs 5,11, 3) 7,54 vs 4,89. En cuanto a cambiar de sistema, el 55,56% de los usuarios de PT les gustaría cambiar, frente al 15,38% de PE. En enfermería, se recogieron 28 encuestas, (PE, n = 13, PT, n = 15) fue mejor valorada la PE, obteniéndose los siguientes resultados medios: 1) 8 vs 6,4, 2) 7,69 vs 5,47, 3) 7 vs 5,2, 4) 5,85 vs 5,06, 5) 4 vs 7,07. Con respecto a la satisfacción general con el Servicio de Farmacia, se obtuvo una valoración media de 7,9 por parte de los médicos que contestaron a la pregunta (n = 21) aunque con una valoración superior entre los usuarios de PE frente a los usuarios de PT (8,2 vs 7,2). Por parte de enfermería la valoración global fue de 6,93 (n = 28) no encontrándose diferencias entre los 2 grupos. En cuanto a las sugerencias referidas en el campo abierto, las principales del área médica están relacionadas con la lentitud del programa y la existencia en demasía de frecuencias posibles para la prescripción en la PE. Esto último coincidente con enfermería ya que preferirían poder ajustar las frecuencias a sus dinámicas de trabajo para repartirlo entre los turnos.

Conclusiones: La seguridad de la PE es mejor valorada por ambos profesionales ya que reduce errores de administración y prescripción. Solo enfermería considera que facilita su labor y les ahorra tiempo en sus funciones, siendo su principal queja los errores de llenado de carros, tanto en PE como en PT. El principal inconveniente para los médicos sobre la PE es la complejidad del programa y el tiempo necesario para la prescripción.

274. RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN DE UN PROCESO DE CONTROL DE CALIDAD DE FÓRMULAS MAGISTRALES

A. Ribed Sánchez, S. Pernía López, R. Romero Jiménez, I. Marquínez Alonso, V. Escudero Vilaplana y M. Sanjurjo Sáez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar el procedimiento de control de calidad de fórmulas magistrales (FM) e identificar los aspectos más relevantes de dicho control tras un mes de su implantación.

Material y métodos: Se elabora un procedimiento normalizado de trabajo que define los puntos a revisar de las distintas formas farmacéuticas elaboradas: cápsulas, papelillos, soluciones, suspensiones, cremas, pomadas, geles, colirios, mezclas intravenosas y otras soluciones estériles. Se incluye en la hoja de registro y control de calidad descrita en el Formulario Nacional (FN) un cuadro para la revisión sistemática de los siguientes aspectos: comprobación de la composición (identidad, pesadas, volúmenes y caducidades de los componentes), el cálculo de la dosis, la caducidad de la fórmula, el envasado, el etiquetado, el pH para colirios y el signo de la emulsión para cremas y pomadas. El control de calidad se realiza con la FM elaborada, el procedimiento de elaboración y la hoja de registro y control de calidad. En caso de detectar un error el farmacéutico decide y justifica por escrito si la incidencia puede subsanarse y proceder a la liberación de la FM o en caso contrario proceder a su eliminación. Durante el primer mes de implantación se registra en una hoja de Excel tanto las incidencias detectadas durante el control de calidad como las notificaciones por parte de los pacientes y el personal de enfermería.

Resultados: En el primer mes de seguimiento se revisaron 351 FM. Se detectaron durante el control de calidad 24 FM con errores

(6,8%): 2 en las características organolépticas, 2 en la uniformidad de masa, 3 en la composición, 2 en la dosis, 6 en la caducidad, 8 en el etiquetado y 3 en el envasado. No se recibió ninguna notificación tras la dispensación. La forma farmacéutica con mayor número de incidencias fue la suspensión con un 30%. Se liberaron 87,5% de las FM con incidencias y 3 lotes (12,5%) fueron rechazados: 2 debido a errores en la composición y 1 a las características organolépticas.

Conclusiones: Los errores en la composición y en las características organolépticas son los que hubieran supuesto un mayor impacto en el paciente, si no se hubiesen detectado a tiempo. Los errores más frecuentes se observaron en el etiquetado. Las incidencias en la composición, dosis, caducidad y etiquetado, que supusieron el 75% de los errores, se minimizarían con el uso de un programa informático. La sistematización de estos puntos del control de calidad ha supuesto la homogeneización en el procedimiento y una mayor seguridad en el proceso de elaboración de FM. Se trata de una alternativa hasta que se informatice todo el proceso. Durante el seguimiento se ha puesto de manifiesto la necesidad de sistematizar la decisión de la liberación de un lote, una vez detectado un error.

549. SATISFACCIÓN GLOBAL DE NUESTROS CLIENTES INTERNOS CON EL SERVICIO DE FARMACIA

C. Romero Delgado, M.A. Ocaña Gómez, N. Román González, M. Cologan Ruiz, N. Bañón y J. Merino Alonso

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Objetivos: Conocer y analizar el grado de satisfacción nuestros clientes internos, personal facultativo y de enfermería, con el funcionamiento del servicio de farmacia en dos años consecutivos, 2009 y 2010, para descubrir puntos débiles y establecer acciones de mejoras. Comprobar si el establecimiento de éstas ha conseguido mejorar la opinión de ellos.

Material y métodos: Se distribuyó al personal del hospital una encuesta elaborada por la Unidad de Calidad que constaba de 11 preguntas, a valorar del 1 (muy malo) a 5 (muy bueno) adaptado a cada una de las preguntas: también se incluyó una pregunta de frecuencia de utilización (diaria, semanal, mensual, y semestral). Se valoró la accesibilidad al servicio, amabilidad en el trato, profesionalidad, comunicación efectiva, calidad de la información, facilidad en la tramitación, tiempo de respuesta, resolución de problemas, nivel tecnológico, conformidad con los resultados, nivel general de satisfacción y frecuencia de utilización.

Resultados: Se repartieron 754 encuestas en 2009 y 711 en 2010, de las que se recogieron 247 y 172 respectivamente, respondidas por personal facultativo (34 y 31), personal de enfermería o técnico especialista (165 y 101), jefe de servicio o sección (19 y 11), y supervisor de enfermería (29 y 29). Los resultados obtenidos para 2009 y 2010 respectivamente fueron, en accesibilidad al servicio 3,69 y 3,77, amabilidad en el trato 3,42 y 3,74, profesionalidad 3,73 y 3,91, comunicación efectiva 3,47 y 3,54, calidad de la información 3,56 y 3,70, facilidad en la tramitación 3,23 y 3,43, tiempo de respuesta 3,47 y 3,56, resolución de problemas 3,47 y 3,58, nivel tecnológico 3,47 y 3,62, conformidad con los resultados 3,48 y 3,67. El nivel general de satisfacción fue de 3,44 y 3,72, y la frecuencia de utilización diaria en un 67,77% y 59,76%, semanal 16,58% y 21,34%, mensual 9% y 9,76%, semestral 6,63% y 9,15%.

Conclusiones: Según los resultados el nivel de satisfacción de los clientes internos es alto y ha aumentado de 3,44 a 3,72 en el segundo año. Aun así, se consideran mejorables estos resultados ya

que existen aspectos demandados por los clientes que no han podido abordarse. Es una herramienta muy útil realizar este tipo de encuestas anualmente con el fin de mejorar nuestra actividad y la integración en los servicios clínicos.

480. TRIGGER TOOLS, UN ENFOQUE SISTÉMICO PARA EL ANÁLISIS Y LA MEJORA DE LOS EVENTOS ADVERSOS A MEDICACIÓN

A. Fajreldines, M. Tijeiro, R. Schiavetta, M. Marciano, L. Davide y M. Bazzano

Hospital Austral. Argentina.

Objetivos: Determinar los ADES por 1000 dosis utilizando la metodología de Trigger tools propuesta por el IHI. Analizar las posibles fallas del sistema que llevaron a los ADES.

Material y métodos: Se revisaron 80 historias clínicas aleatorizadas de los pacientes dados de alta durante cuatro meses (enero-abril 2011). Los criterios de inclusión fueron aquellos pacientes que tuvieran como mínimo dos días de internación. Se analizaron epicrisis, laboratorios y órdenes médicas en busca de fármacos disparadores o cambios fisiológicos en los pacientes que necesitaran el uso de algún fármaco disparador. Se consideran marcadores o disparadores a los siguientes fármacos o condiciones fisiológicas: difenhidramina, vitamina K, flumazenil, metoclopramida, naloxona, antidiarreicos, poliestirén cálcico, glucosa < 50 mg/dl, materia fecal positiva para *Clostridium difficile*, PTT > 100 seg, RIN Nivel > 6, GB < 3.000, recuento de plaquetas < 50.000, niveles de digoxina > 2 ng/ml, creatinina sérica en ascenso, sobredosificación, letargo, rash, suspensión abrupta de la medicación, transferencia del paciente a un mayor nivel de cuidado. Revisión de las HC en las que se encontró algún fármaco o parámetro fisiológico disparador. Se calculó el indicador: N° de ADES en la muestra/Dosis totales de medicamentos administrados en la muestra × 1.000.

Resultados: En la muestra analizada en el mes de Enero se detectaron 3 fármacos disparadores que correspondieron a ADES, los mismos fueron: poliestirén, flumazenil y vitamina K, correspondientes a 3 pacientes. En Febrero no se hallaron fármacos ni cambios fisiológicos disparadores. En marzo se hallaron 2: dexametasona y protamina, correspondientes a 2 pacientes. En abril, cuatro fármacos: vitamina K, flumazenil, difenhidramina, y metoclopramida, correspondientes a 4 pacientes. Todos los ADES obtenidos en la muestra correspondían a la categoría E de daño (daño temporal con requerimiento de intervención). Del total de pacientes (n = 9), 2 fueron pediátricos y 7 adultos. Los fármacos/condiciones fisiológicas causantes de las intervenciones fueron: aumento de potasio sérico por duplicación de diuréticos ahorradores de potasio (poliestireno cálcico), sobredosificación por escaso monitoreo (los dos casos de flumazenil), coagulopatía mal controlada por hepatopatía no diagnosticada y anticoagulación en dosis inadecuadas (vitamina K), rash por timoglobulina administrada a velocidad inadecuada (dexametasona), coagulopatía a dosis inadecuadas con heparina sódica (protamina) velocidad incorrecta de administración de oncológicos (difenhidramina y metoclopramida). Ningún paciente cambio de nivel de internación, todos sufrieron daño temporal (E). ADES por 1.000 dosis: enero: 0,02, febrero: 0, marzo: 0,01, abril: 0,06.

Conclusiones: Los valores obtenidos están por debajo de lo descrito. Se develaron nuevas fallas en los procesos: Los protocolos de oncología no contaban con la totalidad de los datos necesarios, fallas en el cálculo de dosis, o en la conciliación de la medicación previa del paciente con la administrada en la institución. Probando de esta manera la utilidad de esta herramienta.

564. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA A UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

R.M. Muñoz Corte, M.V. Gil Navarro, J.M. Cisneros Herreros
y M. Cordero Ponce

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos: Valorar el grado de adherencia de la profilaxis anti-biótica quirúrgica a las recomendaciones de un protocolo aprobado por la Comisión de infecciones y política antibiótica (CIA), en la unidad de gestión clínica de cirugía mayor ambulatoria (CMA) de un hospital de tercer nivel. Establecer una serie de medidas de actuación para mejorar los resultados.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas para seleccionar los principales indicadores para valorar la adecuación de profilaxis quirúrgica y las medidas de mejora más eficaces. Se diseña una hoja de recogida de datos. Se lleva a cabo una auditoría prospectiva para analizar el grado de adherencia de la profilaxis antibiótica quirúrgica en CMA a las recomendaciones de la CIA. A través de la constitución de un grupo multidisciplinar formado por farmacéuticos de hospital, médicos infectólogos, cirujanos generales y enfermeros del área de CMA, se establecen una serie de medidas para mejorar los resultados de adherencia obtenidos.

Resultados: Se evaluaron un total de 248 intervenciones durante un periodo de 3 semanas. En el 94,8% de las cirugías auditadas, la profilaxis antibiótica estaba indicada. En el 94,9% se realizaron con el antimicrobiano de elección. El 55,8% de las dosis administradas se iniciaron adecuadamente (dentro de un periodo de 2 h antes del comienzo de la intervención quirúrgica). El 7,2% se administraron correctamente (vía y tiempo de infusión) y el 47,9% tuvieron una duración adecuada. Las principales medidas de mejora que se establecieron fueron: sesiones clínicas educativas al personal de enfermería, sesiones multidisciplinarias sobre la evidencia científica que sostenía las recomendaciones de la CIA, edición del protocolo en formato bolsillo y diseño de kits monodosis con hoja informativa sobre cómo administrar el antibiótico.

Conclusiones: la adherencia de la profilaxis quirúrgica llevada a cabo en el servicio de CMA a las recomendaciones de la CIA fue elevada en el caso de la indicación y el antibiótico elegido. Sin embargo el grado de adecuación en cuanto al momento y forma de administración y la duración de la profilaxis resultó ser insuficiente. Para mejorar estos puntos débiles las estrategias correctoras establecidas se centraron principalmente en medidas educativas.